

Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES

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

SUMARIO: La Ciencia y el Profesorado—Proceso Carreño—Sepúlveda—Observación: hepatitis supurada. Disenteria concomitante. Ancha incisión y *drainage*—Hospital Necker—Hipnotismo—Tratamiento de la tuberculosis. Fiebres de Patía.

LA CIENCIA Y EL PROFESORADO

Es un deber impuesto por las más triviales prácticas del profesorado, tributar—aunque sea en apariencia—consideraciones y respeto por las opiniones, conceptos y trabajos que se emitan ó ejecuten en cualquier punto científico. Y es todavía un deber mucho mayor ejercer ese profesorado con estricta sujeción á la ciencia que lo constituye, siguiendo siempre sus inspiraciones y obedeciendo á sus verdades.

El profesorado impone, pues, deberes que emanan de la ciencia que lo constituye, y el ejercicio del profesorado los impone también entre los que lo ejercen, es decir, entre los compañeros. En el uno y en el otro campo se cometen faltas que más tarde mucho diera quien las cometió porque se le recibieran como errores.

Hay faltas que comete el hombre como profesor, es decir, que se ejecutan actos y se sostienen cosas que por lo mismo que ofenden á la verdad científica, esto es, á las deducciones que han merecido unánime y continuada ratificación por los hechos y por los tiempos transcurridos, no se puede, no se deben aceptar como errores científicos, máxime cuando tales actos y tales cosas se ejecutan por algún profesor que ha lucido y luce por su ilustración y por sus talentos. Estas son faltas que dañan únicamente á quien las ejecuta, y que causan verdadero asombro en las personas que pueden juzgarlas, por lo mismo que de la reputación científica de su autor se tienen indisputables comprobantes. Estos no son errores, porque no se trata de cuestio-

nes discutibles colocadas en un terreno abstracto, sino de cuestiones concretas colocadas en el terreno de los hechos.

Puede el hombre en la generalidad de los casos no estar en posesión de la verdad científica, es decir, estar en el error, cosa muy común y aun debiera decirse normal; mas esta situación, si bien puede serle dañosa, colectivamente hablando, de una manera individual, no le causa al hombre mayor daño, porque ni él dispone siempre de los medios apropiados para descubrir la verdad, ni siempre los estima é interpreta de igual manera. Lo único á que en tales casos hay derecho y razón para exigirle es que proceda y obre con rectitud en el estudio y en la investigación á que ellos den lugar; que por lo que hace á los resultados, cuando éstos se han inspirado bien, tomando por base lo que el juicio humano debe honradamente tomar, no hay riesgo de que si de allí surge el error, haya por esto motivo que le apareje censura, ni menos responsabilidad.

Mas no sucede lo mismo cuando en un caso dado y concreto para cuya resolución se encuentran hechos que han servido de base para sentar doctrina, no sólo á uno sino á muchos observadores, en el curso de muchos años, y con el transcurso de muchos casos análogos, y que muy á pesar de esto y en contra de todo esto se quiera plantear como hecha *ad hoc* y expresamente destinada para un caso especial, otra doctrina en franca oposición y en abierta pugna con la que los hechos, el tiempo y millares de observadores han aceptado y reconocido como verdad científicamente demostrada; entonces, decimos, no se puede menos que reconocer que se ha faltado á los deberes del profesorado y que por ello hay motivo de justísima censura y acaso hasta de responsabilidad.

Es de esta manera como nosotros hemos juzgado la conducta observada por el Doctor Juan E. Manrique en el desempeño del delicado cargo de médico consultor del Jurado que falló el ruidoso proceso Carreño-Sepúlveda; y tal vez no nos equivocamos al asegurar que de la misma manera lo juzga todo el Cuerpo Médico de esta capital.

La historia de este proceso puede resumirse así:

Trece días después de muerte la señora Arjona de Carreño, se halló su cadáver en completa putrefacción y cuidadosamente colocado en su propia cama. El reconocimiento pe-

ricial que se le hizo entonces hubo de ser imperfecto y deficiente, porque la putrefacción borró todas las lesiones anatómicas que debieron hallarse en las vísceras y en todos los tejidos blandos. Ni el concepto de los peritos que practicaron el reconocimiento, ni el que basados en esta exposición dieron más tarde varios otros médicos de esta ciudad, bastaron para constituir un verdadero cuerpo de delito.

Con tal motivo, el Juez de la causa ordenó que se reuniera un Jurado de acusación para decidir, por este medio, si había ó no motivo para proceder contra los sindicados de la comisión del delito.

Tocóle ser miembro de este Jurado á un distinguido profesor de Medicina, al señor Doctor Luis Fonnegra. La lectura de la declaración rendida por uno de los sindicados sirvió de base al Doctor Fonnegra para pedir la exhumación del cadáver de la señora Arjona, y buscar en su esqueleto las lesiones que debieran comprobar ó negar la única revelación que se tenía sobre la manera como se ejecutara el crimen.

La exhumación se practicó, y en el esqueleto de la víctima se hallaron las lesiones que el Doctor Fonnegra dijo debieran encontrarse al ser exacta la declaración del sindicado. El Jurado declaró entonces que sí había razón legal para proceder contra los procesados, y cuatro meses después un nuevo Jurado conocía del asunto con el objeto de fallarlo.

La exposición médico-legal que sirvió de base entonces para fijar y constituir el cuerpo del delito era una pieza científica conocida de todo el país, y juzgada por el Cuerpo Médico como exacta y completamente ajustada á las verdades científicas. A nadie se le ocurrió que á ese trabajo se le podría quitar nada que tendiese á oscurecer la claridad con que se hacían conocer los hechos que constituyeron el delito. Por esto, algunos de los defensores de los procesados tomó el encargo de deshacerse en rudos ataques contra el Cuerpo Médico en general, y de una manera especial contra los Doctores J. D. Herrera y A. Uribe, porque, como peritos, cavaron la fosa de la víctima, y de las profundas é imborrables lesiones que el crimen dejara sobre su esqueleto formaron y presentaron el cuerpo del delito. En toda defensa criminal el insulto y el ataque á los peritos son cosas corrientemente usadas, porque representan el su-

premo esfuerzo que debe hacerse como medio de quitar valor á todo lo que lleve luz á las encrucijadas del crimen. De esto no nos quejamos, porque la historia criminal de todos los países del mundo nos dice, que estas cosas pasan allá, como aquí, de igual manera; pero sí queremos hacer alto en el extraño é inusitado proceder que empleó el Doctor Manrique para desautorizar la exposición médico-legal de los Doctores Herrera y Uribe, olvidándose de que pocos días antes él mismo la había juzgado en plena sesión de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales como un trabajo científico que honraba al Cuerpo Médico y por el cual felicitó á sus autores.

La manera como pasaron las cosas en las últimas sesiones del Jurado, demuestran bien que en el esfuerzo que se hizo para salvar á los procesados no faltaron ni las trágicas escenas de un drama.

Se hizo de la ruptura del hueso hioides el punto capital de la demostración del delito; la defensa habló sobre este tema durante varios días, con el propósito, seguramente, de llamar mucho sobre él la atención del público, y cuando se juzgó alcanzado el objeto y llegada la hora de que el Jurado se constituyese en sesión secreta para fallar, salta de improviso el Doctor Manrique y dice: "En las piezas anatómicas que se han presentado para probar el cuerpo del delito no está el hueso hioides, lo que se ha tomado por este hueso es el cartílago tiroideos." Al punto la defensa grita con febril entusiasmo: "La ciencia acaba de destruir el cuerpo del delito. Señores, no hay crimen."

La sorpresa que quiso darse á los miembros del Jurado con este golpe los hizo diferir su fallo para pedir más luz. La defensa luchó entonces para que no se accediera á lo pedido por el Jurado, y con esto probó que no tenía confianza sino en el efecto momentáneo del golpe que acababa de darse.

Hubo, en efecto, otra sesión más del Jurado destinada para oír á los peritos y á los médicos consultores. Los Doctores Herrera y Uribe sostuvieron su exposición, y el Doctor Manrique tuvo, en retirada, que decir ante ese mismo Jurado y ese mismo público que sí había partes del hueso hioides. Convino, pues, en que el hueso estaba incompleto; y esta era, en verdad, la mejor prueba de que el hueso estaba roto, porque donde se

hallan restos de las partes componentes de un cuerpo, no se puede dudar de que este cuerpo se dividió, se fracturó ó se rompió.

Que el hueso hioides no estaba completo, no era tampoco un nuevo descubrimiento del médico consultor, puesto que los Doctores Herrera y Uribe así lo hicieron constar en su exposición médico-legal, en la cual dijeron: . . . “Colocando los fragmentos en diversas posiciones, lográmos rehacer el hueso, pero *faltándole* el gran cuerno del lado izquierdo; nuestras minuciosas investigaciones en toda la región cervical y á los lados de esta columna, fueron inútiles para hallar este fragmento.”

Se dirá ahora que los grandes cuernos no están unidos al cuerpo del hueso por continuidad del tejido óseo, sino por medio de una articulación, y que las membranas que la sostienen pueden destruirse por la putrefacción, y de esta manera separarse los grandes cuernos del cuerpo del hueso en virtud de una ley natural. Y si así se quisieran hacer pasar las cosas en el presente caso, ¿por qué se perdieron las relaciones naturales de posición y situación que debieron encontrarse entre el cuerpo del hueso hioides y su gran cuerno izquierdo?; y que aquí se perdieron estas relaciones, sí es un hecho que no puede negarse, porque los Doctores Herrera y Uribe minuciosamente las buscaron, y yá hemos visto que estaba tan lejos el gran cuerno izquierdo del cuerpo del hueso, que ni siquiera pudieron encontrarlo por más que lo buscaron “en toda la región cervical y á los lados de esta columna.” Más anormalidad no puede pedirse para demostrar que se trataba del cumplimiento de un hecho violentamente ejecutado.

Que los fragmentos óseos que los peritos tomaron como pertenecientes al hueso hioides no lo eran sino del cartílago tiroides osificado, fue otra de las innovaciones que á última hora propuso el médico consultor para desautorizar el valor de la exposición de los Doctores Herrera y Uribe; y científicamente llevó con esta aseveración una prueba más al cuerpo del delito, puesto que si el cartílago tiroides, osificado en este caso de una manera fenomenal y extraña, se halló también fracturado, es evidente que no pudo serlo sino en fuerza de la violencia que se ejerció sobre toda la región del cuello.

