

# Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES

Redactores: 1º, Dr. Abraham Aparicio.—2º, Dr. Carlos Michelsen U.

SUMARIO: Propagación de la lepra elefanciaca en Colombia.—Congreso de Berlín.—Síntesis quirúrgico.—Observación de adherencia total de la placenta.—Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales: Actas de las sesiones del 21 de Junio y 12 de Julio de 1890.—Sutura intestinal.—La lipemania y el delirio de persecución en los tabéticos.—Heridas por armas de fuego.

## PROPAGACION

### DE LA LEPRO ELEFANCIACA EN COLOMBIA

El señor Doctor Zenón Solano R., en un escrito dirigido de Girardot y publicado en *El Relator* de esta ciudad, juzga como un error nuestro el que dijéramos en el número 153 de esta REVISTA que el desarrollo y la propagación de la lepra casi no se observan en los climas secos cuya temperatura sea de 25° para arriba.

Fundámos nuestro concepto en las apreciaciones que, por medio de un juicioso y razonado estudio, hizo el Doctor G. J. Castañeda, de 122 informes que ha recibido la Junta Central de Higiene en respuesta á un cuestionario que sobre las diferentes condiciones de producción y propagación de la lepra dirigió la Junta á todas las poblaciones de esta República; en la observación hecha por los Doctores Evaristo García y A. Tenorio, de que en el valle del Cauca, cuyo clima es seco y su temperatura media de 25°, la propagación de la elefancia no es ni ha sido notable; y, finalmente, la fundámos en el hecho generalmente observado de que en la población de Tocaima, que fue durante muchos años el refugio de todos los elefanciacos del país, y en todos los lugares circunvecinos, lejos de haberse extendido y propagado la enfermedad, se ha perdido de tal manera el miedo á la propagación de la elefancia, que, según lo dice el Doctor Solano en el mismo escrito á que nos referimos, “....aquí los leprosos son empleados como *telegrafistas, venteros*, etc., esto es, están en

los lugares y empleos más apropiados á favorecer la propagación de la enfermedad. Hacen vida común con los individuos sanos; vienen de Agua de Dios, y duermen, comen y beben en los hoteles, en las posadas, en todas partes. Esto es espantoso, aterrador!" Y á pesar de que este espantoso y aterrador modo de vivir cuenta yá con muchos años de existencia, el Doctor Solano se limita á decir en su escrito: " Puedo citar varios casos de propagación por contagio en estos climas que pasan de 25°."

Si ninguna influencia tuviera el clima en la propagación de la lepra, no debía de haber ninguna persona sana en esas localidades, puesto que allí no ha faltado ni falta ninguno de los medios de propagación de la enfermedad, y bien se ve que el Doctor Solano apenas ofrece citar *varios casos*.

Si hay hechos que oponer á los que han servido de base para formar nuestra opinión, gustosamente les daremos el valor y la importancia que merezcan. Queremos estudiar la lepra con el patriótico propósito de evitar su propagación, y, en verdad, que no hemos de ser nosotros los únicos que emprendamos esta tarea. Ella corresponde á todos, y muy especialmente á los médicos que, como el Doctor Solano, disponen de vasto campo de observación. Por consiguiente, están de más, en el terreno científico de esta cuestión, las melancólicas quejas con que termina su escrito el Doctor Solano, porque ni son aplicables al presente caso, ni menos hay razón para dirigirlas al actual Redactor de la REVISTA MÉDICA.

Sobre *la lepra y el mal de San Antonio* versó la tesis que para el Doctorado presentó y sostuvo el Doctor Solano en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional; y si nosotros, como miembros del Jurado que la examinó, no aceptámos la separación de entidades que entre *la lepra* y el *Mal de San Antonio* sostuvo el Doctor Solano, en manera alguna quiere esto decir que desconociéramos el mérito y la importancia de su trabajo, ni menos que por aquella circunstancia viniéramos hoy, como se insinúa en el escrito en referencia, á negar las columnas de esta REVISTA á los estudios y observaciones que sobre el mismo tema haya hecho y continúe haciendo el Doctor Solano. Más aún: los acogeremos con gusto y tenemos fe en que ellos tomarán á su autor en conven-

cido creyente, tanto de la unidad patológica de *la lepra* y el *Mal de San Antonio*, como de la indisputable influencia que los climas secos y de temperatura superior á 25° ejercen sobre el desarrollo y la propagación de la lepra elefanciaca.

A. APARICIO.

Bogotá, Noviembre 15 de 1890.

---

### CONGRESO DE BERLIN

El Doctor Rubens Hirschberg, corresponsal especial del *Bulletin de Thérapeutique* en el Congreso de Berlín, dice que, en orden cronológico y en importancia capital, debe figurar la comunicación de Robert Koch sobre la tuberculosis, leída el 4 de Agosto, día de la apertura del Congreso. El Profesor Koch habló primero del desarrollo de la bacteriología y de la importancia que esta ciencia ha adquirido en los últimos años, no sólo bajo el punto de vista del diagnóstico, sino también de la higiene, de la profilaxia y del tratamiento de las enfermedades infecciosas, haciendo ver que todos los métodos nuevos de desinfección, la filtración del agua, el análisis del aire y el examen de las sustancias alimenticias, están basados en las nuevas investigaciones bacteriológicas. Mencionó en seguida los trabajos de la escuela de Pasteur sobre la atenuación de los virus mórbidos, particularmente las vacunaciones preventivas en los animales y el tratamiento de la rabia.

Manifestó Koch su opinión acerca de la cuestión que se presenta todos los días, á saber: que no conocemos todavía los micro-organismos patógenos de una multitud de enfermedades incontestablemente infecciosas y parasitarias, como la rabia, la viruela, el sarampión, la escarlatina, el tifo, etc., á pesar de los estudios y de las numerosas investigaciones, y de los métodos tan perfeccionados que se han empleado para descubrirlos. Su opinión es que, probablemente, el micro-organismo de estas enfermedades no es un bacilo, sino un protozooario, como el de la malaria, y cree que en el porvenir el estudio de estos micro-organismos formará una rama de la bacteriología. El valor práctico de esta ciencia tiene mayor alcance aún,

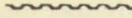
porque desde ahora tenemos derecho á esperar que, por la vía de los experimentos, se obtendrá la influencia directa de las sustancias medicamentosas sobre los productos mórbidos de los micro-organismos patógenos. Este tratamiento tendrá naturalmente poco efecto en las enfermedades agudas, cuyo período de incubación es de corta duración; en estas enfermedades la profilaxia tendrá siempre importancia capital. La tuberculosis, sobre todo, es la enfermedad que debe concentrar todos nuestros esfuerzos y absorber toda nuestra atención, porque tiene por carácter principal desarrollarse lenta y furtivamente. En todos los métodos empleados en el tratamiento de esta enfermedad, y nacidos bajo la influencia del descubrimiento del bacilo de la tuberculosis, comenzando por el benzoato de soda y acabando por las inhalaciones de aire caliente, se ha cometido el error de tratar de sacar muy aprisa conclusiones de los experimentos que se han hecho en los animales para aplicarlos al hombre, en lugar de haber profundizado los estudios en los animales y en los cultivos puros. Además, en todos los métodos se ha tratado siempre de *matar el bacilo*, error muy grande, puesto que el punto principal está en *hacer que el medio sea desfavorable para el desarrollo del bacilo*, porque entonces éste morirá por sí mismo.

Hace algunos años que Koch está trabajando en esta vía, pero sus estudios no están aún terminados; presenta, no obstante, al mundo científico los resultados, aunque incompletos, para que desde ahora puedan los otros sabios dedicarse á trabajar en la misma dirección para combatir con el esfuerzo común esta calamidad general. Yá se han encontrado muchas sustancias que detienen el desarrollo de los cultivos, tales son: las esencias etéreas, las sustancias aromáticas, el *B. naphthylamina*, la paratoluína, la xyloidina, los colores de anilina, como el violeta de la genciana, el azul de *méthylo*, etc.; metales, como el mercurio en forma de vapores, las combinaciones de plata y de oro y, sobre todo, el cianuro de oro, el cual obra hasta en una disolución de 1.2000000.

Desgraciadamente todas estas sustancias no producen efecto en los animales; pero Koch halló sustancias que se mostraron activas en los animales y llegó á hacer los cobayes refractarios á la tuberculosis; otros cobayes, afectados de tu-

berculosis manifiesta, tratados por esta sustancia, curaron completamente sin presentar inconveniente alguno.

