

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 Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá, y la Academia Nacional de Medicina—Heridas por armas de fuego—Lesiones que puede simular el chancre sífilítico—El lado izquierdo como causa predisponente—Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales: actas de las sesiones del 4 y 25 de Octubre de 1890—Fiebras del Patía.

LA SOCIEDAD DE MEDICINA

Y CIENCIAS NATURALES DE BOGOTÁ Y LA ACADEMIA
NACIONAL DE MEDICINA

Diez y nueve años hace que se fundó la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá. El objeto de su fundación fue crear y organizar un centro científico que, á la vez, sirviera de foco impulsivo para el desarrollo de nuestra medicina nacional, y de punto convergente del trabajo y del esfuerzo con que debía contribuir todo profesor que viniera á ser miembro de dicha Sociedad.

Y que ella haya realizado tan patrióticos propósitos, es cosa que todo el país ha declarado yá, puesto que por medio de sus legisladores y de su Gobierno acaba de reconocerla como Academia Nacional de Medicina, al tenor de la Ley 71 de 1890, que dice así:

“LEY 71 DE 1890

(22 DE NOVIEMBRE),

por la cual se crea la Academia de Medicina Nacional.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

“Art. 1.º Reconócese á la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, establecida en esta ciudad el 2 de Enero de 1872, como Academia de Medicina Nacional.

“ Art. 2.° Son miembros de la Academia de Medicina Nacional los mismos Profesores que el día de la promulgación de esta Ley formen la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá.

“ Art. 3.° Fijase en cuarenta el número de miembros activos que deben componer la Academia. Cuando falte alguno de ellos, corresponde á la Corporación elegir al que deba reemplazarlo.

“ Art. 4.° La Academia tendrá también miembros correspondientes y honorarios, cuya elección le pertenece.

“ Serán miembros correspondientes de la Academia los Profesores que forman las Sociedades de Medicina del Cauca y Antioquia.

“ Art. 5.° La Academia dará al Gobierno los informes que se le pidan sobre puntos relacionados con las ciencias médicas y naturales, y pasará al fin de cada año una relación de sus trabajos.

“ Art. 6.° La Academia repartirá anualmente dos premios de quinientos pesos (\$500) cada uno, á los dos mejores trabajos que se le presenten sobre Medicina nacional.

“ Art. 7.° La REVISTA MÉDICA continuará siendo el periódico oficial de la Academia.

“ Art. 8.° El Gobierno proveerá á la Academia de un local adecuado para sus reuniones y formación de biblioteca, museo y conservación de sus archivos.

“ Art. 9.° Auxíliase á la Academia con la suma de tres mil pesos (\$3,000) anuales, destinados para la creación de biblioteca, museo y demás gastos que ocasione el cumplimiento de esta ley.

“ Dada en Bogotá, á diez y seis de Noviembre de mil ochocientos noventa.

“ El Presidente del Senado, JORGE HOLGUÍN.—El Presidente de la Cámara de Representantes, ADRIANO TRIBÍN.—El Secretario del Senado, *Enrique de Narváez*.—El Secretario de la Cámara de Representantes, *Miguel A. Peñarredonda*.

—
“ Gobierno Ejecutivo Nacional.—Bogotá, Noviembre 22 de 1890.

“ Publíquese y ejecútese.

“ (L. S.) CARLOS HOLGUÍN.

“ El Ministro de Instrucción Pública,

“ JESÚS CASAS ROJAS.”

Con esta Ley, que es la primera en su género que se haya expedido en Colombia, se ha demostrado que sí se estiman y agradecen los esfuerzos hechos por el adelanto científico en el

país; que se fomentan y estimulan los estudios serios; que la instrucción pública no está reducida, como se ha dicho en alguna ocasión, á los estrechos horizontes de un maestro que enseña y un discípulo que aprende, y, finalmente, que los honores y los títulos de reconocimiento oficial no son yá de la exclusiva pertenencia de los luchadores en el campo de la guerra ó de la política.

La creación de la Academia Nacional de Medicina era una necesidad urgentemente reclamada por el avanzado grado de cultura que han alcanzado entre nosotros los estudios médicos. Era necesario dar valor reconocido á las decisiones que una corporación, aceptada como autoridad, haya de dar á nuestras cuestiones de origen y carácter puramente nacional. De esta manera vendrán á ser creaciones suyas todos aquellos trabajos que, á su propio mérito, agreguen el del valor que adquieran por el autorizado pase que les dé la Academia.

Es evidente que para la formación de los elementos con que hoy se ha creado la Academia Nacional, han contribuido todos los miembros de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales; y por nuestra parte nos complacemos en reconocer que el mérito y los honores censiguientes al feliz coronamiento de esta obra corresponden al señor doctor Manuel Plata Azuero, que fue el iniciador y fundador de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales.

Y yá que al primer Presidente de esta Sociedad no le ha sido dado, por su separación de la capital, ser también el primer Presidente de la Academia, quiera al menos el señor doctor Plata Azuero aceptar las felicitaciones que le presentan hoy sus antiguos compañeros como prueba y como testimonio de su reconocimiento.

A. APARICIO.




HERIDAS POR ARMAS DE FUEGO

[CONTINUACIÓN—Véase el núm. 155, pág. 270]

El 29 de Agosto de 1887 el joven A. fue examinado en mi lugar de domicilio, en asocio de los señores Doctores D. E. Coronado y D. Oscar A. Noguera. Aún camina con el auxilio de una muleta que lleva del lado del miembro abdominal sano:

en la marcha apoya perfectamente la planta del pie del miembro enfermo, hay alguna facilidad en la flexión de la pierna sobre el muslo, y su andar es fácil y estable.

Despojado completamente de sus vestidos, aparece:

1.° Que hay una diferencia de longitud en contra del miembro enfermo, de un centímetro y medio. 2.° El pie, como todo el miembro herido, está en posición perfectamente simétrica con el opuesto. 3.° Todas las heridas que se hicieron, ya como traumatismos de guerra, ya como de cirugía, han cicatrizado completamente. 4.° En el muslo del lado en cuestión aparece un fémur sólido, grueso y sin punto doloroso en ninguna parte de toda su extensión. 5.° No hay desviación en la columna vertebral, por ser muy corta la diferencia en longitud de los dos miembros. 6.° En la piel de la pierna, en el lado extremo, existe una afección vesiculosa en vía de resolución, resultado probable de la compresión del ciático por las cicatrices. 7.° Puede ya caminar algo sin el auxilio de la muleta y no se observa mayor claudicación, es casi imperceptible. 8.° La articulación de la rodilla funciona bastante regularmente, y fue unánime la opinión de que con el tiempo el movimiento sería completo. 9.° Ultimamente, se juzgó el resultado perfecto, así como el restablecimiento completo del miembro afectado, teniendo en consideración tanto el estado satisfactorio de éste, como el de la buena salud de Arango.

SEGUNDA OBSERVACIÓN

El día 7 de Mayo del año de 1885 fue herido el señor Luis María Londoño, en el muslo izquierdo, estando con el agua hasta el cuello, á las diez de la noche, poco más ó menos, cerca de las murallas de Cartagena.

El mismo hace la siguiente relación:

“Desde el sitio en donde recibí el balazo, tuve que nadar hasta llegar á la orilla, en donde encontré á mis camaradas; me senté en una piedra y permanecí en ella como hasta las tres de la mañana del día 8, hora en que llegó mi amigo C. Rodríguez O. y me sacó un poco más afuera; sin embargo, las olas me cubrían á veces por completo y me sacudían con violencia el miembro herido. A las seis de la mañana del mismo día salieron de la ciu-

dad y me recogieron en una manta, pero como por aquel lado no hay puerta, tuvieron que subirme á las murallas por una escalera de albañil; luégo fui conducido al Hospital de Santa Clara, en donde, para examinar-me, me quitaron los vestidos. Los médicos, entre ellos el doctor Juan S. Gastelbondo, dijeron encontrar el fémur fracturado, y me recetaron por lo pronto agua con árnica para tomar. El doctor M. A. Tatis recortó los bordes de la herida que había formado la bala al salir. Los señores médicos estuvieron de acuerdo en que el único remedio salvador era la amputación inmediata del muslo, pero les repliqué que no me dejaría cortar la pierna; me aconsejaron que lo pensara bien mientras iban á almorzar, y cuando volvieron me encontraron inflexible en mi determinación. Por la tarde cambiaron mi cama y me llevaron de un corredor en donde había estado á la sala tercera. Al día siguiente los señores médicos de las fragatas española y americana, á la sazón en la bahía, me examinaron á su turno y dijeron que era necesario amputar la pierna, porque de lo contrario moriría.