A más de diez de las sesiones del Jurado concurrió el Doc-

tor Manrique con el carácter de médico consultor, es decir, que otras tantas veces tuvo en sus manos y bajo su vista las piezas anatomo-patológicas que formaban el cuerpo del delito. En muchas ocasiones fue interpelado por la defensa y por los Jurados, y es bien singular que al contestar todas las interpelaciones que se le hicieron, se cuidara siempre de guardar para el último momento de las sesiones del Jurado la valiosa revelación de que el hueso hioides no existía en esas piezas, y que se había tomado por tál al cartílago tiroides. Esta revelación estaba, pues, preparada para dar con ella un verdadero golpe de gracia á la exposición médico-legal de los Doctores Herrera y Uribe, acabar con el cuerpo del delito, llevarse por delante la reputación científica de los peritos, y ofenderlos hasta en su honradez y dignidad, porque se quiso exhibirlos como ignorantes hasta el extremo de no conocer los huesos del esqueleto humano, ó de ser autores de una sustitución de piezas anatómicas con el propósito de inventar un crimen.

Nosotros, empero, no le hacemos estos cargos al señor Doctor Manrique, porque conocemos bien la manera como ha estimado y distinguido á su maestro y colega el señor Doctor Herrera, y porque creemos que para proceder de la manera como hemos visto que lo hizo, tuvo por único móvil el deseo de que no pasara inadvertido el honroso encargo que desempeñaba de médico consultor del Jurado, y que para su nombre, para su ciencia y para su fama alcanzara también el ruido continental de este proceso.

Ahora, si el Doctor Manrique tiene nuevas razones y nuevas cosas que decirnos en apoyo de sus conceptos y teorías, en la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales hallará vasto campo y competente personal ante quien hacerlas valer y lucir. Y así juzgamos que debe hacerlo, porque esta Sociedad, que la ley acaba de reconocer como Academia de Medicina, fue creada y organizada, tanto para propender al adelanto de las ciencias médicas y al fomento de nuestra Medicina nacional, como á la práctica y cultivo de los deberes que la moral y la sociedad imponen al profesorado así organizado y constituido.

Por nuestra parte, no habíamos querido ocuparnos en este asunto, porque aguardábamos, para hacerlo, á que terminaran por completo los trabajos del Jurado y se cumplieran sus decisiones.

Al debate judicial que terminó ya, debe seguir ahora el debate científico de esta cuestión. Es necesario que el Cuerpo Médico, por medio de la decisión que dé, establezca un precedente; y si hubiéremos de ser nosotros los menos favorecidos en el fallo que le pedimos, desde ahora declaramos que gustosamente lo aceptaremos.

A. APARICIO.

Bogotá, Enero de 1891.

PROCESO CARREÑO-SEPÚLVEDA

LOS ARGUMENTOS DEL DOCTOR MANRIQUE

Deliberadamente no había querido publicar la presente refutación, hecha desde el 2 de Diciembre pasado, porque me prometía esperar, para hacerlo, el fallo de la Academia de Medicina y Ciencias Naturales. Pero es el caso que muchos honorables miembros de dicha corporación me han exigido su publicación, con el objeto de que tanto el Cuerpo Médico de la Nación, como la Academia, se ilustren sobre los hechos cumplidos. Me veo, pues, obligado á hacerlo, pues de otro modo mi silencio pasaría como la aceptación de cosas inaceptables para el sano criterio científico.

El cuerpo del delito estaba y estará perfecta y claramente demostrado. Pero el señor Doctor Manrique se permitió oscurecerlo con argumentos que demostraré son erróneos. Antes de entrar en materia debo manifestar que el señor Doctor Manrique, en una de las audiencias (1), me manifestó que el cuerpo del delito estaba patente, y que si se me concedía la palabra, lo interpelara á él, quien pasaría á la mesa donde se encontraban las piezas de convicción y quedaría terminado todo. No le di gusto al Doctor Manrique porque, tratándose del cumplimiento de mi deber, á nadie le delego mis poderes. Más aún, en la última sesión de la Academia y tratándose de una proposición honrosa discernida por unanimidad de votos al señor Doctor Agustín Uribe y á mí, el Doctor Manrique en su discurso manifestó que era innegable el mérito científico y la exactitud del trabajo médico-legal hecho por los Doctores Uribe y Herrera. Apelo á los miembros de la Academia para que, llegado el caso,

(1) En la audiencia del 22 de Noviembre.

certifiquen si el Doctor Manrique dijo ó nó lo que dejo apuntado. Esto sólo bastaría para refutar al Doctor Manrique; pero quiero entrar en el análisis científico de su exposición á los Jurados, porque debe conocerla el público, yá que esa audiencia fue poco menos que privada, y en sus oídos no quedaron sino las palabras de sensación teatral de que no había tal hueso *hioides*, sino el cartílago *tiroides*, y parte de ese público, desconocedor de la materia, no comprendió que el Doctor Manrique, al decir eso, no había hecho otra cosa que agravar el cuerpo del delito en lugar de destruirlo, aseverando al mismo tiempo un hecho del cual se retractó en la audiencia del 1.º de Diciembre. Entremos en materia.

Dientes.—Dijo el Doctor Manrique, hablando de los dientes, dos hechos inaceptables en la ciencia y en el presente caso, á saber: 1.º Que los incisivos superiores, encontrados con el gran cuerno izquierdo del *hioides* encima de la espina de Spix, se hallaban en sitio normal, dada la inclinación de la cabeza en el esqueleto, y 2.º Que los incisivos, si se habían sacado por violencia, habían tenido que romper las paredes alveolares, las cuales estaban intactas.

En primer lugar, la inclinación de la cabeza, como está relatada en el reconocimiento pericial, no es la que supuso el Doctor Manrique, pues esta completa inclinación de un lado es inaceptable, dada la amplitud del ataúd, y, sobre todo, porque no estaba así. La ligera inclinación relatada en el reconocimiento era tál, que siempre quedaba la espina de Spix en un plano superior al reborde alveolar; por otra parte, no se encontraban allí las otras dos piezas dentales inferiores, las cuales estaban en la parte anterior de las vértebras cervicales, y si el Doctor Manrique supone que las primeras ocupaban sitio normal, entonces estas últimas, dada la inclinación que él quiso suponer, ocupaban sitio anormal. ¿Cuál de las dos cosas prefiere? Porque tenemos que ser lógicos; si suponemos á la cabeza fuertemente inclinada sobre la mejilla ó al cadáver *parado en la cabeza*, cosa inaceptable, porque no pudo ser inhumado en esa posición, entonces el plano cervical en donde se encontraron las otras dos piezas dentales inferiores (incisivo y molar) era superior al en que se encontraron los incisivos superiores, y entonces los que lucharon contra las leyes de la pesantez fueron

aquéllos. En otros términos: de las cuatro piezas dentales dos ocupaban un plano superior al que ocupaban las otras dos, y entonces el Doctor Manrique se encuentra en este dilema: si para unas el sitio es normal, para las otras es anormal, y viceversa. ¿O es que hay piezas dentales que tienen alguna propiedad específica de luchar contra las leyes de la pesantez á exclusión de las otras? La Ciencia no conoce tal propiedad.

En segundo lugar. ¿Se atreve el Doctor Manrique á sostener que las piezas dentales descalzadas por violencia, no lo pueden ser sin ruptura de las paredes alveolares? Esto sería desconocer los hechos cumplidos y aceptados por todo el mundo. Citaré uno reciente, acaecido en esta ciudad en el mes de Noviembre, quizá cuando el Doctor Manrique estaba sosteniendo lo contrario, y que se lo relaté también al Jurado. El joven Felipe Camacho, de doce años de edad, hijo del señor D. Carlos Camacho, jugando con otros niños, dio con su boca fuertemente contra la cabeza de uno de ellos, el cual fue descalabrado; de resultas del golpe, voló uno de los incisivos medios superiores completamente intacto y el otro se aflojó por la conmoción. El niño alzó su diente del suelo y se fue donde el dentista señor D. José María Lazcano, quien le recalzó el diente en su respectiva cavidad alveolar y hoy día está perfectamente sólido. Coincidencia rara, el niño es *dientón* y la pieza descalzada es prominente, realizando la condición de la señora Mercedes Arjona. ¿Sostendrá el Doctor Manrique que esta fuerte pieza dental se hubiera consolidado si hubiera habido fractura de la pared alveolar, tanto más cuanto el labio superior se hinchó considerablemente por el traumatismo sufrido y con mayor razón se hubiera inflamado el periosto alveolo-dental con la fractura de la pared? El estudio comparativo de los cráneos en las diversas razas humanas, ha dado por resultado el hecho de que el reborde alveolar del maxilar superior es más saliente en unos cráneos que en otros; de resultas de esta mayor prominencia, la pared anterior de los alveolos no es completamente perpendicular ó recta, sino ligeramente curva, el diente descalzado por conmoción sigue esta trayectoria curva sin que haya, en muchos casos, ni fractura del diente ni de la pared alveolar.

Se dijo también que, “si los dientes hubieran sido descalzados por violencia, éstos se hubieran encontrado fuera de

la boca, expulsados por la lengua, la cual, en la estrangulación, trata de salir fuera de la boca." Probablemente se afirmó lo anterior sin haberse estudiado el reconocimiento pericial, pues en él se dice que á la Señora cuando se la estrangulaba se la sofocaba con una violenta presión, ejercida sobre la boca con la otra mano. O si se estudió el reconocimiento, se cayó en la cuenta de que la lengua tenía más fuerza material que la mano que violentaba la boca, cosa que también era desconocida para mí y que entrará en la serie de los muchos descubrimientos extraordinarios que fueron necesarios hacer *ad hoc* para la especialísima medicina legal que se puso en juego y que debe patentarse.

Termino la cuestión dientes, manifestando que el señor Doctor Rocha Castilla no aceptó, como no podía aceptar, dichas explicaciones, estando en un todo de acuerdo con el reconocimiento pericial.

Costillas.—¿Conque se pueden cortar las costillas con un simple bisturí de disección, "como quien raja melones?" Me sujeto á la prueba. Que elija el Doctor Manrique al sepulturero que quiera ó al atleta que más esforzado le parezca, nos trasladamos sobre un cadáver de adulto, ponemos en manos de la persona elegida un bisturí del mejor temple del mundo, y si me corta las costillas mencionadas en el reconocimiento *sin cortar su periostio ó membrana de revestimiento*, declaro que me equivoqué y que la señora Mercedes Arjona no murió violentamente. El Doctor Manrique parece que habló sin tener conocimiento de los hechos, y no comprendo cómo se trata de destruir lo que no se conoce. ¿No sabía que las fracturas de las costillas eran subperiósticas, es decir, que las costillas estaban rotas permaneciendo intacta la membrana que las envuelve? Que se cubra el Doctor Manrique el índice de la mano izquierda con un dedo de guante, que coja en la derecha un bisturí y se corte el dedo cubierto, y si corta el dedo sin cortar el guante que lo cubre, me doy por vencido; pero que coloque ese mismo dedo así cubierto en el suelo y le ponga encima un pie ó una rodilla, y podrá dislocarlo ó romperlo sin romper la cubierta que lo envuelve.

