

Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

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

SCENARIO: El doctor Andrés Posada Arango y el caparrapi.—Cálculo vesical.—Herida de la cabeza en un feto al nacer.—Informe de una comisión.—Gran reducción de un bacinete raquítico.—Informe de una comisión.—El bacillus de Koch.—No más hueso hioides.—Lazaretos. Informe de una comisión.—Contribución al estudio de la higiene.—Actas de la Academia Nacional de Medicina.

EL DOCTOR ANDRES POSADA ARANGO Y EL CAPARRAPI

Por Noviembre de 1889 vino á Bogotá el doctor Andrés Posada Arango, y tuve ocasión de conocerlo en la Biblioteca Nacional, donde se encontraba en busca de libros tales como la Flora del Ecuador por un italiano, y otros por el estilo. Con ese motivo le ofrecí un estudio sobre la vegetación en general de ese país, y ese mismo día lo recibí en mi casa. Tres días después me devolvió la obra con una esquila en que solicitaba otra que de pronto no me fue posible remitirle. Después no volví á verlo, y supe que se había marchado.

Por ese mismo tiempo se ocupaba el joven Pedro P. Nates en preparar la tesis que debía presentar para optar el grado de Doctor en Medicina. Había elegido por tema el Bálsamo de Caparrapí, y me había encomendado el estudio botánico de la planta que lo produce. No obstante que para mí era una especie nueva, quise, antes de exponerlo así, consultar la Flora del Brasil á fin de cerciorarme si entre las numerosas especies de lauríneas de ese país, se había descubierto en esta última década la que era asunto del examen.

Con este motivo, el doctor Nates llevo á la Biblioteca algunos materiales para continuar el estudio, y no hay duda que el doctor Posada, que seguía frecuentando aquel establecimiento, tuvo oportunidad para ver todas las partes de la planta que me sirvieron para la determinación botánica.

Como resultado final de mis investigaciones clasifiqué la especie en el género NECTANDRA (á que pertenece), y le dije al

doctor Nates que podía presentarla con el nombre de *Nectandra caparrapi*; pues desde luego se comprende la ventaja de adoptar como específico el nombre indígena de la planta.

Cuando el doctor Posada supo que yo había clasificado la especie como *dejo dicho*, le dijo al doctor Nates: "Yo lo llamaría *nectandra oleifera*."

A esto se redujo toda la parte que el doctor Posada tuvo en la clasificación de la planta.

El doctor Nates expresó en su tesis mi clasificación, y también el *nectandra oleifera* del doctor Posada, guardando el orden de prioridad.

Después de año y medio que pasó esto, aparece en los *Anales de Medicina de Medellín* un artículo del doctor Andrés Posada Arango sobre el caparrapí, en el cual trae á colación la tesis del doctor Nates, con el propósito deliberado de ofender y asegurar que la clasificación genérica le pertenece.

Lo contrario probaré desde luego, y después con la contestación del doctor Nates, tan pronto como la reciba, pues actualmente se halla este señor en el Extranjero.

Pero como el escrito que motiva esta contestación es conocido de muy pocos, conviene transcribir algunos de sus párrafos, y no el sentido de ellos, para apreciar mejor el espíritu que anima á su autor y el objeto que se propone.

Dice así:

"Hallándome de paso en Bogotá, á fines de 1889, fui CONSULTADO por el joven Pedro P. Nates, que preparaba su tesis de doctorado sobre ese mismo asunto, para que yo le hiciera (sic) la clasificación botánica (1) del árbol por no juzgarse suficientemente competente para ello, y *no haber hallado en aquella ciudad*, según me manifestó, *quien pudiera hacerlo* (sic)."

"Juzgando por el solo examen *de las hojas* (2) y *el fruto*, creí entonces poderlo referir (sic) al género *nectandra*, familia de las lauráceas, sección *Porostema* (3), grupo *subevenia*, y por consi-

(1) De su habilidad como clasificador nos ha dejado excelentes muestras en su *Viaje de América á Jerusalén* y en la Geografía del doctor Uribe Angel.

(2) Las hojas no entran para nada en las determinaciones genéricas. Es en la disposición, forma é invariabilidad de las diversas partes de la fructificación donde se fundan los caracteres que distinguen los géneros entre sí.

(3) Ha de saber el doctor Posada que fue Schreber el que estableció esta sección (*Porostema*) para reunir el género *Nectandra* al *Ocotea*, to-

derarlo especie nueva lo denominé *nectandra oleifera*, en razón de la más notable de sus propiedades.

“Pero un estudio más detenido, hecho después con flores á la vista, me ha permitido conocer con *certidumbre* (1) que pertenece en *realidad* al género *Oreodaphne*, tal como lo establece Meissner (2), y que es el mismo *Ocotea* de Aublet, mal descrito en cuanto al fruto.

“Al publicar en los *Anales* un grabado (3) de este interesante vegetal, hago, pues, la rectificación genérica conservando el nombre específico que en antes le había dado.”

