

# Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

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

Siringomielia y lepra nerviosa.—El fruto del caparrapi.—Diátesis artrítica.—Observación clínica.—Midriasis refleja.—Higiene.—Carta del doctor Herrera.—Cirugía de las vías biliares.—Observación de disenteria crónica.—Contribución al estudio de la higiene [conclusión].—Actas de la Academia Nacional de Medicina.



## SIRINGOMIELIA Y LEPRÁ NERVIOSA

Señor doctor Evaristo García.—Cali.

Muy distinguido amigo y comprofesor:

Los dos artículos sobre Siringomielia que usted ha publicado en los números 150 y 163 de la REVISTA MÉDICA DE BOGOTÁ, tienen, además del interés científico inherente á todo estudio nuevo, una grande importancia de actualidad, por motivo de la semejanza de los síntomas de esta enfermedad con los de la Lepra nerviosa.

Es, por consiguiente, un deber de todos los médicos colombianos tratar de investigar si entre nosotros existe la Siringomielia con los caracteres clásicos que le han asignado los profesores alemanes Schultze y Kahler, ó si ésta y la Lepra nerviosa son una misma enfermedad, como perentoriamente lo declara usted en su segundo artículo.

Dos órdenes de datos concurren, en mi opinión, para independizar la Siringomielia y darle, como dice el profesor Charcot, vida clínica y nosográfica; á saber:

- 1.º Datos anatomo-patológicos;
- 2.º Datos clínicos.

Conviene desde luego recordar que el término de Siringomielia se ha aplicado otras veces de una manera general é indeterminada para distinguir lesiones cavitarias situadas en las partes centrales de la medula espinal, pero de las cuales se ignoraban, hasta estos últimos tiempos, los síntomas que las podían revelar durante la vida. Es á partir de 1882 cuando se ha

empezado á conocer, como usted lo ha dicho yá, una especie que pertenece á la categoría de las producciones gliomatosas, es decir, que está constituida por un neoplasma formado frecuentemente á expensas del ependimo y de diversas regiones de la sustancia gris espinal, principalmente de las astas posteriores, y que consiste en la hiperplasia de los elementos de la neuroglia que se presentan bajo la forma de células voluminosas con prolongamientos múltiples, los cuales se hallan ya como infiltrados entre los elementos nerviosos, con propension á desaparecer, ó ya forman, por su densa aglomeración, un verdadero tumor que se diferencia más ó menos netamente de las partes ambientes á las cuales comprime, pudiendo á veces enuclearse completamente. El reblandecimiento de este tejido neoplástico, sea que se halle infiltrado, sea compactado en tumor, determina la formación de una cavidad más ó menos considerable en el punto de su localización. Es á esta forma denominada *Siringomielia gliomatosa* á la que se refieren, hasta hoy, todas las observaciones en las cuales el diagnóstico ha sido verificado por la autopsia.

Si ahora recordamos las lesiones medulares de la lepra nerviosa, veremos que ellas no tienen similitud alguna con el glioma: son lepromas que se pueden distinguir perfectamente, tanto macroscópica como microscópicamente, pues no se sitúan de preferencia en la sustancia gris central, sino que de ordinario aparecen en la periferia. El glioma va atacando los tejidos del centro á la circunferencia, y el leproma, al contrario, de la circunferencia al centro. Las células de éste se hallan literalmente rellenas del bacilo de Hansen, el cual existe también en gran número fuera de las células. En el glioma, ó no se ha encontrado este micro-organismo, ó no se le ha buscado, como sucede en los casos de Stewner, Neumann y Langans, referido por Leloir.

De modo, pues, que hasta que nuevas investigaciones no praeven lo contrario, queda el glioma como de origen independiente del bacilo de Hansen.

El estudio clínico de la Siringomielia presenta casos en los cuales parece imposible distinguirla, á primera vista de la lepra nerviosa. Sin embargo, un examen atento de ciertos síntomas tomados uno á uno y desde un punto de vista determinado, puede permitir á un práctico ejercitado sentar el diagnóstico.



Usted ha dado en las páginas 75 á 77 del número 150 de la REVISTA MÉDICA un buen análisis de los síntomas diferenciales de estas enfermedades.

Yo me permito extender un poco más este análisis respecto á las perturbaciones de la sensibilidad, porque en la Siringomielia tienen un sello específico que puede considerarse como la clave del diagnóstico.

Estas alteraciones consisten en la pérdida de la sensibilidad al dolor y de la propiedad de apreciar las diferencias de temperatura, mientras que la sensibilidad al tacto queda ilesa, así como el sentido muscular.

La existencia de estas alteraciones es de grande importancia para el diagnóstico, porque pueden ocupar toda la mitad del cuerpo (forma hemianalgésica), ó en grados diversos, todo el cuerpo. Cuando son limitadas puede distinguírse las todavía por su modo especial de distribución, que no es conforme á la de los nervios, como sucede en la Lepra,

sino por segmentos de miembros ó por regiones limitadas por una línea circular perfectamente demarcada. El doctor Roth hace conocer una forma muy curiosa, denominada distribución en forma de vestido y que reproducimos para mejor inteligencia en el presente grabado.



La franja negra que afecta los dos miembros superiores y la parte superior de la región torácica indica que allí está abo-

lida en absoluto la sensibilidad al dolor, al calor y al frío, mientras que la sensibilidad al tacto y el sentido muscular se conservan sin alteración notable.

Salta á la vista que para que una región entera se halle uniformemente perturbada en su sensibilidad, es necesario que la lesión medular sea muy considerable, circunstancia que puede realizar el glioma, puesto que afecta la parte central, mientras que en la Lepra la lesión tiene que ser más limitada, y serlo también, por consiguiente, las alteraciones de la sensibilidad.

Del estudio que precede se deduce:

1.° Que no es el conjunto sintomático el que puede darnos la clave del diagnóstico, puesto que tanto en la Lepra como en la Siringomielia se presentan desórdenes sensitivos y manifestaciones tróficas variadas que las asemejan notablemente; y

2.° Que es únicamente el estudio metódico de las zonas analgésicas y termo-anestésicas, con las particularidades que quedan señaladas, el que puede poner al práctico en la vía del diagnóstico.

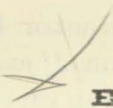
La existencia de la escoliosis; un estrechamiento del campo visual, sin lesión ocular, señalado por Déjerine; los edemas de las manos ó de los pies, la precocidad de los panadizos indolentes y la localización de las trofoneurosis cutáneas en regiones *eschematicas*, invadiendo la cara, cuando la lesión medular está en la parte superior, son síntomas que, agregados á los anteriores, refuerzan el diagnóstico de la Siringomielia.

Tál es mi opinión sobre el particular, y tendré mucho gusto en satisfacer los deseos de usted iniciando en la Academia Nacional de Medicina una discusión sobre materia tan importante, para lo cual me servirán de base los dos interesantes artículos de usted, arriba mencionados, y el presente, que aunque desautorizado por mi insuficiencia, ha sido trabajado con el propósito de buscar mayores luces en el campo, siempre fértil, de la discusión metódica y razonada.

GABRIEL J. CASTAÑEDA.

Bogotá, Noviembre 19: 1891.



**EL FRUTO DEL CAPARRAPÍ**

Con la mira de restablecer en parte la verdad científica desfigurada por el doctor Andrés Posada Arango en su artículo sobre el caparrapí, paso á dar una descripción del fruto de esta planta, dejando para otro lugar la diagnosis completa de los órganos de reproducción.

El fruto del caparrapí es una baya oval, perfectamente lisa y lustrosa, del tamaño de una aceituna grande ó de una ciruela damacena mediana, un poco comprimida, de cuatro centímetros de largo, ligeramente apiculada por el vestigio del estilo, y de un color violáceo á su completa madurez. El epicarpio es membranoso, delgado y liso, adherido al sarcocarpio; éste es poco abundante, verde y pulposo como el del *aguacate*, y, como éste, butiráceo; con el mismo olor, muy cargado de aceite y de un sabor soso. El endocarpio cartilaginoso, de un color canelo oscuro é íntimamente unido al sarcocarpio, encierra un grano anatropo, oval, comprimido, con el espermodermo papiráceo y ligeramente estriado en el sentido de su longitud. Este grano mide veinticinco milímetros de largo y está constituido por un embrión recto, exalbuminoso, de un blanco ebúrneo, con los cotiledones gruesos, carnosos, plano-convexos, muy apretados y casi iguales, de radícula súpera, corta, recta y muy pequeña; la plúmula igualmente pequeña. Este fruto está implantado en un receptáculo semileñoso, cupuliforme, de dos y medio centímetros de alto y tres de ancho en su borde libre, grueso, rojizo y rugoso y provisto de una doble margen. La margen exterior es libre y está formada por el tubo del perianto muy desarrollado con los bordes lacerados y conservando en su interior las impresiones de los seis estambres exteriores. El pedicelo igualmente engrosado. La margen interior más corta, y almenada con regularidad por doce dientes anchos, cortos y caducos, está formada por el borde libre de un disco que ciñe la parte inferior del fruto, pero sin adherirse á éste. El fondo que le sirve de asiento al fruto mide un diámetro de seis milímetros y está representado por una cicatriz.

Tales son los caracteres que presenta el fruto del caparrapí observado en la planta viva.

Si se compara esta descripción con la del doctor Posada, se verá que tomó el grano por el fruto que llama “especie de nuez seca.” Aparte de que los frutos no se dividen en especies, la denominación de nuez seca es un pleonasma, porque no existen nueces pulposas, ni esa clase de frutos es del orden de las *Lauríneas*. Tampoco fueron frutos lo que se procuró el doctor Nates, sino granos, y esto fue lo que pudo haber visto el doctor Posada cuando dice que por el examen de las hojas y del fruto, que diz que practicó en Bogotá, creyó poderse referir al género nectandra; y grano y no fruto es lo que ha figurado de una manera deforme en su lámina.

Una vez desconocida la naturaleza del fruto y tomada la parte por el todo, ¿podrá creerse que su autor está en posesión, siquiera, de los caracteres generales de la familia?

Si antes no se hubiera dicho á qué familia pertenece el caparrapí, ¿habría podido reconocerla el doctor Posada, que interpreta tan mal los principales órganos en que están fundados los principios de clasificación?

¿Y se podrá creer que por tan absurdos medios ha llegado á una determinación genérica acertada?

Para resolver negativamente estas cuestiones no es menester ser botánico: basta el sentido común.

WENCESLAO SANDINO GROOT.

Bogotá, Noviembre de 1891.



### DIATESIS ARTRITICA

EN LA ALTIPLANICIE DE BOGOTÁ, BAJO LAS INFLUENCIAS ATMOSFÉRICAS DE ESTA ALTURA.—UNA DE LAS FORMAS QUE SE OBSERVAN

(Estudio hecho por el doctor Elberto de J. Roca y enviado por el Comité médico de Bogotá al Congreso Internacional de Berlín de 1890).

*El autor dedica respetuosamente este trabajo á la Sociedad de Medicina del Cauca.*

*Etiología.*—Aquí como en otras partes el artritismo reconoce por causas principales la herencia, la humedad, los cambios de temperatura, el alcohol, la falta de higiene, y además la poca presión atmosférica á que están sometidos los habitan-



tes de estas alturas, y cuya consecuencia es el atraso de las combustiones intraorgánicas, debido á que la completa oxigenación de la sangre se hace con dificultad. La herencia es un hecho innegable, y familias hay en las cuales el vicio se ha transmitido del padre á todos los hijos en mayor ó menor escala. La humedad es causa general, y los individuos atacados de esta diátesis se agravan en todos los climas húmedos, principalmente cuando éstos son templados. Pero lo que más afecta á los individuos son los cambios de temperatura, sean éstos bruscos ó moderados; de aquí la razón por que los artríticos de estas regiones se agravan en Europa, á causa de las estaciones, á pesar de las mejores condiciones de presión atmosférica de ese continente.

*Anatomía patológica.*—Rara vez se remonta en esta localidad á la causa verdadera de los desórdenes múltiples que trae el artrismo, y en las autopsias se atribuyen con frecuencia las lesiones que se encuentran á enfermedades puramente locales, ya sea del hígado, del bazo, del estómago, de los intestinos, etc. Pero en realidad en muchos casos la causa es única y general, y esas lesiones son debidas al artrismo. Son los órganos abdominales los que presentan lesiones más marcadas; el estómago está dilatado, sus paredes son resistentes, la mucosa gruesa, ligeramente enrojecida, y hay mucus poco adherente en diferentes puntos. El *duodenum* se halla también ligeramente dilatado y su mucosa presenta un aspecto semejante á la del estómago, pero con una mayor cantidad de mucus en los contornos del orificio del canal colédoco; el resto de los intestinos presenta un aspecto semejante, menos la dilatación; y en la *S. ilíaca* y en el recto el mucus es más abundante y las venas hemorroidales son flexuosas y pronunciadas sin estar bien marcada la hemorroides; el hígado es rojizo y generalmente pequeño é indurado y presenta los caracteres de la esclerosis ó hepatitis intersticial por la transformación fibrosa del tejido conjuntivo y de gran parte de las células hepáticas; al corte se observan porciones de las células hepáticas intactas y los canalículos biliares en gran parte conservados, pero recubiertos de mucus en su interior; este mucus se observa principalmente en los canales cístico, hepático y colédoco y en la vesícula biliar que está igualmente indurada; en otros casos el hígado está aumentado de volumen, su coloración es gris y presenta todos los caracteres de la

degeneración amiloide. El bazo en unos casos está ligeramente indurado y disminuído de volumen, y en otros presenta casi el aspecto normal. Los riñones tienen su volumen casi normal, están ligeramente hiperemiados y presentan los caracteres de la nefritis catarral, principalmente en los tubos rectos, con masas de *epithelium* desprendido y de mucus; otras veces están disminuídos de volumen y las paredes glomerulares están duras y espesas. Las demás vísceras abdominales no presentan alteraciones marcadas. El corazón y los pulmones son normales y lo mismo el cerebro y sus cubiertas, si se exceptúa una consistencia mayor en algunas circunvoluciones y en el cuarto ventrículo. La medula presenta igualmente una consistencia más firme que al estado normal. Las grandes articulaciones como la scápulo-humeral y la coxo-femoral presentan en algunos casos un ligero espesamiento de la sinovial y de los ligamentos.

*Síntomas.*—Podemos dividir en cuatro largos períodos la marcha de esta enfermedad. En los individuos atacados de esta diátesis los desórdenes funcionales estallan de un modo marcado á la edad de diez y ocho á veinticuatro años; en algunos se presenta primero un reumatismo articular agudo con reincidencias, y después de un tiempo considerable empiezan los fenómenos de las vías digestivas. En otros no hay reumatismo previo, y la alteración de las funciones digestivas abre la larga serie de los fenómenos mórbidos de esta afección esencialmente crónica.

Los individuos hasta entonces robustos empiezan á digerir mal y á palidecer y enflaquecer muy lentamente; hay un gran desarrollo de gases, sobre todo después de la comida de la tarde, con peso y malestar más acusados hacia el hipocondrio izquierdo durante dos ó tres horas; hay mal aliento á ciertas horas cuando se ha terminado la digestión en el estómago, y desaparece con la ingestión, aunque sea pequeña, de nuevos alimentos para volverse á presentar luégo; la lengua es pastosa, amarillenta, sobre todo hacia atrás; de vez en cuando se presenta diarrea, y los gases y los líquidos producen un ruido particular frecuente en los intestinos; por la mañana y á veces durante el día hay sabor amargo en la boca, la piel toma un tinte citrino más ó menos marcado, pero permanente; hay somnolencia y decaimiento, mal humor y á veces pesantez y un ligero hormiga-



miento en la piel y en las masas musculares; el apetito es generalmente conservado, á veces exagerado y muy pocas disminuído; sin embargo, la nutrición languidece lentamente; no hay verdadera icteria sino un tinte subictérico en las conjuntivas hacia los ángulos de la órbita, en la cara y algo en el dorso de las manos; este tinte varía con frecuencia de un día á otro, aumentando ó disminuyendo y aun borrándose casi por completo para volver á parecer más ó menos marcado bajo las influencias del frío, la humedad, los excesos de alimentación, etc.; uno de los síntomas que más atormentan á los enfermos es el desvanecimiento y una sensación particular de vacío en el estómago, á veces aunque esté lleno éste, y que aumenta el mal aliento y la displicencia. En este período los enfermos se sienten generalmente aliviados durante las dos ó tres horas que siguen á la ingestión de los alimentos en las comidas ordinarias.

De vez en cuando hay grandes indigestiones. El estómago comienza á dilatarse y los intestinos están adoloridos á la palpación; las deposiciones son unas veces normales enteramente, y otras diarreicas biliosas. El volumen del hígado es normal, y á la percusión no sienten dolor los enfermos; el bazo está sensible ligeramente; sin embargo, algunas veces, aunque raras, sienten en estos órganos punzadas rapidísimas lo mismo que en el corazón, la piel, etc., lo cual es debido al desorden, que empieza, de la inervación general, como veremos más adelante; hay asimismo frecuentes palpitaciones anormales del corazón. La anemia se marca cada vez más con alternativas favorables y desfavorables, en que los enfermos se sienten más ó menos fuertes ó muy debilitados; marcha que distingue esta anemia *relativa* de la ordinaria.

Algunos artríticos están sujetos desde la infancia á la urticaria, la cual, después de haber sido muy rebelde en los primeros años, desaparece cuando estallan los fenómenos digestivos para volverse á presentar después repetidas veces á largos intervalos. Hay frecuente enfriamiento de las extremidades é hiperestesia en la piel por espacios limitados, y que dan la impresión de ligeras quemaduras superficiales; hay asimismo desórdenes térmicos y las orejas y algunos dedos de las manos se calientan insólitamente con la mayor facilidad.

En este primer período, que dura más ó menos tiempo, has-

ta seis años, los riñones funcionan bien y los orines son normales. La transpiración cutánea y el sudor son difíciles y nunca se establecen bien ni aun en los climas calientes.

*Segundo período.* —Este comienza muchas veces por reumatismo general articular el cual estalla á consecuencia de algún cambio brusco de temperatura, y se presenta desde el principio con una marcha esencialmente crónica, con un ligero movimiento febril el primero y segundo días únicamente, sin dolores fuertes en las articulaciones ni otros fenómenos de reacción; sin embargo, el reumatismo ha invadido en pocos días casi todas las articulaciones desde la tèmpero-maxilar hasta las de los pies; el reumatismo invade también los músculos, y los enfermos están durante muchos días privados en gran parte de sus libres movimientos; después mejoran un poco, pero el reumatismo continúa de un modo sordo. Los individuos enflaquecen más todavía, experimentan desórdenes nerviosos notables, como sordera persistente por largo tiempo, más marcada en el oído izquierdo, y la cual es seguida después de un ruido continuo que molesta mucho á los enfermos; estos fenómenos auriculares dependen quizá también de que el reumatismo ha invadido las articulaciones de los huesecillos del oído, pues desaparecen ó mejoran considerablemente cuando el reumatismo general desaparece ó se modera mucho con el uso del yoduro de potasio á pequeñas dosis, después de un tiempo más ó menos largo, un año á diez y ocho meses. A pesar del buen régimen y de cualquier tratamiento, los enfermos sienten casi constantemente alguna ligera dolencia reumatismal, y son influenciados con precisión por la humedad y los cambios atmosféricos. Los fenómenos digestivos se agravan, hay ligeras náuseas por la mañana, ardor en el estómago con sensación de llenura, peso y malestar, principalmente del lado izquierdo; el bazo algo adolorido, y á veces hay verdaderas neuralgias de este órgano; en el esófago hay á veces una sensación de constricción casi dolorosa; el color icterico aumenta y se presentan muy lentamente manchas hepáticas en la cara, debidas al pigmento biliar, y las cuales, lo mismo que el tinte icterico, aumentan ó disminuyen de un modo notable á intervalos más ó menos largos al principio, muy cortos después.