“En la noche del 8 tuve bastante fiebre con delirio. El día 10 me narcotizaron para hacerme la extensión de la pierna, pero no pudieron practicarla porque me desperté. A los dos ó tres días me pasaron á otra cama y me condujeron á la sala segunda, por ser más ventilada; ese día me colocaron la pierna en un aparato de alambres.

“La supuración era muy abundante; las curaciones se me hacían con solución de ácido fénico. Con el aparato mencionado estuve unos ocho ó diez días, al cabo de los cuales me lo cambiaron por otro de madera; sin interrupción me aplicaban paños de aguardiente alcanforado, y la alimentación era maicena y leche.

“A los veinte días de herido varios médicos me quitaron el aparato, reemplazándolo por otro nuevo; el mismo día el señor doctor Calvo me hizo la extensión de la pierna; mas como no estaba narcotizado, sufrí un vahído muy fuerte, que me tuvo trastornado todo el día.

“Como al mes cicatrizó la herida por donde entró la bala, lo que me produjo fiebre muy intensa, de modo que el facultativo tuvo que volverla á abrir y me dijo que sin esto, tan prontamente ejecutado, habría sufrido infección purulenta. La herida por donde salió la bala tenían que abrirla con frecuencia porque se cerraba con facilidad.

“El 24 de Septiembre resolví mi viaje para esta capital; me decidí á ello porque hice sondear la herida y vi que no tenía mejoría ninguna; mi determinación la comuniqué á los doctores V.

García, J. S. Gastelbondo y M. A. Tatis, quienes dijeron que sería conveniente el viaje, pero que había mucho riesgo por las fiebres reinantes en el Magdalena y por el movimiento que tendría que sufrir tanto en el vapor como en tierra.

“El 4 de Octubre fui embarcado, y el 5 salimos del puerto; tuve dos ó tres dolores de cabeza bien fuertes en el trayecto hasta Yeguas, y permanecí en Honda ocho días. Allí la supuración cambió, pues de amarilla verdosa que era, pasó á tomar una coloración carmelita. El 20 de Octubre salí de Honda en un guando, y llegué á Bogotá el 29 del mismo mes.”

El 30 lo vimos por primera vez: sobre la cara anterior, encima de la mitad del muslo izquierdo, existía una herida de tres á cuatro centímetros de largo, colocada paralelamente á la dirección del hueso, de bordes rosados, supuración escasa y que, por la presión ejercida sobre la parte herida, dejaba escapar un líquido abundante, negruzco, que al salir hacía ruido, debido á la expulsión de gases bajo la forma de burbujas más ó menos voluminosas.

El miembro venía envuelto en tres largas tablillas de madera, con sus correspondientes henchidos de algodón y sostenidos por fajas de cuero aseguradas por medio de hebillas.

Es preciso convenir en que si nada se había hecho para establecer un trabajo de reparación, á lo menos sí se comprendió desde el principio la necesidad de conservar en el miembro herido la posición normal. Por lo demás no había accidente reaccionario ninguno; las fuerzas, en general, se sostenían íntegras; tan sólo existía, de parte del enfermo, un hábito tenaz de movimiento aun por las causas más insignificantes.

Después de observarlo en los tres días siguientes, con el fin de tomar nota exacta acerca de la marcha de la enfermedad, se decidió conocer la opinión del señor doctor J. D. Herrera, á quien se le comunicó, después del examen, la probabilidad de que la fractura había sido primitivamente completa y que la buena posición comunicada desde el principio al miembro hacía pensar en la existencia de un trabajo de reparación de fragmento á fragmento, aunque sin mayores ventajas en su progreso, por falta de ejecución de medidas quirúrgicas en épocas de seguro precisas.

El doctor Herrera asintió con nosotros, y tanto por el conocimiento que yá tenía de la operación del señor Arango,

como por lo que nosotros expusimos en esos momentos, estimó también conveniente la práctica de una ancha incisión de exploración, sometiendo al enfermo á la acción del cloroformo, para hacer la resección de los fragmentos, después de extraídos todos los secuestros, y colocarlo, concluída la operación, en el segundo aparato empleado en la curación del joven Arango.

Dispuesto todo para efectuar la operación, el día 5 á las ocho de la mañana, con el concurso de los señores doctores J. M. Buendía, D. E. Coronado, A. Aparicio y J. D. Herrera, se procedía á la práctica, cuando el doctor Buendía hubo tomado razón del relator, médico de cabecera, de lo que se pretendía llevar á efecto en aquellos momentos. Sencillamente explicado, halló el doctor todo muy racional, pero á su turno hizo saber que el objeto principal de su presencia allí era el de cumplir con el ruego que le había hecho la señora madre del enfermo: impedir á todo trance la amputación del miembro. Después de mil explicaciones inconducentes de todos los concurrentes, el doctor Buendía hizo columna de Hércules, y fue necesario empezar la operación después de haberle ofrecido al maestro la preferencia de su opinión llegado el caso extremo de la amputación, que por el momento le parecía más grave que la muerte misma del paciente.

El doctor Aparicio rápidamente entregó el enfermo á profundo sueño hipnótico; el doctor Herrera ayudaba; el doctor Coronado se encargó de los detalles inherentes á toda emergencia, y el doctor Buendía presidía como juez ejecutor.

Una incisión de diez centímetros de largo, en cuyo centro quedó la herida existente, llegó rápidamente hasta los fragmentos y dio amplio espacio para la introducción de la mano. Separadas las partes blandas de cada lado, se empezó á extraer la multitud de fragmentos que se hallaron aplastados y no enquistados, debido á la excelente posición comunicada desde el principio al miembro enfermo. Apenas extraídos, se reconoció inmediatamente que si la fractura había sido primitivamente completa, también un callo peridiafisario se había formado de extremo á extremo de los dos fragmentos, en la parte posterior, que era preciso respetar en todo caso.

Una vez lavada toda aquella grande herida con una solu-

ción fuertemente fenicada, uno de los profesores dio su aprobación á todo lo ejecutado hasta entonces. Se torcieron las arteríolas, se aseó la herida hasta con lujo, y se aproximaron los labios para aplicar una doble sutura: la una profunda y la otra superficial, complementaria.

Era preciso doblar la rodilla, que estaba casi anquilosada: el doctor Herrera se encargó de sostener el muslo, especialmente en el punto delicado, formando así de todo el miembro una palanca que, á la tercera impulsión efectuada en su extremidad libre, cedió por la articulación de la rodilla, produciendo una sensación análoga á la que se siente cuando con el calzado se rompe nieve.

Desde el pie hasta encima de la rodilla se aplicó un vendaje circular, y de allí hacia arriba uno de lana, respetando, por medio de pliegues los lugares comprendidos en la larga incisión, para ir á terminar en el extremo inferior del tronco con una espica. Encima de este vendaje, envolviendo el muslo, se puso otro de yeso, muy sólido.

Trasladado á su lecho, fue colocado, como Arango, en su segundo aparato: el tronco, sobre un colchón cubierto con una tela impermeable; el muslo enfermo sostenido á favor de tres correas que pendían de las barras del cobertor; la pierna y el pie, sobre una tablilla de madera susceptible de graduación en su inclinación sobre otra inferior, que llevaba, además, otra exterior con su correspondiente pedal. Todo acomodado, como para el otro enfermo, se estableció también una contraextensión del perineo sobre el lado cefálico del lecho. El enfermo quedó, en la más verdadera acepción de la palabra, en reposo.

El número de esquirlas y secuestros extraídos fue considerable; aproximativamente serían treinta, de los cuales existen conservados quince; hay algunos que miden más de siete centímetros de extensión, y dos más pequeños. Considerados en general, no se observa en su superficie trabajo de destrucción; se conservan como si se hubieran extraído poco tiempo después del accidente. La misma observación puede hacerse respecto de las extremidades de los fragmentos y de las porciones unidas por el progreso de la reparación, es decir, que no había signo ninguno de trabajo erosivo ni de destruc-

ción exfoliatriz, como sucedía en el caso de Arango. Los pedazos de hueso unidos formaban una porción de siete centímetros de largo, que imitaba perfectamente la sección del hueso primitivo.