“La importancia de esta comunicación es enorme, dice el Doctor Hirschberg, pues permite entrever en el horizonte la posibilidad de la curación de la tuberculosis. ¡Honor al sabio que haga este servicio á la humanidad !”



## SHOCK QUIRURGICO

(CONTINUACIÓN)

Sabemos igualmente que la cantidad de fuerza generada por la materia organizada se manifiesta de diversos modos, pero que estas diversas maneras de ser se resuelven en movimiento, acción, vida. La cantidad de acción ó de vida no es igual en toda la materia organizada, pues varía con la composición de esta materia; es la materia organizada azoada la que está dotada de mayor grado de actividad. Si tomamos un organismo vegetal y otro animal y los comparamos en cuanto á su actividad mecánica, vemos que esta actividad es mayor en el animal, que relativamente es más azoado que el vegetal. Si tomamos estos mismos organismos aisladamente, vemos que sus partes más activas son las más azoadas. En efecto, los hongos presentan una gran actividad vital y son plantas ricas en ázoe; las semillas de los vegetales en vía de germinación son más azoadas, pues necesitan despertar una gran actividad; la levadura, la *Torula cervisæ*, la diastasa, la synaptasa, etc., son sustancias vegetales ricas en ázoe y que presentan una gran actividad ó un gran poder de transformación. Si observamos un animal, vemos que aquellas partes más activas son las más azoadas; dondequiera que encontramos gran actividad, encontramos el nervio y el músculo, y la degeneración grasosa es la manifestación de la degradación vital de un órgano.

¿A qué es debida esta propiedad de la materia orgánica azoada de generar mayor cantidad de acción vital? Los adelantos modernos de la física molecular han dado solución satisfactoria á este gran problema de la mayor actividad funcional de la materia orgánica azoada. Todo se reduce á una

simple cuestión de ponderación; de coeficiente de vibración molecular, de difusibilidad, de expansibilidad atómica. Sabemos que el coeficiente de vibración atómica varía en cada cuerpo, y que mientras mayor es la movilidad de los átomos de un cuerpo, mayor es su expansibilidad, y, por consiguiente, menor su fijeza en los cuerpos en los cuales entra como componente, tendiendo siempre á separarse de ellos, bajo la acción de las fuerzas incidentes que caen de continuo sobre el agregado compuesto. Pero desde el momento en que un cuerpo, por su gran movilidad, por su gran poder de expansión, posee un indiferentismo químico por los demás cuerpos, se necesita una gran cantidad de fuerza para retenerlo en combinación; no sucederá lo mismo para su separación de esta combinación: la menor fuerza puede separarlo, pero al separarse pone de manifiesto y en acción la gran cantidad de fuerza que fue necesaria para su combinación. Ahora bien: esta gran cantidad de fuerza que estaba al estado latente, no se pierde, no se puede perder: entra en acción sobre el resto del agregado, trastornando su arreglo molecular primitivo, haciéndolo entrar en nuevas posiciones, y como es imposible suponer el que esta actividad funcional se pase en un agregado, sin que en los agregados vecinos se efectúe el mismo fenómeno, tenemos que deducir que todas las acciones de un organismo son correlativas, y que la acción general de un organismo vivo es la resultante de estas infinitas acciones que se pasan de continuo en todos sus átomos componentes. ¿Qué vemos en todo esto? constante distribución de materia y constante distribución de fuerza. La materia azoada posee este gran poder funcional, porque el ázoe, que entra en su composición, está caracterizado por su gran coeficiente de vibración atómica, por su gran poder de expansibilidad y por la facultad de generar una gran cantidad de fuerza que el organismo la gasta en sus necesarias transformaciones, trastornando su equilibrio móvil y manifestándose en movimiento, en acción, en vida.

Según lo que acabamos de exponer, un organismo vivo no es otra cosa que una masa en estado constante de equilibrio inestable, de equilibrio móvil, en la cual se está operando á cada momento la redistribución de la materia y la redistribución de la fuerza, y como este mismo fenómeno se está

efectuando en el medio en que vive ese organismo, las variaciones internas son correlativas de las externas, y viceversa. Las relaciones internas mantienen un lazo de unión con las relaciones externas, y este lazo de unión es la *correspondencia*. La correspondencia que un organismo sostiene con su medio, no es igual para todos los organismos: esta correspondencia es la eterna lucha por la vida, es la adaptación constante del organismo á su medio. Por consiguiente, la vida de un organismo no es otra cosa que la continua adaptación de sus relaciones internas á sus relaciones externas. El grado de vida varía con el grado de correspondencia entre estas relaciones; si la correspondencia entre las fuerzas externas y las internas es completa, la vida será completa; si esta correspondencia disminuye, por ser demasiado contrarias las fuerzas externas á las internas generadas por el organismo, la vida disminuye proporcionalmente. Cesada la correspondencia, cesa la vida. La muerte de un organismo no es otra cosa que el aniquilamiento completo de la correspondencia entre este organismo y su medio, entre las fuerzas internas y las externas.

Sobre la doctrina científica que acabamos de exponer, y que en definitiva no es otra cosa que la síntesis de las leyes que rigen la vida de los organismos y la de las leyes que determinan su muerte, podemos basar, no solamente la explicación de la muerte producida por el *shock* y la producida por los demás accidentes que no dejan huella aparente sobre el cadáver, sino también la muerte producida por todos los accidentes en los cuales encontramos en el cadáver una lesión macroscópica. Pasemos revista á estos diversos accidentes.

JUAN DAVID HERRERA.

(Continuará).

### OBSERVACION

#### DE ADHERENCIA TOTAL DE LA PLACENTA

El Doctor C. Clopatofsky V. envió la siguiente observación á la *Société Obstetricale y Gynecologique de Paris*, y con la interesante discusión que ella originó, la tomamos del *Boletín* de la Sociedad, correspondiente al 10 de Mayo de 1890.

Juana H., de veintitrés años, aplanchadora, bien conformada, siempre bien menstruada, sífilítica, ha llegado á término de su quinto embarazo.

En todos sus partos, los dos primeros períodos del trabajo han sido fáciles; pero á partir del tercero, ha habido retención de placenta (probablemente por adherencia), seguido en ambos casos de infección pútrida, muy grave.

El 15 de Septiembre del año antepasado fui llamado por ella, por retención también de la placenta, después de su segundo parto, que, según refirió, había sido "muy pronto y muy bueno, gracias al medicamento que le dio la partera."

Presentación de la cina OIIA.

Por la palpación, encontré el útero alto y violentamente contraído, menos á la izquierda, hacia arriba y un tanto hacia adelante, en donde sentí una parte redonda, blanda, prominente; esta especie de tumor estaba netamente limitado por las paredes endurecidas del útero.

Creí que podía ser un *enchatonnement* placentario; pero cuando, por el examen vaginal, descubrí la ruptura del cordón umbilical, del cual sólo un corto fragmento aparecía entre los labios tumeficados y contraídos del cuello, no me quedó duda sobre la complicación que me esperaba.

Pregunté á la enferma si sabía qué cantidad de centeno se le había suministrado, y quién había reventado el cordón. La cantidad de centeno no la supo, pero dijo haber tomado mucho, por insinuación de la partera, quien le hizo creer indispensable su administración, si quería despacharse pronto y bien. La enferma tuvo por cierto que el tal medicamento le había hecho buen efecto, porque su niño había sido expulsado en una sola contracción, poco tiempo después.

Nueve horas después del parto, yá convencida de que la placenta no saldría espontáneamente, hizo llamar un médico del vecindario, quien reventó el cordón haciendo tracciones inconsideradas.

Desde ese momento, el diagnóstico me pareció claro: adherencia anormal de la placenta, complicada con contracción tetánica permanente del útero, consecutiva á la administración del centeno en dosis elevada. En tales casos se observa con frecuencia la parálisis de la superficie de implantación de

la masa placentaria, que nos explica la presencia del tumor blando de que yá hablé. Temperatura, 39°. Pulso, 135: por consiguiente, la infección existía yá. Ligera hemorragia.

Le hice un lavado vaginal con un litro de licor de Van-Swieten, con el doble de agua. Prescribí cada media hora una lavativa con 30 gotas de láudano, á fin de vencer el tetanismo uterino y levantar la fuerza nerviosa de la enferma. Insistí con las personas que la rodeaban para que la dejaran en reposo completo, y ordené: alimentación reparadora, alcohol y quinina como medicación.