Luégo hay una nota que dice:

“Apenas ahora me ha sido posible conseguir con mucha dificultad la tesis mencionada (4). Probablemente se extravió en el correo el ejemplar que el señor Nates DEBIÓ enviarme. Ahí he visto que él, aunque trae la denominación que yo le di, puso también *la que le propusieron con posterioridad en Bogotá*; ADOPTANDO *mi misma determinación genérica*, pero no se decide por una ni otra, inclinándose á creer que debe formar un género nuevo. Esta manera de pensar carece de todo fundamento, pues el estudio de las flores no deja duda alguna de que es un *oreodaphne*.” (5)

El doctor Posada, al disputarme la clasificación, ó mejor dicho, al apropiársela, se propone colocarme en su lugar; y el expediente á que ha ocurrido después de año y medio de

mando por base la similitud de los caracteres florales en ambos géneros y sin tener en cuenta para nada el fruto que le era desconocido. (Consúltese el *Genera plantarum* de Schreber, y la obra del mismo título de Bentham y Hooker, género *Nectandra*).

(1) Con la misma *certidumbre* clasificó de *Bignonia* el *bejuco de agua*. “Yo, dice, logré examinar algunos (bejuco de agua) y establecer de una manera **INDUDABLE** que son *Bignonias*.” (*Viaje de América á Jerusalén*, pág. 264). Lo que equivale á decir que el *frailejón* es un *cactus*. Tanta así es la diferencia que existe entre las *Ampelideas* y las *Bignoniáceas*, familias que no tienen entre sí ni las más remotas afinidades.

(2) No es Meissner la mejor autoridad á que puede ocurrir para apoyar la certeza de la clasificación, como lo veremos más adelante.

(3) Que por cierto corresponde con la descripción, presentando las flores en botón, y en lugar de fruto la almendra en el receptáculo.

(4) No es ahora cuando ha conseguido la tesis del doctor Nates: hace más de un año que yo inconscientemente le facilité un ejemplar. Ese escrito tampoco tiene nada que ver con el *Oreodaphne*.

(5) Meissner, como veremos, fundó los caracteres del *Oreodaphne* en la organogenia del fruto, y es el órgano que debe tenerse en cuenta para la clasificación.

pensarlo, es declararse equivocado en su supuesta clasificación, por no haber visto del caparrapí sino hojas y fruto, y que la mía aparezca como una servil repetición de un disparate.

Sepa el doctor Posada que yo no adopto clasificaciones sin examen, por autorizadas que parezcan, y las que ha dejado consignadas en la Geografía del doctor Uribe Angel, todas erradas, y que por ahora prescindo de examinar, revelan claramente de qué es capaz como clasificador.

Pasemos ahora á la descripción que hace del caparrapí. Pero antes conviene definir lo que se entiende por descripción botánica. Esta no es otra cosa que la exposición de los caracteres que han servido á la clasificación de una especie en determinado género, más las particularidades que la distinguen entre sus congéneres.

Veamos si algo de esto se ha observado en la que trae del caparrapí.

“Es un árbol corpulento, ramoso, de hojas alternas, cortamente pecioladas (1), oblongo-lanceoladas, agudas en la base, aguzadas (2) en el ápice, integérrimas (3), algo coriáceas, lisas y lustrosas por encima, con la nerviosidad (4) central hundida (5) y las laterales muy poco aparentes en dicha faz; lampiñas por ambas caras, como las ramas. El pecíolo alcanza á 1 centímetro de largo y el limbo á 12 ó 14 de longitud y 4 ó 5 de latitud.”

Después de decir tanto y tan mal de las hojas de un árbol que no conoce, continúa así:

“Flores pequeñas, amarillentas (6), en panojas (7) subtermi-

(1) No son tan cortos los pecíolos que miden seis y más centímetros de largo.

(2) El adjetivo *aguzado* aplicado á objetos materiales, equivale á afilar ó sacar punta, significado impropio referido á las hojas. Las del caparrapí son cuspidadas, como lo trae el doctor Nates en su tesis.

(3) La palabra sería aceptable si la descripción la estuviera haciendo en latín.

(4) Ha debido decir *nervadura*, porque el sustantivo abstracto *nerviosidad* no puede convenir en ningún sentido á las hojas.

(5) Expresión impropia en el lenguaje botánico. Ha debido decir *deprimida*, si lo fuera, que no lo es.

(6) Las flores no son amarillentas, sino blancas como azahares y con la fragancia de éstos; al secarse sí toman un color amarillento.

(7) Esa palabra no es de la ciencia ni con ella se expresa ninguna especie de inflorescencia. *Panoja* se llama en el lenguaje vulgar la mazorca donde se crían los granos del mijo ó del panizo. En Botánica hay nombres apropiados para expresar las diversas disposiciones que afectan las flores sobre el eje ó ejes que las llevan.

nales, casi de la longitud de las hojas y ligeramente tomentosas, con pedunculillos de 4 milímetros. El fruto es una especie de nuez seca, oblonga, estriada longitudinalmente, de 30 milímetros de largo y 20 de ancho, sostenida por un receptáculo cuya margen se dilata horizontalmente dándole la forma de un sombrero.”