No está por demás señalar la circunstancia de que en la herida no se puso medio alguno de eliminación á los productos ulteriores de aquella solución de continuidad: unidos los bordes, se puso el protector, luégo la gasa antiséptica en pedazos, y después la capa de gasa con el *mackintosh*, es decir, que se siguió á Lister al pie de la letra.

Cuatro días después, con el doctor Coronado y el doctor Herrera, se procedió á cambiar la curación bajo la nube del pulverizador: al levantar el protector se pudo, por la presión, expulsar alguna cantidad de linfa penetrada de productos regresivos de la sangre aun extravasada; no se encontró nada que pudiera hacer sospechar la existencia de foco alguno de supuración; además, la marcha de la curva termométrica nunca subió, de tarde, más de medio grado sobre la normal.

Se hicieron luégo curaciones á intervalos, variables de ocho y hasta de diez días; propiamente no hubo supuración, y el trabajo de reparación fue imperturbable.

En este aparato permaneció hasta el 8 de Febrero, ó sean noventa y cinco días. Separado de él, se encontró el muslo completamente restablecido y el pedazo de hueso yá formado. Se puso simplemente un firme vendaje circular y encima otro de yeso, tanto para sostenerlo como para comunicarle mayor solidez.

Tres días después el enfermo podía sentarse con facilidad. Diez y siete días más tarde pudo ponerse de pie y, con el auxilio de ayudantes, caminar por primera vez después de la operación.

El 8 de Marzo, en una fábrica de jabón, haciendo piruetas con sus muletas, se cayó, y parece que algo de extraño sufrió el muslo: por esto fue obligado á guardar reposo por veinte días, al fin de los cuales se le puso un nuevo aparato de yeso, que le permitió volver á sus antiguos trabajos con muletas.

“Tengo la izquierda, que fue la herida, como centímetro y medio más corta que la derecha; el movimiento de la rodilla ha

aumentado bastante ; ahora yá puedo montar á caballo y nadar ; me siento perfectamente bien, salvo que, uno que otro día, me duele bastante la rodilla.”

El señor doctor Oscar Noguera me hizo el servicio de acompañarme al último examen del muslo del señor Londoño: el miembro conserva la más perfecta posición, no hay desviación ninguna, los movimientos de la rodilla son amplios, la solidez del fémur es completa y hay una ligera desviación de la región lumbar en favor del miembro remediado, el cual, por otra parte, parece dos centímetros más corto que el opuesto.

Abril de 1887.

“ En las heridas por armas de fuego que no son inmediatamente mortales, los resultados dependen del tratamiento, de la habilidad en éste, de la época en que se principie, de la naturaleza de los tejidos y órganos heridos, del clima y de las condiciones higiénicas que rodean al paciente, pues abandonado en el campo de batalla, el herido puede morir de hemorragia secundaria, de *shock*, de frío, extinción ó tétanos.”—*J. Candtie*.

“ Los proyectiles pueden ocasionar en los huesos: 1.° Una fractura conminutiva; 2.° Penetrar en ellos simplemente; 3.° Penetrar en ellos y determinar contusiones y separación de piezas en dirección longitudinal; y 4.° Un proyectil puede permanecer en el espesor de un hueso indefinidamente. La reflexión de los proyectiles es una de las causas que más embarazan la dirección de aquéllos, y la producen: las aponeurosis, los huesos, los tendones y las arterias.”

En ninguno de nuestros dos enfermos era posible saber si el proyectil permanecía en el espesor del miembro, aun cuando no había más de una abertura, en atención á las épocas en que llegaron á nuestro cuidado.

Como motivos favorables á la presencia del proyectil en el espesor del muslo, en cada caso, había la circunstancia de no existir más de una abertura, y el hecho de ser muy profundo su trayecto en ambos casos.

Tanto en uno como en otro, los medios de simple exploración estaban condenados, excepto la introducción de la punta del dedo, que yá era imposible en aquellas heridas, tánto tiempo abandonadas, y de consiguiente excesivamente inflamadas.

En ninguno de los dos casos hubo tratamiento alguno antiséptico, ni menos para prevenir la hemorragia secundaria, que cesó después de grandes pérdidas de sangre. Las hemorragias consecutivas en ninguno fueron graves, aun cuando en Londoño, en el acto de mover los fragmentos, había siempre una pérdida de sangre, de aspecto venoso, no del todo despreciable.

La supuración en Arango era espantosa: había agotado, en toda la acepción de la palabra, aquella vigorosa constitución, todo esto debido á lo largo del trayecto, á la irregularidad de sus paredes, á la larga permanencia del proyectil entre los extremos de los huesos despedazados, y, antes que todo, á la pésima curación que en él se había adoptado. En Londoño sucedió todo lo contrario: la buena posición comunicada al miembro desde el principio, aun cuando la porción de hueso despedazado era muy larga y reducida á menudos fragmentos; el contacto de éstos, por la buena colocación, redujo considerablemente las pérdidas orgánicas producidas por la supuración.

En Arango, como consecuencia necesaria, había siempre fiebre héctica con exacerbaciones vesperales y transpiración profusa, glacial en todo el curso de la noche, y aun durante el día, en los cortos espacios de sueño.

En ninguno de los dos casos había una indicación de carácter neto para llevar á cabo una amputación ya inmediata, ya intermediaria, y tal vez menos, secundaria, sobre todo en Londoño, si se recuerda el modo como pasaron las cosas en cuanto al punto roto, el estado de los fragmentos y la ausencia de fenómenos reaccionarios violentos que pudieran poner, en un momento dado, en peligro la existencia del enfermo, excepto el mal estado sanitario del hospital de la ciudad de Cartagena.

En el señor Arango los acontecimientos eran algo más que delicados, y exigían con imperio, de parte del médico, un criterio á toda prueba claro. Situada la fractura cuatro á seis centímetros debajo del gran trocánter, sin prueba ninguna de la existencia del proyectil entre las extremidades de los fragmentos, sin haberse adoptado desde el principio tratamiento antiséptico ninguno, en un joven profundamente agotado por

la abundancia de la supuración y las pésimas condiciones higiénicas que lo rodeaban, casi en inanición, deprimido moralmente hasta el extremo de creerse abandonado de todo humano recurso, después de un rudo batallar de cuarenta y tres días con la herida más mal entendida, etc., la amputación en el lugar roto habría sido de resultados deplorables, porque al separar el proyectil los fragmentos, estaban totalmente destruidos por la supuración, en tal grado, que ya no eran sino agujas óseas, y el trabajo de reparación era algo más que imposible. Si se hubiera llevado á efecto la desarticulación, se habría emprendido, en un lugar desierto, sin el recurso siquiera de ayudantes, una de las operaciones más desastrosas en sus resultados definitivos. De modo que, á pesar de la larga distancia que media entre El Fresno y Bogotá, hubo completa madurez en el doctor Posada al trasladarlo á ésta, aun cuando el doctor jamás esperó nada bueno del resultado definitivo del joven Arango.

FRACTURAS DE LOS HUESOS

Los proyectiles dan lugar á tantas formas de fracturas, que casi se hace necesaria la invención de una nueva nomenclatura para poder expresar las diversas variedades.

Casi todas las fracturas producidas por armas de fuego son compuestas, enfisuradas, conminutivas, penetradas, perforadas, en hendiduras ó reseçadas, esto es, que una pieza del hueso salte lejos del hueso mismo.

El tratamiento inmediato consiste en poner, lo más pronto posible, en la mayor inmovilidad el hueso roto del miembro. Cuando el soldado herido es conducido al hospital de sangre, se debe lavar la herida con una solución aséptica y en el acto buscar el proyectil con la punta del dedo empapado en la misma solución.

“ El proyectil, los pedazos de vestidos, las porciones de huesos desprendidas y todo lo extraño que se encuentre en la herida, será, en cuanto sea posible, eliminado de aquélla. A menos que sea necesaria la amputación, se adoptará el siguiente plan: mantener en el mayor aseo la parte lesionada, hacer contra-aberturas dondequiera que sea necesario, y colocar en ellas tubos de drenaje, cubrir con algodón antiséptico, ya por el ácido salicílico,

carbólico, ya por el yodoformo, etc.; aplicar un vendaje de yeso de París sobre todo, incluyendo la articulación vecina de la herida, tanto hacia arriba como hacia abajo, y hacer, sobre el vendaje de yeso, un agujero en el punto opuesto al lugar que ocupa el tubo del dren para facilitar las funciones de éste. Para evitar la pérdida en resistencia del vendaje, por el hecho de practicar agujeros en su circunferencia que den paso á los tubos de los drenes, una tablilla de cualquier especie se colocará sobre el vendaje de yeso de París.”—*Candrie*.