Cuando volví, á las cuatro de la tarde, la encontré más animada, ansiosa de que le extrajese la placenta. Aumentando las precauciones antisépticas, advertí por el tacto vaginal, que la retracción cedía un tanto, pero que el orificio cervical, todavía resistente, volvía á su punto de dureza inicial á la primera excitación suficiente. Sin embargo, hice colocar á la enferma en posición obstetrical, seguro de una atisepsia tan perfecta como me fue posible; procedí á aplicarle una inyección intra-uterina de sublimado, con la sonda de doble corriente de mi excelente maestro el Profesor Pajot. El agua, que al principio volvió roja, vino luégo más y más limpia. Cuando retiré la sonda, el orificio cervical se retrajo de nuevo. Vuelta á colocar en la cama, la paciente experimentó dolor en todo el órgano, debido probablemente á nuevas contracciones. Otras lavativas laudanizadas le fueron aplicadas.

Temperatura, 40°. Pulso, 150. Ordeno inyecciones vaginales hechas de hora en hora, unas veces con soluciones fenicadas, otras con ácido bórico; siempre y todas estas inyecciones con agua hervida á 40° de temperatura, seguidas de compresas antisépticas permanentes sobre la vulva.

A las 10 p. m. encuentro la paciente con un calofrío muy fuerte, que le dura cuarenta y cinco minutos. Temperatura, 41°. Pulso, 160. Facies completamente alterada; ansiedad extrema; piel seca y ardiente; ligera hemorragia; útero muy alto, bastante sensible, de igual resistencia en toda su extensión; es decir, que la abolladura placentaria quedó confundida con el resto del órgano.

No se podía, no se debía esperar más tiempo; el límite de la expectación había terminado: calofrío, hemorragia, te-

tanismo abolido. Posición obstetrical, antisepsia de todo rigor; nueva inyección intra-uterina de sublimado. Ligera dificultad para atravesar con la mano el orificio interno, por estar algo retraído, pero pronto llega mi mano sobre la masa placentaria. Insinúo los dedos, cara dorsal contra la pared uterina, pero sin éxito, pues siento que desgarró el tejido placentario sin desprenderlo; llevo la mano al otro lado de la masa porque me imagino haber caído sobre la adherencia, pero inútilmente; de esta manera le doy la vuelta y vuelvo al centro, que hallo igualmente adherido. Entonces quedé convencido que se trataba de una adherencia fibrosa, haciendo cuerpo con el tejido propio de la matriz. La convicción me vino porque, despedazando entre los dedos el tejido placentario, quedaba luego una trama ó especie de cabellera que no pude desprender, á pesar de muy pacientes esfuerzos, tanto por su resistencia como porque se deslizaba entre los dedos. Hacia la mitad superior, caí sobre un punto donde la adherencia no existía, de allí pude desprender el tejido sano. Quedó este espacio como un surco con algunos islotes de tejido patológico y sobre el cual quise tirar, pero sin éxito. Resuelto á no dejar sino lo menos posible adentro, continué despedazando el tejido con los dedos hasta limpiar lo más que pude. Al cabo de tres cuartos de hora terminé; pero antes de retirar la mano, hice otro lavado con dos litros de licor de Van-Swieten, con el doble de agua. Retiré la mano cuando me persuadí de que no había dejado ningún pedazo desprendido, y lo hice después de haber introducido una pinza larga para desprender con ella la cabellera fibrosa de que he hablado. Nuevo escollo; la desgarró sin poder desprenderla, y me veo forzado á suspender, pues por la mano que tengo aplicada por fuerza sobre el órgano, siento que la pared externa se hunde durante la tracción y arriesgaba así producir una inversión, sin contar con lo muy doloroso que le fue á la enferma.

Durante dos tercios del tiempo empleado en la operación, la matriz estuvo inerte; sólo al fin se despertó de nuevo la contracción, que me ayudó á expulsar todos los fragmentos.

Un supositorio de yodoformo quedó en el útero.

Temperatura, 41°. Pulso, pequeño, frecuentísimo y depresible. Medicación: alcohol, extracto de quina.

*Septiembre 16.*—A las siete de la mañana supe que la enferma había tenido otro calofrío, menos intenso que el primero, seguido de diarrea serosa y de un flujo vaginal color chocolate, muy fétido.

Cuando llegué, el estado de la enferma había empeorado de una manera notable.

Temperatura, 41°. Pulso, incontable.

Con intención de volver á intervenir, hice colocar la enferma nuevamente en posición obstetrical. Después de asegurarme de una antisepsia severa, introduje la mano otra vez con intención de hacer nuevos esfuerzos para desprender aquel foco de infección. Todo fue inútil: no pude desprender el tejido, sólo sí pude hacer un lavado intra-uterino, satisfactorio por el momento.

Más tarde la postración fue grande; la alteración de la fisonomía, increíble; un sudor frío la cubría; el timbre de la voz había cambiado y se hizo sensible un extravismo convergente.

A pesar de la medicación, y á pesar de todos los esfuerzos, su estado se hizo por momentos más grave.

El 17 á las tres p. m. se me hizo saber que la enferma se enfriaba y que un dolor intolerable en el vientre la hacía sufrir mucho. Cuando llegué, un meteorismo muy fuerte distendía las paredes abdominales y por la vagina se desprendían, arrastrados por un corrimiento negruzco, abundante, grandes escaras gangrenadas de una fetidez insoportable. La postración aumentó; la temperatura llegó á 36°, y tres horas más tarde, la mujer murió.

La familia no me permitió hacer la autopsia.

---

#### REFLEXIONES.

Esta observación es muy interesante:

1.° Porque nos muestra de la manera más perentoria, los desastrosos efectos que trae el empleo intempestivo del centeno, cuando existe una adherencia de esta naturaleza; y si se considera que su administración durante el trabajo no puede hacerse con conocimiento de que tal complicación no sobrevendrá en el período placentario, es todavía más grave y

sería la cuestión del empleo del centeno. Por otra parte, el tetanismo que se produce en tales casos, cierra las puertas á toda intervención oportuna, porque si el cirujano interviene antes de que el espasmo haya cesado, se expone, por lo menos, á abrir nuevas entradas á la infección.

2.º Porque mientras se espera á que el tetanismo ceda á la medicación, para poder intervenir, el relajamiento del tejido (lugar de inserción placentaria) expone á la absorción más fácil de los microbios durante un tiempo más largo.

Esto en cuanto al empleo del centeno.

3.º Este es el punto más interesante: ¿Cómo intervenir para practicar semejante extracción placentaria? El método de Credé no sólo es inútil, sino peligroso; en efecto, lo que una retracción tan violenta no ha podido hacer, mucho menos lo hará una expresión manual. Seguramente su resultado no sería otro que aumentar el espasmo, quizás producir una ruptura, y ciertamente traer una inflamación más ó menos extendida.

En los clásicos no hay medio seguro, cada cual describe el suyo propio como el mejor, porque le ha salido bien en algunos casos, y luégo generalizan, como si todas las adherencias fueran de la misma naturaleza y del mismo grado. Sé también que el conocimiento perfecto de estas alteraciones, lo mismo que sus condiciones etiológicas, son actualmente mal conocidas, y que, en general, nos contentamos con teorías y esperamos en la clínica.

Pasaré revista de los medios que se podrían emplear para discutirlos. Principiaré por excluir del tratamiento de este género de adherencias formadas de tejidos tan fuertes, tan resistentes, que forman un solo cuerpo con el tejido uterino en donde se han implantado, toda clase de maniobras manuales, con las cuales no se llega á nada útil; cuando más se hará lo que hice: despedazar todo lo que se pueda despedazar, y confiar el resto á la antisepsia. Pero ésta no es entonces perfecta, porque todo líquido antiséptico inyectado con una sonda de doble corriente cualquiera, no puede alcanzar todos los puntos accesibles á la entrada de los microbios, puesto que á medida que el agua de la inyección entra, es preciso que salga, y como el diámetro del canal de la sonda (por donde sale el agua) es menos de cinco milímetros en general,

sería necesario ver lo que se baña, para no dejar un solo punto que no fuese lavado, lo cual es imposible. Si no se emplea esta sonda y se espera á que la matriz se vacie por replesión del líquido inyectado, se corren más peligros que absteniéndose de emplear este procedimiento.