Hay más, el Doctor Manrique aceptó, porque me lo dijo, que las costillas no habían podido ser rotas de dentro hacia fuera al levantar la pared anterior de la caja torácica para ver

los pulmones, una vez que la quinta costilla estaba rota en su tabla externa únicamente, permaneciendo intacta su tabla interna, que es la que ha debido romperse si las fracturas hubieran sido practicadas por tracción de dentro hacia fuera, lo cual es evidente, sin contar con otra razón, y es la de que, en semejante caso, las fracturas ocupan un sitio distinto del que ocupaban en el cadáver de la señora Arjona. Este argumento evidente, del cual tenía conciencia el Doctor Manrique, y comprobante de la violencia, se lo calló y no lo manifestó al Jurado, cosa que me la explico, pues él trató de demostrar que no había existido violencia, y tenía que pasar en silencio los argumentos que demostraban lo contrario, aun cuando tenía conciencia de ellos.

El Doctor Manrique se empeñó mucho en hacer ver una cosa distinta de la que existía, á saber: que la línea de las fracturas tenía una dirección igual como hecha en realidad por un bisturí, lo cual era contrario á los hechos, pues en el reconocimiento están matemáticamente medidas, por centímetros, las diversas distancias á las cuales se fracturaron las diversas costillas. Repetidas veces manifestó su gran pesar de que no se hubiera conservado toda la caja torácica con la columna vertebral, y todavía no veo la razón de su pesadumbre, pues en el reconocimiento estaba relatado todo lo conducente. ¿Quería el Doctor Manrique que le hubiéramos hecho una descripción completa de todas las partes sanas del esqueleto? No era nuestra misión hacer un tratado de osteología normal, que á nada conducía en la investigación del crimen.

Dijo el Doctor Manrique otra multitud de cosas que no venían al caso, entre otras que recuerde, porque me hizo impresión, fue que *“el cartílago costal más largo es el último.”* Esto no es cierto, Doctor Manrique, recuerde su Anatomía y verá que el cartílago costal más largo es el séptimo y no el último. Con el objeto de ayudar á su memoria le citaré un párrafo del gran Maestro; dice Sappey, hablando de los cartílagos costales, lo siguiente:

“Su longitud aumenta de arriba hacia abajo para los cartílagos de las costillas esternales, y disminuye al contrario para los de las costillas inferiores. El de la primera costilla ofrece una extensión de 2 centímetros, los de la segunda y tercera, una extensión de 2 á 3 centímetros. Los siguientes se alargan más y más

hasta el séptimo, que mide de 12 á 14 centímetros. El octavo se reduce á 10 centímetros, el noveno á 7, el décimo á 4, el undécimo á 2, el último á 6 ú 8 milímetros." (SAPPEY. *Anatomía descriptiva*, tercera edición, tomo 1.º, página 345).

De manera que el último cartílago costal, que el Doctor Manrique presentó como el más largo, es precisamente el más corto. ¡Era yo quien estaba verdaderamente *apesadumbrado!*

Termino la cuestión costillas manifestando que el señor Doctor Rocha Castilla no aceptó dichas explicaciones y estuvo en esta materia de acuerdo con el reconocimiento pericial.

Hueso hioides.—En la audiencia del viernes 28 de Noviembre, en mi ausencia, y sin concedérsele la palabra, cuando yá la audiencia terminaba, el Doctor Manrique se levantó y dijo: “ Señores, aquí no hay hueso hioides, lo que hay es el cartílago tiroides. . . . ” Y en la audiencia del lunes siguiente, 1.º de Diciembre, en mi presencia, dijo: “. . . . Hay partes del hueso hioides. . . . ” palabras que anotó el señor Secretario de la audiencia. Si había partes, era porque estaba incompleto, y si estaba incompleto, era porque estaba roto, luego sí había hueso hioides roto, que era lo que sostenía y sostendré. Si el hioides hubiera estado entero y en su sitio normal, no hubiéramos tratado de él, como no tratamos de ninguno de los huesos que hallamos completos, intactos y en sus sitios normales, porque lo normal, lo natural y lo regular jamás le han servido al médico-legista como comprobante del delito.

No solamente existían los dos grandes cuernos del hioides, sino también dos fragmentos de su cuerpo. Veámoslo:

Pongamos á un lado los dos fragmentos que suponemos ser el cartílago tiroides *osificado*; quedaban todavía otros dos fragmentos de hueso. ¿Serían éstos los cartílagos aritenoides, también *osificados*? Nó, puesto que los dos médicos consultores no los aceptaron como tales. ¿Pertenerían al cartílago cricoides, también *osificado*? Tampoco, porque este cartílago forma un pequeño anillo, y si unimos horizontalmente esos dos fragmentos, dan un segmento de arco muy superior al del cartílago en cuestión, y si los superponemos, entonces dan un fragmento de hueso muy superior á la altitud del cartílago cricoides. No siendo, pues, los dos fragmentos en cuestión, ni el cartílago tiroides, ni los cartílagos aritenoides, ni el cri-

coides, ni habiendo podido evaporarse el cuerpo del hueso hioides, dichos dos fragmentos tienen que pertenecer al cuerpo de este hueso, puesto que en toda esa región no existe otra cosa á la cual puedan pertenecer. Por otra parte, los peritos desmontamos de uno de esos fragmentos, el gran cuerno derecho del hueso hioides dislocado, pero todavía adherido á ese fragmento por su membrana de revestimiento, reducida á putrúlagos de un color negruzco, *y como yo no conozco otro hueso al cual se pueda adherir dicho cuerno, sino al cuerpo del hioides*, esos dos fragmentos tenían que pertenecer forzosamente al cuerpo de este hueso.

Por lo demás, el Doctor Manrique no dijo que dichos fragmentos fueran del cricoides, ni tampoco dijo de qué podían ser, limitándose á decir que no eran del cuerpo del hueso hioides, porque no casaban por aquí, ni casaban por allí, ni casaban por más allá. ¡Bella argumentación! Que se caiga de las manos un candelero de cristal y se fracture, sus fragmentos unas veces casarán y otras nó, según la fractura; las razones para ello son obvias, pues si se han desprendido de los bordes de los fragmentos pequeñas partículas, no podrán casar, sin que por ello esos fragmentos dejen de pertenecer al candelero roto. Es precisamente el caso actual del hioides, el cual roto y triturados sus fragmentos unos contra otros, y permaneciendo después encerrados entre la materia jabonosa del cadáver durante catorce meses, los bordes de los fragmentos perdieron su nitidez, y mal podrían casar, aun cuando el Doctor Manrique se hubiera estado un año esforzándose en hacerlo.

Queda, pues, demostrada la existencia del hueso hioides roto, puesto que estaba dividido en cuatro partes: sus dos grandes cuernos, y dos fragmentos de su cuerpo. Lo que el Doctor Manrique ha debido demostrar es lo siguiente: *Dado un hueso dividido en cuatro partes, ni es ese hueso ni está roto*. Cosa difícil, por ser imposible.

Cartílago tiroides.—Los cartílagos tiroides, aritenoides y cricoides contribuyen á formar un órgano que se llama la laringe, situado en el trayecto del tubo por donde tiene que entrar el aire de la respiración, colocado en el tercio superior del cuello, debajo del hueso hioides y formando una prominencia bajo la piel del cuello, en el sitio llamado ordinaria-

mente *manzana de Adán*. Si á un individuo se le aprieta este órgano con la mano y se le rompe, deja de vivir y ha muerto estrangulado. Esto quiere decir que el cartílago tiroides roto, y por consiguiente la laringe, demuestra también la estrangulación. Presentar, pues, el cartílago tiroides dividido en dos fragmentos y agregarlo al cuerpo del delito, era agravarlo con un nuevo órgano destrozado. No se nos ocultó que pudiera haber allí dos fragmentos de dicho cartílago, pero no nos atrevimos á ponerlo en el reconocimiento, una vez que ese cartílago se nos presentaba con dos fenómenos extraordinarios, fenómenos que no podían ser obra del estrangulador, sino de la naturaleza, y no hay que adjudicarle á aquél la obra de ésta. El perito no debe agravar el cuerpo del delito con lo fenomenal y extraordinario, y únicamente debe describirle que es claro y patente. Veamos cuáles eran esos dos fenómenos extraordinarios:

El cartílago tiroides está caracterizado, entre otras cosas, por una gran escotadura colocada en la mitad de su borde superior, y esta escotadura no existía en el cartílago en cuestión, pues unidos sus dos fragmentos, daban un borde superior rectilíneo; faltaba, por consiguiente, uno de los caracteres típicos de este cartílago. Por otra parte, la señora Arjona tenía de treinta y seis á cuarenta años, y el cartílago tiroides en cuestión, estaba casi todo completamente *osificado*. Oigamos á Sappey, tomo 4.º, página 415:

“... En la mujer, los cartílagos de la laringe no *comienzan* á osificarse, sino en una época mucho más tardía, en general, de setenta á ochenta años. En muchas laringes de mujeres que habían alcanzado esta edad, *no existía aún la menor huella de núcleo óseo.*”

Y más adelante, página 416, agrega:

“En el hombre, no es sino á una edad sumamente avanzada cuando se observa una osificación completa del cartílago tiroides. *En la mujer permanece siempre incompleta, aun en el último período de caducidad.*”

Dicho cartílago osificado estaba dividido en dos fragmentos, ¿por obra del estrangulador ó por falta de osificación en la línea divisoria? ¿Quién se atrevería á afirmarlo? Pues, en la duda, se hace lo que hicimos: no se agrega al cuerpo del delito,

se anota, para la ciencia, una excepción á la regla general, y nada más. De ninguna manera se podía traer al debate criminal. Por otra parte, ¿la existencia del cartilago tiroides osificado, era prueba de que no había hueso hioides roto, ni costillas fracturadas, ni desmontada de dientes? ¿De manera que se puede matar impunemente á todo individuo que lleve en su cuerpo cualquier fenómeno ó irregularidad de tantos que la naturaleza suele desarrollar en el cuerpo humano? Queda, pues, demostrado que no debíamos, ni podíamos agregar el cartilago tiroides al cuerpo del delito

Otro argumento que agrega mucha fuerza á la exactitud del reconocimiento pericial, es la declaración de Velosa, puesto que concordaba con lo relatado por los peritos. Porque si suponemos que esa declaración es falsa ó sacada criminalmente por la fuerza, ó dictada por el Prefecto, tenemos que suponer, congruentemente, que ese Prefecto es un gran profeta que adivinó lo que seis médicos juramentados iban á encontrar más tarde en una fosa.