Esto último habría podido ser aplicado en el señor Londoño, en quien, á pesar de tener seis meses de herido, la herida no era muy extensa, no estaba muy inflamada, la supuración no era abundante, y se encontraba, además, en las mejores condiciones higiénicas generales. Sucedió todo lo contrario en el señor Arango: la abertura por donde entró el proyectil era espantosa, las malas curaciones la habían agrandado, su aspecto era muy malo, había muchos trayectos fistulosos con un crecido número de aberturas, el aparato aplicado había causado grandes heridas, la supuración era exagerada, y en ese individuo, algo menos que un cadáver, no se podía amputar ni menos aplicar lo que últimamente hemos apuntado como buen proceder para las heridas recientes.

“Y cuando el proyectil va con menos rapidez y en una dirección oblicua, las partes ofendidas pueden serlo en una profundidad más ó menos considerable, con poca ó ninguna evidencia de lesión superficial, aun cuando hayan sido, en ocasiones, desorganizadas de un modo irreparable.”—*Bryant*.

La dirección fue oblicua y con poca velocidad en Arango, pues sufrió el proyectil una desviación violenta por haber sido asegurado el golpe sobre el cañón de un fusil antes de herir al joven Arango. En Londoño la dirección fue oblicua de las murallas de la ciudad de Cartagena á la playa del mar. Lo que en Arango más daño causó en las extremidades de los fragmentos del fémur, fue el material de la cápsula: en el golpe, por la resistencia del hueso, el proyectil quedó aplastado y alargado, y por consiguiente la contusión sobre el hueso fue de peores alcances. En Londoño debió suceder lo mismo, aun cuando no se vio el proyectil; pero, á juzgar por el crecido número de fragmentos y por la extensión tanto de la herida de entrada como de salida en el muslo, no sólo debió salir aplas-

tado, sino también alargado. En Arango, después de cloroformizado, se introdujo el dedo por un trayecto casi perpendicular á la dirección del muslo; se encontraron los huesos completamente desviados, y era preciso ampliar la abertura para poder darse cuenta de lo que realmente había; además, las maniobras que la junta había decidido no tenían en mira otra cosa que una exploración previa á la práctica de una operación, según el resultado de aquélla. En Londoño no se podía hacer exploración previa sin agrandar mucho la abertura, porque el calibre de la herida era ya insignificante, y al hacer la incisión de exploración, forzosamente, según lo que ya se había aprendido en el muslo de Arango, acabaría la operación como desde el principio se había pensado.

En Arango la fractura era completa y complicada; roto el hueso de arriba hacia abajo, y de fuera hacia adentro, queda el proyectil entre los dos fragmentos, sin olvidar la enorme laceración de las partes blandas á la entrada del proyectil, la copiosa hemorragia que acompañó la herida, y, sobre todo, el abandono absoluto en que permaneció, por causa de fuerza mayor, durante cuarenta y tres días. Durante la operación se extrajo considerable número de secuestros, totalmente libres entre los extremos de los dos huesos, los cuales estaban llenos de largas agujas formadas de partes calcáreas, porque la inflamación había destruído toda la sustancia animal de aquella porción del fémur. Había, pues, fractura completa, disgregación de fragmentos, permanencia del proyectil, grande atrición de las partes blandas, á lo que se agrega el abandono completo (científico) y extremo agotamiento del paciente.

En Londoño la fractura fue completa: hubo disgregación de los fragmentos en un trecho dado de todo el espesor del hueso, de modo que una vez levantados, y por un arreglo cuidadoso, se restableció la forma del hueso en el punto herido y en una extensión de siete centímetros. Esto es lo que se llama *fractura reseçada*, tipo de las compuestas. Además, una vez regularizados los cabos del hueso, siempre se sentía en la extensión de cada uno una superficie rugosa, resultado del trabajo de reparación en las grietas que debieron existir antes en aquellos puntos.

“ Cuando un proyectil, escribe Longmore, hiere encima ó debajo del gran trocánter del fémur, comunmente la cabeza y el

cuello de este hueso se conservan intactos, pero causan grietas que descienden hasta muy abajo en el cuerpo del mismo.”—*Bryant*.

Las lesiones que estamos son mucho más graves para los miembros inferiores que para los superiores.

“Longmore establece, como regla general, que ordinariamente las fracturas por balazos debajo de la rodilla *no implican una amputación inmediata*; mientras que, exceptuando un corto número de casos especiales, en las fracturas de encima de la rodilla la amputación es sostenida por todos los cirujanos militares *como una medida necesaria, indispensable*.”

“Los casos especiales son los relacionados con las fracturas del tercio superior del fémur, sobre todo cuando se ignora si la articulación coxo femoral está ó nó comprometida. En estos casos es tan grande el peligro de la amputación, que la cuestión que queda aún en duda es la solución del mejor resultado que se pueda obtener, ya por la escisión de la porción fracturada, quitando los fragmentos desprendidos y encargando el resto á la buena acción de la naturaleza, ya por la amputación.”

“La decisión del cirujano debe reposar en lo general sobre la extensión en que hayan sido heridas las partes blandas, la condición y edad del paciente y las circunstancias que lo rodean. Si la arteria y vena femorales han sido divididas, todo esfuerzo para conservar el miembro será de resultados fatales.”

Esto último no había sucedido en Arango; por lo demás, la fractura de él queda incluida en los casos especiales yá apuntados.

“La amputación de la articulación de la cadera por heridas producidas por armas de fuego es generalmente fatal, tan fatal en verdad, que se emprenderá solamente cuando el miembro esté de tal modo mutilado, que obligue á la práctica de la operación como una necesidad ineludible, ó cuando los grandes vasos han sido comprometidos en la herida.”

Nada de esto sucedía en Arango, de modo que era necesario hacer esfuerzos para salvar el miembro, pues, con excepción del mal estado de sus heridas, de la extenuación y del pésimo medio en que estuvo, todo lo demás estaba ayudando á lo preceptuado por la ciencia.

“Cuando alguna duda existe acerca de la probabilidad de salvar el miembro, la operación se propondrá y se emprenderá, si fuere necesario, como amputación secundaria.”

De modo que la permanencia de Arango en El Fresno le fue favorable, pues el tiempo dio pruebas de la posibilidad de salvarle el miembro.

“La experiencia de todos los cirujanos ingleses y del Continente apoya enérgicamente las conclusiones de Longmore, que quiere que en las fracturas por armas de fuego del muslo, la práctica de la conservación del tercio superior está claramente indicada, y que en las fracturas de la misma naturaleza del tercio medio y del inferior, la amputación sea la práctica sana y corriente.”

De suerte que Londoño debió haber sido sometido á esta última ruda prueba, y, sin embargo, pocas veces se ha obtenido un resultado mejor en la Cirugía mayor.

“En las fracturas de la cabeza del fémur, cuando las partes blandas no están muy maltratadas y no hay fractura conminutiva, la escisión del hueso será la operación preferida y practicada; el único caso de buen resultado en la guerra americana, en semejantes heridas, se debe á la adopción de esta última práctica. En la Circular número III se recuerdan dos casos con buen éxito en tres operaciones, lo que indujo al doctor Atis á agregar que estos casos colocan la escisión en la cadera por heridas causadas por armas de fuego entre las operaciones establecidas en la Cirugía.”

“En 87 escisiones practicadas en la cadera á consecuencia de estas heridas, en América, hubo 8 curaciones.”

“Stromeyer es partidario de la conservación en las heridas del muslo; quiere que no se lleven los enfermos á grandes distancias y que se hagan muchos preparativos antes de proceder, sea á la amputación, sea á la escisión.”

Pero en todo esto no se dice una sola palabra de lo que nosotros hicimos.

“El doctor Gordon, comisionado inglés, acreditado en el ejército francés en la última guerra entre Francia y Alemania, nos informa que las conclusiones á que llegó la mayoría de los cirujanos, en lo que concierne á la amputación, fueron: que ésta era más conveniente que la escisión ó resección cuando había de hacerse en medio del ejército; que la escisión y la resección eran mucho más probables en su buen resultado en el miembro superior; que la escisión de la rodilla, como sustitutiva de la amputación, en caso de heridas por armas de fuego de esta parte, ha dado resultados abominables; que la práctica de la cirugía

conservatriz en hospitales de sangre no se apoya sobre principios racionales, porque requieren tantos cuidados, que no se le pueden prestar sino en hospitales que mantienen pocos enfermos con atentos cuidados, y que en los casos en que se salvaron algunos miembros, éstos quedaron de tal modo, que no servían de nada al enfermo.”—*Bryant*.