Los otros medios de desprender son las *curetas*. La cortante no podría emplearse sobre dos tejidos reblandecidos (placentario y uterino) íntimamente unidos; porque tal operación expondría á herir los grandes senos uterinos, como porque no hay modo de saber hasta dónde llega el tejido placentario, ni dónde empieza el tejido uterino; se operaría á ciegas. La no cortante, por idénticas razones, y porque convendría menos á la indicación. Las uñas serían mejor, pero en otros casos. La mano armada así, sería, sin duda, el mejor instrumento, pero á más de su falta de resistencia, quedaría fuera de combate desde que sus bordes libres se hubiesen llenado de despojos, sangre, etc., y luégo, ¿cómo distinguir el límite entre la pared paralizada y reblandecida del útero (en el presente caso), de otro bastante semejante (tejido placentario degenerado) para no herir el primero y abrir nuevas puertas á la infección, por lo menos, si se tiene la suerte de no producir una perforación?

Así pues, en este caso no se puede emplear, con éxito, ninguno de los medios hasta aquí indicados. Esperar la putrefacción, que raras veces, constituye el medio de que se sirve la naturaleza para desembarazarse, sería un medio culpable; tanto más, cuanto que la infección es yá de suma gravedad. Tuve ocasión de ver un caso, en el cual, al cabo de cinco días, el útero se desembarazó por tal proceso, pero entonces la placenta estaba entera, y por otra parte, nadie puede asegurar que la adherencia fuese de la misma naturaleza.

Puesto que no hay ningún otro medio, y forzado por las condiciones excepcionales de un caso semejante á éste, ¿no valdría más, digo, echar mano de una operación tan grave como la de Porro, que permitiese quitar con el útero y sus anexos, el foco de infección y dar así más probabilidades de vida á la enferma?

A pesar de que la intervención que propongo me parece lógica, no me atrevo á resolver la cuestión por mi propia cuenta, y suplico respetuosamente á la Sociedad se sirva de-

cidir el punto, que, aun cuando excepcionalmente raro, no por eso deja de ser uno de los casos más graves y más delicados de la Obstetricia.

Me permito presentar la cuestión así: ¿en un caso tan complicado, qué debe hacerse?

C. CLOPATOFSKY V.

Bogotá: 1890.

---

DISCUSION.

*Profesor Pajot.*—La cuestión presentada á la Sociedad por el Doctor Clopatofsky, como consecuencia de su interesante observación, me parece muy seria; en un caso semejante en que todo encalla, tengo para mí, que hay derecho á pensar en tal intervención.

*Doctor Bonnaire.*—Skuth, de Jena, ha hecho la operación de Porro en un caso idéntico, y la enferma se salvó.

*Profesor Pajot.*—Este dato del Doctor Bonnaire es de interés poderoso. Por principio, y por mi edad, soy opuesto á las operaciones graves, pero comprendo muy bien que en tal caso se puede recurrir á la operación.

*Profesor Agrd° Budin.*—Quando estuve de interno en la Maternidad, tuve ocasión de hacer la autopsia de una mujer que murió de hemorragia; un cotiledón placentario estaba tan adherido, que no pude desprenderlo del útero sino con el cortante del escalpelo. En casos de este género, uno ó dos cotiledones, no pudiendo ser desprendidos, me he esforzado en sacar la mayor parte posible de tejido placentario. Para llegar á ese fin se despedaza (*on petrit*), entre las extremidades de los dedos, todo el tejido de los cotiledones, así se desprenden poco á poco las viscosidades, hasta que se llegue cerca de la pared uterina. Entonces no queda yá sino una placa muy poco espesa de tejido placentario, y es fácil hacer en seguida la antisepsia de la cavidad de la matriz. Pero como la observación del Doctor Clopatofsky es una observación de adherencia total de la placenta, las cosas son diferentes.

*Profesor Agrd°.*—*Charpentier.*—Es en estos casos de adherencias parciales ó totales que en Alemania y en América se practica el *cavage* tan completo, que se llega hasta el

tejido muscular, lo cual se reconoce por un sonido particular producido por el instrumento sobre el tejido uterino.

*Profesor Pajot.*—Todos estamos de acuerdo sobre este punto en el aborto. Hace treinta años que inventé una cureta para extraer la placenta en el aborto. Se usa en los casos de aborto á cuatro meses y medio, cinco meses; pero como se trata aquí de una placenta á término, digo que no se llegará á extraerla completamente con una cureta. No se sabe si la cureta actúa sobre la placenta ó sobre el útero á término, el tejido uterino no produce sonido; mejor se haría con los dedos. La cuestión es ésta: cuando una mujer tiene una placenta que no ha podido extraerse por ninguno de los medios usados en semejante caso, ¿se debe hacer la operación de Porro? En cuanto á mí, consultaría con varios cofrades y propondría la operación; es evidente que tal decisión no se puede adoptar solo.

*Profesor Gueniot.*—La solución es difícil, porque los casos son raros. Vi una mujer amenazada de muerte por hemorragia, sin habérsele extraído toda la placenta, la saqué hasta donde pude; la mujer murió y á la autopsia se encontró una pequeña perforación; el resto de la placenta estaba muy adherido. En cuanto al caso del Doctor Budin, *despedazar*, es muy bueno, pero debe ser difícil, pues no se puede hacer sino con el pulgar y otro dedo; es necesario introducir la mano entera, lo cual es á veces dificultoso. Por otra parte, en estos casos de adherencias tan fuertes, la placenta no se puede inmediatamente y la introducción de una cureta, como la de Dolbeau, no podría tener peligro, pero yo no iría hasta el músculo, y con las inyecciones en seguida, se podría salvar la enferma. Cuando hay indicación de la operación de Porro, es ya tarde para hacerlo con fruto, y al contrario, es una decisión que sería indispensable tomar desde temprano.

*Profesor Agrd°.*—*Charpentier.*—El Profesor Pajot ha interpretado mal mi pensamiento. Yo soy de su parecer; se deben ensayar todos los medios posibles antes de echar mano de una operación tan grave; pero entre todos esos medios, para sacar una placenta á término, está la cureta; y si no saliese bien con la cureta, pensaría en la operación de Porro. Tengo para mí que la cureta manejada prudentemente me dará buenos resultados.

*Profesor Gueniot.*—Distingamos los casos; la cuestión de la operación de Porro no puede plantearse, sino en los casos de fusión íntima entre la placenta y el tejido uterino; en los otros, prefiero la cureta y las inyecciones.

*Doctor Doléris.*—En cuanto á la elección entre la operación de Porro y la cureta, yo no vacilaría en emplear la cureta. La operación de Porro es un poco expedita y prematura cuando quedan medios que no se han probado. No veo porqué no se atacaría la adherencia placentaria con la cureta. Los clásicos no son suficientemente explícitos á este respecto; no nos dicen si es el tejido placentario el que entra en el tejido uterino, ó si es el tejido uterino el que entra en el placentario. Se enúclean así los fibromas; creo que estos dos casos pueden compararse desde el punto de vista operatorio.

*Profesor Pajot.*—Tuve en la clínica un caso que varios aquí pueden recordar: una placenta de tal modo adherida sobre toda su superficie, que con ningún instrumento (pinzas, curetas) pude lograr desprenderla del útero; la mujer murió de septicemia, y sobre el cadáver no se podía, escalpelo en mano, operar la separación entre los dos tejidos. Desde el momento en que no se puede sacar ningún provecho con el escalpelo sobre el cadáver, ¿qué sacamos entonces con histología, nos enseñará ella á separar lo que es inseparable, aunque tengamos la pieza á la vista y el escalpelo en la mano!

*Doctor Bonnaire.*—Soy del parecer del Profesor Pajot; fui testigo en la clínica del hecho siguiente: en el servicio del Profesor Tarnier se intentó desprender un fragmento de placenta con una cureta, no se pudo lograr, la mujer murió y no se le pudo separar tampoco sobre el cadáver. El útero á término no produce sonido cuando se le raspa con la cureta.

*Doctor Doléris.*—Si se decreta tan fácilmente la operación de Porro, se la aplicará á casos en los cuales se hubiera podido evitar.

**SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES (1)**

ACTA DE LA SESIÓN DEL 21 DE JUNIO DE 1890

En Bogotá, á 21 de Junio de 1890, se reunió la Sociedad con asistencia de los Doctores Amaya, Aparicio, Buendía, Carrasquilla, García Medina, Herrera, Medina y Pizarro. Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

El Doctor Aparicio, á quien pasó en comisión el trabajo del Doctor Braulio Mejía J., presentado en la sesión del 24 de Mayo, devolvió dicho trabajo con el informe correspondiente, que termina con las siguientes proposiciones: 1.<sup>a</sup> Admítase al Doctor Braulio Mejía J. como miembro correspondiente de la Sociedad. 2.<sup>a</sup> Por la Redacción de la REVISTA MÉDICA se hará un extracto del trabajo del Doctor Mejía y se publicará junto con el acta en que se dé cuenta de este nombramiento.

La primera parte fue considerada, y en votación secreta aprobada por unanimidad. La segunda parte fue aprobada en votación ordinaria.

Propuso en seguida el Doctor Aparicio:

“Nómbrese una comisión que revise el Reglamento de la Sociedad y presente las modificaciones que juzgue convenientes.”

Puesta en discusión esta proposición, fue sostenida por su autor y los Doctores Buendía, Herrera y Medina. La proposición fue aprobada, y se nombró para el desempeño de esta comisión á los Doctores Aparicio y J. D. Herrera.

El Presidente, JUAN DE D. CARRASQUILLA L.

El Secretario, *Pablo García Medina.*

SESIÓN DEL 12 DE JULIO DE 1890

En Bogotá, á 12 de Julio de 1890, se reunió la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, con asistencia de los socios Doctores Amaya, Barreto, Buendía, Carrasquilla, Castañeda,

(1) Con el objeto de publicar en el número anterior el informe de la Comisión de epidemias y las discusiones referentes á él, se alteró el orden cronológico de las actas de la Sociedad.

Esguerra, García Medina, Gómez C., Herrera, Ibáñez, Manrique, Medina, Michelsen, Muñoz, Osorio, Roca, Rocha Castilla y Tamayo. El Doctor Aparicio se excusó oportunamente.

Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior. Dióse lectura á un informe del Secretario, relativo al estado en que se halla el archivo de la Sociedad. Este informe pasó á la comisión encargada de organizar el Gabinete de lectura, á cargo de los Doctores Durán Borda y Noguera.

El Doctor Herrera, en desempeño de una comisión y en asocio del Doctor Aparicio, presentó un proyecto de modificaciones al actual Reglamento. Leído el proyecto, propuso el Doctor Rocha Castilla lo siguiente:

“ Discútase el Reglamento cuando esté terminado por la comisión encargada de presentarlo.”

Negada esta proposición, se abrió el primer debate del proyecto, que fue en parte atacado por los Doctores Rocha C. y Manrique, y sostenido por el Doctor Herrera. Se aprobó en primer debate y pasó á segundo, en comisión á los Doctores Castañeda y Osorio.

El Doctor Michelsen presentó su informe sobre el trabajo titulado *Renguera*, por el Doctor D. Gutiérrez y Arango. El informe termina con las siguientes proposiciones:

“ 1.ª Admítase al Doctor D. Gutiérrez y Arango como miembro correspondiente de la Sociedad. 2.ª Publíquese en la REVISTA MÉDICA el trabajo que motiva este informe.”

Puesta en discusión la primera proposición, el Doctor Manrique tomó la palabra.

*Doctor Manrique:*

“ No conozco el trabajo del Doctor Gutiérrez, pero sé que se ha considerado como muy importante; no sé, por tanto, si él mencionará una de las causas á las cuales se atribuye la *renguera* en algunas partes. Me refiero al uso del maíz alterado, cuyo uso puede determinar en las bestias accidentes análogos, si no iguales, á los de la *renguera*. Tuve ocasión de observar esto en Anapoima y de hacer la autopsia á una bestia que había comido *maíz peladero*, y murió con síntomas de *renguera*. Buscando en la medula la causa de la parálisis que se observaba en el tren posterior, encontré las lesiones de una mielitis, lesiones que me hicieron recordar las que encontrá-

bamos en las autopsias practicadas con nuestro Profesor Doctor José V. Uribe en individuos que morían por el abuso de chicha. En aquel caso, como en éstos, se observaba reblandecimiento, ó podríamos decir mejor, una dilución de la médula.

Como la idea de que el uso de este maíz pueda producir la *renguera*, es muy general, especialmente en las tierras calientes del departamento de Cundinamarca, creo que ella debe tener algún fundamento y que merece tenerse en cuenta al estudiar la causa de la enfermedad. El señor Doctor Rocha Castilla habrá tenido ocasión de observar esta enfermedad en el Tolima, y desearía que nos ilustrara sobre este punto.”

*Doctor Rocha Castilla:*

“Tampoco he leído todavía el trabajo del Doctor Gutiérrez; lo juzgo interesante porque el Doctor Evaristo García me lo ha enviado recientemente, recomendándomelo como muy importante.

Existen dos clases de *renguera*: una en el estado crónico, y otra aguda endémica contagiosa, que se propaga en grandes extensiones de terreno y que llega á destruir más del 50 por 100 de las yeguas. Es sabido que esta enfermedad es muy antigua entre nosotros; en Casanare, como es notorio, destruyó casi totalmente las caballerías en la guerra de la Independencia. En el centro del Tolima se conoce desde hace más de quince años, de donde se propagó hasta las faldas de la cordillera y luégo hacia el Sur. Se ha presentado allí epidémicamente, desapareciendo para reaparecer más tarde con mayor intensidad, de tal manera, que en veinticuatro horas muere considerable número de bestias. Presenta la *renguera* todos los caracteres de una mielitis, pero es en realidad una mielitis infecciosa, ocasionada probablemente por un microbio.

No creo en la influencia del maíz como causa de la enfermedad, pues que la *renguera* se ha observado en Casanare y en el Tolima, precisamente en yeguas que jamás han tenido más alimento que el pasto de llanuras extensas; y lo mismo puede observarse respecto del Cauca. En las bestias en pesebre se ha podido atribuir la enfermedad erróneamente al maíz que se les da, descuidando probablemente la verdadera causa que la ocasiona.

La forma crónica es endémica en algunas dehesas. En un animal introducido en éstas, empieza á paralizarse el trón posterior, y pronto, algunos días después, muere; la enfermedad llega algunas veces á afectar el ganado vacuno de tal manera, que si no se cambia de lugar, muere. Aunque he visto muchos casos, no he tenido ocasión de hacer ninguna autopsia.

En el Cauca se sostuvo que la causa de la enfermedad era un *strongilus*, semejante al *strongilus renale*; pero esta opinión, combatida aquí por los Doctores Proto Gómez y Durán Borda, no parece aceptable. Queda como probable la idea de la existencia de un microbio como causa generadora del mal, y en este sentido se abre un ancho campo á la investigación.

“ No existe remedio alguno que pueda curar la *renguera*. Como preservativo, se emplea el arsénico mezclado á la sal común, y como curativo se ha empleado el sublimado inyectado en la raíz de la cola.”

*Doctor Michelsen :*

“ No hice en mi informe un estudio crítico del trabajo del Doctor Gutiérrez y A., porque ya en otras ocasiones se ha adoptado en la Sociedad la idea de que el papel de la comisión se reduce á informar sobre la originalidad del trabajo cuyo estudio se encomienda; por esta razón me he limitado á eso y á las dos proposiciones que se discuten.

“ Creo que hay dos clases de *renguera*: una enzoótica y otra epizoótica, y que es más bien una infección miasmática que contagiosa. Según me ha informado el Doctor Aparicio, le comunica el Doctor Gutiérrez haber encontrado el parásito causa de la *renguera*, y que ha hecho ya algunos cultivos, con lo que se podría llegar á practicar la vacunación.

En cuanto al uso del maíz alterado como causa de la *renguera*, creo que no podrá admitirse sin discusión. Con el objeto de estudiar las alteraciones del maíz y su influencia en la salud, reuní de varios agricultores diversas muestras de maíz alterado, las que presenté á la Sociedad. Estas muestras pasaron á una comisión, que no ha presentado aún su informe.”

