

# Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES

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

---

SUMARIO: Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales: actas de las sesiones de los días 26 de Julio y 6 de Septiembre de 1890.—Neurología—Fiebres de Patía—Observación de un caso de ataxia locomotriz—Abscesos del hígado.

---

## SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES

### SESIÓN DEL 26 DE JULIO

En Bogotá, á 26 de Julio de 1890, se reunió la Sociedad con asistencia de los socios Doctores Amaya, Castañeda, Carrasquilla, Esguerra, García Medina, Gómez Calvo, Herrera, Ibáñez, Manrique, Muñoz, Noguera, Osorio y Tamayo. Se excusaron los socios Aparicio, Buendía, Fonnegra, Herrera Luis M., Rocha Castilla y Uribe.

Leída el acta de la sesión anterior, fue aprobada. Se dio lectura á un telegrama de la Sociedad de Medicina del Cauca, por medio del cual esta Corporación, reunida en Popayán en sesión solemne, saluda á sus colegas, los señores miembros de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá. La Comisión de la mesa quedó encargada por la Sociedad para contestar dicho telegrama, dando las gracias á esa respetable Corporación.

Los Doctores Castañeda y Osorio devolvieron, con el informe respectivo, el Proyecto de Reglamento. Abierto el segundo debate, fueron sometidas á la consideración de la Sociedad las importantes modificaciones propuestas por la Comisión. Esta propone la adopción del Reglamento antiguo con adición de los artículos 2.º, 7.º, 8.º, 9.º, 14 y 17 del Proyecto, y las modificaciones que ella introduce.

Discutidos uno á uno todos los artículos, fueron aprobados con las modificaciones propuestas por los Doctores Juan D.

Herrera, Osorio, Gómez C., Noguera, Manrique y García Medina. Cerrado el debate, pasó en comisión á los Doctores Castañeda y Osorio para la revisión y redacción del Proyecto.

A las 8 y media p. m. se levantó la sesión.

El Presidente, JUAN DE D. CARRASQUILLA L.

El Secretario, *Pablo García Medina*.

---

SESIÓN DEL 6 DE SEPTIEMBRE (1)

En Bogotá, á 6 de Septiembre de 1890, se reunió la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales con asistencia de los socios Doctores Barreto, Buendía, Carrasquilla, Durán Borda, Esguerra, García Medina, Herrera, Medina, Michelsen, Osorio, Putnam, Sáenz, Sotomayor y Tamayo.

Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

El *Doctor Noguera* pidió la palabra:

Tengo el gusto de presentar á la Sociedad dos piezas anatómicas de interés. La una es un gran pólipa fibroso de la fosa nasal izquierda y que se extendía hasta la epiglotis y la faringe. La situación del enfermo era lamentable porque los accidentes de asfixia fueron tan intensos, que exigieron se practicara la traqueotomía; por lo cual hubo necesidad de operarlo. Me fue preciso hacer la resección de la mitad del maxilar superior izquierdo, donde estaba implantado en el antro de Igmore. Practicando el corte de Fergusson pude extraerlo, aunque no entero; luégo se hizo la extracción de los pedazos que estaban implantados en la faringe. Después de diez días el enfermo curó sin accidente.

La otra pieza es un bocio folicular extirpado á un individuo, empleando el procedimiento de Bilrod, incisión paralela al músculo externo mastoides, disección con los dedos y ligaduras previas. No hubo heridas de nervios ni de vasos, y el enfermo murió á las cuarenta y ocho horas de la operación. Creo que la causa de la muerte fue el *shock*, pues el enfermo cayó en un estado comatoso, del cual se repuso para volver á caer en él por segunda vez, durante el cual murió.

*Doctor Manrique.* He oído la interesante relación de las

---

(1) Las actas de las sesiones del mes de Agosto están publicadas en el número 15 de la REVISTA MÉDICA de este año.

dos notables operaciones practicadas por el señor Doctor Noguera. En cuanto á la última, desearía saber qué motivos obligaron á operar el bocio.

*Doctor Noguera.* El motivo que me decidió á la extirpación del bocio fue el haberse presentado disnea intensa en accesos repetidos que amenazaban la vida del enfermo. El tumor era aparentemente pequeño, pero luégo se vio que era de gran tamaño y que estaba implantado en los cuernos del hueso hioides, y de ahí los accesos violentos y repetidos de disnea. He tenido ocasión de tratar varios bocios quísticos por medio de inyecciones parenquimatosas, con tintura de yodo, obteniendo buenos resultados en cuarenta días, poco más ó menos; pero no es este el caso de apelar á ese medio, porque en los bocios fibrosos y foliculares han fallado estas esperanzas, sin más resultado que una inflamación causada por la tintura de yodo. No he ensayado la electrolisis todavía, ni creo que se haya empleado aún entre nosotros.

*Doctor Putnam.* Lllaman mucho la atención los casos relatados por el Doctor Noguera en esta sesión; pero creo que más notable es quizá el caso relatado por él en la sesión anterior, referente á la operación practicada por el señor Angulo, practicante del servicio del Doctor Noguera. Creo que no haya memoria entre nosotros de un caso semejante, es decir, una herida intestinal de dos centímetros, tratada sin antisepsia casi y con buen éxito. Yo vi el paciente al día siguiente de la operación, y por el estado en que él se encontraba casi dudaba de que la herida fuera de una naturaleza tan grave. Debemos hacer honrosa y especial mención del practicante señor Angulo y del señor Profesor Noguera, pues que es una de las operaciones más notables que se han practicado entre nosotros, y única, repito, en los anales de la Medicina nacional.

*Doctor Herrera.* Estoy de acuerdo con el señor Doctor Putnam, tanto en la importancia de los casos relatados, como en la mención especial que merecen el señor Doctor Noguera y el señor practicante Angulo. Estando presente uno de nuestros maestros, y teniendo un caso análogo al del señor Angulo, creo que debo relatarlo, porque tiene también importancia tan grande como el anterior, pero que entonces pasó inadvertido, como pasó la ligadura de arteria carótide practicada

por los Doctores Lombana y Ospina, practicantes entonces. En 1873 llegó al servicio del señor Doctor Osorio un hombre que había recibido una cornada; por la herida hizo hernia una gran masa intestinal; antes de reducirla lo lavámos con agua común, y con mi compañero, Doctor Leopoldo Angulo, encontramos una ancha herida intestinal; hicimos la sutura y cortámos un pedazo de epiplón, que no pudimos reducir. Al día siguiente el señor Doctor Osorio ordenó hielo y opio, y el enfermo sanó. Este caso es tan notable como el anterior, pues sanó sin antisepsia, desconocida entonces por nosotros, y tratándose de una herida en que de seguro los primeros cuidados fueron casi nulos. Aunque yo soy partidario de la antisepsia, estos casos llaman la atención por el éxito que sin ella se puede obtener. Este sería, pues, el primer caso para la historia de la sutura de las heridas intestinales entre nosotros, y por esto y por el señor Doctor Osorio y el Doctor Angulo lo he recordado.

Pasando á los otros casos, es rara la implantación del tumor, que suponemos un pólipo fibroso, en la cueva de Igmoro. En cuanto al *coto*, he tenido ocasión de estudiarlo por haber tenido que ir á ejercer la profesión, al terminar mi carrera, en una región en que la enfermedad es muy común. No creo que deban operarse sino los *cotos* quísticos, ni emplear otro procedimiento operatorio que el sedal filiforme, único con el cual he podido ver resultados satisfactorios. Las inyecciones de que nos habla el Doctor Noguera se han empleado mucho en estos casos, pero no han dado en lo general buen éxito; pueden determinar inflamaciones de la parte y del tejido celular y abscesos que pueden colocar al enfermo en circunstancias graves. En cuanto al *coto* parenquimatoso, nuestra práctica es desgraciada. La extirpación en éstos tiene grandes peligros, que dependen de varias circunstancias. En primer lugar hay siempre un desarrollo muy notable de los plejos venosos, que es difícil no herir y puede pasar el accidente de Dupuytren: muerte repentina por penetración del aire en las venas; por otra parte, es muy difícil no herir ramos del neumogástrico. Y aunque todo esto entra en la habilidad del cirujano, como indudablemente se ha practicado en el caso del Doctor Noguera, creo que no debemos cargar á la cirugía con el mal éxito de esta operación en los casos comunes.