Nadie que conozca la planta puede reconocerla en esa pretendida descripción: y no en otra parte es donde corresponde demostrar la certeza de la clasificación, estableciendo la concordancia de caracteres entre la planta que se describe y el género á que pertenece; y con tanto mayor razón en el caso presente, que se trata de una especie nueva, de la cual el doctor Posada ha querido hacer asunto de controversia. Y con todo, se limita á decir, como resultado de su detenido examen, que tiene flores pequeñas, en una familia donde esto es carácter constante, y amarillentas (yá queda dicho que son blancas), como si no hubiera otra cosa que observar sino el tamaño y color, y esto bastara para declararla del género *Oreodaphne*. Expresar ú omitir la sexualidad no es indiferente cuando el género comprende especies que, como las del *Oreodaphne*, pueden ser hermafroditas, polígamas ó dioicas; y sin embargo, el doctor Posada nada dice acerca de esto. Y para hacer más defectuosa é indeterminada su descripción, le da al fruto el nombre de nuez. De donde se concluye que la especie que se propuso describir, no sólo no es de *Oreodaphne*, sino que no pertenece á ningún género conocido.

Lo que sí demuestra esa descripción es que su autor no ha podido hacer el estudio de los órganos de la fructificación donde están fundados los caracteres del género, y que, por consiguiente, no ha habido clasificación.

Si el doctor Posada conociera algo más de Meissner, que no fuera sólo el nombre, sabría que este fitologista fundó los caracteres de los géneros *Oreodaphne*, *Mespilodaphne* y *Strycnodaphne* en la organogenia del fruto, dándole una importancia muy secundaria á las flores, por estar conformadas por el mismo tipo que las del *Nectandra*.

Por consiguiente, para determinar una especie en cualquiera de estas secciones genericas, preciso es el examen del fruto, y no de cualquiera manera, sino en diversos períodos de su desarrollo.

Schreber, por el contrario, al comprender los géneros *Nec-*

tandra y *Ocotea* en su sección *Porostema*, para nada tuvo en cuenta el fruto.

El doctor Posada examina hojas y fruto de caparrapí, y refiere éste al género *Nectandra*; hace luégo un estudio detenido de las flores, y adquiere la certidumbre de que pertenece al género *Oreodaphne*. ¡*Risum teneatis, amici!*

Pero el doctor Posada no distingue de frutos, ni éstos le han servido para la determinación del caparrapí en el género *Oreodaphne*, sino las flores; y una vez que ese órgano tiene la parte principal en la clasificación, hay que convenir en una de dos cosas: ó EL CAPARRAPÍ NO ES DEL GÉNERO *Oreodaphne*, ó SI ES, NO FUE EL DOCTOR POSADA EL QUE LO CLASIFICÓ.

Pero hay más: Meissner no estableció límites precisos entre esos géneros, y desde luego sus clasificaciones son en unos casos dudosas y en otros erróneas.

Oigamos á Bentham y Hooker.

“Nees y Meissner dividieron el género *Ocotea* en muchos otros, teniendo en cuenta, sobre todo, la índole del fruto. De todos esos géneros sólo conservaron tres, tal vez como secciones, aunque separados por límites muy inciertos, y son el *Oreodaphne* el *Strycnodaphne* y el *Mespilodaphne*; de tal suerte que las especies que debían distribuirse en el *Prodromus*, tanto convienen á uno como á otro cualquiera de estos géneros; y de las que describe, más de ciento son dudosas, PORQUE TODAVÍA NO SE CONOCE EL FRUTO.”

En otro lugar, tratando de la misma familia, se expresan así:

“Nees multiplicó sin orden alguno los géneros con caracteres no bien observados en las respectivas especies, y después, Meissner, como suele suceder, agregó otros más.”

Es decir, aumentó la confusión.

Y luégo, en confirmación de esto, agregan:

“El *Oreodaphne fragans* de Meissner es el *Nectandra staminea* de Grisebach, y el *Mespilodaphne aurantiadora* del mismo es más bien un *Nectandra*, si hemos de juzgar por la inspección de las flores que sólo hemos visto en la lámina de Ruiz y Pavón.”

De donde se concluye la ninguna importancia que pudiera tener la autoridad de Meissner en el caso en cuestión, y aun en el supuesto improbable de que el doctor Posada hubiera podido estudiar los caracteres en el órgano que los colocó Meissner.

Supongamos ahora que el doctor Posada haya mandado al mismo Bentham la tesis del doctor Nates que trae la descripción del caparrapí, y con ella las flores y los frutos de éste; aun así, no podría Bentham ú otra eminencia científica clasificarlo acertadamente en el género *Oreodaphne*, por no tener límites precisos este género, y además porque en Europa, donde no se produce esa planta, no puede estudiarse el fruto en su desarrollo gradual; condición precisa é indispensable para la determinación genérica acertada.

Queda, pues, demostrado que no ha habido clasificación por parte del doctor Posada, ni en el género *Nectandra*, ni el *Oreodaphne*. No en el *Nectandra*, porque para declarar de este género al caparrapí, le faltó el examen de las flores donde residen los principales caracteres. No en el *Oreodaphne*, porque no tuvo en cuenta los que se derivan del fruto, que son los indispensables y decisivos en este género.

No quiero pasar por alto, antes de concluir, el mote que lleva la lámina explicativa que acompaña á la descripción del caparrapí. Dice así: "OREODAPHNE (OCOTEA) OLEÍFERA. Posada Arango." ¿Qué significa ese *ocotea* entre paréntesis? Lo que se acostumbra colocar entre paréntesis, en casos especiales, no es un género cualquiera *ad libitum*, sino el nombre de la sección; y el género *Ocotea* no está considerado como tál, como sí lo es el *Oreodaphne*. Lo que prueba una vez más lo extraviado que anda el doctor Posada en asuntos de clasificación.