Llegamos á las últimas palabras del Doctor Manrique, y que me sorprendieron no poco. Cuando el señor Juez y los señores Jurados le preguntaron si en su concepto la señora Arjona había muerto ó nó violentamente, dijo: "que él no podía dar su dictamen sobre ese particular, porque no era Jurado." Analicemos esta respuesta. En primer lugar, el Doctor Manrique se permitió introducir una irregularidad en la institución del Jurado y en los deberes del médico-legista, y en adelante es inútil que los jueces y jurados llamen peritos y que las naciones tengan médicos-legistas. ¿Conque es el Jurado y no el médico-legista el que tiene que decidir si un individuo ha muerto ó nó violentamente? El Doctor Manrique trató de demostrar que no hubo muerte violenta; ha debido, pues, decir que la Señora había muerto por accidente natural; con esto no le hacía daño á nadie y favorecía á los sindicatos. ¿Por qué no lo hizo? ¿Tenía la convicción contraria? ¿Por qué no hizo una deducción concordante con lo que había tratado de demostrar? Su deducción, su conclusión, era precisamente lo que necesitaban los Jurados, y no los argumentos que les presentó, y que acabo de desvanecer, una vez que ni el Juez ni los Jurados eran médicos que pudieran pesar el valor real y científico de dichos argumentos.

En resumen, el Doctor Manrique elogió el reconocimiento pericial ante la Academia de Medicina y Ciencias Naturales; el Doctor Manrique me manifestó que el cuerpo del delito estaba patente; el Doctor Manrique me presentó un nuevo argumento en corroboración de la fractura violenta de las costillas; el Doctor Manrique dice en una audiencia que no hay hueso hioides y en otra que sí lo hay; y, por último, el Doctor Manrique, en la última audiencia, trata de destruir el reconocimiento pericial con argumentos cuya inexactitud creo haber demostrado, y termina diciéndole al Jurado que no puede dar su dictamen sobre la materia. Este caos es el que no me puedo explicar, ni se lo ha podido explicar el Cuerpo Médico ni la sociedad en general.

Queda, pues, en pie el reconocimiento pericial, y con él, el cuerpo del delito que demuestra la comisión del crimen.

J. DAVID HERRERA.

Bogotá, Enero de 1891.

OBSERVACION

HEPATITIS SUPURADA. DISENTERÍA CONCOMITANTE. ANCHA INCISIÓN Y *drainage*. CURACIÓN.

Eva Vargas, niña de siete años, natural de Bogotá, entró al Hospital el 15 de Mayo de 1890. No hay antecedentes hereditarios. Hasta un mes antes de su entrada al Hospital, no había sufrido enfermedad grave; fue entonces atacada de una disentería, que ocho días después se complicaba de tumefacción y dolor en la región hepática.

Es de constitución débil, temperamento linfático, notablemente enflaquecida; la piel es pálida, terrosa y las conjuntivas ictericas.

Tiene náuseas, dolor abdominal, que precede á las deposiciones, y éstas son en número de 5 á 7 diarias, y de aspecto disenteriforme. La lengua es saburral en el centro y roja en los bordes. El abdomen es deprimido en la región infra-umbilical; la presión provoca ligero dolor, y la percusión da un sonido timpánico en los flancos y en la fosa ilíaca izquierda. La región epigástrica y el hipocondrio derecho están ocupados

por una tumefacción considerable; la palpación y presión despertan dolor y la percusión metódica del hígado da por resultado los siguientes límites. Los superiores son las normales en las líneas esternal, mamaria, axilar y escapular; las inferiores son: en la línea esternal, la parte media del espacio comprendido entre el apéndice xifoide y el ombligo; en la mamaria, cinco centímetros debajo del borde de las costillas falsas; en la axilar, dos centímetros debajo de este borde; y en la escapular, al nivel de este mismo borde. La palpación permite reconocer en toda la región elevación de temperatura, y una renitencia particular. El dolor es más vivo al nivel de la extremidad anterior de la octava y novena costillas; tres centímetros debajo del borde de los cartílagos; en este sitio, edema de los tegumentos y fluctuación profunda.

El pulso es débil y frecuente: 110 por minuto; los ruidos del corazón están acelerados.

El murmullo vesicular es oscuro en el tercio pósteroinferior del pulmón derecho, y hay submacicez á la percusión en esta región.

Hay ligera depresión intelectual por el sufrimiento.

Los ganglios linfáticos del cuello, la ingle y la axila están ligeramente engurgitados.

Se diagnosticó una hepatitis supurada, y se resolvió evacuar el pus por ancha incisión.

El 16 de Mayo se procedió á la operación sin cloroformizar á la enferma. Ayudado por el practicante de las salas de Maternidad y niños, señor Ricardo Parra, y por los alumnos de la Clínica, después de lavar la región con agua fenicada al 2 por 100, se practicó una punción exploradora con el aspirador de Potain, la cual dio salida al pus ligado y estriado de sangre; esta punción se hizo en el punto donde se percibía la fluctuación. Una vez comprobada la existencia del pus *de visu*, se introdujo el bisturí, guiándolo sobre la cánula del trocar, y se hizo una incisión oblicua arriba y adentro, de cuatro á cinco centímetros de longitud. La herida dio salida á unos 700 gramos de pus, de la misma naturaleza del que salió por la cánula; después de un lavado con solución fenicada al 2 por 100, la introducción del dedo en el foco demostró que no existía otro absceso; se hizo un segundo lavado, y

por último una inyección con aceite de olivas fenicado al 2 por 100. En seguida se colocó un tubo de *drainage* suficientemente largo, en doble, y se cubrió con una curación de Lister.

Después de la operación se puso una inyección hipodérmica de brandy, y se prescribió el siguiente tratamiento, que fue invariable hasta su salida del Hospital; una poción así compuesta:

Raíz de ipecacuana, 1 gramo.

Agua hirviendo, 100 gramos.

H. inf. cucl. y ag.:

Jarabe diacodio, 20 gramos. Para tomar por cucharadas cada hora; vino de quina en las comidas y leche por alimento.

MARCHA.—*Mayo* 17.—Se renovó la curación; las piezas que se quitaron estaban muy llenas de pus. El lavado con agua fenicada dio salida á bastantes grumos purulentos. Se inyectó aceite fenicado. La temperatura bajó inmediatamente después de la operación, era 37°6; el 17 era 37°3. El pulso, que después de la operación latía 110 veces por minuto, llegó solamente á 88. Por la tarde la temperatura es 37°4; el pulso 100. La ipecacuana ha producido vómitos.

18.—Al hacer la curación se encontró lo mismo que el día anterior. Se ha establecido la tolerancia de la ipecacuana. Temperatura de la mañana, 37°2. Pulsaciones, 80. Este día, que fue domingo, fue la madre de la enferma y le llevó algunos alimentos; esto hizo subir la temperatura de la tarde á 37°9 y el pulso llegó á 112.

El 19 por la mañana la temperatura es 37°; el pulso 92 por minuto; la supuración ha disminuído; las deposiciones yá no son disintéricas, han sido reemplazadas por diarrea. Tarde: temperatura, 37°4; pulso, 100.

El 20 la diarrea ha disminuído. Por la mañana la temperatura es 37°3; el pulso, 96. Tarde: temperatura, 37°1; pulso, 100.

21.—Temperatura, mañana y tarde, 37°1 y 37°6. Pulso: mañana, 92; tarde, 104.

22.—Las evacuaciones albinas son normales; la supuración ha disminuído, hasta el punto que yá no sale por el lavado;

se quita la curación un poco sucia. Temperatura, $36^{\circ}8$ por la mañana; 37 por la tarde. Pulso, 86 y 104.

23.—Se recortó el *drain*, que había sido expulsado en parte por la cicatrización. Temperatura, 36° mañana; $36^{\circ}9$ tarde. Pulso 80, 104.

24.—Temperatura, $37^{\circ}4$ mañana; tarde, $36^{\circ}6$. Pulso, 96.

Mayo 25.—Temperatura, M., $36^{\circ}1$

T., $37^{\circ}3$

Pulso: M., 60. T., 104.

26.—Temp., M., $37^{\circ}5$; T. $37^{\circ}9$.

Pulso, M. 92; T., 108.

27.—Temp., M., $36^{\circ}5$; T., $37^{\circ}3$.

Pulso, M., 96; T., 108.

28.—La supuración, que había disminuído los días anteriores, aumentó. Temperatura, M., $36^{\circ}9$. Pulso, 72. Tarde: temperatura, $37^{\circ}9$; pulso, 118.

29.—Mañana: temperatura, $37^{\circ}5$; pulso, 86.

Tarde: temperatura, $37^{\circ}7$; pulso, 104.

30.—Disminuyó la supuración. El estado general es muy bueno; la enferma ha engordado y el tinte icterico ha desaparecido. Mañana: temperatura, $36^{\circ}7$; pulso, 72.

Tarde: temperatura, $37^{\circ}3$; pulso, 80.

31.—Mañana: temperatura, $37^{\circ}2$.

Tarde: temperatura, $37^{\circ}3$

Pulso, 80.

Junio 1.^o—temperatura, $36^{\circ}2$; $37^{\circ}1$.

Pulso: 96; 112.

2.—Temperatura, $36^{\circ}8$; $37^{\circ}1$.

Pulso, 80; 92.

3.—Temperatura, $35^{\circ}9$; $36^{\circ}8$.

Pulso: M., 80; T., 92.

Junio 4.—El saco ha cerrado completamente. El tubo acabó de ser expulsado y la supuración desapareció por completo. El estado general es satisfactorio. Temperatura por la mañana, $36^{\circ}9$; por la tarde, 37 ; pulsaciones, 92.

El 5 se curó la herida de la pared abdominal con vaselina yodoformada. El 10 de Junio se levantó la enferma por primera vez y permaneció luégo en el Hospital hasta el 4 de Julio. A su salida el estado general era magnífico, estaba robusta,

de muy buen color, la disentería no existía y su hígado no se resentía de la pasada enfermedad.

J. M. BUENDÍA.

Bogotá, Noviembre 28 de 1890.

HOSPITAL NECKER

París, Octubre de 1890.

Señor Redactor de la REVISTA MÉDICA.

Siguiendo la clínica del profesor Guyon en el Hospital Necker, me llamó la atención la importancia y la frecuencia de uno de los muchos cuerpos extraños que pueden encontrarse en la vejiga, por tener su origen en la cirugía y por deberse la mayor parte de las veces á descuidos profesionales: quiero hablar de las *sondas ó bujías*, sobre todo las elásticas.

Cuando el uso de estos instrumentos no se ha generalizado mucho en un país, sucede que los médicos son los únicos que se sirven de ellos, y por consiguiente, los accidentes que pueden resultar de su empleo son muy raros; pero á medida que su uso se hace más frecuente, va siendo más difícil para el médico usarlos por sí mismo, y los confía á las manos de los enfermos, de donde resulta que la mayor parte de las veces no toman las precauciones necesarias y sobrevienen accidentes de los cuales el más frecuente es la penetración de una sonda ó un fragmento de ella en la vejiga; en Bogotá, hasta ahora no se presenta el caso sino excepcionalmente; pero á medida que la población crece y los conocimientos se difunden, la ciencia médica tiende á ser más semejante á la de las grandes ciudades de Europa, donde es muy frecuente ver individuos que, por un descuido, llevan una sonda en la vejiga.