*Doctor Manrique.* Estoy de acuerdo con respecto á la intervención quirúrgica en el *coto* sarcomatoso. He oído las discusiones respecto á la posibilidad ó imposibilidad de la extirpación del cuerpo tiroides, y recuerdo que Tillaux tuvo gran trabajo en demostrar á Le Fort que había hecho la extirpación del cuerpo tiroides; se hablaba entonces de la operación radical, porque Billroth estaba en Suiza y se hablaba de las operaciones practicadas por él; pero por razones fisiológicas y anatómicas, el Profesor Le Fort llevó á todos la convicción de que el *coto* puede operarse pero no debe operarse. Con la antisepsia y los medios hemostáticos modernos, todo se puede vencer, y el *coto* sarcomatoso está en este caso; pero suponiendo que el enfermo nó muera y cicatrice bien la herida, quedan sin embargo consecuencias graves, que la fisiología no las explica. El enfermo va á llevar una vida penosa, porque la tiridectomía produce una depresión mental progresiva que llega al idiotismo. ¿Qué relación tiene el cuerpo tiroides con la circulación ó la nutrición del cerebro? Yo no lo sé, pero solamente no se presenta este estado sino cuando la operación ha dejado algún número de elementos glandulares que suplan las funciones de toda la glándula.

En un caso de compresión ocasionada por un *coto* bridado por aponeurosis, y en que todo tratamiento había fallado, tuve la idea de desbridar la aponeurosis con un tenótomo. Al principio ese simple desbridamiento causó accidentes: una equimosis y dos ó tres escaras en la base del cuello, que me tuvieron con cuidado, pero hoy el enfermo lleva una vida tolerable. El *coto* quístico entra, para su tratamiento, en el de las afecciones quísticas; pero para probar la facilidad de la infección, recuerdo una señora, cuyo *coto* fue puncionado, y sobrevino una tiroiditis. Llamado en estas circunstancias, resolví aplicar un drenaje, y mejoró, pero poco tiempo después supe que había muerto. Conozco un caso tratado por el sedal, con mucho cuidado; el *coto* se fue retrayendo lentamente, y dos meses después había desaparecido; este enfermo pertenece á la clínica del Doctor Torres.

Sólo dos casos recuerdo de extirpación completa, ambos de resultados funestos inmediatos ó ulteriores.

El *Doctor Medina* propuso:

La Sociedad de Medicina acuerda ocuparse en las inmediatas sesiones de las siguientes proposiciones:

- 1.<sup>a</sup> Causas que preceden el *coto*.
- 2.<sup>a</sup> Clasificación del *coto* según su naturaleza.
- 3.<sup>a</sup> Su tratamiento terapéutico y quirúrgico.
- 4.<sup>a</sup> Medios higiénicos para evitar el desarrollo de esta enfermedad.

Explicada esta proposición, fue aprobada.

*Doctor Noguera.* Doy las gracias por los benévolos conceptos emitidos respecto al señor Angulo y á mí. El señor Angulo hizo sólo la operación, sin intervención alguna del Profesor, y creo de mi deber hacer hincapié en esto y sobre el servicio importante que ha prestado, para estimularlo á él y á los alumnos de la Escuela de Medicina. En las próximas discusiones propongo hacer algunas observaciones respecto á la extirpación del bocio; deseo únicamente indicar que no se debe fijar un límite tan estrecho á la tiridectomía, toda vez que hay muchos casos en que ésta ha sido practicada con buen éxito.

Continuó la discusión de la modificación del Doctor Manrique, quien la retiró previo permiso de la Sociedad.

La tercera parte de la proposición fue modificada por el Doctor Osorio y aprobada así: “Las complicaciones inmediatas más frecuentes fueron las del aparato respiratorio, y entre éstas las bronquitis y la neumonía.”

La cuarta parte de la proposición fue negada.

El Doctor García Medina propuso lo siguiente, que fue aprobado: “Publíquese el informe de la Comisión y las discusiones de la Sociedad en su solo número de la REVISTA.

A solicitud del Doctor Michelsen se consideraron las conclusiones con que termina el informe de la Comisión á cargo de los Doctores Aparicio, Esguerra y Noguera. Estas conclusiones fueron aprobadas.

A las 8 se levantó la sesión.

El Presidente, JUAN DE D. CARRASQUILLA L.

El Secretario, *Pablo García Medina.*

---

## NEUROLOGIA

## ENFERMEDAD DE MORVÁN

J. H. . . . natural de la isla de Jamaica, de veintidós años de edad, soltero, de una constitución robusta y muy desarrollada musculatura, no ha sufrido hasta ahora ninguna enfermedad grave que recuerde. A la edad de cinco años, poco más ó menos, tuvo un panaris *doloroso* que ha dejado debajo de la uña una cicatriz deprimida y radiada sin haber producido alteración ni pérdida de la falangeta. Venido á esta ciudad desde hace muchos años, sirvió en la empresa del Canal en la estación de Río Grande Superior, en la Línea, en donde le atacaron unas fiebres palúdicas que duraron por varios meses; pasado algún tiempo, padeció de neuralgias intermitentes, que cedieron bien pronto ante el tratamiento apropiado. J. H. . . . es bastante intemperante: se recoge á dormir casi siempre muy tarde, abusa de las bebidas alcohólicas y tiene frecuente trato con mujerzuelas. No confiesa haber tenido accidentes sifilíticos, aunque ha sufrido de otras afecciones venéreas, como blenorragias y bubones. Es dibujante al lápiz y toca con bastante perfección la bandurria. No tiene antecedente ninguno de herencia nerviosa: la madre y la tía han muerto de tisis, y el padre de disentería.

*Principio de la enfermedad.* Hará como ocho meses, J. H. . . . notó que cuando tocaba la bandurria, la *pluma* no podía ser retenida entre los dedos y se quedaba adherida en el índice sin sentirla. El dedo era al mismo tiempo bastante impotente. Esto mismo le sucedió en varias ocasiones. Por entonces observó también que la extremidad del dedo era insensible á todo género de excitación. Poco después apareció en la parte externa de la primera falange del mismo dedo, sin causa ninguna aparente, una grande ampolla llena de serosidad transparente, que tampoco fue sentida. Otras flictenas han salido sucesivamente en diferentes sitios, dejando marcadas las huellas de sus cicatrices. Con síntomas tan marcados, J. H. . . . consultó á varios médicos, que todos desconocieron la enfermedad, sometiéndolo á tratamientos más ó menos

racionales que él no ha seguido puntualmente; con todo, por propia cuenta, ha persistido en aplicarse la máquina eléctrica sin resultados favorables.

*Estado actual del enfermo. Examen disociado de la sensibilidad. Analgesia.* La picadura profunda practicada con un alfiler desde dos centímetros arriba de la apófisis estilóide del radio hasta la extremidad ungueal del índice no la siente el enfermo. Hay analgesia en la parte interna del pulgar, en el dorso de la mano hasta el nivel del tercer metacarpiano y en la primera falange del medio.

*Termo-anestesia.* En las puntas analgesiadas no se siente el calor, ya sea muy elevado, ya toque el término de la congelación. Así, el enfermo no aprecia la diferencia que existe entre un pedazo de hielo aplicado sobre la piel de los dedos afectados y el agua caliente (70 á 80° C.). Cuando se le aplica una cerilla encendida no siente el cuerpo caliente, pero á poco aparece en el lugar del contacto una flictena.

*Sensibilidad táctil.* En el examen que hemos hecho de la sensibilidad táctil, hemos seguido fielmente las indicaciones dadas por Morván. Este autor recomienda que esta exploración se haga con un cuerpo muy fino, como las barbas de una pluma, por ejemplo, ó con un pincel; de otra manera esta investigación no da buenos resultados. Procediendo, pues, con la pluma como queda establecido, notamos que desde el nivel superior del radio, que yá hemos marcado, hasta la punta del dedo índice, no se siente el frote de las barbas de la pluma. Igual insensibilidad al tacto existe en la región dorsal de la mano, en el pulgar y en el medio en los límites asignados antes, lo mismo en la parte dorsal como en la cara palmar de la mano. En cualquiera otra región del cuerpo por donde se pasee la pluma, la sensibilidad es normal. El frote rudo del tubo de la pluma sí se siente, como también la aplicación de la punta del alfiler en los tejidos.

En cuanto al sentido muscular, no ha sufrido hasta ahora ninguna alteración; el reflejo olecraniano permanece normal.

*Lesiones tróficas y degenerativas.* En varios puntos de la región anestesiada se observa una erupción que sigue bastante fielmente la distribución del nervio radial. Aparece primero una mancha roja de color subido, lisa, rodeada de un bordado



epidérmice, redonda, de un centímetro y medio de diámetro, á nivel de la apófisis estiloide del radio. La misma mancha aparece después en la cara dorsal de la mano hasta el tercer metacarpiano y la primera falange del medio, y, por último, sobre el borde interno del pulgar. Esta erupción es análoga al *glassy skin* de los autores ingleses.