Las funciones del hígado se alteran más y más, no hay ja-



más dolor, pero los enfermos experimentan algunas veces una impresión particular en el hígado, como si lo *sintieran funcionar*, y su volumen disminuye ligeramente. Con frecuencia sienten los enfermos una notable hiperestesia en la región del hígado, pero superficial y que no corresponde sino á la piel y á los músculos intercostales; sensación que viene por épocas y se prolonga por diez ó quince días. Los fenómenos digestivos se agravan; hay diarrea biliosa de color rojizo, por la mañana con precisión, y á veces se hacen varias deposiciones en el día y en las primeras horas de la noche; esto coincide, á intervalos que se hacen cada vez más cortos, con una agravación de todos los demás síntomas y que es debido á frecuentes congestiones hepáticas é intestinales.

Cuando empiezan estas congestiones pasajeras, pero repetidas, el color icterico y las manchas hepáticas aumentan, lo mismo que el desvanecimiento, la sensación de vacío en el estómago y de *sequedad* en el hígado; parece que la secreción biliar se suspende ó se disminuye por momentos y no se vierte yá en el *duodenum* en cantidad suficiente por lo menos, aunque se ingieran alimentos; en estos casos son muy marcados la angustia y el malestar de los enfermos; afortunadamente este estado pasa pronto y coincide con una constipación pasajera seguida de una diarrea abundante que alivia á los enfermos; hay entonces dolores intestinales y pérdida del apetito, y por pocos días que se prolongue este estado, es muy considerable el enflaquecimiento y debilidad de los enfermos; luégo viene una mejoría relativa, vuelve el apetito, se recuperan prontamente las fuerzas, los individuos se reponen, las manchas se aclaran mucho, el color mejora, los ojos se limpian y se hacen brillantes, la digestión se hace casi normalmente, y la deposición diaria es natural. Estas crisis favorables duran poco, y los enfermos vuelven á las mismas recrudescencias periódicas, á intervalos que se van haciendo cada vez más cortos; es un círculo vicioso, una cadena mórbida que es muy difícil romper. En este período hay poliuria y las orinas son unas veces casi incoloras y otras tienen su coloración normal; son más abundantes por la noche, y no dejan sedimento apreciable.

En las recrudescencias que presenta esta enfermedad, que podrían llamarse congestivas, todas las mucosas se resecan y se

ponen rojas, principalmente las de las vías digestivas, desde los labios hasta el recto; la faringe se irrita y presenta granulaciones; hay con frecuencia pequeños desprendimientos de *epithelium* en los bordes y la punta de la lengua, quedando á descubierto por algunos días las papillas irritadas para luégo reproducirse aquél fácilmente, y forma contraste el color subido de los labios con la palidez de los individuos; todas las secreciones disminuyen, la saliva, la bilis, el mucus nasal, etc., para aumentarse luégo considerablemente y verificar la eliminación de los productos anormales ó normales en cantidad exagerada, que resultan de las combustiones orgánicas incompletas, y que circulan en la sangre produciendo una verdadera autointoxicación. A veces se presenta de improviso en estos casos, por la noche, un sudor abundante y general, ó bien es parcial y se hace entonces en la región de los muslos ó del pecho y las manos; otras veces es el licor prostático el que se derrama.

Se ve que el organismo hace esfuerzos por expulsar por todas las vías los productos extraños que lo vician y por despojarse de la acidez exagerada que impregna los humores. Muchas veces sienten de pronto los enfermos ruido en los intestinos y un repentino malestar que va seguido de una ó más deposiciones diarreicas biliosas que causan ardor en el recto. El sistema nervioso general está sobreexcitado y se presenta con la mayor facilidad un hipo tenaz que dura uno y dos días, ó algunas horas; cefalalgias frontales cuyo dolor se fija entre las cejas, fuertes jaquecas, ligeras convulsiones de los labios y de los párpados y aun emiplegia facial, todo lo cual desaparece con facilidad; parecia del cuello de la vejiga, que no obedece bien á la voluntad y retarda la micción, lo cual es un fenómeno persistente; ligeras contracciones en los miembros inferiores, principalmente en la pierna derecha, algunas veces sueño intranquilo y agitado ó completo insomnio; fenómenos que calman muchas veces con la micción abundante y que aumentan notablemente mientras más húmeda esté la atmósfera. Los ojos se irritan frecuentemente, sobre todo la conjuntiva palpebral inferior, y hay ligeras hiperemias de la retina que producen momentáneamente algo de fotofobia; no es raro ver también amaurosis pasajeras que desaparecen después completamente. La piel se reseca y por épocas hay pitiriasis.

Hay en este período de la enfermedad marcada tendencia



á la formación de pequeños tumores verrugosos y fibrosos de carácter benigno, y se observan también pequeñísimos tumores eréctiles en el cuero cabelludo, verdaderos *navis materni* que se destruyen fácilmente con las uñas y que repululan por corto tiempo para luégo desaparecer completamente; también se presentan pequeños quistes sebáceos y pequeños pólipos ó vegetaciones en el recto.

*Tercer período.*—En este período desaparecen y disminuyen unos síntomas para agravarse otros y presentarse algunos nuevos. El desarrollo de gases disminuye, lo mismo que las vagas dolencias reumáticas, y disíbase el desvanecimiento, pero las congestiones ó hiperemias viscerales aumentan y se verifican á muy cortos intervalos; la diarrea muy biliosa se hace constante por la mañana y con frecuencia una ó dos veces por la noche; se presentan ligeras hemorroides internas y se siente ardor en las mucosas digestivas y en la vejiga y la uretra en ciertas ocasiones, no de un modo permanente; los orines disminuyen de cantidad y varían de color con frecuencia: unas veces son rojizos y otras blancos, y su acidez es notabilísima, hasta el punto de producir cólicos nefríticos, principalmente del riñón izquierdo, con retención de orina, verdaderas neuralgias sin ningún cálculo, debidas únicamente á la cauterización de las vías renales por la acidez de los orines, produciendo así una descamación del *epithelium* de los *tubuli* y una tensión vascular que dan lugar á la diálisis de las materias coloides circulatorias, como la albúmino-serina, y que abren el período de los catarros de las vías urinarias, al mismo tiempo que aumenta el de las vías digestivas y órganos anexos, principalmente el intestino grueso y el hígado; el frío tiene una grande influencia en el aumento de la acidez y en la producción de los catarros; éstos vienen á ser como una compensación, una neutralización de aquélla, pues precisamente se exaspera cuando la hiperacidez orgánica llega á un alto grado, y sabemos que el mucus es alcalino y que la naturaleza busca siempre el equilibrio; tengo para mí que estos catarros ligeros desde el principio de la enfermedad, muy marcados después, aunque molestan mucho á los enfermos, son el elemento principal que contribuye para que los enfermos resistan largo tiempo la diátesis artrítica sin que vengán las degeneraciones orgánicas á terminar sus días produ-

ciendo el completo endurecimiento de los tejidos; asimismo creo que las constantes congestiones y depleciones biliares abundantes del hígado, estimulado también constantemente por la irritación del *duodenum*, contribuyen á que este órgano no experimente pronto la degeneración grasosa.

Hé aquí el análisis de las orinas en este período antes de un tratamiento alcalino de cuarenta días por las aguas de Vichy.

### ANÁLISIS DE LAS ORINAS

#### *Elementos normales.*

	Por litro de orina.	Orina en 24 horas.
Urea . . . . .	19.20	24.40
Acido úrico . . . . .	0.490	0.625
Elementos sólidos de la orina . . . . .	40.35	51.25
Id. minerales. { cloro . . . . .	6.90	8.80
{ ácido sulfúrico . . . . .	1.40	1.80
Acido fosfórico . . . . .	2.60	3.30
Uratos ácidos de sodio . . . . .	Algunos cristales.	

#### *Elementos anormales.*

Albúmina . . . . .	Vestigios.
Glucosa . . . . .	Nada.
Mucina . . . . .	99 glóbulos de mucus.
Indigo . . . . .	Vestigios.
Inosita . . . . .	Abundante.
Pigmentos biliares . . . . .	Nada.
Urobilina (rojo hepático) . . . . .	Vestigios.
Uroeritrina . . . . .	Id.
Sintonina . . . . .	Id.
Albúmino-serina . . . . .	Id.
Sangre . . . . .	Nada.
Pus . . . . .	Id.
Materias grasas . . . . .	Id.
Acido oxálico . . . . .	} Numerosos cristales de oxalato de cal.
Acido láctico . . . . .	
Células epiteliales . . . . .	Algunas.
Acidez notabilísima de la orina.	

Por este análisis y otros más, verificados en varios indi-



viduos, se comprueba perfectamente que una de las formas de artritismo que se observan en esta localidad es la oxálica, y que la causa primera de estos desórdenes funcionales del hígado, los intestinos, etc., son las malas combustiones y el consiguiente retardo y debilitamiento de la nutrición en general, con una gran acidez de los humores del organismo.

El análisis de los jugos del estómago demuestra que las fuerzas peptonizantes son vigorosas y que el ácido muriático está en exceso; sin embargo (cosa extraña), por excepción disminuye momentáneamente. Un fenómeno digno de observarse es que, cuando los enfermos se sienten más mal, tienen un apetito exagerado, y se comprende que, mientras más abundantes sean las comidas, la digestión se hace más difícilmente y los desórdenes funcionales serán más marcados; esto se explica por la mayor sequedad de la mucosa del estómago, debido á la hiperacidez orgánica y por consiguiente á un aumento de la acción refleja que constituye el hambre.

Por los análisis se ve que hay en las orinas una cantidad considerable de cristales de oxalatos de cal y de soda, principalmente de los primeros, que la acidez es notabilísima, que la úrea está un poco aumentada, que el volumen de las orinas está muy disminuído, que el ácido fosfórico combinado y los cloruros se eliminan poco, que la urobilina y la uroeritrina apenas se forman, que hay señales de algunos principios anormales, además de los oxalatos de cal y de soda, como la inosita (abundante), el índigo y albúminas, y materias albuminóideas como peptonas, sintoninas y serina; el ácido úrico está un poco disminuído. La autointoxicación es, pues, generalmente oxálica y la hiperacidez es notabilísima. Como he dicho, los catarros aumentan en esta época de la enfermedad, y á consecuencia de los grandes enfriamientos se presentan con mucha intensidad, sobre todo los del recto y de las vías urinarias; durante estos accesos hay gran tenesmo, como en las disenterías agudas, y desarrollo de una cantidad considerable de mucus, bajo la forma de témpanos almidonosos; los riñones se hacen muy sensibles, hay ardor en la uretra y la vejiga, y la orina contiene mucho mucus filante, mezclado á veces con partículas de sangre. Estos síntomas se moderan después, y entonces se verifica un nuevo cambio en las combustiones or-

gánicas y se hace entonces á cortos intervalos una gran eliminación de fosfato de cal por las orinas y por los intestinos, hasta el punto de que aquéllos se hacen blancos como agua de cal ó de bismuto, principalmente al fin de la micción, y las materias fecales blanquean también hasta hacerse fácil observar á la simple vista los numerosos cálculos de fosfato de cal con que están mezclados, y se podría creer en una verdadera acolia que no existe; algunas veces estos cálculos están mezclados al mucus intestinal en masas considerables que tienen el aspecto de materias grasas concretas; este fosfato de cal es precipitado en los intestinos gruesos por una fermentación ó putrefacción de las materias fecales que las hace alcalinas, fosfato que ha sido disuelto en cantidad considerable en el estómago por el exceso de ácido y arrastrado así al canal intestinal. Hay también á veces ligeras hemorroides internas, que sangran en ocasiones en pequeña cantidad cuando toda la mucosa de las vías digestivas está seca é irritada. Todo esto coincide con cierto grado de mejoría en los enfermos, y las congestiones hepáticas y los derrames biliares se calman mucho; el hígado entra en un período relativo de reposo.

*Cuarto período.*—O bien continúa la mejoría hasta desaparecer casi completamente los síntomas graves apuntados, á lo cual contribuye más que todo la buena higiene y la edad, y los individuos pueden vivir largo tiempo con ligeras alternativas y un estado funcional general delicado, ó bien se agravan todos los síntomas, se pierde por completo el apetito, la diarrea aumenta, el enflaquecimiento y la debilidad son extremos y los enfermos sucumben lentamente, sin dolores, si se exceptúan algunas neuralgias del bazo y de los intestinos, y con todos los síntomas que caracterizan la esclerosis ó la degeneración amiloide del hígado.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico presenta serias dificultades, y en los primeros tiempos se puede confundir esta afección con la anemia y las dispepsias, pero un examen atento de las orinas, y la circunstancia de ser fijamente influenciados los individuos por la humedad, el frío y los cambios de temperatura, coincidiendo la palidez y la debilidad y los desórdenes de las vías digestivas con dolencias reumatismales articulares y musculares, aclararán el diagnóstico y se reconocerá una causa más



general, á lo cual se deben todos estos trastornos funcionales, rebeldes á los tratamientos ordinarios. Cuando la enfermedad está más avanzada, es con las afecciones atróficas del hígado con las que se hace la confusión, á lo cual contribuye la ligera retracción del hígado en esta época, pero la larga duración de la enfermedad sin fenómenos de reacción marcados, la indolencia del órgano, los intervalos de mejoría entre las congestiones del hígado y cuando la atmósfera está seca y templada, la comprobación por la palpación y la percusión de que el hígado no ha cambiado sensiblemente de volumen, hará convencer de que este órgano, como otros muchos de la economía, no experimenta sino desórdenes funcionales que reconocen por causa la hiperacidez orgánica.

*Pronóstico.*—Esta afección es grave vistos los desórdenes generales y permanentes que produce, su larga duración y las funestas consecuencias que puede tener cuando es desconocida la causa verdadera y no se observa un régimen conveniente y un tratamiento adecuado. Conviene, sin embargo, observar que el aspecto hepático de los enfermos alarma más de lo que debiera si se atribuyeran siempre estos desórdenes del hígado á su verdadera causa; por desgracia esta enfermedad queda generalmente desconocida durante mucho tiempo, y se aplican muchas veces tratamientos inadecuados, como el uso de ácidos minerales, principalmente el clorhídrico, para combatir dispepsias ordinarias que no existen aisladamente en este caso; estos ácidos se absorben al estado natural y agravan mucho la enfermedad, aumentando la acidez orgánica.

*Marcha, duración, terminaciones.*—La enfermedad, como hemos dicho, y como sucede en todas las diátesis, tiene una marcha lenta y esencialmente crónica, con intervalos de agravación y mejoría; los enfriamientos aumentan la acidez y producen luego fuertes catarros viscerales, sobre todo en los intestinos. La edad influye notablemente, y hay una crisis marcada, con agravación, al llegar á los treinta y cinco ó treinta y seis años, pero que luego se traduce por mejoría en el estado general; esto es debido probablemente á que en esta época de la vida las combustiones se mo leran de un modo natural y viene el período estacionario ó de estado, que influye favorablemente en esta diátesis. Los individuos suelen engordar entonces, y aun se

presenta un poco de obesidad, porque ha cambiado de ritmo el desorden y atraso de las combustiones bajo una forma que más bien conviene á los enfermos; esta gordura en exceso aparece y desaparece después sin cambios notables en el estado general. Si los enfermos observan buen régimen y habitan climas secos, calientes ó templados, llegan con frecuencia á una edad avanzada con una salud relativa, para terminar casi siempre por una afección hepática con endurecimiento y atrofia ó degeneración de los tejidos. En los climas calientes ó medios cuando son secos, la enfermedad queda frecuentemente estacionaria en el segundo período y la mejoría se obtiene más pronto; lo contrario sucede en los climas fríos. Estos individuos son hasta cierto punto refractarios á las enfermedades infecciosas y virulentas, y rara vez contraen la fiebre tifoidea, la sífilis, la viruela, etc.; la vacuna misma se desarrolla en ellos con dificultad; esto depende de que la acidez orgánica es un mal terreno para el desarrollo de los gérmenes mórbidos y de que el ácido carbónico en exceso en las vías respiratorias es desinfectante ó antiséptico. El sexo tiene alguna influencia, y parece más frecuente sobre todo y más intensa esta afección en los hombres que en las mujeres. Las bebidas alcohólicas en general, aun el vino, aumentan la acidez y agravan á los enfermos, y lo mismo sucede con el frío, los excesos de régimen y las penas morales. Cuando la secreción de la orina aumenta, hay una mejoría notable que coincide con el reposo del hígado y de los intestinos, que funcionan entonces casi normalmente; lo contrario sucede cuando disminuyen. Se comprende fácilmente que siendo complejas y de grande importancia las funciones del hígado, sean los trastornos de este órgano los que más sobresalgan en esta afección y que le impriman un carácter hepático particular. Las oxidaciones y los cambios orgánicos entre los productos asimilables de la circulación de la vena porta y la oxihemoglobina de la arteria hepática se atrasan ó se hacen de un modo imperfecto á consecuencia de la acidez del plasma sanguíneo; en lugar de llegar la reducción de la oxihemoglobina á su término normal, urobilina, uroeritrina, se detiene en la bilirrubina, ó sea en los ácidos y pigmentos biliares, la colesiterina, etc., y estos principios de desasimilación que se hallan en exceso en el organismo y que se elimi-



nan normalmente por el intestino ó por la bilis, obligan á estos órganos á un trabajo excesivo y á grandes y constantes depleciones; una parte de los pigmentos biliares en exceso se fija en la piel, principalmente en la cara; aparecen al mismo tiempo otros productos nuevos anormales, como los oxalatos de cal y de soda, los fosfatos, etc., bajo la forma, varios de ellos, de sales monobásicas ácidas que vician y envenenan el organismo. Todos los fenómenos de la diátesis en que me ocupo se explican racional y perfectamente partiendo del principio real y efectivo del desorden de las combustiones orgánicas generales y de la hiperacidez orgánica. Los desórdenes nerviosos provienen de la constante sobreexcitación mayor ó menor de los centros nerviosos irrigados por una sangre ácida que va poco á poco quitando la vitalidad á sus elementos, hasta llegar á endurecerlos más ó menos. La anemia (relativa, como he dicho) depende en estos casos de que siendo la sangre ácida y no eliminándose sino en parte únicamente los cloruros, principalmente el de sodio, los glóbulos rojos se van destruyendo constantemente á medida que se van formando; no falta, pues, la potencia creadora, sino que el medio en que se forman es inadecuado; las combustiones orgánicas se hacen mejor en un medio alcalino.