En otra ocasión, si el doctor Posada la provoca, exhibiré muestras de sus clasificaciones, que lo serán también de su obra "monumental," con sólo analizar los errores que en este ramo de las Ciencias Naturales desmejoran la Geografía del modesto doctor Uribe Angel.

WENCESLAO SANDINO GROOT.

Bogotá, Septiembre de 1891.

CALCULO VESICAL

EXTRAIDO A TRAVES DE LA URETRA EL 22 DE JULIO DE 1891, POR
EL DOCTOR JOSUE GOMEZ, EN UNA SEÑORA DE CINCUENTA Y SIETE AÑOS

Persuadidos por los síntomas clásicos y por un cuidadoso examen de la existencia de este cálculo, se procedió á la operación.

Cloroformizada la paciente, colocada en posición conveniente y ayudado de dos practicantes, que sujetaban los miembros inferiores é inmovilizaban el bacinete, el doctor intentó la litotricia; la excesiva flaxidez de la vejiga que hacía peligrosa la aprehensión del cálculo, y el tamaño considerable de éste, lo decidieron por otro procedimiento.

Con los dedos índice y medio de la mano derecha, colocados en la vagina, logró fijar el monolito contra la cara interna de la sínfisis púbica; luégo con el índice de la izquierda dilató suficientemente la uretra y el cuello de la vejiga hasta lograr coger la piedra con el índice de aquella mano, el que, haciendo el oficio de potente é inofensivo ganeho, lo trajo hacia afuera, no sin grandes esfuerzos.

Diez horas después las funciones de la uretra y vejiga estaban perfectamente restablecidas; algo de fiebre ($38^{\circ}.3$) y alguna inquietud en las 24 horas siguientes, fueron todas las complicaciones. Prueba esto una vez más que cuando el operador es hábil y las manipulaciones se hacen científicamente, este es el mejor procedimiento en casos análogos, es decir, el de la dilatación inmediata.

El cálculo formado, según parece, de sales úricas, mide 24 milímetros en su mayor diámetro, y 23 en el menor; su superficie es áspera y desigual, y su núcleo, cristalino y compacto, de coloración terrosa, pesa 4 gramos 60 centigramos perfectamente seco.

ZENÓN SOLANO R.

Bogotá, Agosto 27: 1891.

HERIDA DE LA CABEZA EN UN FETO AL NACER

C. G., de veinticinco años de edad, es una mujer bien conformada, que no ha sufrido nunca enfermedad alguna que pueda considerarse como causa de distocia; por consiguiente, es completamente apta para dar á luz. El 26 de Noviembre último, habiendo llegado felizmente al término de su primera preñez, y sintiendo yá dolores, se redujo á la cama á las 6 de la tarde é hizo llamar inmediatamente á una partera; ésta no tardó en venir y ordenarle que hiciese grandes esfuerzos cada vez que sintiera algún dolor. En este trabajo pasó C. toda la

noche y casi todo el siguiente día, sin conseguir más resultado que agotar sus fuerzas y aumentar con el cansancio la natural lentitud de aquel parto, que no comenzó realmente sino á las 5½ de la tarde del 27. A esta hora, siendo yá más fuertes y frecuentes los dolores, viendo la partera que el alumbramiento no se efectuaba, introdujo la mano para hacer un examen y dijo que la criatura no podía nacer; luégo tomó unas tijeras, volvió á introducir la mano y cortó el *gorro* que, según ella, impedía el parto; terminado este corte, como el feto no salía, anunció que estaba muerto; entonces introdujo por tercera vez la mano, y arrancando con las uñas lo que no había podido desprender con las tijeras, invirtió el pedazo de piel que había cortado, y el cual dejó adherido apenas por el centro: lo asió, y tirando de él con violencia, hizo salir repentinamente á aquel niño, que vino al mundo con una herida horrible, pues la partera le había desollado todo el vértice de la cabeza y dejado completamente al descubierto la fontanela posterior y gran parte de los huesos que concurren á formarla!!... Mas no pára aquí la indiferencia de los asistentes y la audacia de aquella mujer, pues convencida de su error, y queriendo remediar el daño, cosió sobre la tronera el pedazo de piel, sin lavar nada, y empleando una aguja común mohosa y enhebrada con hilo cualquiera!...

El 28, muy temprano, la partera se ausentó de la ciudad, dejando encargada de curar al niño á la abuela materna. La curación que ésta ejecutaba se reducía á untar con bálsamo de copaiba toda la parte lastimada y cubrirla luégo con un pedazo de trapo viejo lavado. Al cabo de tres días cayó enteramente podrida la piel que la partera había cosido; con todo, la abuela continuó haciendo sus unciones hasta el 6 de Diciembre, día en que, viendo que las cosas iban de mal en peor, resolvió consultarme para que la dijera si la criatura estaba en peligro de muerte. La examiné entonces y pude observar que la herida, de forma circular, tenía seis centímetros de diámetro; éste aumentaba hasta centímetro y medio cuando, al mover al enfermo, la piel se deslizaba hacia afuera, pues estaba desprendida por todo el rededor en una extensión de dos centímetros, más ó menos, formando allí con los huesos una como bolsa anular, más profunda del lado del occipital, y ocupada toda

por putrúlagos; los bordes estaban edematosos, doblados hacia adentro, de tal modo, que el cabello tocaba en ciertas partes con los huesos, los que se veían en el fondo de la herida perfectamente desnudos, de un color amarillento sucio, con manchas negras y rodeados de los restos de la gangrena de los tejidos blandos; la necrosis había invadido la parte posterior de los parietales y del occipital; el edema ocupaba, además, la cara, el cuello, los miembros superiores, los pies y el escroto; el enfermo no podía abrir los ojos y se notaba dificultad para ejecutar la succión y deglución; tenía disnea, el termómetro marcaba 39.5° , y el pulso era débil é inconstante.