Colocadas las manos del enfermo horizontalmente y en supinación en un plano resistente, se echa de ver á primera vista que las regiones tenar é hipoténar derechas, están atrofiadas; que en vez del relieve normal formado por los músculos se encuentra una superficie lisa que contrasta con el lado sano y casi al mismo nivel que las otras partes de la región palmar; que la piel se deja allí levantar más fácilmente formando un ancho pliegue; en fin, que las corrientes eléctricas son ineficaces para hacer contraer esas masas musculares.

Cuando el enfermo cierra el puño, se percibe que se ha borrado la especie de gotera que forman entre sí las cabezas articulares de las primeras falanges del índice con el medio y el medio con el anular. La piel de estos intervalos está al mismo nivel que las extremidades óseas. La exploración eléctrica de las primeras interóseas es también negativa.

El dedo índice está en semi-flexión; su forma es la de un cono de base ensanchada inferior y de cima truncada superior. Esta forma especial es producida por una lipematosis que ha invadido los tejidos. La extensión de la punta del dedo no alcanza sino á muy pocos grados sobre la horizontal; la flexión no llega á la cara palmar.

La columna vertebral no presenta ninguna desviación.

*Impotencia de la mano.* Debido á las parálisis y degeneraciones de los músculos de las regiones tenar é hipoténar y de las primeras interóseas, la mano izquierda es incapaz de prestar casi ningún servicio. El enfermo no puede levantar con ella ningún objeto de cierto peso, y le es imposible servirse de una botella. La *pluma* con que toca la bandurria no puede ser mantenida entre los dedos. Cuando uno se hace apretar por la mano derecha del paciente, apenas siente la compresión de los tres primeros dedos; mientras que la constricción que produce la izquierda es proporcional á su gran desarrollo muscular. Se podría avaluar la fuerza desplegada por las manos como 3: 1.

*Diagnóstico.* Hemos rubricado nuestra observación con el nombre del notable médico bretón que, en 1883, describía por primera vez con el modesto título de *pareso-analgesia* la enfermedad que tan justamente lleva hoy su nombre. No estará demás justificar en algunos puntos nuestro diagnóstico y establecer una distinción entre la enfermedad de Morván propiamente dicha y su análoga, la *siringomielia*. Dos notables signos pueden hacerla distinguir clínicamente de la *siringomielia*.

Es el primero—y el verdaderamente esencial—la no disociación de la sensibilidad de la enfermedad de Morván, mientras que ésta permanece disociada en la *siringomielia*. Es decir, que en la primera la sensibilidad está afectada en todas sus manifestaciones, y en la segunda, subsiste el sentido del tacto.

Constituye el segundo signo clínico, la precocidad y constancia en las manifestaciones tróficas y degenerativas en la enfermedad de Morván (artritis, escoliosis, lesiones cutáneas, degeneración grasosa); en tanto que en la *siringomielia* estas mismas perturbaciones no aparecen con igual frecuencia ni en tan subido grado.

La anatomía patológica demuestra, por último, que en la *siringomielia* la lesión es central y está constituida por un glioma que invade el epéndimo en las regiones cervicales especialmente; en la enfermedad de Morván, aparte de las neuritis periféricas, la mielitis esclerosa difusa que la caracteriza, después de haber ocupado las partes centrales del eje gris de la medula, se extiende en último término á los cordones posteriores (Gamboult y Reboul, Charcot y Dégerine) (1).

Hé aquí cómo resume el mismo Morván este diagnóstico diferencial.

“I. La *pareso-analgesia* (Enfermedad de Morván), separada anatómicamente de la *siringomielia*, puede también separarse clínicamente; gracias á la importancia de los desórdenes tróficos en la primera de estas enfermedades y sobre todo gracias al estado de la sensibilidad al tacto, que es afectado en la *pareso-analgesia* y respetado en la *siringomielia*.

“II. Reducida á la más simple expresión, la *pareso-analgesia* no es sino la lesión de la troficidad muscular. Extendiéndose del centro de la medula á los cordones anteriores, determina la *paresia* y la *atrofia* muscular, y extendiéndose á los cordones posteriores, la *analgesia* y las otras especies de anestesia” (2).

[1] *Semaine Médicale*, números 21 y 52 de 89.

[2] *Gazette Hebdomadaire*, números 35 y 36 de 89.

Para terminar agregaremos que la enfermedad cuenta apenas ocho meses de haber sido notada por el enfermo, que debido á tan corta edad no se han presentado aún las desviaciones vertebrales que casi siempre la acompañan (en la mitad de los casos), la pérdida del reflejo olecraniano y otros fenómenos de escasa ó ninguna importancia.

En presencia de los síntomas que yá hemos señalado no dudamos un momento en creer que se trata en este caso de una enfermedad de Morván en su principio, caracterizada especialmente por las perturbaciones profundas de la sensibilidad y las procesas manifestaciones tróficas degenerativas. Creemos también que no habrá retrocesión posible; que no obstante el tratamiento, la enfermedad seguirá su curso lento pero fatal, que la otra mano será también afectada y tal vez la columna vertebral se incline en cualquiera dirección; en fin, que podemos más tarde observar el cuadro—hoy clásico—descrito por Morván.

La única observación que entre nosotros ha llegado á nuestro conocimiento, que presente algunos puntos de semejanza, con la que acabamos de bosquejar, es la recogida en el *Boletín de la Sociedad de Medicina del Cauca*, número 38, firmada por el Doctor Evaristo García, bajo el título de *siringomielia*.

En este artículo leemos, entre otras cosas, página 1022: “... punzando con un alfiler en estas partes (anestesiadas) tampoco acusa dolor, pero sí siente la presión producida con estos instrumentos, apercibe (*sic*) cuando se le tocan los dedos ó la palma de la mano en los mismos puntos en donde no siente ni el ardor de la quemadura ni el dolor de la punzada. Hay *termo-anestesia* y *analgesia*, pero se conserva la sensibilidad táctil, etc.”

El solo hecho de que el enfermo percibiera la presión producida por el alfiler no constituye un signo cierto de que la sensibilidad táctil se haya conservado en toda su integridad. En la *pareso-analgesia* se percibe esta presión como lo había notado Morván, y nosotros mismos lo hemos verificado en lo que anteriormente se ha visto: lo que Morván llama pérdida de la sensibilidad táctil es otra cosa, y yá hemos insistido cómo se comprueba esta pérdida.

Por estas razones, esa observación es incompleta y necesita que el diagnóstico sea nuevamente verificado para poder juzgarla definitivamente.

Nuestro enfermo fue sometido al tratamiento por la nuez vómica en dosis de dos centigramos diarios.

CIRO L. URRIOLA.

Panamá, Junio de 1890.

---

Bogotá, Noviembre 15 de 1890.

Señor Presidente de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá.—Presente.

Me hicisteis el honor de pasar á mi estudio el trabajo que el señor Doctor D. Ciro L. Urriola, de Panamá, presentó á esta Sociedad para optar el título de Miembro correspondiente de ella.

Dicho trabajo está constituido por una observación que el señor Doctor Urriola tomó en un individuo natural de la isla de Jamaica, quien ha presentado una serie de síntomas que el autor cree suficientes para poder establecer el diagnóstico de enfermedad de Morván, llamada también panadizo nervioso por Quinquaud, *pareso-analgnesia* de las extremidades superiores por Morván y *panadizo analgésico* por Broca.

Tal trabajo lo juzgo de suma importancia, pues nos impulsará á estudiar con cuidado las observaciones que han servido de base al Doctor Morván para establecer la entidad patológica que lleva su nombre y para poder establecer las diferencias que la separen de la lepra antonina, de la siringomielia y de varias neuritis múltiples, específicas é infecciosas.

Me prometo presentar más tarde un trabajo que trate detenidamente de estos variados asuntos, pues en nuestro país los casos de esta clase se multiplican de una manera alarmante y bien merecen que la Sociedad trate de ellos con actividad y constancia.

En conclusión, la comisión propone:

1.º Nómbrase miembro correspondiente de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá al señor Doctor D. Ciro L. Urriola, de Panamá.

2.º Publíquese la observación del Doctor Urriola en la REVISTA MÉDICA de Bogotá, y

3.º Excítese a fin de que continúe sus observaciones sobre tan interesante materia y procure no perder de vista al individuo que ha sido el objeto de sus estudios, por el mayor tiempo que le sea posible.

GABRIEL J. CASTAÑEDA

---

## FIEBRES DE PATIA

### INTRODUCCIÓN

La mayor parte de nuestras fiebres regionales han sido descritas, y trabajos importantes sobre ellas han visto la luz pública.