Algunas veces, las más raras, la sonda pasa en su totalidad, porque se ha dejado á permanencia, sin fijarla bien; pero lo más frecuente es que pase un fragmento, porque el enfermo se sirve de una sonda medio fracturada, que se divide por completo después de colocada, y el segmento interno pasa, impulsado por la elasticidad de la uretra. Vista la frecuencia del accidente y las condiciones de producción, debe, pues, prestarse gran cuidado en la fijación de la sonda á permanencia,

y al confiársela al enfermo, recomendarle vigilar muy atentamente el estado de la sonda, y no pasar ninguna medio fracturada, que es la principal causa de accidentes.

Mas, si á pesar de los cuidados, la sonda pasa á la vejiga, obra como cuerpo extraño, produciendo accidentes de cistitis, y es necesario extraerla, para lo cual el estudio anatómico de la vejiga, confirmado por la clínica, da reglas precisas que se deben recordar.

La primera pregunta que se ocurre es si se puede asegurar, conocida la naturaleza de la sonda, cuál es su posición en la vejiga. Indudablemente sí; la naturaleza del cuerpo extraño hace conocer de antemano su posición.

Basta recordar lo que M. Henriet, interno de M. Guyon, ha deducido de sus experiencias sobre las modificaciones que sufren los diámetros de la vejiga al pasar de la dilatación á la contracción, y cuál es la forma de este órgano en contracción extrema: cuando la vejiga se encuentra dilatada, el diámetro vertical es el más largo, sigue el anteroposterior, y el transverso es el más corto; cuando se efectúa la contracción, el diámetro vertical se acorta primero, y en proporción á los otros dos, disminuye en grande extensión; el antero-posterior disminuye menos que el vertical, porque es más corto, pero casi desaparece, y el transverso disminuye muy poco; de manera que sólo hay en él una diferencia de 3 á 4 centímetros entre el estado de dilatación completa y el de contracción extrema. Cuando el órgano llega al último grado de contracción, el diámetro vertical desaparece y las paredes superior é inferior se tocan, el diámetro antero-posterior también disminuye considerablemente, pero no desaparece en absoluto, y el transverso conserva siempre una longitud que en ningún caso es menor de (8 ó 9) *ocho ó nueve* centímetros; de manera que no hay igualdad de contracción para los diferentes diámetros, y que la vejiga en su mayor contracción conserva en el sentido transversal un espacio en el cual puede alojarse un cuerpo de (8) ocho centímetros. Conocidos estos datos, es fácil darse cuenta de los movimientos de acomodación de una sonda que penetre en la vejiga.

La sonda puede ser rígida ó elástica, y en uno ú otro caso tener más ó menos de ocho centímetros.

I—Si es rígida y tiene más de ocho centímetros, no puede penetrar sino cuando la vejiga está dilatada, para que el diámetro antero-posterior le dé cabida, y una vez introducida, puede ocupar cualquier posición si el órgano se conserva dilatado; pero al contraerse no cabe ya en el diámetro antero-posterior, y la extremidad anterior desliza á derecha ó izquierda, tendiendo á colocarse en el diámetro transversal, pero como tiene una longitud mayor que la capacidad, se inclina un poco, ocupa una parte del diámetro vertical, que es el más extensible, y se opone á la completa contracción de él, quedando en una posición oblicua, con la extremidad superior á uno ú otro lado, indistintamente.

II—Si es rígida y de longitud menor de ocho centímetros (fragmento), puede penetrar en un estado de dilatación media, y cuando la vejiga se contrae, la extremidad que penetra último desliza sobre la pared anterior á derecha ó izquierda, y la sonda toma una posición transversal y permite la contracción completa, pues tiene cavidad suficiente en ese diámetro; y se encuentra la parte media frente al cuello de la vejiga y en un plano un poco más bajo.

III—Si es elástica, de longitud superior á ocho centímetros, puede penetrar aún en contracción de la vejiga, porque al tocar la extremidad contra la pared posterior, se dobla y se dirige á uno ú otro lado, y al tocar la pared lateral correspondiente, se pliega por completo para dirigirse al lado opuesto; de modo que después se encuentra ocupando el diámetro transversal y plegada en tantos segmentos cuantos son necesarios para formar un todo de menos de ocho (6 á 7) centímetros, cuya parte media queda frente al cuello y un poco abajo de él.

IV—Si es elástica y de menos de ocho centímetros, puede penetrar como la anterior, en estado de contracción de la vejiga, y después se coloca, como la rígida corta, en el diámetro transversal, con la parte media frente al cuello y un poco abajo de él.

Una vez conocida la posición que la sonda ocupa en la vejiga (que es siempre la misma: *en el diámetro transversal, con la parte media frente al cuello y un poco abajo*), es fácil proceder á la extracción. En todo caso se debe procurar extraerla

por las vías naturales, si permiten el paso de un instrumento apropiado (el más cómodo es el *litotritor*). Si es posible el paso del instrumento y se trata de extraer una sonda rígida, debe llevarse la extremidad de la pieza á derecha ó izquierda, para tomar el cuerpo cerca de una extremidad (previa dilatación de la vejiga), y una vez tomado, aproximarlo al cuello, y aflojándolo ligeramente sin soltarlo, tratar de ponerlo continuando la dirección de las ramas del instrumento, sin lo cual no puede salir. Si la sonda es elástica y la uretra permite el paso del litotritor, basta tomarla por la parte que se presenta al cuello y extraerla suavemente, pues ella se pliega de ambos lados y puede pasar por el canal con mucha facilidad.

Pero si la uretra no permite el paso del instrumento, ó si se trata de una sonda metálica que no se ha podido tomar por una extremidad, hay necesidad de extraerla de otra manera, y entonces se debe elegir en todo caso la talla hipogástrica y no la perineal, porque, salvo el peligro á que se puede exponer el peritoneo, que yá con la antisepsia es casi nulo, los riesgos de los dos procedimientos son los mismos; y la hipogástrica presenta la ventaja de que se puede aplicar una antisepsia más rigurosa, tanto en el momento de la operación como después, y como da una abertura más grande y más accesible á la vista, hace que sea mucho más fácil la extracción del cuerpo extraño; recuerdo haber oído al profesor Guyon decir que “había visto casos de tener que *acabar* con la *talla hipogástrica* una operación que se había *principiado inútilmente por el perineo*.”

Las observaciones que pongo á continuación, tomadas en el servicio de Guyon en el corto espacio de doce días, pueden dar idea de la frecuencia del accidente y de la exactitud de las reglas dadas sobre la posición del cuerpo en la vejiga y el método de extraerlo.

Los casos á que me refiero son todos muy semejantes: se trata en todos ellos de individuos con estrecheces uretrales, y á los cuales los médicos habían confiado la dilatación por sí mismos.

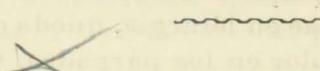
I—Un individuo de cuarenta y cuatro años, sin más alteración de la salud que una estrechez uretral, estuvo en el hospital en Marzo del presente año; después de algún tiempo

de tratarlo por la dilatación lenta, se le dio de alta, aconsejándole continuar el uso de la sonda hasta llegar por sí mismo á la dilatación completa. De acuerdo con las prescripciones, el enfermo usaba sondas elásticas que dejaba por largo rato; un día, usando la sonda número 6, que estaba bastante deteriorada y partida en la unión del tercio anterior con los dos tercios posteriores, dejó pasar el segmento interno; no alarmado con lo sucedido, porque, pasados unos ligeros accidentes de cistitis primitiva, la vejiga siguió como si estuviera normal, el enfermo continuó el uso de sus sondas; pero algún tiempo después sintió nuevamente accidentes de cistitis más pronunciada que la primera, y entró al hospital el 28 de Junio. Allí se reconoció que existía el cuerpo extraño de la vejiga, acompañado de accidentes de cistitis. Por el tacto se reconoció la existencia de un cuerpo largo, *colocado en sentido transversal* y con su parte media frente al cuello. Para extraerlo se usó el litotritor, con el cual se tomó por la parte media, y, gracias á la elasticidad, se plegó sobre las ramas de la pinza y se extrajo fácilmente por las vías naturales. Al extraerla se encontró una sonda, cubierta en su superficie de concreciones calcáreas, y estaba doblada en *dos segmentos que tenían cada uno $7\frac{1}{2}$ centímetros* de longitud.

II—Un individuo de treinta y ocho años, con antecedentes enteramente semejantes, pero en el cual la cistitis primitiva fue tan fuerte, que lo obligó á ir inmediatamente al hospital, en donde entró el 2 de Julio. La sonda que pasó estaba también fracturada, era número 8; al tacto se reconoció que estaba colocada, como la anterior, *transversalmente y con la parte media frente al cuello y un poco abajo de él*. Se tomó con el litotritor por la parte que se presentaba al cuello, se plegó de ambos lados y salió por las vías naturales con facilidad. Se encontró sin depósitos calcáreos, pero cubierta de muco-pus; el segmento introducido tenía 11 centímetros de longitud, y para acomodarse á la vejiga se había plegado en dos, de los cuales uno (el anterior) tenía 8 centímetros y el otro 3 centímetros, y la unión de ellos correspondía al lado izquierdo de la vejiga. En ambos casos el resultado de la operación fue la pronta curación de la cistitis, una vez quitado el cuerpo extraño que la producía.

III—Un individuo de cincuenta años vino al hospital para tratarse una estrechez tan pronunciada, que apenas permitía el paso de la sonda número 2. Se trataba en el hospital mismo con la bujía á permanencia; un día (10 de Julio) que no se fijó bien el instrumento, se introdujo en la vejiga en su totalidad, sin ser fracturado. Cuatro días después de producido el accidente, se procedió á la extracción; no se podía pensar en extraerlo por las vías naturales porque la uretra, muy estrecha, no permitía el paso de un instrumento apropiado, y se hizo por la talla hipogástrica. Al penetrar en la vejiga se encontró la sonda ocupando el *diámetro transversal* del órgano y plegada en cuatro segmentos de igual longitud, que se unían del lado izquierdo de la vejiga y presentaba la parte media al cuello; la vejiga presentaba una inflamación aguda de la mucosa. Extraída la sonda, se curó la herida antisépticamente y se dejó un tubo de dren, que se quitó cinco días después, y á los doce días los bordes de la herida estaban unidos. En los días siguientes á la operación no hubo ninguna temperatura que pasara de $37^{\circ},5$ y la cistitis no tardó en desaparecer.

ANDRÉS CARRASQUILLA H.



HIPNOTISMO

Lección clínica del Doctor Nicolás Osorio en el curso de Patología Interna de la facultad de Medicina de Bogotá.

Dictando una lección sobre el *histerismo* en el curso de Patología Interna, uno de los alumnos me pidió les hiciera una conferencia sobre *hipnotismo*. Vacilé en dictar esta conferencia por tratarse de un asunto que se roza con muchas y delicadas cuestiones; pero siendo este punto de mucha importancia, que está al orden del día, resolví, aunque desconfiando de mis fuerzas, dictar la lección cuyo extracto se publica hoy.