En el caso de Arango seguimos, en cuanto á no hacer la operación de la amputación, los preceptos de los maestros en el arte de la Cirugía; pero en cuanto á Londoño, sucedió lo contrario, porque la experiencia obtenida en el primero nos había puesto en aptitud de salvar al segundo. Más claro: no hicimos, en el caso de Arango, la amputación por una herida en el tercio superior del fémur, sino que procedimos, de acuerdo con los preceptos de la Cirugía moderna, á la resección de los extremos óseos interesados, y le tratamos por un proceder en ninguna obra sobre la materia especificado de un modo preciso. En Londoño hemos debido amputar, pues se trataba de una herida del cuerpo del fémur, pero no lo hicimos, porque en este caso, como en el anterior, nos abrimos camino nuevo, por nuestra propia iniciativa, en presencia de las dificultades que cada individuo nos ofrecía.

De modo que podemos formular nuestra pretensión, en el caso en estudio, en estos términos: no existe en las obras clásicas modernas de Cirugía, tratándose de las heridas completas y complicadas de los huesos largos de los miembros, especialmente del muslo, producidas por proyectiles de armas de fuego (fusiles Rémington), en los casos no sujetos clásicamente á la amputación inmediata, intermediaria ó consecutiva, un proceder que asegure, como partes constitutivas de aquél, los dos puntos siguientes: 1.º Hacer en cualquiera época de la marcha de la herida una ó varias incisiones, tan largas cuanto sea necesario, sobre las partes blandas hasta llegar á las porciones de hueso desprendidas, extraer todas éstas, regularizar los extremos de los huesos rotos, asear totalmente la herida y aplicar los tubos de caucho suficientes para establecer la libre salida de los productos de la herida; y 2.º Colocar los extremos de los huesos en la posición que mantenían en el estado normal, con uno ó varios aparatos que llenen esta condición, obteniéndose así la restitución *ad integrum* de todo

el hueso, con la conservación del miembro en sus más completos atributos de mecánica animal.

Y para no dejar duda en este asunto, debemos declarar que las ideas acerca del tratamiento usado entre nosotros, nos vienen del recuerdo de las operaciones de Osteotomía y de los aparatos que para éstas se aplicaban y se aplican en los hospitales de Londres.

Como nuestras revoluciones son tan frecuentes, y tarde ó temprano habrá muchos seres que se encuentren en iguales circunstancias á las nuéstras, hemos creído muy útil señalar al público médico nuestros resultados obtenidos en heridas de tan delicado tratamiento quirúrgico.

JOSUÉ GÓMEZ.

LESIONES

QUE PUEDEN SIMULAR EL CHANCRO SIFILÍTICO. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Señor doctor Abraham Aparicio, Redactor de la REVISTA MÉDICA.

Estimado amigo y profesor:

Le remito las siguientes observaciones, para que, si usted las cree de alguna utilidad, tenga la bondad de hacerlas publicar en las columnas de la REVISTA MÉDICA:

Según Fournier, el diagnóstico del chancro sifilítico presenta dos órdenes de dificultades.

Por una parte, las dificultades de diagnóstico que todo el mundo sabe con el chancro blando, con el herpes, etc.; por otra, y en esto vamos á ocuparnos, puede uno encontrarse con otro género de dificultades, en las cuales ordinariamente nadie piensa. Vamos, pues á ocuparnos: 1.º, en las induraciones ficticias; 2.º, en las nudosidades blenorragias; 3.º, en el ecthyma escabioso.

M. Ricord es quien ha dado á conocer la naturaleza de las induraciones ficticias. Estas infiltraciones de tejido, de forma absolutamente redonda y base remitente, simulan perfectamente la induración del chancro sifilítico. Aunque estas infiltraciones de tejido puedan ser de origen espontáneo, ordinariamente son causadas por la aplicación de tópicos medicamentosos.

Si, por ejemplo, se cauteriza hoy una corrosión herpética con nitrato de plata, á la mañana siguiente esta pequeña erosión presenta una base indurada imposible de distinguir de la base indurada de un chancre sífilítico. El vitriolo, el ácido nítrico, el ácido fénico, el ácido acético, el ácido crómico, etc., son capaces de determinar esta induración.

M. Fournier fabrica un chancre indurado en cuarenta y ocho horas. Una gota de nitrato ácido de mercurio, colocada en la ranura glándulo-prepucial, provoca al cabo de dicho tiempo una ulceración, que es una reproducción exacta del chancre sífilítico. M. Fournier recuerda el caso de una mujer que presentaba en el labio inferior una erosión que tenía la apariencia de un chancre indurado; esa erosión habíala provocado ella misma sencillamente cauterizando una fisura que tenía en ese labio por medio del ácido nítrico aguado.

A la lista yá conocida de los cauterios, puede agregarse el tanino, el alcohol, el alumbre, vinagre Bully, agua de Lubin, agua de Colonia, etc., que producen el mismo resultado.

Hay que desconfiar, pues, de todas estas causas de error; y cuando un enfermo se presente á nosotros, debemos preguntarle ante todo si se ha aplicado él mismo algún ingrediente encima de la erosión objeto de su consulta.

Otra de las causas que pueden hacer creer en la existencia de la induración sífilítica (causa que M. Fournier cree no haber sido aún descrita) son las nudosidades blenorragicas. Estas nudosidades se producen algunas veces sobre el trayecto de los linfáticos en forma de aceituna, colocándose preferentemente en la ranura fundo-prepucial. Así, cuando un enfermo llega con un fimosis y se encuentra al mismo tiempo con una nudosidad cuya naturaleza no puede determinarse á la simple vista, y la adenopatía ganglionar no está caracterizada, es absolutamente indispensable reservar el diagnóstico.

M. Fournier refiere doce casos de error de este diagnóstico en hechos análogos, y de esos casos dos hay que le son personales. De estos últimos, uno es el de un joven médico que vino á consultarle; este cliente había contraído la blenorragia complicada con un fimosis considerable; y habiendo notado la existencia de esta induración, se decidió á reclamar un trata-

miento específico. M. Fournier pidió al interesado aguardara unos días, y poco tiempo después, habiendo desaparecido el fimosis, encontróse simplemente con un núcleo de linfangitis blenorragica.

Si ahora agregamos que la linfangitis de forma nudosa es susceptible de ulcerarse, se comprenderá bien que el diagnóstico se hace sumamente embarazoso y que uno se encuentra enfrente de una lesión que reviste el aspecto de un chancro indurado.

La sarna, todos lo sabemos, afecta el pene. El ecththyma escabioso, ya sea en la forma cortezuda ó escoriativa, puede simular el chancro sifilítico, y tan grande es el parecido, que se hace completamente imposible establecer una diferencia.

M. Fournier refiere el caso de un enfermo que, atacado de sarna, presentaba encima del pene cuatro lesiones cortezudas de base ancha é indurada; el diagnóstico era difícil; presentó á su enfermo en consulta á varios de sus colegas, siendo de notar que ninguno de ellos estableció la más pequeña diferencia entre dichas lesiones. Véase, sin embargo, lo que ocurrió después de la frotadura á que fue sometido el enfermo: tres desaparecieron perfectamente bajo la influencia de este tratamiento, pero una quedó en pie, la cual era un chancro sifilítico, como lo probó después la misma evolución de la enfermedad. Es preciso agregar que á menudo la sarna se extiende sobre los ganglios de la ingle, lo cual hace que el error acabe por hacerse doblemente posible.

Así pues, en presencia de esos casos dudosos, hay que esperar siempre antes de formular diagnóstico y ver evolucionar la afección en esos primeros movimientos. De toda esta exposición de hechos resulta que existe gran número de otras lesiones, además de las que se describen ordinariamente, y que todas ellas pueden simular perfectamente el chancro sifilítico é inducir en error al más listo.