Hay, entre las que han sido menos afortunadas, algunas que, sin ser descritas, son, no obstante, frecuentemente mencionadas en varios escritos, como son las del valle del Cauca y las de la costa del Pacífico; pero hay otras, de las cuales sólo habla la fama, que no figuran para nada en nuestra literatura médica, á pesar de su merecida reputación; entre éstas tenemos en el Cauca las fiebres de Patía.

Queriendo colmar, siquiera en parte, el vacío que han dejado en nuestras publicaciones sobre Medicina nacional, hemos bosquejado á grandes rasgos la historia de la Malaria de esa privilegiada región de nuestro suelo; si con ello podemos arrancar algunas víctimas á ese terrible Proteo y prestar con esto algún servicio á nuestros compatriotas, quedaremos más que satisfechos del trabajo que hemos emprendido, y quedará colmado nuestro más ferviente anhelo.

---

La *malaria* se presenta en Patía con todos sus caracteres y en todas sus formas: fiebres continuas; cotidianas, tercianas, cuartanas raras veces; perniciosas, larvadas, etc., é impaludismo crónico.

No es mi ánimo hacer aquí una relación sucinta de cada una de estas formas, ni aun tratar de todas ellas; quiero solamente hacer notar lo peculiar á la infección palúdica de

la región que nos ocupa; lo cual haremos citándonos á lo que nos ha sido dado observar en Popayán y en algunos de esos lugares de producción de la *malaria*.

---

#### FORMAS CONTINUAS

Empezando por el tipo continuo, uno de los más característicos de la localidad, nos permitimos transcribir á grandes rasgos la relación de un enfermo observado aquí, con lo cual pondremos más de manifiesto el cuadro sintomático que vamos á trazar.

El día 3 de Diciembre de 1886 entró al Hospital de Caridad de esta ciudad, un soldado de veintidós años de edad, el cual había pasado por Patía, pocos días antes, sin detenerse allí, pues iba custodiando el correo, tanto á la ida como á la vuelta. Al día siguiente de ésta, empezóle la enfermedad con los siguientes síntomas: violento escalofrío, *curvadura*, apopleo general, raquialgia, dolor gravativo en las pantorrillas, cefalalgia frontal, muy pronto seguidos de fiebre intensa, con calor de la piel muy pronunciado. A los dos días de la invasión fue llevado al hospital, en donde suministró á nuestro examen los signos siguientes: de parte de las vías digestivas, color rojo de la punta y bordes de la lengua; ligera sequedad en toda ella y costra blanca hacia su base; sed poco intensa; sensibilidad notable en el epigastrio; hígado y bazo tumefactos y adolorido este último á la presión; deposiciones fecales escasas. En la respiración había algo de anhelación; la orina roja y escasa; el pulso fuerte, latía 98 veces por minuto; calor ardiente de la piel; temperatura axilar: en la mañana, 40°; por la tarde, 40°2. Postración notable, respuestas lentas, mirada vaga, delirio nocturno, insomnio casi completo, son los síntomas del sistema nervioso. En la mañana siguiente marcó el termómetro 40° y por la tarde 40°4; los otros síntomas persisten. Tercer día: temperatura matinal, 40°2, y por la tarde, sólo 40°; menos delirio en la noche. Al cuarto día, respiración muy frecuente, tos seca, algo de diarrea, hebetamiento, sopor, delirio comatoso, el pulso late 106 veces y es depresible; el termómetro marca 41° matinal. En la tarde, pulso 120, temperatura 41°2; síntomas de congestión pulmo-

nar que ceden en gran parte á la aplicación de ventosas secas sobre el tórax. Al quinto día los síntomas cerebrales son menos marcados, respira mejor; la lengua está seca, angosta y siempre roja; la orina muy escasa y subida de color; ligeras manchas rosadas sobre el abdomen; el termómetro marca  $40^{\circ}$  en la mañana,  $39^{\circ}5$  por la tarde; hay náuseas y bastante sed; pulso, late 108 veces. Al sexto día está sordo, habla poco, no tiene diarrea; en la noche ha habido estomatorragia, y la lengua se presenta por la mañana con una costra morena, siempre rubicunda en sus bordes; pulso, depresible, late 100 veces; termómetro, señala  $39^{\circ}8$  por la mañana,  $40^{\circ}$  por la tarde. Al séptimo día persisten los anteriores síntomas; estado nauseoso, y ha vomitado dos veces materias biliosas; no tiene cefalalgia; temperatura matinal,  $40^{\circ}2$ ; vespertina,  $40^{\circ}$ . Al octavo día, temperatura matinal,  $39^{\circ}2$ ; vespertina,  $40^{\circ}$ ; arroja con los vómitos todo lo que toma; se siente muy aporreado; el pulso sigue depresible, late 92 veces. Al noveno día, temperatura matinal,  $39^{\circ}1$ ; temperatura vespertina,  $39^{\circ}5$ ; pulso, 106. Hay abundante salivación, la lengua está húmeda, siguen los vómitos; se presentan dolores muy agudos en las piernas y en los muslos; los demás síntomas van siendo menos acentuados. Al décimo día, somnolencia; pulsaciones, 90; temperatura,  $37^{\circ}5$  en la mañana; temperatura vespertina,  $38^{\circ}5$ ; siguen los dolores osteócosos con más violencia; estado general muy satisfactorio; no hay ya vómitos frecuentes. Al undécimo día, mejoría notable; temperatura matinal,  $36^{\circ}5$ ; vespertina,  $37^{\circ}2$ ; siguen los dolores; lengua húmeda, casi limpia; siente mucho cansancio, otalgia; desaparecen los vómitos. De allí en adelante van desapareciendo rápidamente todos los síntomas, y la reposición es muy pronta. A los quince días se encuentra en estado de salir.

---

#### DÍAS OBSERVADOS EN EL HOSPITAL

En esta forma continua es notable la elevación de la temperatura, que hemos visto subir hasta  $42^{\circ}$ , temperatura que se mantiene muy alta, aun por la mañana á veces más que por la tarde, con oscilaciones que varían de medio hasta  $2\frac{1}{2}^{\circ}$  en un mismo día. El sudor falta á veces, pero en lo general

se presenta muy abundante, y en ocasiones con sudamina. La defervescencia suele ser rápida, con remisiones matinales muy marcadas. Los vómitos, acompañados ó nó de gastralgia, son frecuentes y preceden ó traen consigo el descenso de la temperatura. Un síntoma bastante continuo ha sido el dolor de huesos, especialmente en las piernas y muslos, dolor en ocasiones tan agudo que arranca gritos á los enfermos y produce en ellos una agitación continua; se exacerban de noche. La raquialgia precede y acompaña á la fiebre, es el síntoma más duradero de todos y precioso en el diagnóstico.

El bazo en lo general tumefacto, se muestra sensible á la presión, y en algunos enfermos espontáneamente. El hígado afecta poco más ó menos lo mismo que el bazo. La lengua presenta una particularidad típica: por lo general es angosta, de bordes y punta rojos, blanca-amarillosa, sucia, hacia la base; ligeramente seca y pastosa, á veces húmeda, cuando los vómitos se declaran. En el resto de las vías digestivas, la gastralgia, algunos ligeros cólicos, estitiquez, raras veces diarrea, vientre ligeramente meteorizado, es todo cuanto se observa.

En el sistema nervioso encontramos una que otra vez agitación, somnolencia (más frecuentemente el insomnio), delirio tranquilo, y cuando el enfermo se abandona á sí mismo, ó sufre una mala medicación, se observan congestiones cerebrales y pulmonares, con pérdida completa del conocimiento. Cuando predominan estos síntomas con salto de tendones, algo de temblor y la elevación de la temperatura, casi siempre se toma esta forma de fiebres por fiebre tifoidea ó por afecciones cerebrales; errores de diagnóstico, que no pocas veces han costado la vida al enfermo, y que conviene conocer para aplicarles un tratamiento muy activo, pues son verdaderas perniciosas continuas. A estas últimas referimos un tipo que hemos podido observar sólo una vez, pero que no es raro se presente en los lugares de infección: es una fiebre remitente con vómitos prietos, en los cuales se notan partículas membranosas como de la mucosa gástrica y con mezcla de sangre. En el caso observado, estos vómitos se presentaban con poca fiebre y dejaban muy extenuado y abatido al enfermo; las deposiciones tenían el mismo color, pero eran raras. Por la tarde



la fiebre era muy viva y aumentaba la cefalalgia; la gastralgia precedía y seguía á los vómitos; la orina se suspendió casi por completo un día y presentaba un color de lejía. El enfermo deliraba mucho por la noche y sudaba bastante. En vista de estos síntomas, juzgué casi perdido al enfermo; no obstante, prescribimos lo siguiente: limonada hervida, media botella; erémor en polvo, 20 gramos; sulfato de quinina,  $1\frac{1}{2}$  gramos; hicimos endulzar esta porción con azúcar y ordenámos se administrara por copas cada hora. Para detener los vómitos, dispusimos se le diera café negro con brandy, tomado por pequeñas porciones cada vez; que se le diera una fricción general de aguardiente y sinapismos volantes al vientre. Ejecutado con actividad de inteligencia lo prescrito, contra nuestras previsiones el enfermo obtuvo una rápida mejoría, pues la enfermedad desapareció en tres días, dejando, eso sí, sumamente debilitado al paciente. Al cabo de ocho días se encontró capaz de emprender un viaje, y después lo hemos visto muy robusto. Casos más leves que el anterior se nos han presentado, pero ninguno que semeje como ése la fiebre amarilla.