*Tratamiento.*—La higiene es lo que más conviene: el abrigo, una alimentación sana, sin grasa, combinada con vegetales herbáceos que contienen sales de potasa; deben tomarse los alimentos con frecuencia y no en gran cantidad y á largos intervalos; no debe comerse frutas crudas, principalmente las ácidas, sino cocidas, con excepción de unas pocas, como las uvas y las fresas; deben evitarse los feculentos, principalmente las leguminosas, no debe comerse frijoles, arvejas, habichuelas, habas, etc., ni condimentos ni salsas, mucho menos la de tomates. La leche debe tomarse en la mayor cantidad posible, sin nata, como diurética, alcalina y alimento. Los alcalinos, como las aguas y sales de Vichy, principalmente las de l'Hopital, Chomel y Celestins. Las aguas de Nery obran tal vez mejor en esta afección.

El bicarbonato de soda produce muy buenos resultados usado por largo tiempo, y el organismo lo tolera muy bien y á dosis considerables. Todos estos medicamentos obran neutralizando la hiperacidez orgánica y favoreciendo las combustiones en un

medio alcalino; el clorato de potasa como oxidante y alcalino y combatiendo también los catarros, el espíritu de trementina á pequeña dosis, el arsénico y el hierro, los baños tibios alcalinos, las duchas tibias, los baños de vapor, los de ácido carbónico secos y las inhalaciones de oxígeno.

Conviene tomar pocos líquidos, con excepción de la leche, para no aumentar la dilatación del estómago que existe en estos casos, y hacer un ejercicio muy moderado. No se debe dormir más de ocho horas; el sueño prolongado agrava á los enfermos. No deben tomarse nunca baños fríos. La distracción del espíritu es muy conveniente, y más que todo la permanencia en un clima templado seco y la habitación en el campo ó en lugares amplios y bien aereados. Deben evitarse los enfriamientos. Conviene alternar el uso de los alcalinos con el arsénico, sólo ó mezclado al hierro, por ejemplo el licor de Fowler y la tintura de Marte tartarizada.

ELBERTO DE J. ROCA.

Bogotá, Junio 21: 1891.

#### OBSEVACION CLINICA

El 15 de Agosto de 1891 tomó la cama número 5 de mi servicio, en la sala de Maternidad, Adelaida Martínez, de veintiséis años de edad, soltera, sirvienta y natural de Bogotá.

*Antecedentes hereditarios.*—Su madre tuvo dos partos normales, no sufrió enfermedad constitucional, ni tuvo ninguna afección uterina. De su padre no da razón ninguna.

*Antecedentes personales.*—Su menstruación ha sido dolorosa é irregular, en poca abundancia y con tres días de duración; á la edad de diez y siete años tuvo una amenorrea que le duró un año, ha sufrido de una anteflexión del útero acompañada de un flujo blanco; no ha tenido abortos; hace nueve meses está en cinta, y de unos quince días para acá ha sentido dolorcitos erráticos, que de cinco días á esta parte se han caracterizado más.

*Aspecto exterior.*—Mujer de talla mediana, de constitución endeble y linfática, pálida, de mirada triste y de rostro cubierto por efélides, mamas turgescientes, de aréolas pigmentadas y granugientas, el vientre es el de una mujer á término,



la pierna izquierda está ligeramente edematizada y presenta algunas venas varicosas.

*Estado actual.*—Al exprimir las mamas se obtiene un líquido amarillo claro; el útero, de forma ovoidea, llega hasta dos centímetros bajo el apéndice xifoides; hacia el lado derecho se perciben á la palpación las pequeñas partes del feto (sobre todo una rodilla); hacia la fosa ilíaca izquierda se toca la cabeza; por la auscultación el máximum de los ruidos del corazón fetal se oyen dos centímetros abajo del ombligo, y hacia la izquierda, á la derecha se oye en algunos momentos el soplo *útero placentario*; de tiempo en tiempo se sienten los saltos del feto; del ombligo al pubis hay una línea de pigmentación muy marcada; la piel del vientre es lisa y no presenta desgarraduras (*vergetures*). La vulva es ligeramente edematizada, calurosa y bien lubricada; con dificultad alcanza el dedo el cuello del útero, que es vuelto hacia la izquierda, y atrás el hocico de tenca aún está cerrado. El bacinete parece poco amplio; sobre todo la sínfisis parece muy baja.

De este examen resulta que la mujer, aunque á término, no está en trabajo, por lo cual se la dejó volver á su casa.

Examinada de nuevo el 16 por la mañana, se encuentra el cuello bajo y de unos tres centímetros de dilatación. Depri- miendo la bolsa de las aguas, se toca la sutura sagital y á la derecha la gran fontanela; los ruidos, como antes, se oyen á la izquierda, por lo cual se diagnosticó presentación *cefálica* y posición *occipito-ilíaca-izquierda-anterior*. A las 4 de la tarde la bolsa de las aguas no se había roto aún, y la cabeza en el coronamiento superior estaba perfectamente enclavada, grande agotamiento de la mujer y contracciones poco enérgicas del útero; en toda la noche la cabeza no avanzó ni una línea.

El 17 á las 8 a. m. se aplicó el forceps, y después de fuertes y repetidas tracciones durante quince minutos, se extrajo una niña viva, de volumen normal; ligera desgarradura del perineo, extracción de la placenta por el procedimiento de Kristeller, metrorragia abundante suspendida por la aplicación de una corriente volta-farádica (aparato de Mawe Jhompson). Los reóforos se aplicaron sobre el hipogastrio. (P. de Cleveland). Por precaución se le puso una inyección

de ergotina cuando ya había cesado la hemorragia; en el interregno de tiempo que gasta la ergotina para empezar á obrar (10 á 15 minutos) no apareció la hemorragia, por lo cual atribuimos el éxito á la electricidad. A pesar de no haber empleado sino unos 20 gramos de cloroformo Dunkan, la respiración se hizo irregular é intermitente, el pulso pequeño é irregular; se le puso una inyección de éter y se le aplicó el electrodo positivo al lado izquierdo del cuello, sobre el trayecto del frénico; el otro en el hueco epigástrico. De este modo se remedaba la respiración, que en pocos momentos se regularizó, aunque, á decir verdad, sólo á la media hora se le pudo abandonar en su cama; en los días siguientes, aparte de la fiebre de leche; la mujer no presentó ningún síntoma anormal; en los primeros días se faradizó el útero durante diez minutos cada día, cuatro días consecutivos. Al principio se le hacían tres lavados diarios con licor de Van Swieten diluido en otro tanto de agua; después sólo uno. A los diez días pudo levantarse y se sentía muy bien.

El 1.º de Septiembre abandonó el servicio perfectamente restablecida.

Como hemos podido observar después en otras ocasiones, la acción de la electricidad es muy superior á la del cornezuelo en las hemorragias. La acción de la electricidad es rápida, y aun cuando la hemorragia puede volver, en todos los casos observados han cedido bien, no obstante haberse presentado algunos rebeldes é inquietantes, especialmente uno en que la ergotina y los procedimientos de electrización usados generalmente fracasaron y sólo dio éxito un baño de asiento voltafarádico. Es indudable que la electricidad manejada bien, suplantaré, no lo dudamos, al cornezuelo en todas sus indicaciones, pues ésta no tiene los inconvenientes que el centeno para el feto y la madre, quedando á lo menos muy restringidas sus aplicaciones.

El señor Juan B. Montoya, desde que se encargó del servicio en su calidad de practicante, aplica diariamente la electricidad con el objeto de ver hasta dónde da buenos resultados el método de Apostoli, midiendo diariamente la reducción uterina; y aunque hasta ahora no parece que nuestras mujeres puedan, como las de Apostoli y Tripier, irse bien á los tres ó cinco días,



sí podrían dedicarse á sus tareas ordinarias á los diez. Esto es, sin embargo, muy significativo para el Hospital, pues la reducción de cinco días (ordinariamente duran quince si no hay complicación) representa un gran ahorro; además la puerperalidad marcha muy bien y es probable que el gasto de drogas sea menor, pues que acelerando la involución uterina, disminuyen las probabilidades de infección. Como á pesar de los excelentes resultados obtenidos por Apostoli en Europa, no hay entre nosotros observaciones que sirvan de base á un juicio seguro, podemos á lo menos asegurar que la electricidad, *hábilmente manejada*, es inofensiva.

A todo le llega su tiempo, y actualmente nuestro distinguido discípulo Montoya está tomando observaciones con el propósito de vulgarizar la electrología médica, descuidada casi por completo entre nosotros, pues si bien es cierto que diariamente se aplica en las parálisis, neuralgias, etc., muchos ignoran qué clase de corriente usan y qué cantidad, lo que es tensión, intensidad, etc., el modo de utilizar el amperómetro y el reóstato. El señor Montoya se ocupa en estas investigaciones, y su trabajo tendrá el rarísimo mérito entre nosotros de ser absolutamente original y enteramente práctico y purgado de teorías inútiles para la electro-terapéutica.

J. M. BUENDÍA.

---

### MIDRIASIS REFLEJA

En los primeros días de Octubre se presentó en mi consulta un joven estudiante, de catorce años de edad, de excelente salud, á que le examinara un ojo que tenía afectado hacía tres ó cuatro días. Me dijo que sin causa ninguna, y sin sufrir dolor, malestar ni otra novedad, había notado que veía oscuro por el ojo derecho.

Al examinarlo me llamó la atención la dilatación casi completa de la pupila, como si hubiera sido sometido á la acción de la atropina; el otro ojo (el izquierdo) no presentaba nada de particular y tenía la pupila en su estado natural.

Hice un examen escrupuloso de las diversas partes del ojo enfermo, tanto internas como externas, y no encontré la me-

nor alteración; busqué las causas posibles que pudieran engendrar la dilatación de la pupila de *un solo ojo*, y como no encontré ninguna, supuse que habría alguna alteración del sistema nervioso, y lo sometí al uso de los bromuros, yoduros y de la nuez vómica interiormente, y al uso de la pilocarpina, en colirio al principio, y de la eresina después. Estaba contraída la pupila, pero apenas se agotaba su acción, volvía la dilatación; es decir, no había obtenido mejoría ninguna.

Así andaban las cosas, cuando un día fue con mucho afán á decirme que el mal se le había presentado en el otro ojo: en realidad, tenía la pupila del ojo izquierdo muy dilatada y contraída la del derecho, tal vez por la acción de la eserina.

Yá habían transcurrido quince días, y la enfermedad estaba lo mismo que el primero; entonces me puse á meditar en lo que pudiera ser, y al fin supuse que la presencia de algunos helmintos en el canal intestinal podrían ser la causa, á pesar de que no podía darme cuenta por qué se había dilatado primero *una sola* de las pupilas y muchos días después la otra. Queriendo saber si esta suposición tenía algún fundamento, le aconsejé que suspendiera los medicamentos á que estaba sometido y que volviera dentro de dos días; así lo hizo, y cuando lo examiné tenía las dos pupilas dilatadas, una más que la otra. Le aconsejé que tomara unos polvos compuestos de calomel y santonina, y le recomendé pusiera atención á ver si en las deposiciones arrojaba algunas lombrices.

El joven, que es muy avisado, volvió tres días después y ya no tenía las pupilas dilatadas: estaban en su tamaño natural y veía perfectamente. Me refirió que había arrojado unas cuantas ascárides lombricoides.

Han pasado veinte días, y los accidentes señalados no han vuelto á presentarse.

Doctor PROTO GÓMEZ.

Bogotá, Noviembre: 1891.

## HIGIENE

### POLICIA BROMATOLÓGICA.—LAS CARNES

En el número 39, página 1,045, del *Boletín de Medicina del Cauca* (Junio de 1890), señalámos las condiciones de las carnes malsanas impropias para el expendio público.



Creemos ahora de utilidad describir ligeramente el aspecto de las reses atacadas por algunas de las enfermedades infecciosas ó contagiosas, que hacen sus carnes insalubres, y que por este motivo deben ser rechazadas de las carnicerías y de los mercados públicos.

*Los mamíferos* cuando están sufriendo alguna enfermedad ó cuando están demasiado fatigados, presentan un aspecto particular, que debe ser conocido no solamente por los médicos y veterinarios, sino también por las autoridades encargadas de vigilar el expendio de carnes, principalmente en los lugares donde no hay facultativos que puedan poner al público al corriente de los peligros que sufre con el uso de carnes enfermas. En efecto, debe desconfiarse de un animal que camina con dificultad, que lleva la cabeza inclinada, mirada triste é inquieta, respiración penosa, y que aun en reposo mueve ó levanta con frecuencia los ijares; pelaje erizado y venas periféricas llenas, como congestionadas; orejas y narices frías y el aire que espira caliente; que por las cavidades bucal y nazal deja escurrir una baba espesa y como pegajosa; que rehusa toda alimentación, y bebe con voracidad; que manifiesta síntomas febriles; disminución ó suspensión anormal de la secreción de la leche; que no rumia, ó que se nota en él alguna erupción cutánea ó mucosa, secreción puriforme ó infarto ganglionar ó glandular. Según M. Champouillon, la carne de estos animales se conoce fácilmente por la falta de grasa en ambos lados del corte, la poca medula (tuétano) en el interior de los huesos largos, la carne poco elástica á la presión y de un color subido que llega á veces á parecerse al color de la caoba; el grano, es decir, el corte de las fibras musculares, es muy aparente y compacto, debido á la falta de jugos que lo empapan; olor fuerte y aun amoniacal. Hay también inyección generalizada en las serosas y aun derrames sanguíneos en algunas articulaciones; equimosis é infiltraciones de sangre en el tejido celular subcutáneo y en los músculos. Algunas veces las carnes son pálidas, blanduzcas, húmedas, y al colgarlas dejan chorrear un líquido seroso; la grasa que tienen es blanda, amarillosa y diseminada en el tejido celular; la putrefacción comienza muy pronto, y se desarrolla, y avanza rápidamente. En suma, las reses destinadas para el consumo público

deben brindar salud cumplida: rumiación, piel lisa y lustrosa, agilidad en los movimientos, mirada viva. Nada de baba abundante en la boca ni de mucosidades por las narices, ni costras en la piel, ni abscesos, ni tumores.

*El tifo* en el ganado vacuno es una epizootia desoladora para los agricultores, y una enfermedad muy contagiosa en los animales. La res tiene la cabeza inclinada, los ojos hinchados, rojos y lacrimosos, orejas caídas, las narices con secreción abundante de mucosidades, piel erizada y espinazo encorvado, las patas traseras aproximadas á las delanteras, temblor en los músculos, la raíz de los cuernos se siente fría, la marcha es incierta, mucha sed y disfagia, etc.

El tifo no es una enfermedad transmisible del animal al hombre, pero descompone mucho las carnes de aquél.

En el *carbunco* el animal presenta los fenómenos de la fiebre, y además tumores grandes, indolentes, fríos, gangrenosos y que crepitan bajo la presión con el dedo.

*La pústula maligna* empieza por estos tumores duros y crepitantes, coronados en su vértice con una gran pústula ó flictena. Ambas enfermedades contagiosas se transmiten al hombre por su contacto con la piel ó la carne del animal, y por las secreciones que trasladan las moscas al hombre y á otros animales. En el Cauca no es raro encontrar hombres atacados de pústula maligna, sobre todo entre los curtidores de cueros de res y *matanceros*.

*La tisis tuberculosa* está caracterizada por una tos constante y seca, gran enflaquecimiento del animal, piel erizada y aspecto triste. Los tubérculos se alojan en los pulmones bajo la apariencia de granos de arroz ó de concreciones calcáreas blandas del tamaño de un guisante. En las vacas suelen aparecer los tubérculos en el pezón, y entonces es muy peligrosa la enfermedad, porque el microbio de la tuberculosis, el *bacillus de Koch*, se transmite en la leche cruda.

*La piohemia* consiste en la presencia de colecciones ó focos de pus en las vísceras, en los músculos y cavidades del cuerpo en el animal enfermo.

*La perineumonía* epizoótica tiene los mismos caracteres generales, con el dolor á la presión del pecho, al dorso y las lesiones de adherencias y hepatización de los pulmones, etc.



Existe una enfermedad en el ganado vacuno que no se traduce por signos notables en el animal, el cual vive con apariencias de buena salud, y sin embargo, es causa de la propagación de la tenia inermé en la especie humana.

Esta enfermedad consiste en la presencia de cisticercos ó gérmenes de la tenia inermé (*Tenia sagitata*) que infestan las carnes de las reses destinadas para el consumo en nuestras carnicerías.

Debe atribuírse al uso de estas carnes á medio cocer, la frecuencia de la tenia inermé en la especie humana en algunas poblaciones de Colombia, como, por ejemplo, en Bogotá y Popayán.

Mr. M. A. Laboulbene ha demostrado que los gérmenes ó cisticercos de la tenia sagitata producen la ladrería en el ganado vacuno, y se alteran y desaparecen rápidamente al contacto del aire atmosférico, al extremo de que en un trozo de carne infestada por vesículas del tamaño de un grano de anís, situadas entre las fibras musculares, escapan al examen, por medio de un lente, después de algunas horas de exposición al aire. Una mezcla de agua destilada, glicerina y ácido acético, vuelven á hacer perceptibles las vesículas del cisticercos; No será esta desaparición un simple fenómeno de desecación que hace contraer y achicar las vesículas para volver éstas á aparecer con la solución yá citada?

Estos grandes rasgos descriptivos de las enfermedades del ganado vacuno bastan para explicar la repugnancia que inspira el consumo de las carnes enfermas, con tanto mayor razón cuanto el hombre por lo general, cualquiera que sea su grado de riqueza ó escasez, hace entrar la carne hasta donde le es posible en su alimentación. Por otra parte, la carne de la especie bovina, siendo la que relativamente se consume en mayor escala, es la que se ha tomado como tipo para el estudio y la comparación con ella de las condiciones digestivas y valores nutritivos de las demás carnes.

Experimentos recientes han demostrado que la cocción de las carnes que provienen de animales enfermos destruye el principio virulento, de modo que no hay peligro al comer la carne de dichos animales. Sin embargo, existen de otro lado observaciones de epidemias producidas por el consumo de

carnes insalubres; el asunto está en discusión, y las opiniones divididas entre los higienistas á este respecto. Entre tanto, deben sostenerse las prohibiciones de la policía sobre animales enfermos.

“El interés de la salud pública es de primer orden; la teoría que pretende negar el peligro de las carnes insalubres no está bastante acreditada para dispensar á la administración de una vigilancia activa, eficaz.”—(M. Lévy).

Además, trataremos preferentemente de la carne de animales herbívoros, como que son los más aceptados por todos los pueblos civilizados, no solamente por su aspecto exterior y por sus condiciones sapidas y olorosas, sino también por sus condiciones higiénicas.

Según Berzelius, en 100 partes de lomo de buey se encuentran tres cuartas partes de agua y una cuarta parte de materias sólidas ó fijas en las siguientes proporciones: fibrina y musculina, 10; albúmina, 2; gelatina, 2; osmazoma ó extracto de carne y sales en estado de lactatos alcalinos, 5; agua, 77. La carne contiene además grasas y tejidos gelatígenos, algo de azúcar en la osmazoma al estado de inozita, según Pelouze.