A las interesantes observaciones que hemos descrito, podemos relatar una personal. El año pasado tuvimos ocasión de observar un individuo con lesiones prepuciales, que él clasificaba entre las chancrosas; efectivamente tenían todos los caracteres del chancro infectante; nos llamó la atención que en el transcurso de cuatro meses había sufrido estas lesiones varias veces, el ser múltiples y no estar acompañadas de las

manifestaciones que ordinariamente siguen al chancro sifilítico. Conversando con dicho individuo hace pocos días, después de haber leído las observaciones de M. Fournier, nos manifestó que dichas novedades le principiaban por uno ó varios levantamientos acompañados de rasquiña, y que inmediatamente cauterizaba con nitrato de plata; la cauterización le desarrollaba, según lo expuesto anteriormente, ulceraciones que simulaban el chancro infectante; véase, pues, por lo expuesto la facilidad de error en el diagnóstico del chancro sifilítico.

RICARDO AMAYA ARIAS.

Bogotá, Marzo: 1891.

EL LADO IZQUIERDO COMO CAUSA PREDISPONENTE

Es curioso, cuando recorremos el cuadro nosológico, encontrar una predisposición marcada del lado izquierdo para las enfermedades que son factibles de desarrollo bilateral.

Anatómicamente, en verdad, no somos simétricos: el cerebro tiene muy frecuentemente un hemisferio (el izquierdo) más desarrollado que el otro. En el lado izquierdo está únicamente el centro del lenguaje articulado. La irrigación cerebral en este lado es más abundante. La dirección de los vasos hace la circulación más activa en esta parte del encéfalo.

En la carótida izquierda que nace del cayado, la sangre que la recorre conserva casi la tensión primitiva de la impulsión cardíaca. El tronco venoso braquio-cefálico de este lado, casi transversal, demora un poco la circulación venosa izquierda. El esófago se inclina, en el cuello, hacia esta parte.

El recurrente izquierdo está sobre él. El lobulo izquierdo del cuerpo tiroides reposa sobre este nervio. La columna dorsal es ligeramente cóncava á la izquierda, resultado del ejercicio mayor del lado derecho y de otras causas. El canal torácico y la aorta descendente reposan sobre la parte izquierda de las vértebras dorsales. Las venas renales son más desarrolladas al lado izquierdo; y con frecuencia reciben las genitales de este lado en ambos sexos. Las venas ilíacas primitivas izquierdas son más largas y casi transversales.

El paso de los excrementos comprime estos vasos. La S ilíaca

ca (reguladora de la defecación) irrita continuamente el ovario izquierdo.

Estas y otras particularidades que omitimos, nos servirán de base para explicarnos la predilección mórbida que motiva estas líneas.

Fisiológicamente también somos distintos considerando nuestros dos lados: á excepción de unos pocos casos, ejercitamos el lado izquierdo menos que el derecho. En cualquiera profesión, el miembro superior derecho es casi el que por sí solo lo ejecuta todo. La mano izquierda se usa poco, y sus actos son muy restringidos, lo que motivó aquella curiosa carta de Franklin que pedía gracia para ella. El miembro inferior izquierdo también trabaja menos que el derecho. Sólo sirve de sostén del cuerpo en la estación podálica cuando éste ejecuta alguna acción; no siendo más que regulador cuando trabaja simultáneamente con el derecho. En los actos de lanzar piedras, cuando se maneja la azada, el hacha, el martillo, etc., puede decirse que el lado izquierdo forma una varilla rígida, que funciona estáticamente, en tanto que el lado derecho está en acción dinámica.

Muchas otras consideraciones podríamos aducir para la explicación satisfactoria de la predisposición de que tratamos; y para no citar sino un ejemplo, basta recordar que el decúbito normal es el lateral derecho, lo que en el curso de los años produciría una hipostasis fisiológica, á la vez que abriga y comprime más este lado.

Enumeremos ahora algunas enfermedades que pueden desarrollarse en ambas ó en cada mitad lateral del cuerpo, y prefieren, sin embargo, el lado izquierdo, ó á lo menos son más frecuentes allí.

En su artículo *Jaqueca* dice Laveran, refiriéndose al dolor de cabeza: "El lado izquierdo es más frecuentemente atacado que el lado derecho."

El mismo autor dice, al hablar de la embolía cerebral. . . . "El *embolus* penetra casi siempre en la arteria silviana izquierda, lo que es debido á que la carótida izquierda está mucho más en el eje de la corriente sanguínea del cayado de la aorta que la derecha." Y cómo sólo en aquel lado está el centro que preside el lenguaje articulado que recibe su nutri-

ción de la silviana, se comprende la frecuencia de la afasia en las embolías, favorecida además por la particularidad anatómica de ser arterias terminales los vasos encefálicos.

Los edemas de la cara empiezan por el lado izquierdo.

Las flebitis y los flegmones cérico faciales son más numerosos hacia esta parte.

Los depósitos tofáceos de la gota empiezan y son más voluminosos en la oreja izquierda.

El lóbulo izquierdo del cuerpo tiroideo se desarrolla más que el del lado opuesto en el bocio.

Las compresiones del recurrente izquierdo son más numerosas, de donde resultan los cambios en los caracteres de la voz, que tanto ayudan en el diagnóstico de los aneurismas del cayado aórtico.

La neuralgia intercostal tiene su sitio casi siempre al lado izquierdo. (Laveran y Teissier).

Las ovaritis y las salpingitis izquierdas son las más frecuentes.

La hiperestesia ovariana, la hemianestesia y la isquemia tegumentaria de origen histérico pertenecen casi siempre al lado izquierdo.

La posición O. I. I. A. de la presentación cefálica, es la más frecuente. La comisura izquierda de los labios del hocico de tenca está más expuesta á desgarraduras que la del lado derecho.

Los edemas cardiopáticos empiezan, regla general, por los maleolos; el izquierdo en primer lugar.

Las várices de los miembros inferiores, sean permanentes ó transitorias, son más frecuentes en el lado izquierdo.

Pudiéramos citar muchos otros estados mórbidos que prefieren el lado izquierdo del organismo, pero bástanos los expuestos para sacar las conclusiones siguientes:

1.^a Hay condiciones anatómicas y fisiológicas que predisponen el lado izquierdo á mayores perturbaciones que el lado derecho.

2.^a Las manifestaciones morbosas susceptibles de desarrollo bilateral, tienen predilección marcada por el lado izquierdo; y

3.^a En resumen, el lado izquierdo de la economía es una causa predisponente mórbida.

T. CASTRILLÓN T.
(Practicante interno del Hospital Militar).

SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES

SESIÓN DEL 4 DE OCTUBRE DE 1890

En Bogotá, á 4 de Octubre de 1890, se reunió la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, con asistencia de los doctores Buendía, Carrasquilla, Castañeda, Esguerra, García Medina, Herrera (J. D.), Manrique, Medina, Michelsen, Osorio, Ospina y Roca. Se excusaron los doctores Amaya, Aparicio y Gómez Proto. Fue aprobada el acta de la sesión anterior.

Doctor Manrique.—Estaba ausente cuando se trató el caso de muerte después de la operación á que aludió el doctor Herrera en la sesión pasada, por lo cual me tomo la libertad de llamar nuevamente la atención á este caso. Al mal éxito contribuyeron varias circunstancias, tales como los antecedentes de la enferma y la posición en que se colocó á ésta para la operación. Se tenía que operar en el hueco poplíteo, y hubo que colocarla en el decúbito lateral sobre el lado izquierdo; esta posición es muy desfavorable, porque no deja libertad á los órganos respiratorios, libertad que debe consultarse siempre, de tal manera, que hoy se aconseja en las ovariotomías practicar una punción previa para dejar libre el diafragma.

No obstante esta posición, la enferma volvió de la cloroformización, y no fue sino después de restablecida y de trasladarla al lecho, cuando noté en ella una palidez súbita; llamé á mis colegas, quienes la hallaron viva todavía. Pocos minutos después murió, á pesar de los auxilios que se le prestaron. Se ha atribuído este accidente á la cloroformización, pero debemos preguntarnos si no sería más bien ocasionado por el *shock*, pues que la muerte ocurrió después de pasada la acción del cloroformo. Hay que recordar también los antecedentes de la enferma. Había sufrido un reumatismo sub-agudo, en el curso del cual aparecieron accidentes reumáticos en la esclerótica; más tarde sufrió los síntomas de una lesión cardíaca en su primer período: palpitaciones, fatiga, ruido de soplo en el primer tiempo y en la base del corazón, todo lo cual atribuí al principio á la anemia que había producido el reumatismo, pero más tarde pude convencerme de que había una insuficiencia mitral, que seguía su curso lentamente. En estos casos no son raros los

accidentes en que nos ocupamos. Un médico americano explica la muerte por el aflujo repentino de la sangre á un ventrículo enfermo que recibe así en ese momento mayor cantidad de sangre de la que está habituado á recibir. Pudo, pues, también ser ocasionada la muerte, en nuestro caso, por síncope provocado por la enfermedad cardíaca, ayudado por la acción del cloroformo y por la posición de que hemos hablado.