En tal situación, casi sin esperanzas de éxito, lavé dos veces con agua hervida, tibia, y jabón de cianhidrato de mercurio, las partes próximas á la herida, y luégo ésta con la misma agua fenicada al 1 por 100; sequé cuidadosamente, apliqué una pomada de salol y vaselina al 30 por 100, y cubrí todo con gasa y algodón asépticos. Para sostener este apósito y cambiarlo fácilmente, pegué, á centímetro y medio por fuera de los bordes de la herida, una corona de espadrapo, sobre la cual había hecho coser cuatro cintas que, atadas por encima, servían á la vez para mantener la piel lo más inmóvil posible.

A los cinco días de estar usando este tratamiento desapareció la fetidez característica, los tejidos estaban bastante limpios, y comenzaban á dibujarse las líneas de separación de los secuestros; el termómetro marcó 38.8° por la tarde. A los diez días, el 15 de Diciembre, sólo quedaban restos de putrúlagos sobre el parietal derecho, estaba bien marcada la extensión de la necrosis, y se veía casi todo el resto de la herida cubierto de botones carnosos, más abundantes sobre los cartílagos suturales, donde primero se presentaron; el edema del cuello y de la cara había disminuído notablemente; no había ya disnea, y el enfermo mamaba sin dificultad; la temperatura por la tarde fue de 38.6° . En este estado se tomó la primera fotografía, se rasuró el cuero cabelludo y se hizo todo como los días anteriores. El 25 de Diciembre, con el auxilio de unas pinzas, fue quitado el secuestro del parietal izquierdo, y el 30 levanté el último de los fragmentos en que se dividió la porción mortificada del otro parietal. Los secuestros correspondientes á las dos mitades del occipital fueron los últimos que se despren-

dieron, pues no pudieron ser levantados de su sitio hasta el 5 de Enero, ó sea á los cuarenta días de haber sido despojado el hueso de su periostio externo. Dos días después la herida presentaba el mejor aspecto: toda estaba cubierta de granulaciones; la piel del rededor, que comenzó á unirse al cráneo por el cartílago de la sutura biparietal, estaba completamente adherida y en sus bordes se notaba el principio del tejido cicatricial que debía cubrir más tarde aquel horrible destrozo; no había ya edema, y la fiebre había desaparecido por completo desde el 6 de Enero. Hacia el 9 del mismo mes presentaba una forma particular la superficie del tejido nuevo que ocupaba todo el fondo de la herida, pues simulaba con bastante exactitud las circunvoluciones y anfractuosidades cerebrales y, además, era de un color blanco rojizo. Cuando este tejido tomó ese aspecto, ya existían las porciones óseas que reemplazaron á los secuestros, al levantar los cuales se veía debajo de ellos el hueso de nueva formación de un color rojo vivo y de una vascularidad considerable.

El 12 de Marzo estaba el niño enteramente sano y robusto; la cicatriz formada, como se ve en la segunda fotografía que se tomó este día, es bastante regular y ocupa apenas la mitad de la superficie lastimada; esto debido en gran parte á la tracción ejercida sobre la piel para deslizarla hacia el centro.

Del estudio de este caso hacemos las siguientes deducciones:

1.ª Las heridas de la cabeza en el feto completamente desarrollado, cuando nada han sufrido las meninges ni los centros nerviosos, aunque sean extensas, se compliquen con la pérdida de la piel y la necrosis de parte de los huesos de la bóveda, aun quedando al descubierto una fontanela, no terminan siempre fatalmente.

2.ª En estas heridas la reparación de las porciones óseas mortificadas termina á los treinta ó cuarenta días; y es después de la caída del último secuestro cuando principia á uniformarse el tejido que reemplaza los músculos y las demás partes blandas.

3.ª La duramadre es para los huesos del cráneo un verdadero periostio.

4.ª La libertad de industria en asuntos de Medicina y Ci-

rugía, es un atentado contra la vida de los individuos y el orden social.

CARLOS S. NIETO.

Mompós, Mayo 8: 1891.

INFORME DE UNA COMISION

Honorables miembros.

Previo estudio hecho sobre la pieza anatomo-patológica y el trabajo remitidos á la Academia por su miembro correspondiente el señor doctor Carlos S. Nieto, de Mompós, tengo el honor de devolvéroslos con el siguiente informe:

El trabajo del señor doctor Nieto tiene, en concepto de vuestra comisión, dos enseñanzas prácticas. Es la primera la de poner de manifiesto el grave peligro á que están constantemente sometidas las mujeres en trabajo cuando se entregan, ya por ignorancia, ya por negligencia del legislador, á los *cuidados* de nuestras *parteras*, agentes peligrosos dejados en libertad para producir desastres frecuentes, y que todos vosotros conocéis. Yá que la ley sanciona esta clase de libertad de industria, que á lo menos la repruebe la humanitaria sanción científica.