La historia del hipnotismo puede dividirse en varias épocas: la primitiva, que se confunde con los nombres de *mesmerismo* y *magnetismo*, en la cual están comprendidas las prácticas de Mesmer, Faria, Puysejur y demás adeptos. La segunda época es la de Braid, quien dio el nombre de *hipno-*

tismo en 1843. Al querer descubrir este profundo observador lo que había de cierto en las experiencias de un célebre magnetizador francés, llamado Lafontaine, puso en claro muchos hechos que sirvieron de punto de partida á posteriores é importantes estudios, tales como los de Azam en Bourdeaux, Broca y Verneuil. A pesar de la confirmación de los hechos de Braid, los hombres científicos no quisieron ocuparse seriamente en el asunto, hasta que los modernos trabajos de Charcot y sus discípulos en la Salpêtrière, llamaron de nuevo la atención demostrando que el hipnotismo existe y que merece se consagren á él serias investigaciones.

El hipnotismo desarrolla en los histéricos y neurópatas estados especiales que se observan espontáneamente en el histerismo. Algunos creen que sólo en las personas histéricas puede producirse el hipnotismo. La catalepsia, la letargía y el sonambulismo se desarrollan en las personas histéricas espontáneamente; pero podemos provocar éstos estados por medio de ciertos procedimientos. Haciendo fijar la mirada de una persona histérica sobre un objeto luminoso, cae aquélla en catalepsia; queda inmóvil, con los ojos abiertos, la mirada fija; conserva la posición que uno le dé á los miembros, y hay insensibilidad al calor y al dolor. Si en este estado se le cierran los párpados, la catalepsia cae en letargía, queda completamente inmóvil, con un ligero temblor en los párpados, y los miembros se relajan. Si á un letárgico se comprime el globo ocular ó se frota y se comprime un punto en la región cervical, entra en sonambulismo; los movimientos reaparecen, y la anestesia cutánea se reemplaza por una excitabilidad exquisita de la piel. Basta soplar sobre ambos ojos para volver á su estado normal al sonámbulo; esto mismo sucede en la letargía y en la catalepsia. Alternando estas prácticas se puede hacer pasar á un mismo individuo de la catalepsia al sonambulismo y combinar estos diferentes estados. Y no solamente se pueden así combinar, sino que se pueden hacer unilaterales, de manera que podemos obtener *hemi-catalépticos*, *hemi-letárgicos* y *hemi-sonámbulos*, y obtener en una misma persona *hemi-letargía* y *hemi-catalepsia* á un mismo tiempo.

Estudiemos los fenómenos cutáneo-neuro-musculares en los diferentes estados del hipnotismo. Si á un letárgico se

comprime un tendón ó un músculo, se produce contracción no solamente en el músculo correspondiente al tendón ó en el músculo comprimido, sino que muchas veces todos los músculos sinérgicos entran en contracción; si comprimimos el deltoides, por ejemplo, entrarán en contracción, además de éste, el trapecio y el grantelado. Si excitamos los músculos antagonistas de éstos, la contracción cesa. Se observan también fenómenos de traspaso, es decir, que si hacemos contraer cierta clase de músculos de un lado, la contracción pasa á los homólogos del otro lado, sobre todo si éstos están cerca de la línea media.

Si excitamos el nervio cubital, por ejemplo, en la región del codo, los músculos animados por este nervio se contraen y producen la *garra cubital* característica; si excitamos el nervio radial ó el mediano, se contraen los músculos animados por ellos y se forma la *garra radial* ó la *garra mediana*.

En el estado de catalepsia las excitaciones de los tendones ó de los músculos no producen contracciones sino parálisis del músculo excitado, la cual puede ir hasta la parálisis de todo el miembro. Si acercamos un imán al músculo así paralizado, transportamos la parálisis al punto simétrico del lado opuesto.

Tanto en el letárgico como en el cataléptico, la piel es insensible, y si la comprimimos, picamos ó pinchamos, no se producen contracciones musculares. En el período de sonambulismo la piel tiene una hiper-excitabilidad exagerada, pues que basta un ligero frote para producir estremecimientos y contracciones musculares; aun las vibraciones transmitidas por el teléfono alcanzan á producir contracciones. La sensibilidad es tal que, si ponemos en contacto cada una de las manos del sonámbulo con las manos de dos personas, las distingue al cambiárselas; si una persona toca al sonámbulo, experimenta éste un sentimiento de atracción por la persona que lo toca.

Por los sentidos de la vista y del oído pueden producirse en los catalépticos, y sobre todo en los sonámbulos, ilusiones y alucinaciones; se les dice, por ejemplo, que á sus pies hay un abismo ó una hoguera, y el rostro revela entonces el terror que se apodera de ellos; si se les anuncia una música deliciosa y alegre, las facciones revelan agrado, y éstas cambian si se les anuncia que la música ha pasado á un aire triste.

Entremos ahora á estudiar lo que se puede obtener por el sentido muscular en un cataléptico. Pongámosle el brazo y la mano en una actitud amenazante, y no tardarán los músculos de la cara en tomar una expresión en armonía con la actitud de la mano; si la actitud cambia, la expresión de la cara variará también. Si excitamos los músculos de la cara que entran en juego en la expresión de una idea de tristeza ó de rabia, etc., no tarda el cataléptico en tomar una actitud general en armonía con la pasión que los músculos excitados ayudan á expresar. A esto es á lo que se ha dado el nombre de *cerebración inconsciente* ó *automatismo cerebral*. Podemos considerar estos fenómenos como la transición á fenómenos psíquicos de un orden más elevado. Si á un cataléptico mostramos con insistencia una cuchara, por ejemplo, él la toma y se la lleva á la boca; si levantamos delante de él el brazo derecho, él levanta inmediatamente el brazo izquierdo, como si la imagen se hiciera en un espejo; á esto se ha llamado *imitación de espejo*.

Por el sentido del oído podemos producir en el cataléptico alucinaciones é impresiones especiales: con una música alegre, á veces baila, y con una música mística, se pone en actitud de orar. Colocándole una mano sobre la frente y la otra sobre la nuca, se observa un curioso fenómeno: el cataléptico repite lo que se le diga en cualquier idioma; si se le retira la mano de la frente, repite con dificultad, y si se le quita también la mano de la nuca, no puede repetir nada; pero al volver á colocarle las manos como se ha dicho, vuelve á repetir lo que se le habla. A este fenómeno se ha dado el nombre de *ecolalia*. Puede decirse que el cataléptico se transforma entonces en el fonógrafo de Edison.

Las alucinaciones pasan en el cataléptico por sí solas ó despertándolo con soplarle la cara; pero hay sugerencias verbales que pueden persistir después de que el cataléptico vuelva en sí. Con estas sugerencias, por medio de las cuales se ordena al cataléptico que ejecute ciertos actos, se convierte á éste en un instrumento inconsciente; al momento de ejecutarlo vuelve en sí, sin recordar ni el sueño ni la impulsión, ni quién se la dio. En las sugerencias verbales del sonambulismo el individuo lucha, razona, vacila antes de ejecutar el acto

sugestionado, y no es sino ordenándole con mucha énfasis como uno logra en algunos casos, no en todos, hacerse obedecer.

Hay también sugerencias verbales de actos que pueden ejecutarse pasados algunos días después de la sugestión y de haber vuelto en sí el sonámbulo. Por sugerencias verbales, tanto en los catalépticos como en los sonámbulos, podemos suprimir parte de las facultades intelectuales; así podemos, por ejemplo, hacerles olvidar su nombre, hacerles creer que son otra persona, ó que son un objeto, etc. etc. Las sugerencias se pueden efectuar de un solo lado, y en este caso están sujetas á la ley de transporte al lado opuesto.

Vamos á ocuparnos en fenómenos todavía más curiosos de traspaso, sobre los cuales han llamado la atención las notables y recientes experiencias de Babinsky. Toma dos histéricas, á las cuales coloca de espaldas, ya unidas, ya á corta distancia una de otra; le acerca un imán á la una y pronto se anestesia la otra; al retirar el imán, ésta queda con hemianestesia. Toma una histérica, en que se haya desarrollado una parálisis histérica, coloca de espaldas otra histérica, acerca un imán á la paralítica y pronto se observa la hemiplegia en la compañera. En un caso observado por Charcot, desapareció, por este medio, una hemiplegia en una histérica que la sufría desde hacía un año. Se puede producir la mudez por sugestión en una histérica y llevar esta mudez por traspaso á otra histérica. Babinsky ha tomado hemiplégicos en que la parálisis tiene por causa una lesión cerebral; coloca detrás de ellos y muy cerca una histérica hipnotizada, acerca un imán al hemiplégico, y pronto se observa hemiplegia en la hipnotizada.

Los fenómenos de la catalepsia, letargía y sonambulismo que hemos enumerado y descrito en todas sus formas, constituyen, cuando se observan todos, lo que Charcot ha llamado *grande hipnotismo*. Cuando las facultades no se pierden completamente en las alucinaciones y sugerencias de los catalépticos y sonámbulos, hay lo que el mismo autor ha llamado *pequeño hipnotismo* ó hipnotismo incompleto. El hipnotismo completo, revelado en sus tres formas ó estados, no se produce realmente sino en la histeria, y debe figurar en un capítulo de la descripción de ésta, tan importante como el de los mudos ováricos de las histéricas.

Podría entrar en muchas consideraciones fisiológicas y filosóficas, pero este asunto no sería ya de mi competencia; además, yo no he querido sino llamar la atención de ustedes sobre hechos prácticos y relacionados con la histeria. Pero no puedo menos que manifestar la idea de que el hipnotismo esté íntimamente relacionado con el espiritismo. El estar el individuo que sirve de *medium* ya predispuesto á recibir ciertas impresiones; colocarse en un lugar silencioso y con poca luz; mantener la vista fija en la punta de un lápiz, todo puede hacer que el individuo se hipnotice y se sugestione. Figuier ha explicado esos fenómenos por el hipnotismo. L. Hahn y Thomas creen que para decidir del valor de esta explicación sería preciso demostrar de antemano la realidad de los hechos á los cuales se aplica la doctrina del hipnotismo. Hoy ya los hechos están comprobados y no tienen razón las dudas de estos autores. El hipnotismo se creía una quimera hasta hace muy poco tiempo; y la Sociedad de Medicina de París expulsó á uno de sus miembros porque insistía en demostrar que el hipnotismo era una realidad; no quiso dicha Sociedad tratar del informe científico y serio de Usson sobre este asunto. Han sido las experiencias notabilísimas de Charcot en la Salpêtrière las que han venido á poner en evidencia la realidad del hipnotismo. No está, quizá, lejos el día en que experiencias serias y verdaderamente científicas lleguen á demostrar que el espiritismo sea una forma del hipnotismo, como lo ha creído Figuier.