No es raro, cuando estas fiebres son de corta duración, que se presenten pápulas de urticaria y vesículas de herpes en los labios, más cuando la fiebre dura, como es lo general, de diez á quince días; son pequeños accesos y diviesos los que sobrevienen, aunque esta no es la regla. En la convalecencia la debilidad y color amarilloso de la piel predominan en los primeros días, pero desaparecen muy rápidamente con la pronta reposición del enfermo, que nunca se hace esperar más de quince ó veinte días.

Cuando la medicación falta ó es desacertada, la muerte es el término más seguro de la enfermedad, lo cual sucede del tercero al séptimo día, sumido el enfermo en el coma y privado de conocimiento, ó bien con los síntomas de la forma perniciosa que describiremos más adelante. Si la enfermedad se declara lejos del punto de infección, en donde no reinen las afecciones palúdicas y que goce de un clima templado como éste (Popayán), la enfermedad, por lo común, reviste menos gravedad que en Patía, y puede ser dominada con menos trabajo; á pesar de todo, hemos visto morir aquí un soldado al tercer día por haberse desconocido en él la enfer-

medad, y en otro caso vimos morir con síntomas cerebrales terribles un enfermo en el segundo septenario y á pesar de una buena medicación.

La debilidad y el dolor de piernas dejan al enfermo sin poderse mover, en los primeros días de convalecencia, aunque á veces faltan los dolores.

Durante la fiebre el pulso late las más veces con fuerza, pero después de algunos días se hace depresible y se nota menos diroto; en cuanto á su frecuencia, varía según los lugares en que se observa; en Popayán, en donde el pulso es lento en casi todas las fiebres continuas, no señala en la nuestra sino de 90 á 100 pulsaciones en lo general, muy rara vez llega á 120 por minuto; en Patía no es raro este número y llega á ser mayor en algunos casos.

Hemos dicho antes que no es raro se confunda esta fiebre con la tifoidea. Diremos más: el vulgo y gran número de médicos no le dan otro nombre; nosotros insistimos en que este error es perjudicial siempre al enfermo, ya porque se prolongue demasiado la enfermedad, ya porque la vida del enfermo peligra; por eso daremos aquí los signos peculiares que la diferencian del tifo abdominal y que son: la raquialgia, el dolor de las pantorrillas y muslos, los escalofríos fuertes y repetidos casi todos los días á las mismas horas, los sudores copiosos, la lengua roja, angosta, nunca muy seca. Temperatura de la mañana muy elevada, é igual ó mayor que la de la tarde, si no en todo el curso de la enfermedad, por lo menos algunos días; vómitos, si la enfermedad se prolonga; gastralgia (no constante); dolores osteócopos, disnea, pero sin complicación pulmonar, excepto la congestión hipostática. La diarrea, la bronquitis, la epistaxis, el meteorismo timpánico, son epifenómenos tan comunes en la fiebre tifoidea, como raros en la continua palúdica; más frecuentes son los fenómenos cerebrales, pero la ataxia y la adinamia son siempre mucho menos marcados en ésta que en aquélla; las manchas rosadas aparecen en uno que otro caso; la duración es corta cuando se instituye un tratamiento apropiado, la convalecencia rápida y la etiología constante: infección en un país de malaria.

Aún nos queda algo que decir respecto á esta fiebre en su patogenia y tratamiento; mas nos reservamos hacerlo más

adelante. Sólo diremos de una vez que repite en un mismo individuo, aun en espacios de tiempo muy corto, como lo prueba el hecho de haberla sufrido una muchacha tres veces en cuatro años, todas con igual gravedad y sin haber salido de la misma localidad (Quilcacé). A veces empieza por intermitentes y suele terminar del mismo modo, con elevaciones de temperatura vespertinas; estas intermitencias se manifiestan también durante el curso de la enfermedad, unas veces bien manifiestas, con escalofrío, hipertermia mayor y sudores; otras con sólo uno de estos síntomas, pero sin perjuicio de los otros síntomas arriba mencionados, porque la apirexia no existe sino en los prodromos y en la convalecencia de la enfermedad; las continuas palúdicas del valle del Cauca presentan esto de común con las de Patía. Estas fiebres no son contagiosas.

*Formas perniciosas.* En las perniciosas de Patía encontramos los tipos más comunes descritos en los autores clásicos; nosotros no hablaremos sino de los que nos parecen tener un sello más marcado en esa localidad y que podemos decir le son peculiares. Son los siguientes, de tipo continuo ó remitente: los mencionados con vómito prieto; y aquéllos con predominio de la hipertermia y síntomas cerebrales. El tipo que pasamos á describir, que aunque no nos ha sido dado observar directamente, nos inclina á referir al paludismo, por el lugar de origen, los síntomas y el curso de la enfermedad; no obstante, no queremos que esta opinión se tenga por la más exacta, mientras no vengan á confirmarla nuevas observaciones.

Estando yo en Bolívar apareció en la hoya del Sambingo, en el caserío de San Miguel, poco distante de aquella población, el tipo en cuestión bajo la forma epidémica. Del lugar de origen pasó á la aldea de San Lorenzo y á los campos vecinos. La enfermedad se manifestaba así: un individuo en perfecto estado de salud y sin causa ostensible distinta del contagio, siente fortísimo dolor precordial, cefalalgia, raquialgia, escalofrío intenso y prolongado, postración, seguido esto de mucha fiebre; pocas horas después de la invasión de ésta (cuatro ó seis horas después), ansiedad y dolor epigástrico; á continuación cólicos y diarrea; ésta, al principio glerosa y de naturaleza fecal, viene á ser muy pronto francamente

sanguínea, sin tenesmo ó pujo, náuseas ni vómitos; la diarrea se repite con gran frecuencia y en bastante abundancia, sin dar muchas veces tiempo á que el enfermo vaya al vaso; la sed viene á ser en este estado muy intensa, el enfermo decae y se agota, hora por hora, hasta que la muerte viene á poner término á tan terrible cuadro. Esto sucedía generalmente del tercero al séptimo día; pero enfermos hubo que murieron á las veinticuatro horas de haber sido invadidos por el mal. Este, por el predominio de los síntomas intestinales, recibió de los naturales el nombre de disentería. Era tan contagiosa la enfermedad, que testigos oculares me han asegurado hubo sepultureros que contrajeran la enfermedad, por el solo hecho de enterrar cadáveres de individuos muertos de ella, y uno de ellos murió de ella á las veinticuatro horas de haber sepultado un cadáver; otros contrajeron la enfermedad por haber pasado cerca á un lugar en donde se habían arrojado las deyecciones fétidas de uno de estos pacientes, y éstas fueron el principal medio de contagio. La enfermedad se cebó en algunas familias, y en una acabó con todos los miembros de ella, que eran cinco. Los remedios empleados más generalmente en la disentería, con buen éxito, encallaron completamente aquí; lo que produjo mejores resultados, se dice, fue el zumo de algunos vegetales, unos amargos, otros ácidos que, mezclados en número de seis ó siete, administraba un curandero indígena.

Es sensible que no hubiera habido una persona inteligente que estudiara bien la enfermedad y hubiese administrado ciertos remedios como la quinina y otros antiperiódicos; esto habría aclarado la naturaleza de la dolencia. Poco tiempo después hubo disentería en algunos pueblos vecinos, con todos sus caracteres comunes y sin los síntomas antes descritos, y esto contribuyó á hacer que los relatos se confundiesen y no mereciesen ya crédito. A pesar de haber cesado en gran parte la primera epidemia, la contagiosidad pudiera alegarse como un argumento indiscutible sobre la naturaleza no palúdica de la afección; pero á esto responderemos que las fiebres de Tocaima y de Cúcuta, muy contagiosas, son, según los médicos que las han observado, de naturaleza malarial y de origen telúrico; la misma fiebre amarilla, esencialmente contagiosa, ha sido y es considerada como del mismo origen; quizá haya en

estos casos una variedad individual del microbio patógeno, pero hasta ahora esta es una cuestión insoluble.