Es la segunda demostrar que con cuidados asiduos se pueden reparar las graves heridas llevadas por mano criminal sobre el delicado cráneo de una criatura recién nacida, y llevar á término feliz la curación de estas heridas aun cuando haya existido la necrosis de los huesos craneanos.

En tal virtud vuestra comisión os propone:

- 1.° Publíquese en LA REVISTA MÉDICA el trabajo del señor doctor Carlos S. Nieto; y
- 2.° Déñse las gracias al señor doctor Nieto por el envío de sus trabajos, y excítesele para que continúe colaborando con sus observaciones.

J. DAVID HERRERA.

Bogotá, Agosto 24: 1891.

GRAN REDUCCION

DE UN BACINETE RAQUÍTICO

(Observación tomada en el servicio del doctor Coronado).

El 13 de Abril de 1891 tomó la cama número 62, en el servicio del doctor Coronado, Rita Santos, de treinta y dos años de edad, soltera, sirvienta de profesión y natural de Bogotá.

Mujer raquílica, de talla muy pequeña, ingresó al Hospital por causa de una afección cardíaca.

El 20 del mes en curso muere; á la autopsia se le encuentra una insuficiencia mitral; el tórax y el bacinete presentan los caracteres del más avanzado raquitismo.

A continuación damos los diámetros del bacinete normal para hacer resaltar la extraordinaria estrechez de esta pelvis:

		Diámetros	Centímetros.	
Gran bacinete.		Transverso anterior.....	23	
		Transverso posterior.....	26	
{	Pequeño bacinete.	{	Estrecho superior. { Anteroposterior.....	11
			Transverso.....	13½
			Oblicuos.....	12½
	{	{	Estrecho inferior. { Anteroposterior.....	9½
			Transverso.....	11
			Oblicuos.....	11

Del promontorio á la punta del coxis hay de 12 á 13½ centímetros. Del borde superior al inferior de la sínfisis pubiana, 4 centímetros. (Naeguele).

En el de la observación tenemos:

		Milímetros.		
Gran bacinete.		Transverso anterior.....	200	
		Transverso posterior.....	240	
{	Pequeño bacinete.	{	Estrecho superior. { Anteroposterior.....	80
			Transverso.....	95
			Oblicuos.....	100
	{	{	Estrecho inferior. { Anteroposterior.....	60
			Transverso.....	80
	Del promontorio á la punta del coxis.....		80	

Del borde superior al inferior de la sínfisis pubiana, 30 milímetros.

Diferencia en menos:

		Milímetros.		
Gran bacinete.	}	Transverso anterior 30		
		Transverso posterior. 20		
Pequeño bacinete.	{	Estrecho superior.	{	Anteroposterior 30
				Transverso 40
		Estrecho inferior.	{	Anteroposterior 35
				Transverso 30

Del promontorio á la punta del coxis hay de 40 á 55 milímetros.

Del borde superior al inferior de la sínfisis 10 milímetros.

El diámetro más disminuído del pequeño bacinete es el transverso superior, que tiene 4 centímetros menos que el normal.

La mayor anomalía de este bacinete, aparte de su reducción absoluta y deformaciones raquílicas, consiste en que los diámetros oblicuos del estrecho superior tienen 5 milímetros más que el transverso ó gran diámetro que en el estado normal les excede en un centímetro.

No es, pues, en el verdadero sentido de la palabra, un bacinete miniatura (*Pelvis aequabiliter, seu simpliciter justo minor*, como diría Naeguele), pues á ello se opone la falta de correlación en los diámetros que dejamos apuntados.

Además, haremos notar que este bacinete es bastante más estrecho y reducido que el que trae Naeguele en su tratado de Obstetricia—pág. 495—como ejemplo notable de reducción, pues, según dice la leyenda, este bacinete (perteneciente á la colección de Stoltz) hizo necesaria la cefalotripicia; por ejemplo, el diámetro transverso del estrecho superior es dos centímetros más corto que el de Stoltz, que mide 115 milímetros y éste 95 apenas.

Las espinas ilíacas antero-superiores y posteriores son reemplazadas por tuberosidades rugosas, que al estado fresco estaban cubiertas por gran cantidad de tejido condroideo; la parte del hueso correspondiente á la fosa ilíaca es delgada y traslucida como una lámina de cuerno; el cuerpo del pubis es

grueso, rugoso y tiene su parte superior vuelta hacia afuera, de tal modo que no son paralelos como al estado normal y dejan un espacio triangular, que al estado fresco era cubierto por cartílago; las tuberosidades isquiáticas son muy desarrolladas y también estaban cubiertas por un casquete cartilaginoso; la blancura de este bacinete es extraordinaria á pesar de no haber empleado ninguna preparación que hubiera podido producirla.

Aunque el raquitismo es raro entre nosotros (el doctor L. Barreto en su larga práctica sólo recuerda haber visto dos ó tres casos de dispanotocia debidos al raquitismo), sí hemos podido observar en este año dos casos clásicos de raquitismo: el uno que es objeto del presente artículo, y el otro en que la mujer murió de tuberculosis pulmonar y cuyo bacinete pertenece á la variedad llamada por Naeguele oblicuo-ovalar.