Brandes en sus análisis comparativos, procediendo por la evaporación en el yodo, ha encontrado en la carne de buey las siguientes proporciones para 100 partes: agua, 74; albúmina y fibrina, 26; gelatina, 6.

Como el grado de digestibilidad y la potencia nutritiva de una carne están en relación con sus componentes, es por comparación con los datos analíticos citados, como estudiaremos las demás carnes. En cuanto á caracteres generales, clasificación zoológica, etc. etc., de los animales que estudiemos, se encontrarán intercalados y al final de este trabajo en cuadro separado.

*La carne de cerdo* es de un consumo general en el Cauca, sobre todo en el Valle y en el Chocó. Este animal unglado, del orden de los paquidermos, es muy útil á causa del consumo diario de su carne, de su gran fecundidad y de que prospera fácilmente en los bosques del Valle. La hembra tiene dos partos en el año y diez ó doce hijos en cada uno; al cerdo recién nacido se le llama lechón, el cual se acostumbra instintiva-



mente á mamar siempre de una misma teta de la madre y no permite que otro haga uso de ella, lo que da lugar á querellas y dificultades para su alimentación. Conviene por esto reducir el número de lechones al de tetas de la marrana madre para que se críen sanos y robustos.

En el valle del Cauca se cría un número considerable de marranos para el cambio comercial con el vecino departamento de Antioquia. La voracidad de este animal facilita los modos de alimentarlo de tal manera que no hay hogar en el campo que no tenga en ceba algunos de estos animales. Todas las sustancias son buenas para alimentar á un marrano: devora la carne, come vegetales é inmundicias. Grandes partidas de puercos se crían con las *pepas* del *burilico*, árbol muy grande que forma extensos bosques en las márgenes del río Cauca.

En el estado salvaje el marrano *cimarrón* toma el aspecto y las costumbres feroces del jabalí. Domesticado, acude de los bosques al oír el sonido dado por el soplo en un cuerno, que en són de trompeta produce su dueño para llamarlo y repartiéndole la ración alimenticia á la caída del sol. El maíz, el plátano, la caña, las bellotas, los residuos animales, los desperdicios de cocina, etc., sirven para engordar los cerdos á tal extremo, que el hombre le da á este animal formas grasosas verdaderamente extravagantes.

Los campesinos conducen á las poblaciones numerosas piaras durante la noche, ó en cortas jornadas en las horas frescas del día. El cerdo es un animal muy testarudo; difícilmente se le hace emprender camino.

“El hombre, dice Figuiet, saca partido de la obstinación de este animal en hacer lo contrario de lo que se le manda. Cuando un porquero quiere hacer marchar á su pesar á un marrano en cierta dirección, le tira de la cola, con todas sus fuerzas, en dirección opuesta. Como la bestia obstinada supone que se le exige retroceder, se precipita hacia adelante con tanto más ardor cuanto más fuerte se le tire hacia atrás.”

La voracidad del marrano la utiliza el hombre en las fincas del campo en donde abundan las víboras. Los ofideos son perseguidos por los marranos, los que con las pezuñas delanteras los pinchan á lo largo del cuerpo y los devoran con ansiedad. Caso de que la lucha sea posible y el reptil venenoso, el marrano tiene cuidado de exponer á los tiros de la víbora la parte inferior del cuello, en donde una capa espesa de grasa le favorece de los efectos de la inoculación del veneno.

La carne del cerdo es blanca, rosada, compacta, nutritiva, sabrosa y de un aroma agradable pero bastante indigesta. Es un precioso recurso en las campañas, en el abastecimiento de los buques, de las plazas, fuertes, etc. El análisis da las proporciones siguientes (Brandes): agua, 76; albúmina y fibrina, 19; y gelatina 5, para 100 partes de carne.

La carne del *verraco* (1) y la de los cerdos que se han alimentado con langosta, es incomible por su mal olor y sabor.

En la economía doméstica se utilizan todas las partes del cerdo. La sangre, batida y mezclada con condimentos aromáticos, sirve para llenar los intestinos gruesos y preparar por cocción las *morcillas* ó *rellenas*, alimento pesado é indigesto. Las *salchichas* y *longaniza* se preparan rellinando el intestino delgado con la carne picada y la grasa del cerdo bien condimentadas. Los *jamones* son los músculos del marrano sumergidos y prensados en una solución de nitrato de potasa ú otra sustancia antifermentable y expuestos después de algunos días al humo de la cocina ó de la chimenea. El consumo del jamón es muy considerable entre nosotros, y se pagan á buen precio los jamones de Westfalia, de York y de Mayenza, que son objeto de gran comercio de importación.

La grasa depositada debajo de la piel del marrano forma una capa espesa conocida con el nombre de *tocino*; la del pecho y la de los epiplones lleva el nombre de *empella*. Fresca, sirve diariamente para preparar el *frito* caucano; fundida y depositada en vejigas ó vasijas, forma la manteca ó *axongia*, de gran consumo para los usos domésticos y farmacéuticos. No obstante la facilidad que dejamos anotada para proporcionarnos estos productos, viene á nuestro país la competencia increíble de la grasa depositada en barricas é introducida de los Estados Unidos de América.

En el Cauca no está sometido á ningún reglamento el degüello de los cerdos. En la madrugada se ven algunas hogueras á lo largo de las calles, en donde se matan los marranos, frente de la tienda que sirve de expendio de las carnes.

El cerdo, además de ser un animal de consumo para la ali-

(1) Generalmente se da el nombre de *verraco* al marrano sin castrar. En el lenguaje científico este nombre se aplica al animal que se cree fue el genitor de la especie ovina.



mentación diaria de nuestras poblaciones, es un artículo de comercio y de riqueza para nuestro país. Bajo este doble aspecto, la policía debe vigilar su expendio y el Gobierno debe favorecer la perfección de las razas.

Un punto importante para la salud pública en relación con el consumo de la carne de cerdo, es el de saber que varias enfermedades se transmiten al hombre por el uso de carnes infestadas por gérmenes morbosos. Las carnes de cerdo que presentan en los intersticios musculares unas vejiguillas transparentes y ligeramente rosadas, conocidas también con el nombre de *botellitas*, deben desecharse porque están infestadas de *ladrería* ó gérmenes de *lombriz solitaria* (*Tenia solium*). La cocción imperfecta no destruye estos gérmenes que pueden continuar su desarrollo en el intestino del hombre, ó formar los quistes con *cisticercos* en el tejido celu'ar. La *ladrería* se manifiesta con mucha frecuencia debajo de la lengua del marrano vivo en la forma de vejiguillas ó puntos blanquecinos; razón por la cual en otros tiempos había expertos á quienes se llamaba *Len-güeros jurados*, que estaban encargados de reconocer la *ladrería* en el marrano vivo. Es un gran descuido que en los puntos donde se consume mucho marrano, no haya expertos que eviten tantos y tan graves perjuicios á los consumidores.

*La trichina spiralis* (Owen) es un gusano entozoario microscópico enquistado, y no un germen como antes se creía, y que tiene para estudiar el *quiste* y el *animal*. El quiste es una pequeña vesícula de forma elíptica, que mide de  $\frac{1}{2}$  á  $\frac{1}{3}$  de milímetro en su mayor diámetro, ligeramente adelgazada en sus extremos y de color blanco opaco ó algo transparente. Esta vesícula está formada por dos capas: la externa, que proviene de los músculos, y es, por consiguiente, producción patológica muy vascular, y la interna, que depende del gusano (Luschka). Cuanto al animal tiene de largo  $\frac{1}{3}$  á  $\frac{1}{2}$  milímetro, y grueso de  $\frac{3}{100}$  de milímetro, enrollado en espiral, con la extremidad anterior obtusa y boca terminal desnuda (Owen), viéndose á veces aparecer en ella una especie de tubérculo, extremidad posterior obtusa.

Cuando las larvas de *trichina* infestan la carne del marrano que sirve de alimento, permanecen algún tiempo en el intestino del hombre, luégo atraviesan las paredes de los intesti-

nos y pasan al través de las venas, circulan en todo el cuerpo por el torrente sanguíneo y al fin se alojan en los músculos, que es el terreno propicio para su nutrición y desarrollo. El número de estos animales es tan prodigioso, que en diez miligramos de sustancia muscular se han encontrado quince *trichinas* (Leuckart).

Este grandísimo número de animales disgrega las fibras musculares, las irrita, causa agudos dolores, forma tumores y da lugar á los accidentes de la enfermedad conocida con el nombre de *trichinosis*.

Alarmanes epidemias han desolado los países donde se consume el jamón crudo infestado de *trichina*. La acción del agua hirviendo no mata el animalículo; para esto se necesita freírlo á una temperatura muy alta ó ahumarlo muy bien.

Se comprende fácilmente lo importante de la inspección de la policía en las carnicerías y establecimientos donde se venden salchichas, jamones, etc., preparados en el país ó importados del Extranjero. La vigilancia de la policía debe ser más acuciosa en el expendio de marranos, porque se cree popularmente que la lepra elefantiaca aparece en estos animales y que ellos la transmiten al hombre.

*La carne de oveja* es un alimento sano, agradable y bastante nutritivo. El cordero suministra una carne muy delicada para la mesa. La carne de *cabrito* es muy estimada, así como es sabrosa y aromática la de la cabra.

Las crías de ovejas y cabras están muy descuidadas en nuestro país, á pesar de que estos ruminantes constituyen una fuente de riqueza para la industria, porque suministran la lana, producto de mucha importancia comercial. No debe olvidarse que los productos en carne, grasa y lana son inconciliables en el mismo animal, de tal manera que las razas de mucha y buena calidad de lana no dan sino poca y no buena carne, y viceversa.

En el Sur del Departamento se crían algunos miles de estos ruminantes y se consume bastante cantidad de sus carnes, pero en el resto del Cauca la cría de ovejas es casi desconocida. Todas las especies son comestibles; sin embargo, sus carnes son más ó menos buenas, según la clase de nutrición y las localidades en que se crían. El análisis ha dado á Brandes las



siguientes proporciones para 100 partes de carne: agua, 71; albúmina y fibrina, 22; gelatina, 7.

“La oveja, dice M. Champouillion, es de un temperamento delicado y se resiente fácilmente de las influencias patológicas que la rodean. Casi todas sus enfermedades son del orden de las epizootias, lo que depende en gran parte de que viven en rebaños.”

Las enfermedades que más comúnmente atacan á la especie ovina son las llamadas por los veterinarios morriña, caquexia acuosa, y el torneo ó pataleo producido por la presencia de un entozoario que después de haber penetrado al estado de huevo en el intestino del animal, invade el torrente circulatorio y va á alojarse en el cerebro de los carneros; este entozoario es el *cenuro* producido por los huevos de tenia, ó mejor dicho, son tenias al estado de *hidatidez* ó en vía de evolución.

Fuera de la carne de los mamíferos de que hemos hablado, se consumen en el Cauca las carnes de caza, que es muy abundante en los bosques y montañas del Departamento.

La carne de los animales salvajes es más sávida, más sustancial y más sabrosa que la de los animales domésticos: debe comerse asada ó tostada. Pasaremos una ligera revista sobre los animales de caza en el Cauca.

*El venado* ocupa el primer lugar, porque se encuentra en todas las regiones del país, en las faldas de las cordilleras y en los bosques del Valle. La caza del venado es una gran partida de juego y de ejercicios campestres. Tiene su vocabulario, sus perros cazadores, sus apasionados que corren veloces á perderse en las laderas, sus puestos avanzados. La carne del venado es seca, roja, casi negra, y se come asada.

*El jabalí ó marrano cimarrón* en el Cauca es el cerdo sin amo, criado en los bosques, de aspecto feroz y armado de grandes colmillos prismáticos que le sirven de terrible arma ofensiva. La carne del marrano cimarrón es más sabrosa que la del cerdo domesticado.

A estos animales de caza pertenecen los tatabros y saínos, paquidermos parecidos al marrano, pequeños, sin cola y sin colmillos salientes. Tienen en el dorso glándulas que secretan un líquido de olor repugnante, pero al despojarlos de la piel, la carne es estimada por los cazadores.

Andan por los bosques en partidas de número mayor

de cincuenta cabezas, devastan las sementeras en las montañas, libran combate contra los cazadores, los que forman *barbacoas* ó tablados hechos con gruesos troncos de palo, desde donde, sin peligro, los matan á lanzazos; valerosos y obstinados enemigos, mueren muchos de estos animales en la refriega.

Los *conejos*, los *curíes* y los *guatines* abundan en las lomas y en los cacaotales del Valle. La carne delicada de estos animales roedores entra poco en la mesa del caucaño. En las provincias del Sur del Departamento se usa con frecuencia de los *curíes* en las comidas y como avío para los viajes.

La *guagua* es un roedor anfibio que excava su cueva en las orillas de las quebradas, y suministra á los cazadores una carne exquisita y muy parecida á la del lechón.

El siguiente cuadro contiene la clasificación zoológica actual de los animales de que se ha hablado en el curso de este trabajo. Nos proponemos continuar estudiando las diversas clases de animales cuya carne sirve de alimentación entre nosotros, y analizar también el valor nutritivo de cada una de ellas, su digestibilidad y los mejores procedimientos para prepararlas.

Igualmente trataremos de la zootecnia de muchos animales cuya carne es muy usada en otros países y desconocida en el nuestro, para hacer algunas indicaciones que juzgamos de importancia.

Al doctor Evaristo García corresponde la iniciativa y la parte principal de este trabajo. Nosotros, reconociendo su importancia, lo hemos tomado del *Boletín de Medicina del Cauca*, y nos servirá de base para el estudio general que sobre la materia nos proponemos hacer.

(Continuará).



TIPO	CLASES	Sub-clases	ORDENES	Sub-órdenes	TRIBUS	FAMILIAS	Sub-familias	Géneros	Sub-géneros	ESPECIES	RAZAS	
Vertebra- dos.....	Mamíferos	Ungulados ..	Bisulcos...	Porcinos..	Actuales..	Suídeos ..	Setigera	Sus. ....	Actuales	Puerco do- méstico...	Criollos y cruzados...	Cerdo, Puerco, Marrano, Cochino.
Vertebra- dos. ...	Mamíferos	Ungulados ..	Bisulcos...	Rumiantes	Con cuer- nos fijos..	Ovídeos...	Oves...	Carneros ..	Ovis....	Oveja ....	{ Merinos, South- down, Do- méstica, Salvajes, Criollos... Criollos, Salers, Charoles, Durham, Normand }	Ovejas, Corderos.
Vertebra- dos.....	Mamíferos	Ungulados ..	Bisulcos...	Rumiantes	Con cuer- nos fijos..	Bovídeos..	Boves...	Buey ...	Bos.....	Buey ordi- nario.....	{ Salers, Charoles, Durham, Normand }	Toro, Vaca, Buey.
Vertebra- dos.....	Mamíferos	Ungulados ..	Bisulcos...	Rumiantes	Con cuernos caducos....	Cervídeos.	Cervi ..	Ciervo ..	Cervus elafus ..	Ciervo ...	{ Ordinario, Soche....	Venado, Ciervo.
Vertebra- dos.....	Mamíferos	Ungulados ..	Bisulcos...	Porcinos..	Actuales..	Suídeos...	Setigera	Sus. ....	Scrofa..	Jabalí...	Común.....	Soche. Jabali.
Vertebra- dos.....	Mamíferos	Ungulados ..	Bisulcos...	Porcinos..	Actuales..	Suídeos...	Setigera	Dicotyles..	Torgra- tus ....	Pecari...	Común.....	Tatabro, Pecari, Cafuche, Saino.
Vertebra- dos.....	Mamíferos	Ungulados,	Roedores..	Roedores .	Actuales..	Cabianideos Cavideos....	Cavideos ..	Caviae..	Cavia por- cellos....	Curies ordina- rios, cobayes.	Apercas...	Marrano, ó cohino de Indias, Curies. Cobayes. Conejillos de Indias.
Vertebra- dos.....	Mamíferos	Ungulados.	Leporinos.	Lepor ....	Actuales..	Leporídeos..	Lepores	Cuniculi..	Lepus cu- niculus..	Conejo ..	{ Ordinaria { extranj <sup>a</sup> ..	Conejos.
Vertebra- dos.....	Mamíferos	Ungulados.	Roedores..	Roedores..	Actuales..	Histricídeos..	Histrices..	Dasy procta	Aguti... Coeloge- nys.....	Agutis... Pacas ...	Común ...	{ Guatin. Poncho. Aguti. Guagua, Borugo. Paca.

/

### PROCESO CARREÑO-SEPULVEDA

Señor doctor D. Abraham Aparicio, Redactor de la REVISTA MÉDICA. — Presente.

Muy estimado señor doctor:

Conocedor del espíritu recto é imparcial con que el señor Redactor guía los debates científicos en el órgano de la Academia de Medicina, y sabedor de que usted ha dado acogida, como era de esperarse, á los artículos del señor doctor Manrique en las columnas de la REVISTA MÉDICA, no dudo que usted se servirá publicar igualmente la contestación que á ellos dio lugar. En tal virtud se la remito adjunta.

“Con el objeto de que quede constancia en los anales de nuestra medicina nacional de todos los documentos científicos relativos á la cuestión médico-legal á que dio lugar la MISTERIOSA muerte de Mercedes Arjona de Carreño, suplico á usted, en mi calidad de miembro de la Academia de Medicina, de la cual es órgano la REVISTA MÉDICA,” y para ampliar más el deseo del señor doctor Manrique, “se digne insertar en sus columnas” el último artículo de dicho doctor, á quien probablemente se le olvidó ó se le traspapeló involuntariamente, “y que en fuerza de especiales circunstancias” figuró en *El Correo Nacional* y no ha figurado en la REVISTA MÉDICA.

Con sentimientos de consideración soy del señor Redactor afectísimo colega y obsecuente servidor,

J. DAVID HERRERA.

Bogotá, Octubre de 1891.

---

#### LOS ARTÍCULOS DEL DOCTOR MANRIQUE

Los que hayan leído detenidamente los artículos del señor doctor Manrique, habrán observado que ellos entran en la categoría de escritos, pero no de contestaciones. En efecto, no encuentro en ellos contestada ninguna de las refutaciones que hice en la REVISTA MÉDICA á los argumentos con que él se permitió combatir la relación de los peritos, basada sobre hechos que el señor doctor Manrique no presenció ni pudo estudiar



sobre el cadáver exhumado hace un año. Sobre ese particular no pueden suministrar datos contrarios al reconocimiento pericial sino los médicos juramentados que exhumaron el cadáver y que hicieron en él el estudio prolijo, *insitus*, de las partes violentadas. Cualquiera otra opinión llevada al presente debate, estará destituida de autoridad, por faltarle la indispensable base de la observación experimental. Lo más que se puede hacer, obrando con recto juicio y sano criterio, de acuerdo con las leyes de la moral médica,—de que tanto nos habla el señor doctor Manrique en sus *escritos*—es sostener el dictamen de seis profesores prácticos, titulados, juramentados, y cuya rectitud, gracias á Dios, no se ha puesto jamás en duda, y únicos que vieron los hechos sobre el cadáver y los estudiaron en sus diversas relaciones, sin haber mediado entre ellos la menor discordancia.