En otra variedad de perniciosa, la fiebre reviste estos caracteres: acceso franco de fiebre periódica, en que los estados se acentúan de una manera insólita; el escalofrío intensísimo, prolongado y acompañado de una gran postración de fuerzas y abatimiento moral, es seguido de un calor sofocante con somnolencia en unos casos, en los que suele ir hasta el coma; en otros con insomnio y delirio, agitación extrema, respiración anhelante, muy frecuente; pulso filiforme ó muy deprimible, late 130, 150 y 160 veces por minuto, y á veces casi del todo inconstante. Hebetamiento, mirada ansiosa que denota un gran sufrimiento; esto seguido á las seis ú ocho horas de invasión por un sudor continuo meloso, al principio caliente, pero que después se hace frío, y trae el enfriamiento del individuo, empezando por las extremidades; si el acceso es el primero (y hasta en el segundo sucede en ocasiones más felices), la fiebre cesa, el individuo pide alimentos, se siente un poco aliviado y duerme tranquilamente; mas la calma no es sino aparente, y ¡pobre del médico que fíe en ella! Observando detenidamente al enfermo es fácil comprender, por lo descompuesto de las facciones y la postración del paciente, que el mal sigue minando sordamente la economía; y en efecto, seis ú ocho horas de apirexia son raras; vuelve el acceso más temprano que el anterior, con intensidad mayor respecto á la poca resistencia que le presenta yá el organismo profundamente conmovido por el acceso ó accesos precedentes; el estupor, la somnolencia, el coma son mayores; á esto se agrega, en ciertos casos, una timpanitis excepcional, por parálisis intestinal, que los remedios y alimentos contribuyen á exagerar; la disnea aumenta con ella, el individuo tiene que respirar con la boca abierta, se encuentra casi inmóvil, las evacuaciones se hacen involuntariamente; á las pocas horas empieza el sudor copioso, continuo, y el enfermo comienza á enfriarse y á ponerse lívido en las aberturas naturales; las respiraciones y el pulso aumentan desmesuradamente de frecuencia, el aliento se siente frío; los ojos se empañan; el movimiento de los miembros y la palabra, si existen, se pierden, y el individuo se apaga como una luz que, al consumirse, arroja sus últimos destellos. Este tipo se ob-

serva también procedente del valle del Cauca, y más acentuado y común del puerto de Buenaventura.

Ninguna otra particularidad hemos notado en las perniciosas de Patía que no sea común á los otros lugares mareográficos, sólo advertimos que, si callamos las otras formas, no es porque falten, sino porque siguen la marcha generalmente conocida.

*Intermitentes ó periódicas.* Estas fiebres aparecen generalmente por la mañana; sobre todo en el lugar de origen, pero á medida que van envejeciendo los accesos, se presentan más y más tarde, de día en día; no obstante, lo contrario suele acontecer cuando la fiebre tiene tendencia á hacerse continua. El estado de frío es muy marcado y largo; precedido por el lumbago, la raquialgia y dolores musculares de las piernas. El estado febril viene en lo general muy intenso desde el principio, con elevaciones de 40 á 42° de temperatura axilar; á medida que se aproxima más el estado de sudor, más sube de grado el calor, hasta que roto el equilibrio, tronco y miembros, sudan copiosamente; después todo entra en calma, no sin que el individuo quede muy abatido y con esa facies y aspecto típicos de los que sufren fiebres periódicas.

En orden de frecuencia ocupan el primer lugar las cotidianas con tendencia á la continuidad, vienen después las tercianas y las cuartanas, que son muy raras, así como los tipos dobles y triples. Lo característico de estas fiebres es el ser muy tenaces; se las ve ceder pronto á fuertes dosis de quinina, pero al más pequeño descuido que tenga el que esté bajo su acción, repiten con la misma intensidad; en ocasiones esto sucede por más de un año; hasta que el individuo se resuelve á cambiar de clima y lo ejecuta, ó bien tiene la rara perseverancia de tomar los remedios por un tiempo conveniente.

En las formas larvadas, sólo hemos encontrado una que no esté descrita en los autores, y á la cual daremos el nombre de *dorso-espinal*, por el sitio más común en que se presenta. Son sus síntomas: una sensación de frío semejante á la que se produjera si estando mojada esa superficie se soplara en toda la columna vertebral, sobre todo en la parte dorsal; á veces existe este solo síntoma; en ocasiones viene acompañado del siguiente, que es mucho más frecuente: dolor fijo con irradia-

eiones hacia los lados, en toda la espina, desde la región cervical hasta el sacro, y por los huesos ilíacos; este dolor se calma con la compresión de las partes adoloridas; lo cual sucede también en las fiebres periódicas, y como ellas, desaparecen por las preparaciones de quina, del segundo al tercero día.

*Impaludismo crónico.* El impaludismo crónico es muy común y afecta varias formas en Patía; los individuos que están bajo su acción tienen color amarillo-terroso, mucosas muy pálidas, facies demacrada unas veces y con facciones perfiladas, en otras, abotagada y con labios befos; la debilidad es general en ellos, permanecen inactivos, indiferentes; se quejan de frío, de desgana; su voz es débil, la conversación lenta y fatigante; el más ligero movimiento les produce disnea; tienen el vientre abultado, la digestión pesada, y con frecuencia sufren de diarrea; todo trabajo intelectual les repugna. Las mujeres padecen flujos leucorreicos, dismenorrea ó amenorrea, y si llegan á concebir, abortan con gran facilidad. El bazo y el hígado se infartan, pero en general menos que en el valle del Cauca, probablemente porque la gravedad de los ataques de fiebre, por ser más intensos, dan menos tiempo á que esto suceda, y también porque aquí los naturales atacan generalmente la enfermedad con más ahinco; todavía creemos que hay otro motivo más eficaz, y es el consumo diario de las sales yodíferas y potásicas.

Hay una forma de impaludismo crónico que sobreviene después de algunos ataques de fiebres periódicas, sobre todo cuando éstas han sido acompañadas de diarrea, el cual se manifiesta por anasarca bastante considerable, con color amarillo ictérico en la piel y las mucosas, casi terroso en la cara; hay abundante derrame en la cavidad peritoneal, que reconoce por causa lesiones avanzadas del hígado y del bazo; debilidad y anemia profundas, movimientos de locomoción casi imposibles; vómitos frecuentes, disnea continua, orinas alejiadas y muy escasas; sensación de frío permanente. Cuando á beneficio de un tratamiento apropiado mejora el enfermo, esto sucede muy lentamente, y las indigestiones sobrevienen á la más ligera causa. Si la orina aumenta, la hinchazón desaparece bastante pronto; pero, en todos los casos de mejoría, los pacientes conservan una salud muy delicada y viven expuestos á recaer con la mayor facilidad.

Con el impaludismo crónico, de formas benignas, pueden algunos individuos arrastrar, por meses y aun años, una existencia penosa, miserable, incapaz de ser útil para nada; mas, si estos pacientes cambian de clima y escogen uno frío ó templado, que sea sano, pueden restablecerse con un buen régimen, después de muchos meses. Si tienen infartos del bazo muy antiguos, tienen en el individuo una aptitud exquisita para adquirir nuevamente las fiebres.

Terminaremos esta yá larga descripción, con una observación importante para los que viajan por Patía, y es que la diarrea suele ser con frecuencia el primer signo de envenenamiento palúdico, y no pocas veces la causa predisponente para adquirir la enfermedad, sobre todo si no se evitan las salidas al campo, de noche y en tiempo lluvioso, á satisfacer las exigencias ventrales. Esta diarrea es muy común en los viajeros que, al atravesar el Patía, toman bebidas frías, ácidas ó azucaradas, estando muy acalorados ó sudando; en lo general es biliosa y mucosa, acompañada de cólicos ligeros y de tenesmo.

Haremos notar también, aunque sea muy incidentalmente, yá que hemos tratado de la enfermedad más común del Patía, de otra no menos común allí, que ataca de preferencia á los negros, á uno que otro blanco, y nunca á los indios; queremos hablar del carate, para cuya descripción enviamos al lector á la excelente tesis de nuestro ilustrado maestro y amigo Doctor Josué Gómez.

No existe ni *coto* (bocio), ni pían, ni elefancia, en la parte más caliente, pero sí predominan las otras dermatosis.