Por medio del hipnotismo no solamente se han puesto de manifiesto ciertas funciones cerebrales, sino que se ha podido dar la demostración de algunas localizaciones del cerebro, y en esto se ha visto que el cerebro es un órgano común al cual le están encomendadas ciertas funciones que uno puede suspender por medio del hipnotismo en las personas histéricas y neurópatas. Hay, pues, en el hombre algo más que órganos que lo anima, le da vida y pone en armonía sus funciones; algo que el materialismo no nos puede explicar.

Diré algunas palabras respecto á la práctica del hipnotismo. Por regla general, no debe aplicarse sino para combatir algunos accidentes de la histeria, tales como parálisis, contracciones, etc. También se emplea para prevenir el grande

ataque del histerismo; en este caso se hipnotiza á la persona, cuando está cercano el ataque, ya sea en el estado de letargía ó de sonambulismo; es casi seguro evitar siempre el ataque ó por lo menos se disminuye considerablemente su frecuencia. En la contracción se puede sumergir al paciente en estado letárgico y excitar luégo los músculos antagonistas á los contracturados. Si con una primera hipnotización no se obtiene mejoría, debe insistirse en otras. Las parálisis se pueden combatir llevando al paciente al estado de sonambulismo y obtener por sugestión el movimiento; por este medio se han logrado obtener algunas curaciones. Puede aplicarse el mismo sistema á la amaurosis y la mudéz. Para poder emplear el hipnotismo en el tratamiento de la enajenación mental es preciso que ésta dependa realmente del histerismo y que los enfermos duerman; en los demás casos no se obtiene resultado alguno favorable al enfermo, y no está el médico autorizado para aplicarlo.

Antes de que el cloroformo se empleara para producir la anestesia, se creyó que el hipnotismo sería el gran medio con el cual podría obtenerse la anestesia. Clocquet amputó un pecho por este medio y obtuvo anestesia suficiente para efectuar la operación. Grinaut amputó una pierna más tarde sirviéndose de este medio; Esdaile fundó en la India un hospital para hacer operaciones con la anestesia producida por el hipnotismo. Pasan de doscientas las operaciones que Esdaile ha practicado de ese modo. Pero esto no puede aplicarse sino á personas histéricas, por lo cual no puede generalizarse.

Los accidentes del hipnotismo pueden modificarse y aun curarse por el traspaso combinado con el hipnotismo, según las experiencias de Babinsky.

Peligros del hipnotismo.—El hipnotismo entra en todas partes; es un agente peligrosísimo en manos que no sean hábiles, y de grande utilidad bien dirigido. En las personas nerviosas predispuestas al histerismo lo desarrolla en todas sus formas, aun en las más graves, y llega á producir el grande ataque. Es un agente tan peligroso como una droga de acción enérgica, y por consiguiente no debe dejarse en manos inexpertas y debe reservarse su empleo á los médicos.

Desde otro punto de vista es muy importante el estudio

del hipnotismo. Con él se puede hacer cometer crímenes por sugestión, tales como asesinatos, robos, etc. El hipnotizado puede cometer crímenes en la persona hipnotizada, como el violó, ó arrancar secretos, etc. Afortunadamente, el hipnotizador que comete crímenes por sugestión, los ejecuta torpemente, sin cálculo y sin precauciones, y no llenan, por consiguiente, el objeto del instigador; y es fácil para un experto sagaz, encontrar los medios de hallar al autor de la sugestión criminal. Con ocasión de algunos crímenes cometidos por medio del hipnotismo, existen estudios médico-legales recientes que dan luz sobre este punto.

En asunto tan delicado como éste no existe todavía en el Código Penal ninguna disposición respecto al hipnotismo, y es necesario llenar este vacío para que los crímenes ejecutados, sea por sugestión, sea por el hipnotizador directamente, sean castigados con las penas más eficaces.

En esta corta lección no he hecho sino condensar las ideas que he podido adquirir leyendo los trabajos de Leloir, que publiqué en extracto en la REVISTA MÉDICA correspondiente á los meses de Mayo y Junio de 1887; y darles un resumen de los artículos *mesmerismo, espiritismo é hipnotismo* del Diccionario de Dechambre.

NICOLÁS OSORIO.

Bogotá, Noviembre de 1890.

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

POR EL PROFESOR ROBERT KOCH

En la primera comunicación del profesor Koch al Congreso Internacional de Ciencias Médicas que se abrió en Berlín el 4 de Agosto de 1890, después de algunas consideraciones muy interesantes sobre el estado actual y el porvenir de la Bacteriología, hizo conocer algunas experiencias inéditas hechas en el puerco de la India y otros pequeños animales de laboratorio, que lo habían conducido á encontrar algunas sustancias minerales y otras que tenían la propiedad de detener el desarrollo del bacilo de la tuberculosis. La mayor parte de estas sustancias no daban ningún resultado en los animales;

sin embargo, encontró algunas que, absorbidas, los hacían refractarios á la inoculación de la tuberculosis ó que hacían retrogradar la enfermedad cuando el animal había sido infectado anteriormente.

Después de esta comunicación, que despertó grande interés, el profesor Koch continuó sus investigaciones, y aun cuando quiso guardar reserva completa hasta la terminación de sus trabajos, no faltaron quienes anunciaran una nueva comunicación de dicho profesor sobre un tratamiento curativo de la tuberculosis, y yá la prensa médica había principiado á ocuparse en estos trabajos antes de que el profesor Koch los diera á conocer. Esta circunstancia parece que es lo que ha decidido á Koch á publicar sus experiencias, para establecer la verdad de los hechos, que se habían exagerado, y de las conclusiones definitivas á que se aseguraba había llegado.

Las experiencias de Koch no están terminadas; la estadística clínica es muy limitada, y el corto tiempo de observación que han tenido los enfermos que han sido tratados para afecciones tuberculosas locales, no permiten que se formulen todavía conclusiones definitivas.

Diremos en dos palabras en qué han consistido esas experiencias, é insistiremos, en particular, sobre los hechos que á nuestro juicio quedan definitivamente adquiridos por la ciencia. El objeto primordial de esas experiencias—la curación de la tuberculosis—para que sea verdad clínica necesita todavía la sanción del tiempo.

Aún no ha revelado Koch ni el origen ni la composición del remedio que ha empleado en sus experiencias, y sólo se sabe que es un líquido claro, transparente y de color oscuro, inalterable en su estado primitivo, pero cuyas diluciones acuosas se descomponen fácilmente. La vía hipodérmica es la usada por Koch para la introducción de este remedio en el organismo, y él aconseja servirse siempre de soluciones recientes, porque las antiguas se debilitan, aunque hayan sido esterilizadas por el calor ó preservadas con ácido fénico. El instrumento que Koch emplea es una pequeña jeringa hipodérmica con bola de caucho, pero puede usarse sin inconveniente la jeringa hipodérmica ordinaria. El lugar elegido para aplicar la inyección es la piel del dorso, en el espa-

cio comprendido entre los omoplatos y la región lumbar, porque en estos puntos la inyección es indolora y no produce reacción local.

Efectos de la inyección en el hombre sano. En primer lugar debemos observar que la acción del remedio en el hombre no es idéntica á la que tiene en el puerco de la India, que fue el animal en que primero se experimentó esta sustancia. El hombre es más sensible á la acción del remedio, y mientras que al puerco de la India se le pueden inyectar impunemente 2 centímetros cúbicos de líquido, no diluído, 25 centigramos bastan para producir en el hombre sano un efecto considerable. Para apreciar los efectos del remedio en el hombre sano, el mismo profesor Koch se hizo una inyección en un brazo con 0.25 centigramos del líquido no diluído; tres ó cuatro horas después de la inyección experimentó tirantez en los miembros, tos, disnea, síntomas que aumentaron rápidamente; después un calofrío violento, que duró cerca de una hora; náuseas, vómitos y elevación de la temperatura hasta $39^{\circ}6$; al cabo de doce horas todos los síntomas principiaron á declinar, y al día siguiente la temperatura era normal. Durante algunos días sintió pesantez y debilidad en los miembros, y conservó un ligero enrojecimiento doloroso en el lugar de la inyección. La dosis mínima en el hombre sano es de un centígramo cúbico del líquido originario, ó sea un centímetro cúbico de la solución al centésimo, que es la que se usa generalmente.

Acción específica sobre las manifestaciones tuberculosas. Los tuberculosos son mucho más sensibles que los individuos alentados ó afectados de cualquiera otra enfermedad á la acción de estas inyecciones. La inyección de un centígramo en un tuberculoso produce una reacción general notablemente más intensa que la que produce un centígramo en un individuo no tuberculoso.

En los tuberculosos la reacción general se marca por un acceso de fiebre que principia casi siempre por un calofrío más ó menos intenso. La temperatura se eleva á 39° , 40° , 41° . Al mismo tiempo se observa tos, dolores en los miembros, cansancio, náuseas y vómitos; en algunos aparece una ligera ictericia y en otros un exantema en el cuello y en el pecho, semejante al del sarampión. El acceso comienza ordinaria-

mente cuatro ó seis horas después de la inyección, y dura de doce á quince. En casos excepcionales la reacción ha comenzado más tarde y el acceso ha sido menos intenso; inmediatamente después del acceso los enfermos se sienten fatigados, pero luégo hay una calma apreciable.

Además de la reacción general se observa en los tuberculosos una reacción local sobre la lesión tuberculosa misma, reacción apreciable y fácil de estudiar cuando la afección tuberculosa es visible. El lupus es la lesión que más se presta al estudio de esta reacción local. Después de una inyección hecha en el lugar elegido en un individuo afectado de lupus, se observa que la parte enferma se hincha y se enrojece, sin que esto se observe en ninguna otra región del cuerpo. La hinchazón y el enrojecimiento del lupus se manifiestan antes que la reacción general, y va aumentando mientras dura ésta. En los lupus muy circunscritos la parte afectada se rodea de una aréola blanca de cerca de un centímetro, aréola que está rodeada á su turno de una zona de un rojo vivo. Cuando la temperatura baja, la hinchazón y el enrojecimiento disminuyen y la región se cubre de costras que se secan. Cuando al cabo de algunos días estas costras se desprenden, se ha encontrado en algunos casos, después de una sola inyección, una cicatriz roja y lisa. En otros casos, para obtener este mismo efecto, se han necesitado de dos ó más inyecciones. Es digno de notar que cuando la afección local que se ha tomado por lupus no es de naturaleza tuberculosa, no hay reacción local ninguna; y si el enfermo no está bajo la influencia de la diátesis, la reacción general no se manifiesta ó es apenas apreciable. Estos resultados experimentales han conducido á Koch á considerar su remedio no solamente como un específico contra la tuberculosis, sino también como un reactivo de ésta.