Un caso análogo tuve ocasión de observar en París, en el servicio del profesor Tillaux. En un muchacho operaba el doctor Peirot un trayecto fistuloso situado en el hueco poplíteo; cloroformizado el enfermo y colocado en decúbito lateral, se hizo el desbridamiento con mucho cuidado, se halló con mucho trabajo la esquirra que se buscaba, y el enfermo murió al terminar la operación.

Presentó en seguida el doctor Manrique un folleto titulado: *Exposición Médico-legal de los doctores, J. E. Manrique, R. Rocha Castilla, L. Fonnegra y A. Aparicio, en el juicio seguido contra el General Pedro Aldemar Sánchez, por homicidio*. Llama el doctor Manrique la atención sobre esta exposición, por tratarse en ella de un caso notable de *Manía impulsiva*. El Presidente le dio las gracias y lo excitó para que completara este trabajo con el estudio que, según indicó el mismo doctor Manrique, se había omitido, atendida la naturaleza de la exposición.

El doctor Herrera presentó un trabajo del doctor Alberto Restrepo H., titulado: *Contribución al estudio de la Patología de las alturas*, con el objeto de que se admita al doctor Restrepo como miembro activo de la Sociedad. También presentó el doctor Herrera un trabajo del doctor Ciro L. Urriola, de Panamá, sobre la *enfermedad de Morván*, para obtener el autor el título de miembro correspondiente. El primero de dichos trabajos pasó en comisión al doctor Herrera y el segundo al doctor Castañeda.

El doctor Manrique hizo la siguiente proposición: “La Sociedad resuelve no ocuparse en la admisión de nuevos miembros sino después de que haya terminado el tercer debate del Reglamento.” Puesta en discusión esta proposición, fue combatida por el doctor Herrera y sostenida por los doctores

Roca y Manrique. Por ser avanzada la hora, se levantó la sesión, quedando pendiente la discusión de la proposición.

El Presidente, JUAN DE D. CARRASQUILLA L.

El Secretario, *Pablo García Medina.*

SESIÓN DEL 25 DE OCTUBRE DE 1890

En Bogotá, á 25 de Octubre de 1890, se reunió la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, con asistencia de los socios doctores Amaya, Aparicio, Barreto, Buendía, Carrasquilla, Coronado, Durán Borda, Esguerra, García Medina, Herrera (J. D.), Ibáñez, Michelsen y Ospina. El doctor Noguera se excusó de concurrir á la sesión.

Se aprobó el acta de la sesión anterior.

Al continuar la discusión que había quedado pendiente relativa á la proposición del doctor Manrique, presentada en la sesión anterior, el doctor Herrera manifestó que estaba autorizado por el autor de dicha proposición para solicitar de la Sociedad permiso de retirarla, permiso que le fue concedido.

Con el informe respectivo devolvió el doctor Herrera el trabajo del doctor Alberto Restrepo H. El informe termina con las siguientes proposiciones. "1.^a Admítase al señor Doctor Alberto Restrepo H. como miembro activo de la Sociedad, y procédase á la votación reglamentaria. 2.^a Hágase mención del trabajo del doctor Restrepo en la REVISTA MÉDICA."

Puesta en discusión la primera proposición, el doctor Aparicio propuso:

"Suspéndase la consideración de las peticiones relacionadas con la admisión de nuevos miembros hasta que el Secretario de la Sociedad presente la lista de los miembros que actualmente la componen."

Esta proposición fue negada. Continuó la discusión de la proposición del doctor Herrera, y fue aprobada en votación secreta, con el número de votos que exige el Reglamento. La Sociedad declaró miembro de número al doctor Restrepo H. La segunda proposición fue también aprobada.

El doctor Aparicio presentó un trabajo del doctor Antonio M. Barrera, titulado: *Peligros de las inyecciones intra-uterinas*, con el objeto de que se conceda al doctor Barrera

el título de miembro de número de la Sociedad. Este trabajo pasó en comisión al doctor Esguerra.

El doctor Herrera presentó los siguientes trabajos: uno del doctor Aristides V. Gutiérrez, titulado: *Congestiones y hemorragias de la retina en nuestras alturas*, y otro del doctor José M. Lombana B., que lleva por título: *Contribución al estudio de las retenciones de la placenta*. Estos trabajos han sido presentados con el objeto de que sus autores sean nombrados miembros de número de la Sociedad, y pasaron en comisión á los doctores Durán Borda y Barreto, respectivamente.

Se abrió el tercer debate del Reglamento. Leído y sometido á la discusión, el doctor Esguerra modificó el párrafo del artículo 3.º Adoptada la modificación, se cerró el debate, quedando definitivamente adoptado el Reglamento por la Sociedad.

El señor doctor Carrasquilla propuso lo siguiente, que fue negado: “Los actuales dignatarios de la Sociedad durarán hasta el próximo mes de Marzo, de acuerdo con lo dispuesto por el Reglamento anterior.”

A las 8 p. m. se levantó la sesión.

El Presidente, JUAN DE D. CARRASQUILLA L.

El Secretario, *Pablo García Medina*.



FIEBRES DE PATÍA

(CONTINUACIÓN)

PRECAUCIONES HIGIÉNICAS

Ó PROFILAXIA PARA PRECAVERSE DE LAS FIEBRES DE PATÍA

Toda persona que tenga que atravesar algunos de los lugares calientes malsanos que hemos mencionado, y de que hablaremos más adelante, ó bien tenga que permanecer en ellos, debe rodearse de todas las precauciones que vamos á presentar, como fruto de nuestra experiencia ó deducidas de la Higiene.

Primeramente el viajero debe marchar sin prevención de ninguna especie, y sin creer que todo el que atraviesa á Patía contrae indefectiblemente la fiebre; lejos de eso, debe esperar que poniendo algún cuidado de su parte pasará ileso, pues en efecto esto es lo que sucede; para conseguirlo evite el ponerse

en marcha muy debilitado, ó enfermo, porque esto lo obligaría á andar lentamente, lo que contribuiría á hacerle más fácil y segura la introducción de los gérmenes palúdicos. Es conveniente no llevar vestidos muy gruesos, durante el día, porque ellos provocan la sofocación é impiden la franca transpiración bajo la forma de sudor; además obligan á veces á descubrirse, lo que es causa de enfriamientos, de suspensión del sudor y de consiguiente adquisición del mal. La secreción sudoral no debe detenerse bruscamente, y cuando, por un motivo imprevisto, sucediere aquéllo, debe inmediatamente provocársela por el ejercicio, siempre que no se esté muy fatigado, en cuyo caso fricciones de aguardiente llenan mejor la indicación. Cuando por accidente se mojare una pieza del vestido estando en sudor, debe cambiarse ésta ó quitarse inmediatamente y friccionar con agua lieute ó con una tela áspera la parte del cuerpo humedecida; en ningún caso debe conservarse ningún objeto húmedo sobre el cuerpo, y sería preferible á esto, obrar como los campesinos mexicanos que, en las zonas palúdicas, al empezar un aguacero, se desnudan para recibir la lluvia directamente sobre las carnes y no llevar sobre sí las ropas mojadas, porque la experiencia les ha enseñado que, obrando de este modo, se preservan de las fiebres (Ulloa).

Es común quitarse el calzado estando acalorado y pisar humedades, ó sumergir los pies al atravesar un río hondo, sin haber dado tiempo á que éstos se pongan á un nivel de temperatura conveniente; después los dejan secar espontáneamente; es ésta una infracción de las leyes de la higiene, que se paga caro las más veces, y la causa más frecuente de infección ó manifestación malarial. Debe procurarse en casos semejantes secar inmediatamente los pies y friccionarlos hasta que adquieran calor; de este modo se evita, cuando menos, un fuerte dolor de cabeza y no pocos accesos de fiebre.