Ahora bien: ¿es un médico juramentado el que pretende descubrir y atribuirme errores sobre hechos que no vio y que no estudió sobre el cadáver exhumado? Esta parece una suficiencia exagerada por la opinión que de sí mismo se tenga.

Dice el señor doctor Manrique que, “legal y moralmente hablando, era en la audiencia del 1.º de Diciembre, y ante el Jurado, donde he debido refutarlo con el lujo de argumentación que exhibo en la REVISTA MÉDICA, *si mis convicciones eran íntimas*.” ¿Cómo se me hace ese cargo fundado en una suposición que la realidad no admite? El señor doctor Manrique, después de haber hablado, se retiró y no supo lo demás ocurrido en esa audiencia; ó bien, era de suponerse que después de haber hablado él, no valía la pena de prestar atención á lo que los demás profesores dijeran; si tales cosas sucedieron, sí me explico por qué se me atribuye esa falta, pues de lo contrario el doctor Manrique hubiera oído y presenciado la refutación que le hice en esa audiencia, ante el Jurado, terminándola por ratificarme en el reconocimiento pericial, y añadiendo por final que “no quitaba ni agregaba, por mi parte, una sola línea á ese reconocimiento.” De manera que sí cumplí, *legal y moralmente hablando*, con mi deber, y que es gratuito el cargo que me hace el doctor Manrique (1).

Por otra parte, ¿hay *convicciones* que no sean *íntimas*?

(1) Véase el acta de la audiencia del 1.º de Diciembre.

Quien tal piense, bien puede, con esa clase de convicciones, entrar al debate médico-legal, tan delicado como él es. Por mi parte, jamás he tenido ni tendré esa *clase nueva de convicciones*, y, al atribuírmelas, se emplea el sarcasmo sin razón que pueda motivarlo.

Acepto los consejos que se me dan sobre "serenidad" é "imparcialidad en el campo de la ciencia;" no creo haber perdido esas condiciones indispensables en los debates científicos, y por eso exijo contestación directa y precisa á mis argumentos, sin digresiones inconducentes. El público ilustrado, á quien juzgo sereno, dirá si, "legal y moralmente hablando," se pueden destruir relaciones de hechos cumplidos sin haberlos presenciado (1).

¡Las columnas de la REVISTA MÉDICA violadas! ¡Oh! ¡este sí que es sarcasmo! ¿Quería el señor doctor Manrique que las cuestiones científicas mal interpretadas y no bien dilucidadas en la prensa profana no se llevaran á la prensa científica para aclararlas? ¿No era éste su verdadero terreno? ¿Quién le ha negado al señor doctor Manrique esas columnas para que escriba en ellas? ¿Violadas por el señor doctor Aparicio, porque escribe un artículo científico y deontológico, después de haber consultado la opinión de muchos miembros de la Academia, de la cual es órgano la REVISTA MÉDICA? Cuando los redactores de la prensa profana no excusaron el ocuparse en cuestiones médicas, ¿se excusaría de tratarlas nuestro hábil y caracterizado redactor en jefe, *siendo conocedor de toda la cuestión y estando en todos sus antecedentes*? El señor doctor Aparicio estudió el expediente cuando el señor Juez instructor lo consultó sobre el particular, y, además, él fue ampliamente informado por los médicos exhumadores, quienes lo pusieron al corriente de todo. Violadas por mí, porque publico un artículo que no es otra cosa que la relación fiel y exacta de los hechos cumplidos y la refutación científica de los argumentos con que se trató de atacarme, y que se tacha de sarcástico, sin caer en la cuenta de que éste es, en muchas circunstancias, un atributo de la verdad, aunque no haya la intención de dárselo.

---

(1) Esto no se refiere á los doctores Rocha Castilla ni Vargas Paredes, puesto que ellos no destruyeron los hechos, como veremos más adelante.



De esa violación, si la hubiera, sólo tendría derecho de quejarse el cuerpo médico.

La contestación del señor doctor Manrique á mi honorable maestro el señor doctor Aparicio, es extraña, es inaudita. En vez de ir á buscar las columnas de la REVISTA MÉDICA para contestar los cargos científicos que se le hacen, quiere llevar á su adversario á los juzgados, con causa criminal por calumnia. Es de lamentarse en un joven liberal, entusiasta partidario de la libertad de la prensa y de la palabra, ocurrir á la ley restrictiva, rechazada hasta ayer por sus *convicciones íntimas*, para hacer de ella el arma ofensiva en una cuestión científica. ¿Quién necesitará de serenidad?

Dejo así contestada la introducción á los *escritos* del señor doctor Manrique, y entro en materia.

---

El señor doctor Manrique me contesta, en su primer artículo, con una carta del ilustrado profesor señor doctor Rocha Castilla, y toma esta carta como favorable á sus conceptos. Mi respetado maestro me permitirá tocar su carta, yá que las circunstancias lo exigen, y yá que el señor doctor Manrique la publica como contestación á mis argumentos. Bien sabe el señor doctor Manrique el respeto y consideraciones que siempre he profesado al hábil maestro, y no juzgo ser táctica de buena ley interponer en la parte de la lid relativa á los hechos, una persona querida y estimada por el adversario, cuando sólo es su ciencia la que necesitamos consultar.

La carta del señor doctor Rocha contiene cuatro puntos culminantes para el asunto debatido, á saber: 1.º Cartilago tiroides; 2.º Hueso hioides; 3.º La negación de que el señor doctor Manrique dijera que las costillas parecían como rotas por un bisturí; y 4.º La afirmación de haber provocado al señor doctor Manrique á un debate enojoso y á todas luces lamentable. Tratemos con serenidad estos puntos.

1.º Hablando del cartilago tiroides, termina el señor doctor Rocha con estas palabras: "Igual manifestación hice yo también ante el Jurado, añadiendo que la osificación del cartilago tiroides, que aquí veíamos, *era un hecho extraordinariamente raro á los treinta y seis años de edad.*" En este punto estamos perfectamente de acuerdo, y los que hayan leído

mi artículo en la REVISTA MÉDICA, habrán visto las razones que expongo para no agregar al cuerpo del delito lo fenomenal y *extraordinario*, y habrán visto, además, que la temprana osificación de dicho cartílago no es la única razón para excluirlo del debate criminal, sino también la falta, en ese cartílago, de uno de los rasgos que más lo caracterizan: la escotadura profunda de su borde superior. Si los señores doctores Rocha y Manrique lo quieren agregar al cuerpo del delito, tienen plena libertad para ello; en cuanto á los peritos, tuvimos buenas razones para proceder de distinto modo.

2.º Hablando el señor doctor Rocha del aparato laringo-hioideo, dice:

“...Y por dos núcleos óseos, perfectamente cimétricos, de forma caprichosa ó anómala, y *cuya identidad no he podido establecer.*”

En estas palabras reconozco la sabia prudencia del maestro, y para corroborarlas pondré un ejemplo: extraigo del fémur dos fragmentos ó núcleos de este hueso, en los cuales no se pueden hallar todos sus caracteres, y se los presento al primer anatómico del mundo, diciéndole: ¿de qué huesos son esos fragmentos? Me contestará que le es imposible *establecer su identidad*; mientras que yo, anatómico de limitada esfera, pero que extraje esos fragmentos, sí puedo decir que son del fémur. Es precisamente el caso presente. Los señores doctores Rocha y Manrique no pueden saber de qué son los dos fragmentos de hueso en cuestión; pero los doctores Fonnegra, Uribe, Sotomayor, Higuera, Méndez y yo, que los tomámos del cuello y *que desmontámos de uno de ellos el gran cuerno derecho del hioides*, sí podemos asegurarles que pertenecen al cuerpo de este hueso. Por consiguiente, de la carta de mi maestro el señor doctor Rocha Castilla saco también los cuatro fragmentos del hioides, á saber: sus dos grandes cuernos y dos fragmentos de su cuerpo, sin haber sumado CANTIDADES HETEROGÉNEAS.

3.º Dice el señor doctor Rocha en su carta:

“No es cierto que usted declarara perentoriamente que el esqueleto costal izquierdo había sido cortado con un bisturí.”

Este hecho lo aseveró el señor doctor Manrique, y tal aseveración fue la que produjo las interrupciones de que habla el señor doctor Rocha en su carta. Esas interrupciones no fueron otras que las producidas por el señor doctor Uribe y por mí, ne-



gando tal hecho, y por el señor doctor Manrique afirmándose en lo dicho y tratando de probar que eso dependía de la fuerza del que lo hiciera. Esto lo oímos todos los que estábamos en el recinto de la audiencia, que no éramos pocos, y es del dominio del público. Sin embargo, el señor doctor Rocha puede haber oído cosa distinta, ó no haber oído ésa.

4.º Dice el señor doctor Rocha en su carta que “ el señor doctor Manrique ha sido provocado á un debate enojoso y á todas luces lamentable.” ¿Quién provocó el debate? ¿los peritos ó el señor doctor Manrique, que atacó injustamente el reconocimiento pericial? Yo tengo para mí que el que ataca es el provocador, y el atacado es el provocado. Si yo me presentara mañana á tratar de destruir un trabajo científico experimental de mi maestro el señor doctor Rocha (suposición inverosímil) con argumentos especiosos ó destituídos de fundamento científico, lastimando su honor y su dignidad, ¿sería yo el provocado ó el provocador? ¿aspiraría yo á que, después de semejante ataque, el honorable maestro permaneciera callado, quedándose ultrajado como la verdad, por consideraciones al discípulo, que no las ha guardado con él? Hasta el presente, ¿he escrito algo que no sea contestación á algún ataque?

Así pues, la carta de mi honorable maestro el señor doctor Rocha Castilla contiene conceptos que no pueden alterar en nada mi dictamen dado al Jurado; ni veo por qué se la pueda presentar como contestación á mis argumentos expuestos en la REVISTA MÉDICA, una vez que en lugar de destruirlos los confirma, como lo he demostrado en el análisis que de ella acabo de hacer.

Nada debo observar á los artículos 2.º y 3.º del señor doctor Manrique, una vez que ellos son la relación que él hizo al Jurado, y esa relación, no enteramente fiel, está yá contestada en mi artículo de la REVISTA MÉDICA.

Como el señor doctor Manrique hace en sus *escritos* hincapié sobre las opiniones del Cuerpo consultor, es bueno que el público sepa á qué atenerse sobre el papel que desempeñó cada uno de los tres profesores que lo compusieron, pues de esta manera se podrá juzgar del aislamiento en que se encuentra el señor doctor Manrique, relativamente al fondo de la cuestión. Si los señores doctores Rocha Castilla y Vargas Paredes halla-

ren que lo tocante á ellos no fuere completamente fiel y exacto, de antemano les suplico que se sirvan corregirme.

*Señor doctor G. Vargas Paredes.*—El señor doctor Vargas Paredes fue llamado por la defensa á hacer parte del Cuerpo consultor, con el objeto de que diera su dictamen sobre la cuestión *dientes*, asunto de su especialidad. Me referiré al último dictamen dado por el señor doctor Vargas Paredes. En la audiencia del 1.º de Diciembre, dedicada únicamente para oír la opinión de los profesores, y cuando ya no podían opinar sino éstos, é inmediatamente antes de constituirse el Jurado en sesión secreta, el señor doctor Vargas Paredes, cuando le tocó su turno, se expresó, poco más ó menos, en los términos siguientes:

“Señores Jurados: tenía preparado un estudio sobre la cuestión piezas dentales, y aun lo llevo conmigo; pero no lo presento, una vez que la defensa ya no puede hablar, y no juzgo hidalgo presentar mi dictamen sobre el particular en momentos en que éste ya no podría ser refutado.”

Si en estas palabras la hidalguía impone silencio, en cambio la lógica habla muy alto. Por consiguiente, el señor doctor Vargas Paredes ni desfiguró ni trató de destruir los hechos cumplidos y relatados en el reconocimiento pericial.

*Señor doctor R. Rocha Castilla.*—El señor doctor Rocha aceptó, en el cuerpo del delito, la existencia de dos fragmentos del cartílago tiroides osificado como “*un hecho extraordinariamente raro,*” motivo por el cual no figura en el reconocimiento pericial, el cual en nada se puede afectar, una vez que este fenómeno no puede impedir el que la señora Arjona haya muerto como lo dice dicho reconocimiento, y una vez que al hacer tal mención no se consolidaron al estado normal, ni el hioides, ni las costillas, ni abanlonaron los dientes sus posiciones anormales para ocupar sus correspondientes cavidades alveolares. El señor doctor Rocha aceptó partes del hueso hioides: sus dos grandes cuernos y “*dos núcleos óseos cuya identidad no ha podido establecer,*” y este dictamen es suficiente para aceptar la existencia del hueso hioides no completo, es decir, no intacto; por consiguiente, su dictamen á este respecto tampoco destruye los hechos, ni es contrario al reconocimiento pericial. El señor doctor Rocha estuvo de acuerdo con los peritos en la cuestión *dientes* y *costillas*. Vemos, pues, que el dictamen del señor doctor Rocha Castilla en nada destruye los



hechos cumplidos, y sí sirve para corroborar el reconocimiento pericial.

Ahora bien: el objeto del Cuerpo consultor era dar luces al Jurado y hacer patente la verdad. Los señores doctores Rocha Castilla y Vargas Paredes cumplieron con su cometido, pues en lugar de oscurecer los hechos, los confirmaron ó no los destruyeron. Mientras que el señor doctor Manrique, que fue el que más habló, lo que hizo fue arrojar al Jurado en las tinieblas, puesto que después de haber tratado de demostrarle que no había existido *violencia* en ninguna parte, se denegó á decirle que la señora había dejado de existir por *muerte natural*.

Mucho se puede hablar sobre las cosas más sencillas, ó más bien tomándolas por pretexto para la disertación que no tiene límites. Así hay la ventaja de poder hablar de sí mismo; de "moral evangélica" en teoría; del amor á la ciencia, por lo cual se la trata con confianza; del respeto por la verdad, aun la inventada; puede uno codearse con Cruveilhier, refutar á Sappey y hacer obras de misericordia como la de *enseñar al que no sabe*. ¡Cuán agradable debe de ser esto de tener altísima idea de sí mismo! Este es un goce muy inocente, que no sale del recinto de la conciencia, que á nadie ofende y que—sin esfuerzo—hace felices á las gentes. ¡Séanlo en buen hora!

Dice el doctor Manrique que la misma doctrina que yo siento (no es mía, es doctrina del sentido común) de que si el hioides estaba incompleto era porque estaba roto (en cuatro fragmentos), es también aplicable al cartilago tiroides, pues si había dos fragmentos de este cartilago, era porque también estaba roto, y en ese caso cesa "lo fenomenal y extraordinario" que yo siento para ese cartilago, y hemos debido agregarlo al reconocimiento, como agregámos los cuatro fragmentos del hioides. Lo *fenomenal y extraordinario* no era la rotura de los huesos, sino la excepcional osificación, á los treinta y seis años, de un cartilago que necesita ochenta para alcanzarla incompleta. No, señor doctor Manrique, esto es lo que llaman sofisma de sustitución, bueno para la exportación, pero inútil para el consumo científico. Los órganos de naturaleza diferente no resisten la aplicación de la misma doctrina ni del mismo tratamiento. Esa doctrina no se puede aplicar igual é indistinta-

mente á un hueso y á un cartílago osificado. El hueso tiene terminada su osificación completa al nacer el individuo ó en los primeros tiempos de la niñez (salvo las epífisis), de manera que si á la edad de la señora Arjona encontramos un hueso dividido en varios fragmentos, es porque ha sido roto, y de ninguna manera porque se haya dividido naturalmente, en el cadáver, por falta de osificación. Al contrario, los cartílagos que se osifican, se osifican tarde, y esta osificación no se hace completa en un momento dado; de tal manera que si se encuentran fragmentos de un cartílago casi osificado, no se podría asegurar que esta división del cartílago fuera efecto de la violencia, ó la separación natural de los núcleos óseos entre sí, por la destrucción de las partes no osificadas que los unía, y que ha podido ser el efecto de la putrefacción cadavérica en el espacio de catorce meses. Vemos, pues, que la doctrina que es aplicable al hueso para determinar la *violencia*, no lo puede ser al cartílago (1).

Las citas que hace el doctor Manrique sobre osificación de los cartílagos, tomadas del señor doctor Rocha, quien las hizo ante el Jurado, manifestando que "*era un hecho extraordinariamente raro á los treinta y seis años de edad,*" vienen á confirmar lo que tengo dicho á este respecto. Los peritos no presentámos al Juez el cartílago tiroides ni montámos las piezas. Lo que el Juez necesitaba era *la relación de lo investigado*, y esta relación de los hechos hallados fue dada juramentada y atestiguada por seis médicos. De la exactitud de esa relación no se puede juzgar por los fragmentos recogidos en el examen á que ella se contrae. El aspecto, la posición, la gravedad de las lesiones, la relación entre unas y otras con referencia á la manera de causarlas, el grado de putrefacción, el desalojamiento de piezas componentes de un órgano bien caracterizado, etc., todo habla, por decirlo así, en un sentido de que sólo el examen pericial sobre el cadáver da la idea completa. Aquélla es una situación compleja de que no se puede tomar objetos aislados, que fuera de la actualidad del examen han enmudecido yá. Han podido llevar al salón de las audiencias muchos otros huesos, como lo deseaba el señor doctor Manrique, sin que esto desfigurara los hechos. Si hubiéramos adivinado el deseo del señor

(1) *Melius est sistere gradus, quam progredi per tenebras.*



doctor Manrique y le habiéramos llevado todos los huesos sanos que él quería, nos habría preguntado, como lo hace ahora para el cartílago: “¿qué hacían allí todos esos huesos sanos figurando en el cuerpo del delito?” Si en la pieza montada existían dos fragmentos del cartílago tiroideos, fue porque se quiso reunir todos los fragmentos óseos hallados, y pertenecientes al aparato laringo-hioideo, que se hallan en una región limitada del cuello, pero han podido presentarse también aislados ó amontonados sin orden, sin que lo uno ni lo otro altere ni desfigure los hechos.

El doctor Manrique insiste mucho en que un cuerno estaba pegado con *cera* y el otro con *alambre*; ¿á qué viene esto? ¿hay alguna regla de moral médica que prescriba que las piezas anatómicas deben ser montadas con alambres, ó con hilos, ó con goma, ó con cera, ó con resina, ó con engastes de oro? No la conozco. Lo que sí sé es que el que las montó quiso hacer ver que el que estaba pegado con *cera* era el que habíamos desmontado para estudiar los fragmentos, y el que estaba con *alambre*, el que se había encontrado desmontado y muy lejos del sitio que debía ocupar.

Por otra parte, ¿qué es lo que constituye y debe constituir el cuerpo del delito? El hecho que aparece haber sido ejecutado para causar en el organismo las lesiones, que los conocimientos científicos tienen establecido que producen efectos determinados, como la muerte, la parálisis, la locura, el idiotismo, etc. La manera como se afecta el organismo da la idea del hecho ejecutado para causar esa afección. Los objetos afectados solos, aislados, sin relaciones de lugar, de posición, de forma, etc., no dan de sí ninguna prueba razonable del hecho que se llama delito.