*Doctor Rocha Castilla :*

“ El contagio de la *renguera* es evidente. En las regio-

nes en que he observado la enfermedad, hay un ejemplo que lo prueba. Un río, el Amoyá, separa las dehesas en que se ha presentado la enfermedad de aquellas en que no se ha observado; las condiciones son unas mismas, pero aquellas dehesas se han preservado porque á ellas no ha pasado ningún animal enfermo que lleve el contagio. Aun después de enterrada una bestia que muera de *renguera*, puede transmitir la enfermedad, porque las lombrices, como lo ha demostrado Pasteur, llevan los microbios á la superficie de la tierra, lo cual asegura su propagación.

El maíz alterado de que he hablado se ha llamado comunmente *maíz bravo*, y se produce en las primeras cosechas obtenidas en las primeras siembras de los terrenos vírgenes; parece que está entonces el grano cargado de una gran cantidad de materia azoada y quizá á esto deba sus efectos. Si un marrano lo come, pierde la cerda y las pesuñas; lo mismo acontece con las bestias. En el hombre se ven también sus graves efectos nocivos. El maíz va perdiendo estas propiedades en las cosechas sucesivas, de tal modo, que en la tercera cosecha yá es casi completamente inofensivo. Parece, pues, que el elemento nocivo resida en el exceso de materia azoada que los siglos han acumulado en el limo de nuestras tierras vírgenes. ¿Hay en el grano obtenido en estos terrenos alguna alteración química, ó se desarrolla en él algún microbio que le da estas propiedades nocivas? ”

Terminada la discusión, se aprobó por unanimidad, en votación secreta, la primera proposición del informe, quedando así aceptado como miembro corresponsal el Doctor D. Gutiérrez y Arango. La segunda proposición fue igualmente aprobada.

El Doctor E. de J. Roca presentó un trabajo del Doctor Carlos E. Putnam, sobre *Lipemania en la ataxia*. Dicho trabajo ha sido presentado con el objeto de obtener el Doctor Putnam el título de miembro de número de la Sociedad. El señor Presidente pasó en comisión dicho trabajo al Doctor L. Barreto.

A las 8 p. m. se levantó la sesión.

El Presidente, JUAN DE D. CARRASQUILLA L.  
El Secretario, *Pablo García Medina*.

**SUTURA INTESTINAL**

## CURACIÓN

En la noche del 3 de Agosto, á las once, recibió David Forero una herida penetrante en el abdomen, por la cual hicieron hernia las asas intestinales; á las doce fue conducido al hospital de Caridad. Una vez allí, se solicitó nuestra asistencia como Practicantes, é inmediatamente ocurrímos á prestarla.

Se trataba de un individuo de robusta constitución y de temperamento sanguíneo, que tenía unos veinte años de edad.

La porción de intestino herniado medía próximamente un metro de longitud y correspondía á la parte inferior del *ilium*. El tumor formado por las asas intestinales caía sobre la cara anterior del muslo, que se encontraba en semiflexión; la parte inferior del tronco estaba en un grande estado de desaseo, procedente de pus blenorragico y de varias unturas que el paciente se había aplicado para una epididimitis doble de que sufría hacía algún tiempo. La herida ventral, visible sólo después de practicada la reducción de la hernia, fue causada por un instrumento cortante y punzante á la vez; era transversal, estaba situada en la fosa ilíaca izquierda, á unos seis centímetros de la arcada crural y medía cuatro de longitud. Al examinar la hernia notámos, fuera de algunos puntos hemorrágicos en el mesenterio, una herida longitudinal en el borde convexo de la circulación intestinal que ocupaba la parte más anterior del tumor; esta solución de continuidad, sin pérdida de sustancia, y de un centímetro y medio de longitud, atravesaba completamente la pared del órgano, según salían por ella los líquidos intestinales al ejercer una ligera compresión sobre el tumor herniario. Pareciónos que la indicación precisa era practicar la sutura del intestino, á lo cual procedimos junto con nuestro condiscípulo el señor D. Silvestre Montañés, cuya eficaz cooperación contribuyó en mucho al buen resultado obtenido. Las especiales condiciones en que operábamos por la hora avanzada de la noche y la escasa luz con que contábamos, no nos permitieron proporcionarnos

todos los elementos de una rigurosa antisepsia, no obstante el encomiable interés de la Hermana del servicio, quien nos suministró lo más indispensable. A falta de *catgut* empleámos una hebra de seda, inadecuada por su grosor, é hicimos una sutura de puntos separados; colocámos cuatro puntos de sutura, tratando de afrontar, en cuanto fue posible, los bordes de la herida para que se correspondieran las serosas y las mucosas.

Terminada la sutura, empezámos la maniobra del *taxis*, según el procedimiento ordinario, y colocando al enfermo en la posición más adecuada para esto. Las primeras tentativas no tuvieron éxito, y entonces pensámos en desbridar un poco el orificio, estrecho relativamente á la porción del intestino á que daba paso; sin embargo, esto no fue necesario y bastó un último ensayo practicado de la manera siguiente:

Con la mano izquierda comprimimos gradualmente el tumor de abajo para arriba, y con el índice de la derecha introducido en el ángulo externo de la herida impulsámos suavemente las porciones que habían salido en último lugar; se ejercía al mismo tiempo una presión moderada en el vientre, al nivel de la inserción mesentérica sobre la columna vertebral. Así lográmos introducir la mayor parte del intestino: pero cuando yá faltaba muy poco para que la reducción fuera completa, advertimos una segunda perforación, hasta entonces oculta por las circunvoluciones que estaban encima de la porción de intestino, sitio de la perforación; ésta era pequeña y sólo notámos su existencia por la salida de algunos líquidos intestinales que cayeron sobre el abdomen del enfermo á tiempo que se ejercían las últimas presiones sobre el intestino para acabar de reducirlo; pues, lo repetimos, las excepcionales condiciones en que nos encontrábamos, nos impedían observar atentamente, á pesar del especial cuidado que pusimos de nuestra parte. Detuvimos la reducción mientras colocámos dos puntos más de sutura en esta herida, cuyo diámetro era de unos cuatro milímetros, y que parecía causada por la punta del instrumento vulnerante. Continuámos en seguida el *taxis* hasta la reducción completa del intestino herniado; cerrámos luégo la herida exterior por medio de tres puntos de sutura con hebras gruesas de seda. Después de esto, hicimos

la curación del caso con yodoformo, gasa antiséptica, etc., y aplicámos un vendaje compresivo (espica de la ingle). El enfermo entró en calma, y cesaron los agudos dolores de que venía quejándose. Prescribimos el reposo absoluto en el *decubitus* dorsal y prohibimos la ingestión de alimentos. No hubo necesidad de la cloroformización, porque el herido estaba ebrio y en un estado de anestesia tál, que pudo reemplazar muy bien la del cloroformo. La antisepsia, como yá dijimos, fue casi ninguna, pues contábamos apenas con un poco de solución fenicada y una esponja de usos comunes en el servicio.

---

#### MARCHA Y TRATAMIENTO.

Al día siguiente, por la mañana, fuimos á informarnos de la salud del enfermo, temiendo hubiera sido inútil nuestro trabajo; pero, por fortuna, no sucedió así, y el herido había pasado una noche relativamente buena: había dormido á ratos, y sólo se quejaba de una sensación de escozor en la herida. Creímos prudente no cambiar la curación para evitar movimientos perjudiciales, y dejámos el vendaje en su lugar.

Se notaba algo de meteorismo; en la mañana la temperatura axilar fue  $38^{\circ}\frac{2}{5}$ ; pulso frecuente (120 pulsaciones por minuto), lleno; respiración fácil. A las 2 p. m. tuvo un acceso de vómito y expulsó una pequeña cantidad de un líquido claro, verdoso; á esta hora el termómetro marcó  $39^{\circ}$ ; á las 4 p. m. hizo la primera deposición después de operado; ésta era diarreica, y no presentaba nada de particular. Por la tarde (á las 5 p. m.), bajó nuevamente la temperatura axilar á  $38^{\circ}\frac{2}{5}$ .

El señor Doctor Oscar A. Noguera, médico del servicio, instituyó el tratamiento que debía seguirse, y debido á sus acertadas prescripciones, no lo dudamos, se ha obtenido el buen resultado ulterior.

Se ordenó el reposo absoluto y se le pusieron tres lavativas alimenticias, según la fórmula siguiente:

Peptonas líquidas, 15 gramos; leche, 600 íd.; yemas de huevo, número 2; láudano de Sydenham, 2 gramos. M. Para seis lavativas.