---

#### ETIOLOGÍA Y PATOGENIA DEL IMPALUDISMO

Hemos dicho anteriormente que las aguas estancadas bajo forma de lagunas, ciénagas, y pantanos de alguna consideración, no existen en Patía, no que no haya lugares cenagosos y atascaderos en el invierno, que de éstos los hay, en todo lugar plano, no sólo allí, sino por todas partes. Las orillas de los ríos y arroyos, húmedas y montuosas en su mayor parte, formadas por terrenos arcillosos, cargados de sal común, de sulfatos de soda y de magnesia, de sales nitrosas y de restos orgánicos en descomposición, bajo una tempera-



tura de 25 á 35° y á 40°, presentan un medio excelente para el desarrollo del germen palúdico; la mezcla de aguas dulces y saladas, los pantanos salados y salantes constituyen otros tantos focos de efluvios de malaria. Si á esto agregamos días muy calorosos, vientos fríos que descienden de las dos cordilleras, noches enfriadas por la radiación nocturna que hace perder al suelo todo el calor recibido durante el día, valles profundos, poco ventilados, habitaciones mal construídas y muy diseminadas, vestidos poco abrigados, mala alimentación, en una palabra, mala higiene por todas partes y por todos lados, completaremos el cuadro patogénico. Este cuadro, poco halagador por cierto, nos presenta las condiciones telúricas, cósmicas é individuales más favorables para el desarrollo del impaludismo; no tenemos, pues, para qué extendernos más sobre el medio productor y el organismo receptor, sólo nos resta hablar del lazo de unión de la causa con su efecto, del agente morbífico en relación con el medio biológico, en pocas palabras, de la producción de la enfermedad ó patogenia.

A. GARCÉS.

(Continuará).

  


### OBSERVACION

#### DE UN CASO DE ATAXIA LOCOMOTRIZ, TRATADA POR LA SUSPENSIÓN

N. N., de cincuenta y nueve años de edad, sufrió á principios del 87 de una úlcera prepucial y adenitis consiguiente. En Diciembre del mismo año se le presentó una conjuntivitis en ambos ojos, y en el ojo derecho, una irido-corooiditis, que ha dejado como rastro una sinequia. Nuestro enfermo (que es hijo de una señora que murió á consecuencia de una periencefalitis difusa secundaria) tuvo dos hermanos que murieron de la misma enfermedad que la madre, y actualmente él tiene una hija de diez y ocho años, que sufre de histero-epilepsia.

Nos refiere que, dos meses después de haber cicatrizado la úlcera, sintiéndose mejor de los ojos, á principios del 88,

se le presentó una erupción general en forma de pequeñas vesículas, acompañada de tubérculos, que ocupaban principalmente las prominencias óseas, y algunos de los cuales llegaban á supurar, pero todos se curaban con la aplicación local del emplastro mercurial de Vigo.

Sin haberse sanado la erupción, se le presentaron mareos que le hacían difícil la marcha y le obligaban á sentarse con cuidado; esos mareos se le presentaban de ordinario al andar, al sentarse ó al volver la cabeza para ver un objeto lejano. Al mismo tiempo sentía algo de torpeza en los miembros inferiores, y notaba que al despertar se hallaba en la cama como perdido, completamente desorientado.

Así pasó el año de 88 y principios del 89, cuando un día, en el mes de Marzo de ese año, después de haber comido, repentinamente se sintió acometido de un terror involuntario, inexplicable, acompañado de un sudor general frío y ganas de evacuar. Desde ese día se entorpeció por completo la marcha y tuvo necesidad de apoyarse en otra persona para poder andar algunos pasos difícilmente. En esa misma época se presentó un tenesmo vesical frecuente y doloroso, y dificultad para evacuar, notando una vez la salida involuntaria de los excrementos.

Cuando lo vi por primera vez, en Diciembre del 89, de lo que más se quejaba era de la imposibilidad en que estaba de servirse de las piernas, y de la sensación de constricción y tracción en la cintura, que según él decía, le impedía casi respirar. Además, los trastornos vesicales le dejaban pocos momentos de reposo. No podía levantarse de su asiento sin que alguno le diera la mano, y daba unos pocos pasos muy defectuosamente sostenido por dos hombres que marchaban uno á cada lado. En esta situación, al marchar, el pie era arrojado bruscamente hacia adelante, más allá de la línea de proyección, arrastrando antes de abandonar el pavimento, al cual tocaba únicamente con el borde externo, y describiendo una curva convexa hacia afuera; luégo, el pie iba á caer como una masa inerte cerca del otro, después de recorrer hacia atrás una curva casi igual á la primera. Las piernas oscilaban, se notaban muy entorpecidos los movimientos de flexión de la rodilla, y la imposibilidad para devolver la marcha, girando

sobre su propio eje. Al andar llevaba siempre la vista fija al suelo, y hacía quitar el menor objeto que viera en el tránsito, por lejano que estuviera; y si alguno le hablaba, ni respondía ni volvía la cabeza: tal era el temor de caerse que tenía, á pesar de ir en medio de dos personas que lo sujetaban. Vendado ó en la oscuridad le era imposible dar un paso, pues al tratar de hacerlo, se desplomaba y había que impedirle la caída. Decía que, además de la dificultad que sentía para coordinar el movimiento de las piernas, el suelo lo notaba blando, como si estuviera cubierto de almohadas; y al sentarse le parecía hacerlo sobre un muelle.

Sufría algunas veces de contracciones musculares involuntarias, repentinas, que le hacían saltar los miembros y le impedían frecuentemente el sueño.

En cuanto á los ojos, además de la ambliopía incipiente, se observaba la falta de acción del 3.º, 4.º y 6.º pares, pues había prolapsus del párpado superior (visible en la fotografía que acompaña esta descripción, y más notable del lado derecho), diplopia homónima y dificultad para mover los ojos, sobre todo, para llevarlos de un lado á otro sobre un plano horizontal y al dirigirlos oblicuamente hacia arriba; estaban como las pupilas, retraídos, y del lado derecho se notaba la sinequia de que se habló al principio.

La digestión era lenta y casi siempre había pirosis; otras veces se presentaban gastralgias de intensidad y duración variables. Había también artropatías características en las articulaciones de las dos últimas falanges de los dedos medio, anular y meñique de ambas manos. Insensibilidad de la piel de las piernas, del pene y del escroto; impotencia absoluta y ausencia completa de los reflejos rotulianos y plantares. Algo de dificultad en la audición, y ozena fétido con supuración sanguinolenta abundante. Erupción impetiginosa sobre el dorso del pie derecho, y una úlcera pequeña sobre la última articulación del dedo pequeño del mismo pie.

En la época en que lo examinámos, tomaba diariamente una cucharadita del licor de Van Swieten, y tres cucharadas de una solución de yoduro de potasio al 2 por 100. Hacía tres meses que usaba estos medicamentos, sin notar alivio ninguno, cuando fui llamado para asistirlo, y principié, no sin recelo, á

usar el tratamiento por suspensión aconsejado por Motchons-Kowsky. Las primeras suspensiones se hicieron imperfectamente, pues á falta de un aparato apropiado, para no perder el tiempo, el enfermo era suspendido con una sábana atada á un cable y pasada por debajo de las axilas. Después de cincuenta y cuatro suspensiones hechas de este modo en el transcurso de cinco meses, hubo una mejoría tan notable, que resolví perfeccionar el instrumento y continuar la suspensión, yá sin el temor que antes.

El aparato que he empleado desde el 7 del próximo pasado, es el mismo que con igual objeto usa el Doctor Weir Mitchell, de Filadelfia, bien que con la modificación siguiente: la barra que lleva los ganchos destinados para las piezas de los brazos, está unida á la otra paralela que sirve para la tracción de la cabeza, por medio de una tercera barra vertical fija, mientras que en el aparato del Doctor Mitchell, las dos barras están unidas por una polea y una cuerda, con el fin de hacer aisladamente la suspensión por la cabeza. He hecho esta innovación porque no yendo unidas sólidamente las dos barras, puede producirse un movimiento exagerado de rotación en el momento preciso en que se hallan sumamente distendidos los ligamentos de las primeras articulaciones de la columna vertebral con la cabeza; en tales condiciones, girando la cabeza en dirección opuesta al raquis (lo que es posible no estando las barras fijas), puede producirse un accidente, para evitar el cual ninguna precaución está demás.

Con el aparato así modificado, se han hecho hasta hoy treinta y tres suspensiones de una duración de treinta á doscientos cuarenta segundos cada una, y de las cuales remito por separado un cuadro en donde he anotado lo ocurrido inmediatamente después de cada suspensión.

A beneficio de este tratamiento, después de un total de setenta y siete suspensiones, he obtenido los siguientes resultados:

El enfermo marcha apoyado en un bastón y en medio de dos personas que sólo lo acompañan por vía de precaución, y á veces lo hace sin apoyarse en nada. A pesar de persistir la incoordinación motriz, los pies son llevados hacia adelante por un movimiento casi fisiológico, más regular del lado derecho; el pie izquierdo arrastra algo todavía al abandonar el

suelo, al caer se afirma más sobre el lado externo. Puede devolverse girando su propio eje con bastante libertad; no le inquietan los obstáculos que ve en el camino, y responde sin detenerse y volviendo la cabeza; percibe ya la dureza del suelo y ha disminuído notablemente la sensación que experimentaba al sentarse. Vendado puede dar también unos cuantos pasos.