La prueba del cuerpo del delito—es decir, del hecho criminal—la da un conjunto de objetos afectados en determinados sentido y gravedad, posición, colocación, dislocación, aspecto, relaciones, etc., conjunto que forma una situación—la del examen—que tiene su fisonomía y que ya no se reproduce después. Es en el reconocimiento en donde se encuentra la verdad relatada y entregada al Juez bajo juramento, según leal saber y entender. Es en el reconocimiento en donde está el dictamen de los peritos, que es lo que necesitan el Juez y los Jurados,

una vez que es en éste donde pueden hallar lo que está á su alcance para poder formar juicio, y no los objetos mudos cuya significación no alcanzan, en muchos casos. Si no fuera así, entonces los peritos no hubiéramos hecho estudio ninguno sobre las partes lesionadas, y nos hubiéramos limitado á entregarle al Juez bajo juramento esas partes, diciéndole: ahí tiene esas cosas, señor Juez, y buenas noches. Y la justicia se quedaría con la boca abierta y *un palmo de narices*, cuando los peritos le hubieran volteado las espaldas. Además, supongamos que por cualquier accidente se pierdan las piezas ú objetos estudiados yá, ó que por cualquier incidente se hayan desfigurado (un incendio, la caída de un objeto pesado sobre ellos que los haya triturado ó desfigurado); ¿se acaba por eso la prueba del cuerpo del delito? No; queda entera y consignada en el reconocimiento pericial, que no es otra cosa que la relación fiel y exacta de las cosas como fueron afectadas por los hechos, con expresión de sus diversas relaciones y que únicamente vieron, examinaron y estudiaron peritos juramentados y médicos competentes.

Ejemplo: presenta el señor doctor Manrique al Juez un reconocimiento sobre la persona del señor General Pedro Aldemar Sánchez, en el cual, después de un estudio sobre su estado patológico, declara que está loco. El señor General Sánchez, que no tiene buena salud, se puede morir. Después de muerto, y para efectos de orden civil ó criminal, se presenta un abogado, á quien conviene para la causa que representa, sostener que el señor General Sánchez no estaba loco, y trata de llevar la duda al Juez; éste quiere asegurarse de la exactitud del reconocimiento practicado por el doctor Manrique, y me llama con el señor doctor Rocha y el señor doctor Vargas Paredes, como médicos consultores, para que emitamos concepto sobre el asunto, presentándonos los hemisferios cerebrales; ¿iríamos nosotros, iría yo, á procurar destruir la obra del reconocimiento del doctor Manrique, cuando ya había callado todo lo que hablaba en aquel organismo, y cuando había desaparecido la animación vital que suministró los mejores datos á su estudio? No, de ninguna manera. Nosotros diríamos al Juez: “usted nos llama á juzgar de una escena á que no hemos estado presentes, y que yá no se puede reproducir. Las piezas anató-



micas que tenemos á la vista, no nos dicen nada. El reconocimiento está ajustado á las reglas de la ciencia, y nos atenemos á él.”

Pero si dijéramos: aquí hay una pieza que no es del cerebro propiamente, sino del cerebelo, y lamentamos que no nos hayan traído todo el encéfalo y la medula espinal, y esta pieza no casa con tal otra, etc., el Juez nos detendría para preguntarnos: pero bien, ¿estaba loco? Y nosotros no podríamos contestar, como el doctor Manrique, “no somos jurados, no somos jueces,” sino que tendríamos que decir: “así lo creemos, fundados en el reconocimiento del doctor Manrique.”

¡Mal haya el proceso Carreño-Sepúlveda, que ha venido á presentar ocasión para maltratar el renombre del sabio anatómico Sappey! Sappey, anciano venerado en la ciencia, que ha pasado su vida en la observación sobre los cadáveres, y que ha escrito una obra maestra de anatomía que consulta todo el mundo médico, ¿vendrá hoy á decir, por conducto del doctor Manrique, “que el gran cuerno del hioides se adhiere al cartílago tiroides?” Nó: de estos errores pueden atribuírme á mí los que se quieran, pero al sabio en esta materia no se le puede hacer decir tamaño desatino.

Citando á Sappey, tomo 4.º, páginas 419 y siguientes, que dice “que los ligamentos tiro-hioidianos laterales mantienen *en relación* el hueso hioides con el cartílago tiroides,” el doctor Manrique sienta como una verdad, de referencia al autor, esta proposición experimentalmente falsa: “*Si hay otro hueso al cual se puede adherir el gran cuerno del hioides.*” ¡Y ese otro hueso es el *cartílago* tiroides! Nadie ha dicho, ni menos Sappey podría decir, lo que acaba de enunciar el doctor Manrique. El organismo es solidario, y no estando sus partes componentes aisladas, de ligamento en ligamento, de membrana en membrana y de órgano en órgano, se podría decir que la cabeza se adhiere á la punta de los pies; las aponeurosis cervicofaciales que van de la clavícula hasta el maxilar inferior; ponen *en relación* estos dos huesos, y sin embargo nadie se atrevería á decir que el maxilar inferior se articula ó se adhiere á la clavícula. Entre el hueso hioides y el cartílago tiroides existe un espacio de 2 á 3 centímetros, llenado por los repliegues tiro-hioides, que no darán nunca razón para decir que el gran cuer-

no del hioides se articula ó se adhiere al cartílago tiroides, y que salvan la responsabilidad de Sappey en semejante absurda conclusión. Es el caso, pues, de recordarle al doctor Manrique que ponga en práctica su dicho: “*He permanecido y permaneceré en el campo neutral de la ciencia, y de ahí nadie podrá hacerme salir*” (1).

Afirma el señor doctor Manrique que yo no conocí el cartílago tiroides. En primer lugar, los peritos no nos ocupamos de ese cartílago, y sin negar su existencia, no aceptámos la descripción que de él hizo el doctor Manrique. *Negamos rotundamente que el borde recto sin escotadura, escrito por dicho doctor, sea el borde superior de dicho cartílago*, y establecer su identidad con estos fenómenos, era dar lugar á un debate académico, fuera de lugar en el recinto de las audiencias, sin que por eso la señora hubiera dejado de existir, como lo afirmamos los peritos. En segundo lugar, el señor doctor Rocha observó la presencia del cartílago tiroides, y á pesar de lo *extraordinario* que encontraba en su osificación y en su forma singular, insinuó prudentemente, y por lo bajo, lo que advertía, guardándose de agravar por su cuenta, y sin ser interpellado oficialmente, la prueba de la violencia, también manifiesta en esta pieza; pero el doctor Manrique se apoderó de la observación de origen realmente muy autorizado, y sin prever que iba á reforzar las conclusiones del reconocimiento con una pieza más destrozada, de que él no se ocupó, lanzó sentenciosamente á la audiencia la observación del señor doctor Rocha, quien, interpellado por el mismo doctor Manrique, la confirmó. Ella produjo la sensación contraria de la que debía producir racionalmente, y el doctor Manrique logró—lo que no debía esperar, pero sí lo que esperaba—expulsar el hueso hioides *roto*, con la presencia del cartílago tiroides *también roto*; había muestras visibles de la violencia con un hueso fracturado, y al aparecer otro fracturado también, esas señales desaparecieron. El álgebra del doctor Manrique resolvió el problema así: uno más uno, igual menos dos ( $1 + 1 = -2$ ). Que esto suceda en un Jurado donde el auditorio alcanza á ver la sombra de los patíbulos, puede ser; pero que se sostenga en discusión científica, es increíble, más, es lamentable.

(1) *Amicus Plato, sed magis amica veritas.*



Decía yo al doctor Manrique que se calzara un dedo de guante y que intentara cortar el dedo sin cortar el guante, porque él suponía que las costillas de la señora Arjona, que aparecieron rotas, habían sido cortadas por un sepulturero con bisturí, expresándose en el reconocimiento que en esas costillas se había conservado intacta su membrana de revestimiento, lo que probaba que fueron partidas, quebradas y nó cortadas.

El doctor Manrique me contesta que, cortado su dedo con el guante, él me llamaría á reconocerlo, y que como se habría quitado el guante al efecto, yo no sabría que estuviera ó nó revestido de él. La contestación sería satisfactoria si los cadáveres tubieran la habilidad de quitar y poner, á voluntad, la membrana de revestimiento de sus costillas cuando se los va á reconocer, como el doctor Manrique se pone ó se quita un dedo de guante. Sabrá el doctor Manrique la circunstancia de haber permanecido ilesa la membrana en la rotura, porque leyó el reconocimiento que lo dice, y cree posible cortar la costilla sin cortar el revestimiento; ó no sabe, ú olvidó esa circunstancia, y entonces contradijo lo que no conocía.

Pero bien, doctor Manrique: ¿murió la señora Arjona violentamente, ó de alguna angina explosiva que rompió y botó huesos, cartílagos, costillas y dientes? ¿qué opina? No me diga que usted no es Jurado, porque es al médico-legista á quien toca emitir este concepto bajo juramento; de otra manera, se le habría llamado á hacer clase de osteología entre unos alumnos que no han querido matricularse en ese curso, y de los cuales hay algunos que tienen que absolver ó condenar. Cuando "*hay convicciones íntimas,*" dice uno claro sí ó nó—como Cristo nos enseña,—y cuando no las hay, se dice "qué sé yo," como si no se presumiera de saberlo todo.

Por otra parte, ¿qué discutimos? No será la existencia del cartílago tiroides, que hemos aceptado todos; *lo único que no acepto con respecto á ese cartílago, es su descripción, que la juzgo errónea.* Esta existencia no destruye el cuerpo del delito.

¿Discutimos la existencia del hioides? Tampoco, una vez que he demostrado su presencia, tanto con razones propias como con las mismas palabras del doctor Manrique y con la misma carta del señor doctor Rocha. Por consiguiente, el hueso hioides hace parte del cuerpo del delito.

¿Discutimos la cuestión dientes y costillas? Menos, puesto que el señor doctor Manrique no ha podido demostrar lo contrario de lo que dicen los peritos y los otros dos médicos consultores sobre la materia. Por consiguiente, estas partes *violentadas* quedan haciendo parte del cuerpo del delito.

Para concluir, concretemos la cuestión yendo al fondo de ella, pues en realidad su esencia era la que necesitaba el Juez y los Jurados. ¿La mataron ó no la mataron? ¿Qué era lo que tenían que hacer los peritos? Decirle á la Justicia si la señora Arjona había muerto ó nó violentamente. Los peritos le dijeron que sí. ¿Es falso este dictamen? Veámoslo:

Los primeros peritos, si bien no encontraron la prueba evidente por el estado en que se hallaba el cadáver y porque no pudieron contar con los medios necesarios para su investigación, tuvieron grandes sospechas del crimen, y hoy no dudan de él.

Luégo seis médicos juramentados, entre los cuales se hallan los peritos, lo afirman después de haberlo demostrado.

De los tres profesores que formaron el Cuerpo consultor, dos lo afirman también, á saber:

El señor doctor Vargas Paredes, que me lo manifestó de una manera perentoria, asegurándome la *violencia* llevada sobre las piezas dentales, delante del señor D. Cecilio Cárdenas, en la botica del señor doctor J. V. Rocha. Conozco al señor doctor Vargas, y sé que él no afirma cosas de las cuáles no tiene convicción, y mucho menos se desdirá de lo afirmado.

El señor doctor Rocha Castilla lo ha afirmado á cuatro médicos notables de esta capital, quienes me han autorizado para manifestarlo. A tres de ellos les manifestó que la señora Arjona había muerto como decíamos los peritos, y al cuarto le dijo que la existencia de dos fragmentos del cartílago tiroides no desfiguraba los hechos, sino que los corroboraba agravándolos. Por lo demás, esta opinión dada á cuatro particulares, personas idóneas y caracterizadas, se desprende también de lo que dije ante el Jurado.

Además, el Cuerpo médico y la sociedad en general, que han seguido con interés esta cuestión, tampoco dudan de que la señora Arjona fue muerta violentamente, como dicen los peritos.



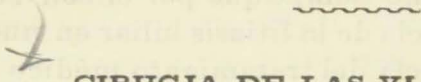
Unico, pues, el doctor Manrique trató de destruir los hechos, y, no obstante esto, dejó al Jurado en la duda de lo que creía dicho doctor con respecto á la normalidad de dicha muerte.

Por consiguiente, los peritos cumplimos moral y científicamente con nuestro deber al aclarar á la Justicia, y permanecemos con nuestra conciencia tranquila, sin temer el fallo de la sociedad ni el ataque destituido de razón.

En adelante me abstendré de contestar á otros escritos que no se contraigan á la cuestión puramente científica. Las digresiones, las alusiones personales, las expresiones del resentimiento, no caracterizan ni desfiguran el cuerpo del delito que es objeto del estudio; y si no nos proponemos hacer viso, consignémonos á la decisión del Cuerpo médico en su Academia, excusándole al público la aridez de un debate sobre anatomía.

J. DAVID HERRERA.

(Continuará).



### CIRUGIA DE LAS VIAS BILIARES

Fieles á nuestro propósito, nos imponemos hoy la tarea de tratar en esta revista general uno de los asuntos de actualidad en este centro del saber humano: queremos hablar de las intervenciones quirúrgicas que se practican en las vías biliares.

Aunque ideadas y practicadas, es verdad, algunas de ellas por los antiguos cirujanos, el campo de que disponían era muy restringido, el *modus operandi* muy complicado y defectuoso, y los resultados operatorios, tanto próximos como remotos, eran en su mayor parte lamentables. El fatal tributo pagado por las peritonitis post-operatorias, relegó al olvido estas prácticas, que renacieron en la época en la cual la antisepsia marcó á la cirugía rumbo fijo y seguro, agregando á la audacia para la intervención la seguridad en el resultado. Con razón, pues, puede decirse que ellas constituyen en nuestros días uno de los merecidos laureles conquistados en el vasto campo de la cirugía moderna.

Aquellos á quienes interese particularmente el lado histó-

rico de la cuestión, pueden consultar con fruto una excelente memoria publicada por el doctor Paul Rodet. Nosotros no tenemos la intención de entrar en largos desarrollos bibliográficos, y nos limitamos solamente á citar los progresos aceptables en teoría y confirmados en la práctica.

Tres son las operaciones que hoy se disputan el puesto de honor; sin embargo, se alcanza á divisar en el porvenir una era de victoria para cada una, en la cual no sean, como lo son en la actualidad, rivales para aliviar un mismo género de dolencias.

Entraremos en el estudio de cada una de ellas, y trataremos, sin idea preconcebida, de adquirir un juicio sano sobre el fin que se proponen y de analizar cuidadosamente los resultados obtenidos.

Nos hemos impuesto esta tarea seducidos por los admirables resultados que con frecuencia hemos visto obtener en los Hospitales de París, especialmente en los servicios de Tillaux, Ferrier y Duplay, al mismo tiempo que por el convencimiento que tenemos de la frecuencia de la litíasis biliar en nuestra altiplanicie y de la insuficiencia del tratamiento médico en la mayor parte de los casos.

*Colecistotomía.*—Como su nombre lo indica, esta operación consiste en la apertura de la vesícula biliar, con el objeto de vaciar su cavidad distendida por líquidos variados y extraer los cálculos que allí puedan encontrarse. Fue ideada por el cirujano francés J. L. Petit, en 1743, practicada por la primera vez por Bobbs, de Indianópolis, y vulgarizada en estos últimos años por Lawson Tait.

El proceder operatorio que vamos á transcribir es el más habitualmente seguido y conocido con los nombres de proceder en un solo tiempo ó método de Sims:

Incisión vertical de seis á ocho centímetros, siguiendo, sea el borde externo del músculo recto del abdomen, sea la línea media; esta última vía presenta la ventaja de dar al operador mayor campo y claridad, expone menos á las hemorragias, accidente frecuente en los hepáticos (Verneuil), é impide las ulceraciones de la superficie del hígado por los hilos metálicos con los cuales se hacen las suturas profundas (Obs. de Vicent). Una vez que se llega al peritoneo, se tiende entre dos pinzas



y se abre con el bisturí; el dedo índice introducido en el fondo de la herida debe explorar la vesícula y sus canales vectores. Por medio de esta exploración el practicante puede apreciar: la naturaleza de la enfermedad, la situación, en relación con los órganos vecinos; la mayor ó menor extensión de las adherencias; el grado de distensión vesicular, que le indicará la oportunidad de una función exploradora; podrá realizar además las maniobras aconsejadas por Handfield Jones, en el caso de que concreciones calculosas obstruyan los canales cístico ó colédoco: si se trata de una obstrucción cística, se hará emigrar el cálculo á la vesícula por medio de presiones suaves y prudentes; si es colédoca, se deberá intentar en primer lugar hacerle seguir su curso para el intestino, cosa muy difícil de obtener, ó se le hará retrogradar á la vesícula, tentativa casi siempre coronada de éxito

Terminada la exploración, se procede á la incisión de la vesícula; algunos cirujanos creen con razón que es prudente fijar la vesícula á la pared abdominal y evitar, por este medio, la caída de líquidos en la cavidad peritoneal, y al efecto recurren á una aguja curva, fina y redondeada, y suturan con hilos de plata ó con crin de Florencia.

Abierta la vesícula y retirado su contenido líquido, se procede á la extracción de las concreciones que invaden su cavidad y sus canales; algunas veces esta operación se dificulta, y entonces es necesario recurrir á curetas y trituradores, que deben aplicarse con el mayor tacto y prudencia á fin de evitar una perforación. Para terminar se lava cuidadosamente la cavidad vesicular, se pone uno ó varios drenes y se aplica una curación antiséptica.

En Alemania se elogia mucho una modificación del procedimiento anterior; modificación que consiste en retardar la apertura de la vesícula biliar después de hecha la sutura, hasta que haya adherencias que impidan la infección peritoneal. Esta práctica no se usa en Francia, teniendo en consideración que se complica gratuitamente el manual operatorio, se retarda con perjuicio del enfermo el resultado último, é impide en caso de necesidad la anastomosis con el intestino.

La colecistotomía ideal, *ideal colecystotomy*, de los americanos, preconizada por Spencer Wells, presenta el grave incon-

veniente de exponer á que la bilis ó las secreciones vesiculares franqueen las suturas y determinen la muerte inmediata por peritonitis. La operación consiste en hacerle á la vesícula, libre de su contenido, una sutura de Lembert y reducirla en el abdomen sin dejar la fístula consecutiva que exige el método de Sims.

*Colecistectomía.*—Uno de los inconvenientes de la colecistotomía consiste en la persistencia por más ó menos tiempo de una fístula, que da paso ya á bilis, ya á moco-pus, según que el canal colédoco ó el cístico estén obstruidos; sin embargo, es frecuente observar mayor rapidez en el proceso cicatricial cuando se trata de una fístula operatoria, que en los casos de fístula espontánea. En las fístulas consecutivas á la impermeabilidad del canal colédoco es imposible obtener la curación, á no ser que dicho canal recupere su permeabilidad; pero cuando son causales de una obstrucción cística, el cirujano dispone de algunos medios que vienen en ayuda de la naturaleza, tales como cauterización de los bordes de la fístula, las inyecciones irritantes en el trayecto y el avivamiento seguido de autoplastia. Hay muchos casos en los cuales estos medios encallan, y entonces se recurrirá á la colecistectomía; operación ideada y practicada por Laugembuch en 1882.