Si estos resultados se confirman, el diagnóstico de la tuberculosis puede llegar á tener una precisión casi matemática, pues hasta ahora no se ha encontrado ninguna afección local, cancerosa, sífilítica, etc., que sufra modificación apreciable con estas inyecciones. Por lo demás, hemos dicho yá que sólo los tuberculosos presentan reacción general apreciable con dosis menores de un centigramo. Siendo esto así, el remedio de Koch no solamente serviría para el diagnóstico y el trata-

miento de la tuberculosis, sino que permitiría descubrir las tuberculosis latentes ó aparentemente curadas, pues siempre que esta diátesis existe en el organismo, se manifiesta la reacción general y local con mayor ó menor intensidad.

Siempre que se han hecho varias inyecciones en los tuberculosos, la reacción ha ido disminuyendo en intensidad, hasta que ha dejado de manifestarse. La cantidad de líquido necesaria para producir una reacción apreciable varía según la gravedad de la lesión tuberculosa. En los tísicos en su tercer período, cuando ya los pulmones presentan grandes cavernas, una dosis muy pequeña puede producir una reacción general muy intensa, reacción que en algunos casos ha causado la muerte. En los individuos que sufren de lupus y de afecciones circunscritas de los ganglios y de los huesos ó las articulaciones, se necesitan dosis más elevadas para producir la reacción; y estas dosis deben ir creciendo á medida que se van destruyendo los tejidos tuberculosos. De las experiencias de Koch se deduce, pues, que la lesión tuberculosa no estará definitivamente destruída mientras no se pueda llegar á la dosis que es necesaria para producir reacción general en un individuo sano.

Hemos hablado de destrucción de tejido y no de muerte del bacilo, porque el profesor Koch cree que su remedio cura, no destruyendo el germen de la tuberculosis sino el tejido que ha invadido. Por esto es que él cree necesario continuar por largo tiempo el uso de las inyecciones y repetir las de cuando en cuando, para mantener siempre los tejidos refractarios á la acción del bacilo y destruir aquellos que hayan sido invadidos de nuevo. Parece que este líquido sí tiene alguna acción, aunque ligera, sobre la forma y condiciones de vida del bacilo, pero todavía no se sabe nada de positivo á este respecto. La interpretación que da Koch del modo de obrar de su remedio, explica bien algunas de las particularidades que caracterizan estas inyecciones, particularidades que ya hemos señalado, y su acción curativa más pronta en las afecciones tuberculosas locales que en aquéllas en que ha habido invasión de varios órganos ó tejidos. Por la misma razón es de temerse que en la tuberculosis generalizada este remedio sea ineficaz. Los enfermos atacados de tuberculosis pulmonar son mucho

más sensibles á la acción del remedio que los atacados de afecciones tberculosas quirúrgicas. Un milímetro cúbico es la dosis primitiva usada por Koch para los tísicos; pero después de varias inyecciones se llega á la dosis que se usa en las tuberculosis quirúrgicas. En los pulmones de los tísicos que se han tratado por este método debe haber una congestión semejante á la observada en el lupus, pues siempre se ha producido opresión y aumento de la tos y de la expectoración.

Resultados clínicos. Hasta ahora los resultados clínicos son poco numerosos. Sólo en los lupus se han obtenido verdaderas curaciones, curaciones que el tiempo se encargará de decirnos si son definitivas ó nó. En las laringitis tuberculosas, afecciones ganglionares, óseas y articulares, ha habido mejorías notables, y en algunos casos hasta curaciones aparentes. En la tuberculosis pulmonar incipiente, las inyecciones han dado resultados rápidos y notables, pero no así en las formas avanzadas en las cuales, ó no ha habido modificación benéfica alguna, ó simplemente ligeras mejorías de poca importancia.

De lo expuesto se deduce la necesidad de hacer un diagnóstico precoz de la tuberculosis en sus diversas manifestaciones para comenzar el tratamiento, pues como queda dicho, éste es tanto más eficaz cuanto menos avanzada sea la lesión.

Concluimos esta relación pidiendo á nuestros lectores, como lo pide Koch, que se aguarde, para apreciar mejor la eficacia de este tratamiento, el resultado de las experiencias clínicas que están en curso bajo la dirección de profesores cuya buena fe y competencia científica nadie pone en duda. Sea cuál fuere el resultado de estas experiencias, abrigamos la firme convicción de que algo útil ganará la ciencia, y en cuanto á los pobres tuberculosos, se les habrá dado, si no la curación, á lo menos una esperanza que los anime y les dé valor para sobrellevar los dolores de tan penosa enfermedad.

CARLOS ESGUERRA—PABLO GARCÍA MEDINA.



FIEBRES DE PATIA

(CONTINUACIÓN)

Sucede generalmente que los viajeros caminan de noche, ó duermen á la intemperie, ó mal abrigados en casas mal cerradas, ó salen durante la noche á la satisfacción de una necesidad corporal, ó bien, si es un individuo establecido en esos lugares, pasa las noches en francachelas, ó tunando, ó que de alguna otra manera trasnoche; si estos individuos se encuentran debilitados por una marcha forzada, por una escasa é insuficiente alimentación, por una diarrea ú otra enfermedad; que reciban un aire frío, estando en sudor ó en calor, ó se humedezcan, casi infaliblemente adquirirán una afección palúdica; lo mismo sucederá á los que estando acalorados durante el día y devorados por la sed que produce la ingestión de carnes muy saladas, como son las que más se consumen en esos lugares, ó por el ejercicio del viaje, apuran una gran cantidad de agua, y producen, con eso, lo que el vulgo llama un resfriado, que no es otra cosa que la detención de la transpiración cutánea, y el desequilibrio brusco que se produce en la circulación general, con la introducción de una sustancia demasiado fría, para el estado actual de su temperatura; el mismo efecto, y aun más acentuado, se produce, si estando en las mismas condiciones ó sudando, llega el individuo á mojarse voluntaria ó accidentalmente, como sucede al pasar un río, ó por un aguacero; si no se cambia la ropa húmeda y se provoca por algún medio de los que indicaremos más adelante, una pronta reacción, cuenta con todas las probabilidades de adquirirla también. Igual cosa diremos de los que abusan del licor, de comidas muy copiosas é indigestas, como sucede con ciertas frutas muy jugosas (sandía, naranjas, melones), la abundancia de grasas y de dulce que tánto obligan á trabajar el hígado; éstos, por robustos que sean, abren de par en par las puertas de su organismo, para que, sin ningún obstáculo, éntre por ellas el germen palúdico. Los excesos venéreos ó cualquiera otra infracción de la higiene individual se encuentran en el mismo caso.

La fiebre aparece á veces inmediatamente, pero lo común

es que la enfermedad quede latente y espere una causa ocasional, aun muy ligera en apariencia á veces, para manifestarse; las más comunes son los mismos abusos higiénicos del individuo, como el mal abrigo, la humedad en el vestido, los enfriamientos, los excesos de todo género, una indigestión, la aparición de otra enfermedad como un coriza, una bronquitis.

Introducción del germen. Es un hecho perfectamente lógico y establecido en la *fisiología* patológica que los agentes organizados de las enfermedades, necesitan atravesar la capa epitelial que separa los medios de la economía animal, del medio ambiente; que de preferencia escogen las partes más débiles, ó bien, las que por sus funciones se presentan más á la absorción é introducción de los elementos venidos de fuera. Lejos de nosotros el querer atribuir una elección á esos seres microscópicos, por el contrario, creemos que es la casualidad la que los pone en los lugares accesibles, en el *locus minoris resistentiæ*, como se dice comunmente; de lo contrario, nadie escaparía á su acción primera; hecha esta advertencia, diremos que la experiencia y la observación diaria señalan dos vías principales para la introducción del germen palúdico; es la primera el aparato pulmonar; se sabe, por las experiencias de Salisbury, que este sabio observador colocó, en las piezas en que dormían unos jóvenes, tierras tomadas en lugares pantanosos, y que esto bastó para que ellos adquirieran la fiebre, lo cual prueba que estos jóvenes tomaron por la respiración el germen morbífico, pues ni comían ni bebían allí; la experiencia nos enseña también que, pasando por lugares pantanosos sin comer ni beber en ellos, se adquiere la fiebre; que el abrigo en las habitaciones al salir y ponerse al sol, evita la adquisición de ella; y que los vientos transportan á grandes distancias los gérmenes, y pueden llevarlos al pulmón por la respiración. Es la segunda, el aparato digestivo. Los higienistas y los autores de Patología general refieren el siguiente hecho, y otros semejantes: los pasajeros de un buque procedente de Argel, y que seguía para Europa, enfermaron todos, en la travesía, de fiebres periódicas, y la tripulación se conservó indemne; los médicos indagaron la causa y se descubrió que el agua que tomaban los pasajeros había sido tomada de un lugar pantanoso de Argel, y que la de la tripulación pertenecía

á una fuente viva, de buena procedencia, y esto la había preservado de la común dolencia, puesto que todas las otras condiciones de la embarcación eran comunes á unos y otros. Entre nosotros se observa con frecuencia que la ingestión de agua tomada en fuentes sospechosas ó procedentes de pantanos, produce la fiebre, aun en personas aclimatadas. Inútil nos parece insistir más en esto, que pasa en autoridad de cosa juzgada. Respecto á la absorción por la piel y otras vías, poco sabemos, pero hay algunos hechos que tenderían á hacerla admitir también, como el hecho de producirse la fiebre en los individuos que se bañan en aguas estancadas, aunque aquí no es posible descartar la absorción pulmonar, respirando un aire cargado, sin duda, de emanaciones palúdicas; con todo, si existen excoiaciones en la piel, no veo la razón para no admitir la absorción por esta vía, y por otra parte, la mayor ó menor actividad circulatoria de la piel, influye directamente sobre la absorción en las mucosas interiores, activando ó disminuyendo la circulación de ellas; así nos parece obran los enfriamientos de la superficie cutánea, seguidos con tanta facilidad de la manifestación malarial.

Admitida la introducción del germen malarial que suponemos con la mayor parte de los autores, de naturaleza vegetal, lógico es concebir su desarrollo en la economía animal, como en su medio apropiado, del mismo modo que sabemos la manera como germinan y se desarrollan las semillas de nuestros huertos en un terreno debidamente preparado. Una vez en contacto con nuestros órganos, el nuevo sér, nacido en ellos, vive necesariamente á sus expensas, y como verdadero *parásito*, debilita con eso á sus huéspedes; entorpece sus funciones, y consiguientemente trastorna el mecanismo general de todas ellas, su estado fisiológico y las conduce á uno anormal, que no es otro que la enfermedad. Vamos ahora á tratar de explicar cómo se producen los principales síntomas de ella, para lo cual, deseosos de contribuir, por nuestra parte, al esclarecimiento de la ciencia, no vacilamos en someter á la discusión científica nuestro modo de pensar acerca de la fiebre; si de dicha discusión resultare algo bueno y útil, honroso sea para la ciencia; si todo fuere erróneo, loor y agradecimiento de nuestra parte para con aquellos que contribuyan á sacarnos de él. (Véase nuestra teoría de la fiebre).

A. GARCÉS.

(Continuará).