No hay trastornos vesicales. Las contracciones musculares repentinas han desaparecido; el sueño ha mejorado, y no se halla desorientado al despertar.

Respecto á los ojos, sólo se observa que ha desaparecido la falsa proyección del lado derecho y ha disminuído en el izquierdo, de cuyo lado la pupila es normal.

No hay gastralgias ni pirosis. Se ha restablecido algo la sensibilidad de la piel en las piernas, y por completo en la del pene y el escroto. Hay erecciones, aunque incompletas, y los reflejos rotulianos y plantares han reaparecido.

La audición también ha mejorado. En lo demás no ha habido cambio alguno, excepción hecha de la úlcera y la erupción del pie derecho, y del ozena; éste se ha mejorado con el ácido láctico usado según el procedimiento del Doctor Astier, y aquéllas con la aplicación local de la pomada mercurial simple.

Como del estudio de un caso aislado no puede hacerse deducción precisa ninguna, y, además, la observación de éste es incompleta, espero ver cómo sigue mi enfermo, y cuál será el efecto que este tratamiento produce en otra enferma de ataxia locomotriz, que he comenzado á tratar del mismo modo desde el 9 del presente (y en la cual se notan ya algunos buenos efectos), para informar del resultado final, á la Honorable Corporación. Por ahora, me limito á decir que considero la suspensión exenta de peligro, siempre que se practique con aparatos apropiados, con todo el cuidado necesario, y en personas que, como lo observa muy bien el Doctor Remak, no sufran afección cardíaca ninguna. Por lo demás, los resultados obtenidos hasta hoy me permiten afirmar que este tratamiento, si no sirve para curar la tabes dorsal, lo que dudo muchísimo, á lo menos produce un alivio seguro, bien sea temporal ó permanente; y es esta última consideración la que me mueve

á presentar á la honorable Sociedad este pequeño é incompleto trabajo.

CARLOS S. NIETO.

Mompós, 17 de Julio de 1890.

### ABSCESO DEL HIGADO

CURADO POR EL PROCEDIMIENTO DE LAS ANCHAS INCISIONES

(CONCLUSIÓN)

Emeterio Castañeda, de Bogotá, veinticuatro años, casado, albañil, vino al servicio del Doctor Noguera el 9 de Agosto.

*Antecedentes.*—Su salud habitual ha sido buena; fue soldado durante seis años; como tál hizo la campaña del 85 en el ejército del General Briceño. Permaneció en la Costa un año.

Ha tenido dos veces disentería: la primera hace ocho años; la segunda hace seis meses. De esta época en adelante la disentería pasó de aguda á crónica. Los primeros signos de la afección actual aparecieron hace cuatro meses; da como causa determinante una indigestión; tuvo entonces calofríos repetidos é intensos, fiebre, dolor en la región hepática, desórdenes gastro-intestinales. Permaneció en su casa algún tiempo sin reponerse, y vino luégo al hospital, por primera vez, con disentería y hepatitis. Se trató con la ipecacuana, dada según la práctica de Mac-Lean; hubo una reposición notable; el enfermo, considerándose yá bueno, insistió en salir del Hospital, no obstante que se le instó para que no lo hiciera. Volvió quince días después, el 24 de Agosto. En este día examinámos el enfermo en asocio de nuestro compañero el señor Carlos Angulo, practicante del servicio. Lo encontrámos en el siguiente estado: demacración notable, piel terrosa amarillenta, ictericia marcada de las mucosas. Su fisonomía revela sufrimiento intenso, le baña un sudor frío general, hay ansiedad, postración extrema, respiración entrecortada muy frecuente (36 p. m.) del lado izquierdo, el derecho permanece inmóvil, pulso muy pequeño, casi filiforme, rápido, ruidos cardíacos precipitados, enfriamiento general, evacuaciones disenteriformes. El enfermo permanece sentado, presa de un dolor agudo en el hipocondrio derecho, que se extiende arriba del hombro y brazo derecho y abajo á la región ilíaca del mismo lado. En la región

hepática se nota por la inspección: en su plano anterior, un notable aumento de volumen; la tumefacción es marcada, sobre todo debajo del reborde costal; los espacios intercostales han desaparecido; hay una separación anormal de las costillas.

La piel tersa, ardiente, presenta en el punto de mayor tumefacción un tinte rubicundo, violáceo en algunas partes. El dolor, la fluctuación profunda y el edema presentan su máximo en el mismo punto. Hay macidez: en la línea esternal desde el quinto espacio intercostal hasta 0.04 centímetros debajo del esternón; en la línea mamaria, desde el sexto espacio hasta 0.06 centímetros debajo del reborde de las costillas; en la axilar, desde el octavo espacio hasta 0.03 centímetros debajo de las costillas. En el plano posterior no se observa nada notable.

Con estos signos diagnosticamos un extenso absceso del lóbulo derecho del hígado. El estado grave del enfermo, que crecía visiblemente de hora en hora, hacía urgente la operación; por otra parte, no se encontraba presente ningún médico del servicio, y aguardar, constituía un peligro. Resolvimos, pues, con nuestro compañero, proceder inmediatamente á abrir el absceso en la cama misma del enfermo, sin cloroformización y por el método de Little.

Después de lavar la piel del hipocondrio derecho con solución fenicada, introdujimos un trocar de tres milímetros en el punto más prominente, dirigiéndolo oblicuamente hacia arriba y atrás.

Extraída la aguja, un chorro de pus, color de chocolate, nos indicó que habíamos penetrado en el foco. Con un bisturí recto de lámina larga, hicimos una incisión oblicua de los tejidos abdominales en una extensión de 0.08 centímetros, distante 0.03 centímetros del reborde de las costillas, paralela á la dirección de éstas, cortando capa por capa, según el Doctor Defontaine. Encontramos un primer foco entre la piel y el tejido celular; el pus era allí espeso, compacto, semi-sólido, había levantado la piel esparciéndose entre ésta y el tejido celular. La implantación del trocar y la palpación digital nos indicaron que el foco primitivo se encontraba más profundamente; continuamos nuestra incisión prolongándola más hacia fuera que hacia dentro. Así llegamos á un extenso foco, del cual extrajimos unos 1,000 gramos de pus fétido, mal ligado,

mezclado á coágulos y fragmentos de tejido hepático. Después de vaciado casi completamente, introdujimos el índice y el medio, circunscribimos el foco; raspámos y llevámos luego la cánula del irrigador; hicimos un lavado minucioso con solución fenicada tibia al 2 por 100; colocámos un tubo de drenaje de  $\frac{1}{2}$  centímetro de diámetro y 0.40 centímetros de longitud; hicimos una inyección de aceite fenicado al 2 por 100, tibia; limpiámos los bordes de la herida y terminámos con la curación de Lister y un vendaje de cuerpo.

En el curso de la operación se le pusieron dos inyecciones de brandy para levantar el pulso, que decaía. No tuvimos necesidad de emplear ninguna pinza hemostática, porque la hemorragia fue insignificante. En el curso del día se le prescribió cloral y una poción con brandy y extracto de quina.

*Marcha.*—*Agosto 25.* El aspecto del enfermo ha cambiado completamente; hay animación, tranquilidad y un bienestar general; la respiración es fácil y regular; el pulso, aunque todavía frecuente, es más fuerte; el dolor es moderado y el sueño tranquilo. Temperatura, 38° por la mañana, 38°5 por la tarde. Continúan las deposiciones sanguinolentas. En este día se hizo el primer lavado con solución fenicada al 2 por 100 y una inyección de aceite fenicado al mismo título; la supuración es abundante pero de buena naturaleza; los bordes de la herida tienen muy buen aspecto.

Al interior se continuó con la poción de brandy y quina, y se prescribió, además, ipecacuana, quinina y opio. El lavado y la inyección fenicada se hicieron al principio diariamente; pero á medida que la supuración disminuía y el foco cicatrizaba, se hicieron con menos frecuencia (cada tercer día). Una vez desaparecida la disentería, se suprimió la ipecacuana y se continuó con la quinina, á dosis de 50 centigramos, por ser la temperatura de la tarde siempre elevada, 38°. Para combatir el insomnio y sudor nocturno, que era muy abundante, se le administró, con muy buen éxito, el sulfonal, á dosis de 0.50 á 0.80 centigramos.

El 24 de Octubre salió del Hospital, con la herida perfectamente cicatrizada y en disposición de entregarse á sus trabajos habituales.

ELISEO MONTAÑA.