Hay quienes acostumbren bañarse al paso de estos ríos sin sufrir, las más de las veces, nada por ello, pero esto nunca debe hacerse sino cuando no se esté muy acalorado, ni fatigado, y que la marcha vaya á continuarse *à posteriori*; se aprovecha la mañana para hacerlo; el baño debe ser corto, nunca en aguas estancadas ó muy mansas; se preferirán á todo trance las corrientes que no estén tibias ni desciendan

de páramos, porque estas últimas son muy frías, como sucede con las del Mayo, y provocan una reacción muy próxima de la fiebre. Nosotros no somos partidarios del baño en los transeúntes por esos lugares, y, cuando no medie alguna necesidad muy imperiosa, es mejor abstenerse; sólo hay un caso en que lo aconsejamos: es cuando, por algún fracaso, llega el viajero á ser sumergido en el acto de pasar un río, estando sudando; en este caso debe quitarse inmediatamente la ropa y darse un baño corto, secarse bien para provocar una pronta y saludable reacción, ayudada por un líquido espirituoso ó una infusión aromática, que sientan muy bien, tomados en pequeña cantidad.

La ingestión de bebidas muy frías, muy ácidas ó muy dulces, cuando se está sudando ó muy acalorado, detiene la transpiración y es causa de algunas indisposiciones, que no pocas veces son los prodromos de una enfermedad más grave. Si la sed es muy intensa y el cuerpo está en calor, no debe ocuparse el estómago con ninguno de estos líquidos, sin haberlo preparado antes por la introducción de algún alimento sólido y de fácil digestión; así se evitarán cólicos, neuralgias, diarreas y demás perversiones digestivas que acarrea la excesiva ó intempestiva ingestión de líquidos en un estómago vacío. Un licor espirituoso de buena procedencia puede, en defecto, suplir los alimentos sólidos. Las aguas de pozo ó durmientes no deben tomarse en ningún caso en las regiones pantanosas ó expuestas al impaludismo, si previamente no han sido bien hervidas ó purificadas de algún otro modo; de lo contrario, con ellas se toma el germen de la fiebre; tampoco deben tomarse grandes cantidades de agua de una vez, ni con mucha frecuencia, porque esto, en vez de calmar la sed, la sostiene y provoca una sudación exagerada.

El que viaja por Patía debe ir provisto de un licor quinado, como aguardiente, vino ó brandy quinados, para tomar dos ó tres copas de cualquiera de ellos cada día, y mientras permanezca en los lugares palúdicos; esto puede suplirse, y con ventaja, por una infusión de quina tomada en ayunas, á la dosis de un vaso, ó por tres ó cuatro perlas de quinina, de á dos granos cada una, ó la misma dosis de quinina disuelta en una pequeña cantidad de café negro.

Si se sintiere dolor en los lomos ó en las pantorrillas, se duplicará la dosis de quinina y se evitará todo desarreglo en la alimentación. El café debe ser la bebida preferida para desayuno, seguida de una corta dosis de licor quinado. No se emprenderá marcha, ni se saldrá al campo, antes de haber tomado algún alimento, después de levantarse; de este modo se hace más difícil la absorción de los efluvios pantanosos.

Debe evitarse el viajar, por los lugares húmedos, en las primeras horas de sol y cuando éste se pone, porque entonces son más abundantes las emanaciones pantanosas; pero cuando el terreno es seco se hace menos necesaria esta precaución, y entre viajar por la mañana y por la tarde, ó recibir directamente el calor del sol tropical, de las 10 de la mañana á las 4 de la tarde, debe optarse por lo primero, siempre que se evite el viajar después de puesto el sol; durante la noche es más prudente mantenerse en casa, y esperar, para ponerse en marcha, hasta que el sol esté en el horizonte.

Sucede á veces que los viajeros caminan gran parte de la noche, duermen á la intemperie ó malabrigados, en casas mal cerradas, ó salen durante la noche sin suficiente abrigo y reciben las brisas frías y sin duda cargadas de emanaciones maremáticas (palúdicas); pasan las noches en francachelas, en comilonas, tunando, etc., ó trasnochando de alguna otra manera al aire libre; si estos individuos se encuentran debilitados por marchas forzadas, por una alimentación insuficiente ó defectuosa, por afecciones de las vías digestivas ú otras enfermedades; si se exponen á un aire frío ó á cualquiera otra clase de enfriamiento estando sudando ó muy acalorados, tienen en su contra, todos ellos, el mayor número de probabilidades para adquirir la fiebre, y excepcionalmente escapan á ella.

Los excesos en la alimentación, ya sea abusando de alimentos grasosos, azucarados; de carnes muy saladas, de guisados, de licores espirituosos, de frutas muy jugosas é indigestas, como la sandía, las naranjas; de bebidas fermentadas, como el guarapo y la chicha; de la leche tomada con mucha frecuencia y abundancia cada día; ya sea, en fin, excesos de cualquiera otro género que tiendan á debilitar el organismo, son las causas predisponentes y determinantes más seguras en la adquisición de las enfermedades palúdicas; si éstas no

aparecen en el momento, quedan en el estado latente ó en incubación para aparecer más tarde, á la más ligera infracción de las reglas de la higiene al llegar á un clima templado, como el de Popayán.

Para pernoctar en Patía debe escogerse los lugares altos y que no estén muy expuestos á los vientos, ni vecinos de lugares pantanosos y salados.

Debe evitarse cuidadosamente el dormir en el suelo húmedo y á la orilla de los ríos.

Por último diremos, en resumen, que para viajar por Patía es preciso ir provisto de quinina, algunas píldoras purgantes, un licor quinado, aguardiente para uso externo, provisiones alimenticias de fácil digestión, ir premunido contra la humedad y viajar del modo que llevamos indicado.

Para los que habitan allí, diremos que no deben salir al campo, por la mañana, antes de desayunarse, ni se entregarán á los trabajos en las horas de la mañana, en que es más activa la evaporación (de las 7 á las 8), y los suspenderán á las cinco de la tarde. Deben bañarse con frecuencia por la mañana, y no soportar la humedad de ninguna pieza del vestido, por ningún motivo, ni aun por corto rato. Deben procurarse habitaciones en los lugares secos y altos, en donde no se encuentren expuestas á los vientos fríos ó á los que vienen directamente por las hoyas bajas de los ríos, y no habitarlas recién hechas.

Por lo demás deben practicar las mismas reglas que hemos dado para los transeúntes, y en caso de haber adquirido las fiebres, someterse á una medicación eficaz ó abandonar los lugares malariales, siempre que esto sea posible.

Para terminar esta parte, diremos que es conveniente la práctica de tomar un purgante antibilioso, como píldoras de Antorveza, de Cauvin, etc., en los primeros días que se pasan en un lugar templado, después de haber atravesado las regiones malariales; algunos lo toman antes también; nos parece esto, si no perjudicial, por lo menos inútil. Las anteriores píldoras deben tomarse también cuando aparecen los primeros signos de la fiebre, y no pocas veces este solo remedio las hace desaparecer, ó las impide declararse durante algún tiempo; es la medicación más en uso en la comarca y de la cual se abusa grandemente en ciertas ocasiones.

El uso del café negro ó del te, como se practica en la China, es muy ventajoso en esos climas, pero sin exagerarlo.

TRATAMIENTO DE LAS FIEBRES DE PATÍA, Y PROFILAXIA

Nada tenemos nuevo que indicar sobre el plan curativo de las fiebres palúdicas de Patía, las cuales se curan lo mismo que las de las otras localidades; sólo queremos señalar los procedimientos que nos han dado mejores resultados.

Cuando un individuo que viene de Patía se nos presenta con los preludios de la fiebre, como son: *Curvadura*, pandiculaciones, raquialgia ó frío espinal, enfriamiento de las extremidades, dolor en las pantorrillas, que se queja de aporreo en las carnes, de pereza, de inapetencia, de mal sabor en la boca y espeluznamientos repetidos, damos, sin más examen, un vomitivo de emético é ipeca (5 cent. emético y 1 gramo de ipeca); y si los síntomas biliosos predominan, un emeto catártico, como las píldoras de Antorveza. A veces este solo tratamiento basta, pero como esto sucede raras veces, tenemos por costumbre hacer seguir el vomitivo de la siguiente poción:

T. Limonada común hervida (preparada con los limones simplemente partidos y puestos en el agua que debe hervir), media botella; crémor en polvo, 20 gramos; sulfato de quinina, 1 gramo; y láudano, 20 gotas. M. Para tomar en tres tomas, con media hora de intervalo.

Con esto se previene, casi á ciencia cierta, esta clase de fiebres; pero el individuo no queda siempre exento de que se repitan los mismos fenómenos y de que se le declare el acceso; y, para que esto no suceda, es siempre conveniente hacerle tomar por algún tiempo alguna preparación quinada, tal como el vino de quina y las naranjadas quiradas.

(Continuará).