En un caso de estos, consultado con anticipación el partero, no tendría más recurso que apelar al método inglés—parto prematuro—ó llamado más tarde á la operación cesárea.

Si el raquitismo es importante en Obstetricia, no lo es menos en Patología Interna; de las mujeres á que nos referimos, la una murió de tuberculosis pulmonar, y la otra de una lesión cardíaca; y examinando el tórax que acompaña este bacinete, se ve que es estrecho y pequeño, como el de un niño de ocho años, la osificación perfecta, el esternón encorvado y de concavidad vuelta hacia adentro; esto y las nudosidades de las articulaciones condrocostales, le dan un aspecto de quilla; la columna vertebral desviada á la derecha (1).

No terminaremos sin dar las gracias al galante Presidente de la Academia, doctor Buendía, quien ha tenido la amabilidad de presentar nuestro pequeño trabajo.

JUAN B. MONTOYA F.

Bogotá, Julio 22: 1891.

(1) Los parietales muy duros y de un centímetro y medio de espesor; los demás huesos del cráneo también estaban engrosados y duros

INFORME DE UNA COMISION

Señores Miembros de la Academia Nacional de Medicina.

Habiendo sido comisionado por la honorable Academia para examinar el trabajo y las piezas anatómo-patológicas presentadas por el señor D. Juan B. Montoya, cumplo gustoso este encargo.

El bacinete es una verdadera curiosidad en su género, pues no presenta ninguna torcedura ni deformación marcada como los descritos por Guerin y Naeguele; á primera vista se diría que es una reducción perfectamente regular, *justo minor*; pero, como dice muy bien la observación, el diámetro oblicuo es más grande que el transversal, alterando así la relación normal de éstos.

Aunque clásicamente se dice que los bacinetes raquíuticos pertenecen á la clase de los planos, por acortamiento del diámetro antero-posterior, en éste no sucede eso, y el diámetro más disminuído es el transversal del estrecho superior, que es cuatro centímetros más pequeño que el normal. Los caracteres no dejan duda alguna de que se trata de un bacinete raquíutico: alas del sacro muy desarrolladas y vueltas hacia atrás; vértebras muy salientes hacia adelante; huesos ilíacos muy delgados y traslucidos en la parte media de la fosa ilíaca, y tan frágiles allí, que se romperían si se les hiciese el menor esfuerzo con los dedos; espinas ilíacas obtusas y tuberosas; los pubis rugosos; su borde superior doblado hacia adelante; la sinartrosis presenta la forma de una X, cuyos espacios superior é inferior estaban al estado fresco, lo mismo que todos los rebordes del hueso cubiertos por tejido condroideo. La densidad de los huesos es poca, porque están formados por un tejido esponjoso; la blancura es notable; la gracilidad propia á los del bacinete femenino.

Aunque el joven Montoya, seguramente por no alargarse, no insistió sobre el tórax, es, en nuestro concepto, un espécimen clásico de raquitismo. Es muy pequeño, las costillas superiores convexas para adentro, y las otras, hasta la octava, planas en el tercio anterior; de la octava para abajo se amplían bruscamente, los cartílagos condrocostales son muy desarrollados y nudosos, y forman el tan conocido *rosario*.

A pesar de que Follin en su Patología externa hace notar que rara vez se deforma el esternón, éste es, en el caso que estudiamos, encurvado y vuelto hacia adelante como el de un pájaro, describiendo casi un segmento de círculo.

Las dimensiones de este tórax, comparadas á las del maniquí del anfiteatro, son:

TÓRAX NORMAL

Transverso	0,240	milímetros.
Anteroposterior.....	0,185	—
Vertical posterior.....	0,294	—
Vertical anterior.....	0,144	—

(*Sapey*).

TÓRAX DE LA OBSERVACIÓN

Transverso	0,165	milímetros.
Anteroposterior.....	0,160	—
Vertical posterior.....	0,223	—
Vertical anterior..	0,140	—

DIFERENCIA EN MENOS

Transverso.....	0,81	milímetros.
Anteroposterior.....	0,75	—
Vertical posterior.....	0,71	—
Vertical anterior.....	0,04	—

Los huesos del cráneo que el señor Montoya no presentó, son de un grosor, peso y dureza extraordinarios; los parietales y frontales tienen de un centímetro á centímetro y medio de grueso.

En la magnífica historia detallada que el señor Montoya tiene, se ve que esta mujer fue hija de un alcoholizado, y de una madre que por su mala salud y miseria no le dio casi de mamar; que á la edad de once años apenas comenzaba á caminar, que su alimentación fue escasa y miserable, que dormía en el suelo húmedo y sin abrigo, probablemente privada, por sus ocupaciones, de la acción vivificante de la luz solar, causas ellas solas más que suficientes para explicar los desórdenes de nutrición ósea.

Aunque entre nosotros ha sido rara esta distrofia, á medida que la población de la ciudad aumenta, especialmente la

clase obrera mal alimentada, habitando alojamientos húmedos, y oscuros, el número de *ricketts* crece; y de ahí la importancia del artículo del señor Montoya que llama la atención del cuerpo médico y de la sociedad en general, hacia una enfermedad en que los medios higiénicos y preventivos son el todo para impedirle avanzar hasta producir accidentes espantosos en el parto ó en los aparatos nervioso, circulatorio y respiratorio.