La técnica operatoria hoy adoptada consiste en practicar una incisión vertical de 12 á 15 centímetros sobre el borde externo del músculo recto, y otra horizontal de 4 á 5 centímetros, que partiendo de la parte media de la anterior, se dirija hacia el apéndice xifoide, de modo que formen una T horizontal =  $\Xi$ .

Una vez que se ha abierto el peritoneo, es necesario hacer una minuciosa exploración de los canales biliares, con el objeto de investigar si existen cálculos, pues es de la mayor importancia saber si el canal colédoco está enteramente libre ú ocupado por una concreción fácilmente desalojable, porque en el caso contrario la operación está contraindicada. En seguida se aísla la vesícula de sus conexiones con el hígado y del peritoneo, si existen adherencias, sirviéndose de tijeras á fin de evitar una herida del hígado que ocasionaría serias hemorragias.

La parte difícil de la operación consiste en aislar el canal cístico, que tiene relaciones muy importantes y de las cuales es difícil darse cuenta no disponiendo sino de un campo muy restringido.



Cuando se ha aislado el canal, se secciona, para lo cual se hacen dos ligaduras. Langembuch prefiere dos hilos fuertes de seda; Hyernaux propone hacer la sección entre dos pinzas de Péan; pero nos parece más práctico y más quirúrgico seguir á Deroubair, quien se sirve de agujas curvas especiales, provistas en una extremidad de ganchos excéntricos, terminadas en la otra por una cabeza roma; esta extremidad hace las veces de un estilete; con ella se perfora el peritoneo, por medio de frotos, de pequeños movimientos de vaivén combinados con un esfuerzo de propulsión; cuando la aguja ha atravesado la serosa, se retira la cabeza que arrastra consigo la aguja y el hilo. Se hacen así dos ligaduras: una primera en el origen del canal cístico, una segunda un poco más lejos, y se divide entre las dos.

Para concluir se suturan separadamente los labios del canal cístico, el peritoneo y los demás planos abdominales; así se asegura la conclusión completa de la cavidad abdominal, se independiza dicha cavidad de los accidentes de la herida exterior, y por último se conjura toda clase de eventración.

*Colecistenterostomía.* — La persistencia de la fistula en la colecistotomía, y la victoria obtenida por la bilis sobre la ligadura hecha al canal cístico en la colecistectomía cuando se trata de remediar por estas intervenciones las obstrucciones existentes ó posibles del canal colédoco, dio margen á la concepción teórica de Nussbam (1880) y á la realización práctica de la colecistenterostomía por Winurvarter; operación que consiste en establecer una anastomosis entre el intestino y la vesícula y conseguir de este modo que la bilis continúe su camino habitual.

La apertura de la pared abdominal y del peritoneo se hace como en la colecistotomía. En seguida se introducen dos dedos que se hacen deslizar sobre la pared anterior del estómago hacia el surco que separa el piloro del duodeno, y se trae á la herida exterior todo lo que se pueda de este intestino, y se le confía á un ayudante. Luégo se trae la vesícula cerca del duodeno para proceder á la anastomosis.

En la generalidad de los casos la vesícula está distendida por bilis y moco-pus, y encierra concreciones calculosas. Este contenido séptico debe evacuarse por una punción con aspiración ó por una incisión, según la mayor ó menor concentración

del contenido; en el último caso se limpiará bien la cavidad, y aun más, se hará aséptica con una esponja embebida de un líquido antiséptico. El intestino debe someterse también á precauciones preliminares, pues contiene materias sépticas y una cantidad considerable de microbios. Se saca el ansa intestinal y se le rodea de compresas hervidas, y por medio de los dedos se hace correr el contenido intestinal, dejando libre en lo posible la parte de intestino que se haya elegido como sitio de la fístula.

La unión del intestino á la vesícula puede hacerse según el método de Terrier: *procedimiento en un solo orden de suturas serosas*, ó el de Colzi: *procedimiento de dos ojalos*. Transcribimos este último á causa de las inmensas ventajas que goza sobre el anterior. Se hace una incisión transversal de 15 milímetros de extensión en el fondo de la vesícula, que forme necesariamente un ojal que tiene un labio anterior y uno posterior; cosa semejante se hace en el intestino con el objeto de que el ojal que resulte corresponda exactamente al de la vesícula. Hecho esto, se practica primero la sutura de los labios posteriores y en seguida la de los anteriores; los labios posteriores se unen por medio de una primera sutura serosa; cada hilo debe seguir un trayecto perpendicular al ojal, atravesando las tunicas intestinales sin comprender la mucosa, á una distancia de 4 á 5 milímetros del borde libre; hilo que debe salir más lejos, á una distancia igual, para conducirlo del mismo modo en las paredes vesiculares; se colocan así 5 ó 6 hilos que, una vez anudados, determinen la unión de las superficies serosas en una extensión de 4 á 5 milímetros, y á una distancia equivalente de los dos labios posteriores del ojal. El segundo orden de suturas sirve para unir los bordes mucosos que se han respetado, y para ello basta atravesarlos con 5 ó 6 hilos á 1 ó 2 milímetros del borde libre. En la sutura de los labios anteriores, la de la mucosa, elevando el hilo del borde libre del labio anterior del intestino de afuera hacia adentro, y en la vesícula, de adentro hacia afuera. En la unión serosa se atraviesa el intestino á 5 ó 6 milímetros de la sutura mucosa, haciendo salir la aguja á 1 ó 2 milímetros de ésta y penetrando de igual manera en la serosa vesicular. Terminada la anastomosis, se desinfecta la cavidad y se cierran las paredes abdominales como en una laparotomía ordinaria.



Antes de entrar en las indicaciones operatorias, nos detenemos un momento para tocar someramente la importante cuestión de la mortalidad.

Bien conocidos son, para no insistir, los defectos de que adolece una estadística general de mortalidad; en primer lugar toda operación tiene un período de ensayo que aumenta necesariamente los accidentes debido á la ignorancia que existe sobre las indicaciones por que se interviene casi siempre en enfermos debilitados, y sobre todo si se considera la inferioridad en la cual se encontraban los cirujanos hasta hace veinte años en las operaciones abdominales. Pero afortunadamente en nuestro caso particular, la estadística ha sido estudiada comparativamente según los años, que da un término medio de mortalidad muy vecino de la exactitud. El doctor Rodet, en la Memoria citada, nos suministra los siguientes datos: la colecistotomía da una mortalidad de  $12\frac{1}{2}$  por 100; la colecistectomía, de 12 por 100, y la colecistoenterostomía, de 14 por 100.

Si tenemos en consideración el poco número de colecistoenterostomías hasta el día practicadas (7), vemos que las tres operaciones dan una mortalidad próxima de 12 por 100. Abriéramos la esperanza de que con los progresos modernos la mortalidad éntre en un período de progresión decreciente.

*Indicaciones generales.*—La litíasis biliar, por los accidentes que determina del lado de la vesícula y de los canales vectores, es una de las afecciones que suministran mayor número de indicaciones, bién seguida de las obstrucciones ocasionadas por cuerpos extraños ó por compresión de un tumor vecino, y en fin, en los casos raros de cáncer primitivo y perfectamente localizado á la vesícula.

El accidente que puede llamarse normal de la litíasis, el cólico hepático, puede en algunos casos, restringidos es verdad, imponerse como indicación operatoria, cuando crisis violentas amenazan la vida del enfermo.

La situación del cálculo ó las alteraciones de vecindad que determina vienen á ser otras tantas fuentes de indicaciones; en efecto, las obstrucciones del canal cístico aislan por completo el recipiente vesicular del resto de la glándula hepática y dan origen á una hidropesía, mantenida por la secreción mucosa de sus paredes; la impermeabilidad del canal colédoco deter-

mina una serie de accidentes bien conocidos: tumor biliar, reabsorción de la bilis, alteraciones orgánicas del hígado, perturbaciones funcionales del aparato digestivo, etc. etc. Entre las alteraciones de vecindad, tenemos las inflamaciones de la mucosa vesicular y de sus canales, que ocasionan la formación de un empiema vesicular y dejan obstrucciones en los canales, ocasionadas por las reliquias cicatriciales de una angiocolitis ulcerosa.

Son también justificables al tratamiento quirúrgico las fístulas biliares de origen espontáneo ú operatorio cuando el proceso cicatricial es muy lento.

*Contraindicaciones.*—Las contraindicaciones están regidas por los mismos preceptos aceptados en general para toda operación quirúrgica; teniendo además presente que el agotamiento vital es muy precoz en los hepáticos debido á las perturbaciones nutritivas, que son consecuencia de la coliemia (estado discrásico de la sangre, perturbaciones digestivas).

Antes de tocar el delicado asunto relacionado con el campo de acción que á cada una de las operaciones estudiadas corresponde, hacemos notar las dificultades que rodean el diagnóstico diferencial entre la variedad de accidentes mencionados, que hará vacilante la mano del cirujano que emprenda premeditadamente tal ó cual operación; sin embargo, la *Laparotomía exploradora* es en nuestros días un poderoso medio diagnóstico, que viene en ayuda de la semiología ordinaria. Sirviéndose de esta vivisección terapéutica, el cirujano puede practicar una juiciosa exploración y observar *in loco* la topografía de las lesiones; yá hemos insistido varias veces sobre ella, y creemos inútil entrar en nuevas divagaciones.

El estudio paciente de las observaciones hasta el día publicadas, y las consideraciones que nos sugieren la anatomía y la fisiología, nos animan á resumir así las *indicaciones especiales* á cada operación:

La *colecistotomía* parece indicada en los casos de cálculos de la vesícula con permeabilidad inmediata ó realizable de los canales cístico ó colédoco; en el empiema, cuando no coexista con él una alteración orgánica de las paredes vesiculares; en las hidropesías sin distensión muy considerable, y por último, en las obstrucciones producidas por un tumor vecino, como medio paliativo.



Se recurrirá á la colecistectomía en las crisis violentas de cólico hepático que por su repetición se hacen insoportables ó amenazan la vida del enfermo; en las obstrucciones calculosas del canal cístico, á condición de que la resección comprenda la parte del canal obstruída, á fin de prevenir una perforación ulterior; en las hidropesías y en los empiemas que hayan determinado la degeneración de la pared vesicular; como tratamiento radical de las fístulas, á excepción de las ocasionadas por una obstrucción colédoca, y en fin, en los casos raros de cáncer primitivo y localizado á la vesícula.

Entran en el dominio de la colecistoenterostomía todas las obstrucciones completas é incompletas del canal colédoco, ya por cálculos, por hidatides ó por bridas cicatriciales, y como tratamiento exclusivo de las fístulas que están bajo la dependencia de una impermeabilidad colédoca.

Inútil nós parece advertir las reservas que sobre este incompleto resumen conservamos; la ciencia avanza, y lo que se acepta hoy puede negarse mañana; sin embargo, siempre quedan bases fijas, y es muy satisfactorio reconocer la benignidad operatoria, la variedad de indicaciones que reclaman el auxilio quirúrgico y, como complemento, los halagüenos resultados obtenidos. Estos progresos nos pueden arrastrar hasta el extremo de descuidar, en parte, los estudios concernientes al diagnóstico, y subyugar al bisturí las indicaciones operatorias. A este respecto nos decía Tillaux, el eminente cirujano del *Hôtel Dieu*, hablando de la benignidad operatoria, lo siguiente:

“Pero de esta misma benignidad resulta un escollo: una gran tendencia á practicar operaciones sin haber asegurado el diagnóstico de una manera suficiente. ¿No oyen decir ustedes algunas veces: ‘opérenos primero, y entonces veremos de qué se trata?’”

“Exploremos, sin duda, atrevidamente el campo maravilloso que nos ha abierto la antisepsia, pero conservemos también, señores, la tradición de la cirugía francesa del siglo XIX, y continuemos estudiando cuidadosamente la historia de las enfermedades, el diagnóstico y las indicaciones operatorias.”

MANUEL ANTONIO PÉREZ.

París, Septiembre 25: 1891.

**CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA HIGIENE****HISTORIA SUCINTA DE LA LEPRO EN PAIPA***(Continuación)*

Las personas más autorizadas de Paipa con quienes he averiguado sobre la aparición del primer caso de elefancia habido en este pueblo, me han dicho siempre que esta enfermedad fue conocida en él hace 45 años á lo más. Su propagación ha sido felizmente seguida por ellas, y los casos existentes han sido casi todos rectificados por mí hasta donde me lo han permitido mis propios esfuerzos, por no tener autorización para ello, con excepción de unos cinco recientemente infectados, que ni ellas pueden conocer ni yo he podido examinar. Todos en el pueblo están de acuerdo en que dicha propagación se ha efectuado tal como la relato en seguida. Naturalmente, hay muchos casos que no se ligan en manera alguna con los demás; pero creo que no se puede exigir más precisión de parte de personas extrañas á la ciencia, ni de una historia que no se ha seguido tan rigurosamente como lo exigen ésta y aquélla. Por eso he separado con números los casos que no se relacionan directamente; pero bien se comprende que el género de vida habitual, las costumbres, la topografía, etc., de nuestras poblaciones, deben haber tenido y tener la influencia más activa sobre dicha propagación, por lo mismo que la lepra era hasta entonces enteramente desconocida en este pueblo.

**I**

Modesto Molano, nacido en Paipa, maletero, de mediana constitución, de temperamento nervioso, casado con Clemencia Padilla, y de unos treinta y seis años de edad cuando murió, fue, al decir de la mayoría, la primera persona atacada en Paipa de elefancia de los griegos. Duró enfermo cosa de ocho años, y murió, á consecuencia de esta enfermedad, hace treinta y ocho, poco más ó menos. Sus padres, cuyos nombres se ignoran, murieron de otra enfermedad antes de enfermar él, y no tenían antecedente alguno de familia. Tres hermanos que tenía (Manuel, X, Y) murieron después que él, pero no de elefancia, que ni aun la padecieron. Su esposa, de Paipa también, sin antecedente alguno hereditario, murió de elefancia,



á consecuencia quizá de sus relaciones conyugales, pues jamás se separó de su marido. Posteriormente, ni la familia de él ni la de ella han tenido la lepra. Ella tenía tres hermanos: Tadeo y Nepomuceno, que murieron de otra enfermedad, y Manuel, que tiene ocho hijos, entre ellos dos varones, todos aparentemente sanos lo mismo que él.

## II

Pedro Prieto, de Paipa, de cincuenta años poco más ó menos cuando murió, de constitución fuerte, temperamento sanguíneo, agricultor, casado en primeras nupcias con Natividad Rincón, de Sátiva Norte, en donde murió él hace unos treinta y seis años y donde vivió muchos años el resto de su vida, era hijo de Andrés Prieto y Manuela Granados. Contrajo la lepra en Soatá ó en Sátiva Norte, cuando era vecino de estos lugares; sus padres no tuvieron antecedentes respecto á esta enfermedad ni padecieron de ella; murieron. Estos tuvieron cinco hijos más: Andrés, Francisco, Manuel, Anita y María del Rosario, y ninguno de éstos ha padecido de elefancia; aún viven sanos Manuel y María del Rosario; pero Pedro Prieto tuvo un hijo en Natividad, Antonio Prieto R., que nació en Sátiva también. Este hombre vive en Soatá, casado con una mujer nacida allí, cuyo nombre se ignora, en la cual tiene tres hijos, sanos todos lo mismo que él y Natividad su madre. Los padres de la esposa de Antonio ni ella misma han padecido de elefancia. Pedro Prieto estuvo cierto tiempo viviendo en Quebradahonda, paraje muy cercano á Paipa, y entonces tenía trato íntimo con algunos individuos de este lugar.

Andrés Prieto G. fue casado con Bárbara Granados, y tuvo cinco hijos en ella: Isabel, María del Rosario, Toribio, Camilo y Martín, todos sanos. Bárbara no tuvo antecedentes de elefancia ni enfermó de ella; pero se ignora el nombre de sus padres. Sus hijos Toribio y Martín viven sanos al parecer.

Francisco Prieto G. no tuvo hijos, como tampoco Manuel ni María del Rosario.

Anita Prieto G., casada con Pedro Granados, tuvo tres hijos, que fueron: David, Manuel y José María, los cuales murieron de enfermedades distintas á la elefancia. David tuvo

dos hijos en una concubina, de los cuales nada se sabe, como tampoco de ella; los otros dos no tuvieron hijos.

### III

Estanislao Vargas, que murió hará treinta y cinco años, de constitución fuerte, temperamento sanguíneo, nacido en Paipa, agricultor, casado con Loreto González, hijo de José Ramos Vargas y Dominga Yote, ambos de Paipa, resultó enfermo de elefancia hace unos cuarenta años. Sus padres no padecieron ni tuvieron antecedentes de elefancia. Duró enfermo cosa de doce años, y durante este tiempo tuvo cuatro hijos en su esposa: José Ramos, Manuel, Inocencia y Rafael; de éstos sólo Manuel resultó y murió enfermo de elefancia. Loreto G. de Vargas era hija del señor Cayetano García, y ni ella ni él sufrieron de elefancia ni tuvieron antecedentes hereditarios, porque la madre de Loreto murió de enfermedad distinta.

Manuel Vargas González, nacido en Paipa lo mismo que sus hermanos, agricultor, de unos cincuenta años cuando murió, poco después que su padre, de robusta constitución y temperamento sanguíneo, era casado con Luz Avendaño, en quien tuvo cuatro hijos antes de desarrollársele la enfermedad, que son: Estanislao, Salomón y Alcibíades, que viven aparentemente sanos, y una mujer, Ramona, que cuenta hoy unos treinta años, soltera, agricultora, de robusta constitución, de temperamento sanguíneo, y que está elefanciaca hace unos dos años. Luz no tuvo antecedentes de familia, y murió de otra enfermedad antes que su esposo. Manuel vivió después amancebado con Natalia Avendaño, hermana de Luz, la cual existe sana en apariencia. En Natalia tuvo dos hijos: una mujer, Loreto *Avendaño*, que tiene unos veintiséis años de edad, soltera, hilandera, de robusta constitución y temperamento sanguíneo, y un varón, Abraham Avendaño, que aparenta estar sano. Natalia, de constitución fuerte y temperamento sanguíneo, no ha tenido, lo mismo que su hermana, antecedente de familia.

Anselmo Ramírez, de Paipa, de robusta constitución, de temperamento sanguíneo y de unos cuarenta años cuando murió de elefancia, contrajo esta enfermedad con Estanislao Vargas, á quien asistía como su sirviente que era, porque no



tenía antecedente alguno de familia, aunque se ignora el nombre de sus padres. Era soltero y no tuvo hijos.

#### IV

Gertrudis Jiménez, de Paipa, hilandera y colorista, hija de Florencio Jiménez y X. Abella, de cincuenta y cinco años, poco más ó menos, cuando murió de elefancia, era casada con Miguel Abella. Sus padres, que murieron antes de enfermar ella, no padecieron de elefancia ni tuvieron antecedentes de familia. Ella tuvo cinco hijos: Claudio, Agustín, Dolores, Abraham y Leovigilda, en su orden respectivo. De éstos enfermaron de elefancia, antes de morir ella, Abraham y Agustín. El marido, Miguel, que murió, no tuvo esta enfermedad ni antecedentes de familia. Aun viven tres de sus hijos: Dolores, Abraham y Leovigilda.