Se le aplicaron impulsando lentamente el líquido, para evitar que pasara del intestino grueso; se le administró además en este día una poción con 0.10 centigramos de opio y se le dieron dos copas de brandy.

*Agosto 5.*—Al hacer la segunda curación encontramos la herida exterior cicatrizada por primera intención, y sólo había pus en los puntos de sutura. Había disminuído el meteorismo; lengua saburral; las deposiciones siempre diarreicas, fueron dos, pero el enfermo sentía dolor en la región pubiana al hacerlas; la emisión de la orina se hacía bien; temperatura de la mañana,  $38^{\circ}\frac{2}{3}$ , por la tarde, la misma.

*Agosto 6.*—Ha mejorado el estado general; cuatro deposiciones en la noche. Tratamiento, el mismo del día anterior; la temperatura no pasó de  $38^{\circ}$ .

*Agosto 7.*—El meteorismo ha disminuído considerablemente; las deposiciones se han hecho mucho más frecuentes; se le dio en el día la poción siguiente: magisterio de bismuto, 5 gramos; extracto gomoso de opio, 0.10 centigramos; jarabe de canela, 130 gramos. M. R. “Cucharadas.”

Por alimento, leche y caldo en pequeñas cantidades. La temperatura ha continuado bajando, sólo marca  $37\frac{1}{2}^{\circ}$ .

*Agosto 8.*—Notable mejoría; el mismo tratamiento del día anterior.

*Agosto 9.*—Yá no hay fiebre; deposiciones normales; el meteorismo ha desaparecido completamente.

*Agosto 10.*—Temperatura normal; han cesado todos los síntomas ya mencionados.

*Agosto 12.*—En este día se puede considerar como completamente curado, pues ha vuelto el funcionamiento regular de todos sus órganos y puede tomar toda clase de alimentos; se le quitaron los puntos de sutura y se le hizo la última curación.

Durante los diez días mencionados se le ha hecho una curación cada tercer día en la herida exterior. Ultimamente se abrió superficialmente la cicatriz y dio lugar á una exudación de linfa plástica; pero con nuevas curaciones yodoformadas, ha desaparecido casi por completo este accidente.

Ahora bien, las malas condiciones en que operámos, nuestra falta de práctica y el último resultado obtenido, quizás

sean parte á excusar nuestro manual operatorio, que, á no dudarlo, fue muy imperfecto; pues que las reglas generales del arte, y los principios de la antisepsia, no tuvieron cabida en él, muy á nuestro pesar, por las yá mencionadas circunstancias. Empleámos la sutura de puntos separados, poco usada hoy, si bien en casos como el de que tratamos, no se la debiera rechazar del todo, por ser la de más fácil aplicación, para heridas de pequeña longitud y cuando se requiere una inmediata y corta intervención. En la sutura de Gely es enojoso el manejo de las dos agujas, sin la suficiente habilidad, y se tropieza con los inconvenientes de las suturas continuas, pues que, roto el hilo, en cualquier punto se pierde la sutura, lo que no sucede en la de puntos separados. Hubiéramos podido aplicar la sutura de Lembert, pero temimos, al hacerla, prolongar demasiado la permanencia del intestino fuera de la cavidad abdominal, sin los medios indispensables para conservarlo á una temperatura conveniente. Los puntos de sutura que pusimos, quedaron tal vez muy próximos unos de otros; pero quizás eso contribuyó á la pronta cicatrización, no obstante la mayor causa de irritación peritoneal. En fin, lo reprochable de nuestro pequeño trabajo, quizá esté disimulado en parte, por el completo éxito obtenido; siendo así que el enfermo en cuestión ha recobrado completamente su salud, y es hoy un hombre que puede, sin inconveniente, entregarse á sus trabajos profesionales.

CARLOS ANGULO.

Bogotá, Agosto 30 de 1890.

## LA LIPEMANIA

### Y EL DELIRIO DE PERSECUCIÓN EN LOS TABÉTICOS

La enfermedad que Duchenne, de Boulogne, ha descrito con el nombre de *ataxia locomotriz progresiva* ha sido el objeto de numerosos trabajos en estos últimos años.

Al cuadro clínico, magistral, pero incompleto, trazado por este maestro, se ha ido sustituyendo una descripción más homogénea, fundada en el estudio comparado de los síntomas

y las lesiones. La Anatomía Patológica especialmente ha ido señalando la naturaleza de la lesión, y no obstante la oposición de algunas autoridades, Trousseau, entre otros, los trabajos de Bourdon, de Vulpian, de Charcot, de Pierret, han demostrado la existencia de una esclerosis en los cordones posteriores de la medula.

Trousseau objetaba á los anatomo-patologistas los casos de lesión de los cordones posteriores sin que hubiese ataxia, pero Pierret ha explicado esta aparente contradicción. Para este profesor, la lesión verdadera, característica de la ataxia, está localizada en la *parte externa* de los cordones posteriores, es decir, en las zonas radicales posteriores, y no en los filetes radicales internos, como se ha dicho. Y son justamente estas zonas las que vienen á formar la columna vesicular posterior ó columna de Stilling, que, como sabemos, encierra casi únicamente *fibras sensitivas*.

Si el *tabes dorsalis* es una enfermedad del sistema sensitivo, me parece de suma importancia el averiguar y estudiar la influencia que este estado de irritación morbosa puede ejercer sobre las operaciones psíquicas.

Es, en efecto, indiscutible el papel de la sensibilidad en estas operaciones. La vista, el tacto, el oído, y con menor intensidad el gusto y el olfato, nos dan continuamente nociones, sobre todo lo que nos rodea y nos facilitan el juicio que podemos formar sobre aquello que nos ha impresionado.

La facultad de pensar y de formar ideas—el entendimiento—cuenta entre sus operaciones fundamentales la sensación. La sensación en sí misma es la reunión de tres fenómenos elementales: la impresión, la transmisión y la percepción. Esta sensación percibida y transformada toma el nombre de idea. No podemos conocer los cuerpos sino por los sentidos y la experiencia, y es solamente bajo esta significación que se puede admitir el axioma: *Nihil est in intellectu quod prius non fuerit in sensu*.

Podemos dividir nuestras impresiones en dos categorías: ó son normales, y dependen del medio habitual, cotidiano, en que vivimos, ó son anormales, y en este caso pueden resultar de una enfermedad ó de una acción mecánica, como sucede después de una operación. La sección del nervio óp-

tico determina en los enfermos á quienes se hace la extracción del ojo, sensaciones luminosas intensas; el contacto de un cuerpo extraño sobre el tímpano determina ruidos claramente percibidos por el paciente, etc. Estas impresiones sensoriales anómalas no engañarán al sujeto respecto á la realidad de su origen, porque sus otros sentidos le permiten apreciar la causa accidental de estas sensaciones. Pero sí una enfermedad, y no yá una causa accidental, modifica, sea en sus trayectos, sea en sus orígenes ó sus terminaciones, los nervios sensoriales que dependen de los órganos de la vista, del gusto, del oído, del olfato y del tacto, se producirán igualmente impresiones anómalas, que, transmitidas, serán percibidas por el paciente.

Cuando estas impresiones hieren á uno de los sentidos solamente, los otros ayudan á corregir el error, y esto lo vemos con frecuencia cuando un tabético camina sobre un piso duro, cerrando los ojos; cree éste caminar sobre algodón, pero apenas abre los ojos y mira, se convence que no es así. Mas si la enfermedad hiere á varios sentidos á la vez, se encuentra el paciente en la imposibilidad de corregir el error de la noción que haya adquirido por falta de medios, y así sí ese mismo enfermo pierde la vista, lo que es muy frecuente en la ataxia, caminará y asegurará lo que siente, es decir, empezará á delirar, afirmando que camina sobre algodón.

Estudiemos ahora la forma bajo la cual se presenta este delirio y veamos si el aspecto habitual de la enfermedad puede guiarnos en esta investigación, en donde yá el solo sentido común nos hace sospechar la naturaleza y la razón de ser del delirio.