Abraham Abella Jiménez, casado con Norberta Camacho, resultó enfermo de elefancia después de su matrimonio. Los padres de Norberta, José Camacho y Nicasia Lara, de Cerinza ambos, murieron en Bogotá de otra enfermedad. Norberta tenía dos hermanas en Paipa, y ninguna de ellas, ni ella misma, ni miembro alguno de su familia, enfermaron de elefancia. Abraham vive hoy en Agua de Dios.

Agustín Abella Jiménez, de Paipa, de constitución fuerte, temperamento linfático y de treinta y cinco años próximamente cuando murió de elefancia, hijo de Miguel y Gertrudis, lo mismo que Abraham, tejedor, fue casado con Bonifacia Abella, su prima hermana, hija de Antonio Abella y Pía López; pero tuvo una hija en Francisca Abella, su prima hermana también, Sagrario Abella A., que cuenta hoy unos diez y seis años y que padece de elefancia. Francisca está también leprosa sin antecedentes de familia, pues sus padres, que aparentemente están sanos, no han tenido tampoco antecedentes hereditarios.

Claudio Abella Jiménez era casado con Filomena Rojas, que aún existe sana al parecer; él murió de otra enfermedad. Dolores Abella Jiménez, esposa de Agustín Abella Cárdenas, con quien casó quince años há, está aparentemente sana. Tiene cinco hijos, todos sanos también al parecer.

A Leovigilda Abella J. no se le ha declarado la enferme-

dad; pero Telésforo Rojas, su concubino, fue atacado en seguida, quizá á consecuencia del trato íntimo con Abraham Abella J., el hermano de Leovigilda, su compañero inseparable, ó con [Gertrudis Jiménez, la madre de Abraham y Leovigilda. Leovigilda fue casada, antes de tener relaciones con Telésforo, con Tobías Rodríguez, quien existe sano al parecer. De éste tuvo una niña, Teresa Rodríguez, que cuenta hoy unos doce años y que parece estar sana; pero después tuvo un niño de Telésforo, llamado Marcos Rojas, quien parece estar enfermo.

Telésforo Rojas, de cuarenta y ocho años de edad próximamente, nacido en Paipa, de constitución fuerte, temperamento sanguíneo, talabartero, fue casado con Josefa Andrade, hija de Manuel Andrade y Rafaela Monroy. Josefa es una mujer sana, lo mismo que sus cinco hermanos: Orosia, Dolores, Elena, Sara y Solón, quienes tampoco tienen antecedentes mórbidos respecto á la elefanciá. Telésforo tiene tres hijos en su esposa, uno varón, Desiderio, de unos diez y seis años de edad, y dos mujeres, Raquel y Naciencena. Raquel, de unos diez y ocho años, está elefanciaca; está casada con Máximo Benavides, hombre robusto, sano en apariencia y que no tiene antecedentes de familia. Naciencena, de unos catorce años, también está aparentemente sana.

Bonifacia Abella, prima hermana de Agustín Abella J., de Paipa, de unos cuarenta y cinco años de edad, tejedora, de mediana constitución, temperamento bilioso, casada en primeras nupcias con Agustín Abella Jiménez, de quien tuvo dos hijos, Antonio y Crescencia, que murieron de otra enfermedad á la edad de cuatro años el primero, y de un mes la segunda; y en segundas nupcias con David Riaño, de quien tiene los tres últimos hijos: Secundino, que tiene nueve años; Ramón seis y Melquíades cuatro, todos sanos aparentemente, enfermó, dice, hace siete años. Es hija de Antonio Abella y Pía López, quienes, yá lo dije, existen y están sanos. Estos tuvieron cinco hijos más: Máxima, Felipe y Juana, que murieron de enfermedad distinta á la que ella tiene, y Nepomucena y Máximo, que están sanos y son hilandera y comerciante, respectivamente. Nepomucena tiene seis hijos, todos buenos; y Máximo, tres, buenos también.

MANUEL S. ALGANDONA.

(Concluirá).



# EPILESSIA • ISTERISMO • NEVROSI

Il **SCIROPPO** di **ENRICO MURE** al **Bromuro di Potassio** (esente da cloruro e da ioduro) provato con tanta cura dai Medici degli ospizi speciali di Parigi, ha determinato un numero notabilissimo di guarigioni. Le raccolte scientifiche le più autorevoli ne fanno fede.

Il successo immenso di questa preparazione di bromuro in Francia, il **Henry MURE, A. GAZAGNE**, Gendre et Succ<sup>r</sup>, Farm<sup>ia</sup> a **PONT-ST-ESPRIT (Gard) FRANCIA**

Inghilterra, in America, è dovuta tanto alla purità chimica assoluta, e alla dose matematica del sale impiegato, come alla incorporazione di esso con un sciroppo di scorze d'arance amare, d'una qualità finissima.

Ciascuna cucchiata del **SCIROPPO** di **ENRICO MURE** contiene due grammi di bromuro di potassio.

Prezzo del Flacone L. 5.

DEPOSITO IN TUTTE LE BUONE FARMACIE



## JARABE DE CARACOL DE MURE

"Hace cincuenta años que ejerzo la medicina y no he encontrado aun un remedio más eficaz que el caracol contra las irritaciones del pecho."

D<sup>r</sup> CHRESTIEN, de Montpellier.

Este Jarabe de un excelente sabor es de poderosísima eficacia contra las irritaciones de la garganta, y del pecho, la fluxion, la toz persistente, el catarro agudo ó crónico.

Farmacia MURE, Pont-St-Esprit, Francia.

A. GAZAGNE, YERNO Y SUCESOR  
Y EN TODAS LAS FARMACIAS

### TÓNICO

DOSIS :

1/2 cucharadita  
&  
una cucharada  
grande.

## QUINIUM ROY GRANULADO

### FEBRÍFUGO

DOSADO :

á 0 gr. 10  
de Alcaloides  
por  
cucharadita.

Normal de Quina, formado del extracto acuoso y del Quinium, conteniendo cinchona y los Alcaloides de la quina. — **SOLUBLE** en el agua y el vino.

2, rue Michel-Ange, PARIS.

# NO MAS ENFERMEDADES del PECHO

Haciendose cada día una inyeccion subcutanea con el contenido de una pequeña jeringa **Pravaz (modelo Le Brun)** llena de **Eucalyptina LE BRUN**, se cura la **Tisis**, las **Bronquitis**, y los **Catarros pulmonares**.

La **EUCALYPTINA LE BRUN** no lleva morfina

## ENFERMEDADES DEL CORAZON

Las **Grajeas Tonicardiacas LE BRUN**, tomadas á la dosis de 4 á 10 por día, curan las **Enfermedades del Corazon**, las **Palpitaciones** y la **Hidropezia** la mas avanzada.

**LE BRUN**, Farmacéutico-Químico, 50 y 52, Faubourg-Montmartre, y 47, calle Lafayette, á **PARIS**

Pídase al Señor **LE BRUN** las atestaciones medicales de los Medicos franceses sobre estos dos Productos.

Depositarios en **Bogota** : **MEDINA HERMANOS**.



# PASTA y JARABE de NAFÉ

de DELANGRENIER 53, rue Vivienne PARIS

Contra los *Rhumas*, *CFIPE*, *Bronquitis*, *Irritaciones del Pecho* y la *Garganta*. — Cincuenta Medicos de los Hospitales de Paris han comprobado su poderosa eficacia. No contiene opio ni sales de opio, tales como la *morfina* ó *codeina*: puede darsele sin temor á los niños atacados de tos ó de **COQUELUCHE**.

# RACAHOUT DE LOS ÁRABES

Indispensable á las *personas débiles* del *pecho* ó del *estómago* y á las que padecen de *digestiones laboriosas*. Es particularmente apreciable para los niños en quienes favorece el *desarrollo* de las *fuerzas* y el *crecimiento* preservándolos de las enfermedades comunes á la *niñez*.

Aprobados por los miembros de la *Academia de Medicina de Francia*.

DEPOSITO EN TODAS LAS BUENAS FARMACIAS DE LAS AMÉRICAS

## PASTILLAS Y ELIXIR HOUDÉ DE CLORIDRATO DE COCAÍNA

Gracias á la anestesia que producen, las *Pastillas Houdé* procuran el mayor alivio y calman los dolores en las *enfermedades* de la *garganta*, en las *ronqueras*, las *extinciones de la voz*, las *laringitis*, las *anginas*, y los *accesos de asma*. — Ellas contribuyen á hacer desaparecer las *comezones*, los *pruritos*, las *sensaciones de irritación* y á *tonificar las cuerdas vocales*. Son muy útiles para combatir las enfermedades del *esófago* y del *estómago* facilitando la *deglución*.

**DOSIS**: Cada una de nuestras pastillas contiene 2 miligramos de *Cloridrato de Cocaína*. **MODO DE EMPLEARLAS**: De 6 á 8 cada día según la edad. Débense tomar una hora antes de la comida.

En razón de sus propiedades anestésicas, el *Elixir Houdé* constituye un poderoso sedativo de las *neurosis del estómago*. — Recomendado para combatir las *Gastritis*, *Gastralgias*, *Dispepsias*, los *Vómitos*, el *Mareo*, calma también los dolores del *estómago* que resultan de *ulceraciones* y de *afecciones cancerosas*.

**DOSIS**: Nuestro Elixir contiene 10 miligramos de principio activo por cada 20 gramos. **MODO DE EMPLEARLO**: Una copita después de la comida y durante las crisis.

Depósito General: **A. HOUDÉ**, Farmacéutico.

Premiado por la *Academia de Medicina (PREMIO ORFILA)* **PARIS**, calle del *Faub<sup>s</sup> St-Denis*, 42, y principales *Boticas*.

## JALEA AMERICANA

DE ACEITE DE

# HIGADO DE BACALAO

APROBADA por la Academia de Medicina de New York.



para catarrros, resfriados, tisis bronquial y tubercular y debilidad general.

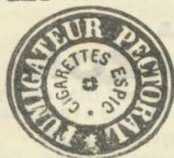
Esta Jalea es la forma más suave, blanda y nutritiva en que puede usarse el Aceite de Hígado de Bacalao, asegurando mejor efecto al paciente con una sola cucharada, que con doble cantidad de Aceite líquido; y el estómago más delicado no la rechaza.

De venta por *Edward H. Truex*, propietario, Nueva York, 298 Pearl St. y en todas las Farmacias.

OPRESIONES  
CATARRROS. TOSES  
CONSTIPADOS

# ASMA

NEURALGIAS  
CIGARILLOS ESPIC  
CURADOS Por los



Aspirando el humo, penetra en el Pecho, calma el sistema nervioso, facilita la expectoración y favorece las funciones de los organos respiratorios.

Exigir esta firma: **J. ESPIC**

Venta por mayor **J. ESPIC**, N<sup>o</sup> 20, Rue Saint-Lazare, Paris  
Y EN LAS PRINCIPALES FARMACIAS DE LAS AMÉRICAS. (2 fr. la caja.)





El cuerpo médico del mundo, unánimemente, declara que, siempre, puede confiarse en los productos farmacéuticos de los Señores BURROUGHS, WELLCOME Y CIA., tanto por la excelencia de las materias primas empleadas, cuanto por el esmero en la preparación y por la uniforme seguridad de su acción terapéutica.

Han obtenido la mas entusiasta recomendación de numerosos y eminentes médicos españoles, cuyos informes hemos tenido el honor de publicar en "El Libro Médico Azul, 2ª Parte."

Como indicación á los Señores médicos, y para su mayor comodidad, publicamos en los periódicos profesionales la siguiente lista de nuestros principales productos.

**Extracto de Malta de Kepler.**—"Agradable y seguro sustituto del Aceite de Hígado de Bacalao."—Ziemssen.

Preparado al vacío, á baja temperatura, este Extracto conserva, en el mas alto grado, todas las preciosas propiedades de la cebada germinada, como son la Diastasis, los Albuminoideos, los Fósforos y la Maltosa. Es un digestivo poderoso para los alimentos feculentos, así como un reconstituyente natural del mas alto valor. Mezclado con leche, convierte la caseína insoluble en Peptona soluble, evitando la formación de *grumos indigestos*, y constituyendo, así, un admirable alimento para los niños y los enfermos, pudiendo reemplazar, perfectamente, la leche materna.

**Emulsión de Kepler,** ó sea la Solución de Aceite de Hígado de Bacalao en el Extracto de Malta.

Se ha realizado en esta preparación lo que, por tanto tiempo, ha deseado el cuerpo médico; esto es, en una forma agradable al gusto, digerible y digestiva. En esta solución se hace digestible el aceite, pura y simplemente, por que el disolvente (el Extracto de Malta de Kepler) es un poderoso auxiliar para la digestión de los alimentos grasos y feculentos, influyendo menos su grado extremo de subdivisión. La Emulsión de Kepler es tan agradable al gusto que los enfermos y, sobre todo, los niños, la toman con placer. Se prescribe con el mayor éxito, en la tisis y en todas las *afecciones pulmonares*, así como también en las *enfermedades consuntivas de los niños* y en la dispepsia. No tiene rival para su empleo en toda enfermedad en la que el paciente pierda, paulatinamente, su peso.

**Hazelina de Burroughs,** ó sean los principios activos, destilados, de la "Hamamelis Virginica," bajo una forma activa y muy apropiada. Está, en el día, reconocida como una *preparación tipo* para su administración interna en toda clase de hemorragias viscerales. Es, también, de suma utilidad, aplicada localmente, en las hemorroides y hemorragias uterinas. Es un agente muy precioso, aplicada exteriormente, en las quemaduras y picaduras de insectos. Del todo benigna, empléase interior y exteriormente.

**Zimina de Fairchild** (Extractum Pancreatis).—Producto puro y activo de los fermentos pancreáticos, para preparar y hacer absorbibles, peptonisándolos antes de su ingestión, toda clase de alimentos, como caldos, potages, sopas feculentas, etc.

**Tablóides de Zimina de Fairchild.**—Empleadas, con éxito, en la indigestión y en la dispepsia, debidas á la ingestión exagerada de alimentos feculentos.

**Tablóides de Pepsina de Fairchild.**—Cada una contiene seis centigramos de pepsina pura, en escamas, combinada con la cantidad suficiente de ácido y aroma. Estas *tablóides* son, indudablemente, una de las formas más activas y agradables para administrar la Pepsina. Estando cubiertas de azúcar están libres de toda sabor desagradable. La pureza de la Pepsina y su asociación con el ácido, garantizan su actividad.

**Polvo Peptonizante de Fairchild,** en tubos de cristal. Cada tubo contiene la cantidad necesaria para peptonisar medio litro de leche. Conteniendo la leche de vaca mayor cantidad de caseína insoluble que la leche materna, es indispensable, peptonisarla previamente, antes de emplearla para alimentar á un recién nacido. Para hacer asimilable esta leche de vaca los Polvos Peptonisantes de Fairchild y el Extracto de Malta de Kepler, son de una eficacia absoluta.

*Estos productos se encuentran en todas las Farmacias del mundo. En el caso que hubiere dificultad para procurarse alguno, rogamos á los Señores médicos tengan la bondad de dirigirse directamente á los fabricantes.*



# EMULSION DE SCOTT

DE ACEITE PURO DE HIGADO DE BACALAO

Con hipofosfitos de cal y de sosa.

La importancia y reputación que esta admirable preparación ha adquirido entre los médicos de los Estados Unidos del Norte, del Canadá, de México, de Cuba, de Centro América, etc. etc., nos inducen á proponerla á los facultativos de esta República, suplicándoles se sirvan ensayarla, seguros de que, empleada en los primeros períodos de la TISIS, en la ANEMIA, ESCROFULA, RAQUITISMO, TOS CRONICA y demás casos en que estén indicados tanto el aceite de hígado de bacalao como los hipofosfitos, dará los resultados más satisfactorios

Es de olor y sabor agradables, de fácil digestión, y se puede tomar ya sea sola ó mezclada con cualquier líquido, por lo que se puede administrar á los niños y personas de paladar y estómago delicados sin la menor dificultad.

Por los resultados obtenidos con el uso de la Emulsión de Scott, y por los muchos certificados que hemos recibido de los principales médicos de varios países, estamos convencidos de que el mejor método de administrar el aceite de hígado de bacalao, aun en aquellos casos en que el enfermo puede tomarlo en su estado natural, es en forma de Emulsión.

La Emulsión de Scott contiene 50 por 100 de Aceite de Hígado de Bacalao, 6 granos de hipofosfito de cal y 3 granos de hipofosfitos de sosa por cada onza de líquido.

El abajo firmado, Licenciado en Medicina y Cirugía, Médico en Jefe de la Sanidad y Presidente del Juro Médico de la República,

Certifico: que hace algún tiempo vengo empleando la EMULSION DE SCOTT en ciertas afecciones de diversos géneros, y sobre todo en las de carácter escrofuloso, catarrros bronquiales y pulmonares, broncorrea, ó sea catarro pituitoso, y en diversos casos de raquitismo, habiendo alcanzado resultados muy felices. Por tanto me atrevo á recomendar la EMULSION DE SCOTT como reconstituyente de buen gusto y que en nada altera el aparato digestivo.

LCDO. PEDRO ANTONIO DELGADO.

Santo Domingo, 10 de Mayo de 1887.

Certifico: que durante ocho años he recetado á mi clientela la EMULSION DE SCOTT de aceite de hígado de Bacalao con hipofosfitos de cal y de sosa, para la cura de tuberculosis, raquitismo, reumatismo, *afecciones escrofulosas*, habiendo siempre obtenido resultados benéficos y satisfactorios, y no dudo en recomendar dicho preparado en las enfermedades referidas y en los casos en que se indica el aceite de hígado de bacalao; y para que conste doy la presente certificación en la Habana, á 29 de Diciembre de 1886.

DOCTOR RAIMUNDO DE CASTRO,

Catedrático de Clínica Médica de la Universidad de la Habana

señores Scott & Bowne. - Nueva York.

Humacao, Puerto Rico, Abril 3 de 1887.

Muy señores míos: Creo un deber de conciencia, al propio tiempo que un deber profesional, el manifestar á ustedes los brillantes resultados obtenidos en mi larga práctica con el uso de su excelente preparación conocida yá en todo el mundo con el nombre de EMULSION DE SCOTT.

Casos en extremo desesperados de raquitismo, *afecciones bronquiales y pulmonares crónicas*, escrofulismo en todas sus manifestaciones y aun en las mismas tuberculosis, los que he tenido ocasión de observar de cerca y tratar con su Emulsión, en todos ellos he obtenido los mejores resultados, pues á sus excelentes componentes, los hipofosfitos de cal y de sosa y el aceite puro de hígado de bacalao, reúne una preparación delicadísima que la hace de fácil tomar y digerible aun para los estómagos más delicados, por cuya circunstancia me complazco en extremo felicitando á ustedes por el gran servicio que vienen prestando con su precioso preparado EMULSION DE SCOTT á la humanidad enferma.

Soy de ustedes con toda consideración atento S. S. Q. S. M. B.,

Doctor PABLO FONT Y MARTELO.

Scott & Bowne químicos, 132 y 134, South Fifth avenue, Nueva York, Estados Unidos.

De venta en todas las principales Droguerías y Boticas de la República.