Si, en efecto, consideramos lo que es la vida de un tabético en cualquiera época de su enfermedad, reconoceremos forzosamente que no puede haber otra más penosa. Faltan maneras de expresar sus sufrimientos á estos infelices; dolores atroces, variados en su forma y duración, y que comparan á mordeduras, á desgarramientos, á quemaduras profundas, y algunos enfermos dicen sentir que les rompen los huesos. Al oírlos, como he tenido la ocasión, en los enfermos que he asistido por algunos años, se transporta la imaginación á una sesión de tortura, y de seguro que los que tal pena sufrieron

tuvieron menos dolores que los desgraciados atáxicos. Y como la afección puede herir á todo el sistema sensitivo á la vez, resulta que no hay una función, un órgano, un miembro que se escape á esta ley del sufrimiento, y los fenómenos más usuales de la vida pueden ser á cada instante la causa incesante de torturas que su variedad y frecuencia hacen más difíciles de soportar.

Con esta simple consideración se comprende fácilmente que el carácter de los tabéticos debe ser triste é irritable. Esto en cuanto á la sensibilidad en general, agravándose más y más la situación cuando se considera cada uno de los nervios sensoriales. Supongamos, por ejemplo, un tabético, en el cual la vista va perdiéndose de día en día hasta la completa ceguera. Le pasará que si no puede asegurarse por el tacto de la naturaleza de los objetos externos, tendrá que recurrir á los otros sentidos para no vivir como aislado en medio de la actividad general. Las relaciones que conserve con el medio exterior dependerán absolutamente de la integridad de los sentidos que le queden; por consiguiente, si éstos le transmiten ideas erróneas, su juicio será más ó menos falso.

Esto justamente es lo que he podido observar en algunos casos. En el órgano de la vista, los enfermos experimentan las sensaciones más extrañas y desagradables. Unos dicen sentir que les queman el fondo del ojo, sienten polvo, arena ó carbón entre los párpados, etc., y una vez ciegos, perciben rayos luminosos, imágenes brillantes, etc. etc.

El oído es con frecuencia alterado, y los enfermos creen percibir el ruido de un pito, de un tambor ó de una campana, etc.

Los sentidos del gusto y del olfato son los que más engañan al tabético, y los mejores alimentos y los más usuales tienen para él un sabor nauseabundo, insípidos, salados; algunas veces hacen creer al paciente (que no tiene recursos para corregir el error de esta impresión) que está comiendo sustancias fétidas, malsanas, etc. . . . y no solamente el enfermo encuentra este sabor, sino que cree sentir el olor de estas sustancias y asegura su existencia!

Ahora, si vemos en conjunto estas turbaciones sensoriales y los fenómenos dolorosos de que he hablado, ¿no es claro que

el tabético asociará las unas con las otras? Y las ideas de este mismo infeliz, cada vez más falsas, ¿que producirán?

Producirán lo que he podido observar cuidadosamente: un estado lipemaniaco, perfectamente justificado por los continuos sufrimientos, y que se organiza poco á poco en un delirio de persecución. Al principio éste no es más que el resultado de una falsa interpretación de las sensaciones extrañas que la enfermedad, en su marcha, determina en los nervios sensoriales y sensitivos que son atacados. Los dolores son atribuidos á entes imaginarios. El enfermo se dice torturado, envenenado, insultado, amenazado, sofocado por los olores más repugnantes, etc. etc.

Más tarde el delirio se hace difuso, se complica con verdaderas alucinaciones, engendra estados de monomanía, se asocia á la parálisis general y llega á la demencia.

Este delirio, cuya existencia no me parece discutible, no se ha estudiado atentamente todovía. Romberg y Duchenne nada dicen sobre esto; Baillarger tan sólo lo encuentra en los casos de parálisis general, y creo que ha sido en el Congreso de Londres, en Agosto de 1880, donde por primera vez se ha señalado este punto importante en la evolución de la *ataxia locomotriz progresiva*.

Durante los años de 1880, 1881 y 1883, tuve ocasión de recoger en los hospitales de París numerosas observaciones de *tabes dorsalis*, y es de ellas y de las que he publicado en mi tesis de doctorado (París, 1882), de donde he podido sacar este pequeño trabajo que presento hoy á la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá.

CARLOS PUTNAM.

Julio, 10 de 1890.

## HERIDAS POR ARMAS DE FUEGO

(CONTINUACIÓN)

Un día el joven A. se muestra con el ceño grave y la mirada poco sosegada. Concluída la curación, y al despedirnos hasta la tarde del mismo día, le notámos algo de extrañío en el tono de la voz. Dos horas después la escena había estallado con caracteres de un violento acceso de locura.

Más tarde se presentaron tres ó más accesos que fueron subyugados fácilmente como casos benignos de delirio vijil.

En los primeros días del mes de Noviembre se le quitó el segundo aparato, y, trasladado á un lecho convenientemente aderezado, se colocó el miembro sobre un doble plano inclinado, formado de almohadas. Así permaneció todo el mes citado. De cuando en cuando se le hacían curaciones, y el enfermo mismo, por medio de una larga faja de lana, comunicaba movimientos variados á su adormecido miembro. Estos movimientos gimnásticos, que ejecutaba sin variar de posición, duraron hasta el 15 de Enero de 1886, día en que por primera vez abandonó su lecho.

Hasta fines del mes de Enero anduvo en su casa con una muleta de un lado y el apoyo que le prestaba el hombro de un muchacho, del otro. En todo este tiempo las fuerzas cobraron su vigor perdido, y la supuración, aun cuando persistía, se hizo de buen aspecto.

Las cosas en este estado, el joven A. resolvió salir, durante una vacación de su médico, á Junca, hacienda situada en el distrito de La Mesa. El trecho de la Sabana lo pasó en carruaje, y el resto del camino lo hizo en un cómodo guando.

Durante el mes de Febrero y los once primeros días del de Marzo, gozó de muy buena salud; caminaba con las muletas, hacía ejercicio á caballo, se bañaba, etc. El 11 de Marzo, después de haber puesto la rodilla del miembro enfermo á la acción de una columna de vapor, toma sus muletas y se da á caminar con mucha energía en un potrero, con el objeto de comunicar extensos movimientos al miembro y obtener más soltura en la articulación de la rodilla, que estaba algo sendo-anquilosada. En estos ejercicios siente repentinamente en el muslo enfermo un ruido seguido de un vértigo: sin embargo, no deja que su cuerpo pierda el equilibrio, y auxiliado oportuna y prontamente se tiende sobre el prado y comunica al miembro movimientos en todas direcciones para demostrar que nada había ocurrido de gravedad. Estos movimientos fueron ejecutados sin inconveniente en los días 12, 13 y 14, yá colocado en su lecho, adonde llegó con esfuerzos propios; pero el 15, al repetirlos, el enfermo volvió á sentir el accidente ocurrido el 11, perdiendo en esta vez todo

dominio sobre el miembro enfermo, que quedó en la posición que ocupaba en el momento de oír el ruido: decúbito ventral, con el miembro enfermo en la abducción y debajo del sano. Así permaneció hasta el 18, fecha en que lo vimos.

El 19, después de haberlo cloroformizado, se comprobó que se había producido una fractura en la unión del cuarto inferior con los tres cuartos superiores del fémur, un poco oblicua de arriba á abajo y de dentro á fuera. Esta debió ser en su principio incompleta y concluída más tarde por los movimientos intempestivos que el paciente comunicó al miembro. Coaptados los fragmentos, y envuelto todo el miembro con un vendaje circular, se aplicó sobre el muslo un aparato enyesado y se aseguraron la extensión y contraextensión.

A los diez y ocho días hubo necesidad de cambiar este aparato por otro análogo, con el cual permaneció durante dos meses más, que terminados, fue levantado. El miembro, dice el enfermo, estaba "recto, excoriado y delgado."

Desde entonces hasta el mes de Noviembre, que pudo volver á montar, repetía sus antiguos ejercicios de baños y paseos en muletas.

La supuración fue constante en los meses de Marzo, Abril y Mayo, en que terminó, y sufría de cuando en cuando de pequeños abscesos periósticos, cada vez menos vehementes en sus signos de aparición y duración.

En el mes de Febrero de 1887 se trasladó á La Pradera, á caballo, sin accidente ninguno.

Hoy, Abril, administra una hacienda y dice que su miembro, aunque un tanto delgado, no supura; dobla bastante la rodilla y principia á caminar sin auxilio alguno.

Se debe advertir que desde la aplicación del segundo aparato de yeso, no se ha tenido ocasión de ver al enfermo y que todos los últimos datos apuntados en esta observación son suministrados por el enfermo mismo.

JOSUÉ GÓMEZ.

Bogotá: 1887.

(Continuará).