En conclusión, el trabajo y los esfuerzos del señor Montoya son dignos de aplauso, y nos permitimos solicitar de la Presidencia la publicación de tan importante observación en la REVISTA MÉDICA.

POLICARPO PIZARRO.

Bogotá, Septiembre 25: 1891.

EL BACILUS DE KOCH

A VECES SIMULA UN ANEURISMA

Por extraño que parezca el rubro que encabeza este artículo, la tuberculosis ganglionar ha producido un aneurisma de la mamaria interna del lado izquierdo, en el sentido clínico de esta afección, aunque no en el sentido anatómo-patológico.

Se presentó al Hospital Militar un soldado joven (diez y ocho años), pálido, algo enflaquecido, de temperamento linfático, que no había sufrido sífilis ni enfermedad alguna hasta entonces. Sus antecedentes hereditarios eran nulos en el sentido de inducir al observador en una vía determinada de diagnóstico. Un poco de diarrea y debilitamiento rápido desde poco tiempo eran todos sus datos sobre su enfermedad actual.

Su hábito exterior revelaba una tristeza profunda, quizá causada por su reclusión reciente, causa principal, en nuestro sentir, que, unida á las malas condiciones higiénicas en que el paciente había vivido, produjo la desastrosa enfermedad que vamos á narrar.

El enfermo llamaba la atención hacia un tumor como del tamaño de un huevo de paloma, que en pocos días alcanzó dimensiones considerables, y colocado en el borde izquierdo del esternón al nivel del tercer espacio intercostal. Los signos físicos no dejaban duda: tumor dotado de expansiones isócronas

con el pulso de las dos radiales; frote suave á la palpación digital; soplo simple que coexistía con la sístole cardíaca, etc. La uniformidad é isocronismo de los pulsos radiales, temporales, femorales y pedios, deducción hecha del retardo fisiológico, nos determinó á situar el aneurisma en la mamaria izquierda; faltaba además el doble soplo, más característico del aneurisma supra-avalvular aórtico, y todo ese cúmulo de fenómenos funcionales debidos á la *alteración y comprensión* de los órganos intratorácicos: palpitaciones, disnea, neuralgias variadas, angina de pecho, hipo, edemas, disfagia, afonía, ó voz de timbre particular (bitonal de Russel y Jaccoud), poliuria, dilataciones linfáticas, soplos brónquicos con disminución del murmullo vesicular, espasmos glóticos y diafragmáticos, soplos extra-cardíacos, etc., cuyo mecanismo es sumamente fácil para los que conocen la anatomía intratorácica.

Nuestro enfermo no presentaba estos síntomas, lo que nos hizo creer que el tumor empezaba apenas y que, habiendo franqueado paso al exterior, su desarrollo en el mediastino era menos considerable.

El examen de los demás aparatos revelaba una gran debilidad general, un poco de diarrea é ingurgitamiento de los ganglios mesentéricos, lo que nos hizo pensar también en la tuberculosis del peritoneo, en apoyo de lo cual estaban los antecedentes, la frecuencia de la enfermedad y el estado general. No había ascitis.

La observación posterior demostró ser exactas nuestras presunciones: un poco de fiebre vespéral ($37\frac{1}{2}$ á veces 38° centígrados), sudores nocturnos, diarrea disenteriforme (6 y hasta 20 deposiciones en 24 horas), agotamiento progresivo considerable, tensión particular del abdomen, vientre deprimido y con una resistencia particular (*vientre de caucho*). Más tarde se tocaban masas enormes que por los caracteres de la sensación pudimos localizar tanto en las paredes como en los órganos de la cavidad. Los ganglios inguinales se ingurgitaron poco después.

En tales circunstancias, como es de suponerse, nuestros esfuerzos terapéuticos se dirigieron al peritoneo y al estado general sobre todo, olvidando casi por completo nuestro *aneurisma clínico*, en primer lugar porque ningún síntoma alarman-

te había aparecido del lado del tórax, y en segundo, porque la ligadura de la mamaria era inútil, si no nociva, vistas las circunstancias del paciente, condenado sin remedio á una muerte cierta y dentro de corto tiempo.

Así pues, sostener las fuerzas y corregir síntomas (fiebre, diarrea, vómitos, tenesmo, enteralgia, etc.), fue la norma de nuestra conducta para con el enfermo.

La muerte tuvo lugar 32 días después de su llegada al Hospital. Difícil, creemos, será encontrar un individuo en quien la tuberculosis haya hecho los espantosos estragos que en el enfermo de quien relatamos la historia.

Hé aquí el resultado de la autopsia:

Las paredes abdominales tenían en algunos puntos un espesor de más de un decímetro. Los músculos de esta pared, rectos, oblicuos y transversos; las aponeurosis, los ligamentos, etc., estaban reemplazados por masas tuberculosas irregulares, enormes y en todos los grados de la evolución: induración gris, degeneración caseosa y formación de abscesos intersticiales que al corte dejaban ver cavidades de varias dimensiones. Tanto el peritoneo parietal como el visceral estaban invadidos por numerosas granulaciones.

Quitadas las paredes abdominales, encontrámos los intestinos de un color rojo-morado, rígidos en su posición y no cubiertos por el grande epiplón, que, invadido por numerosos tubérculos, se había retirado á la parte superior de la cavidad abdominal. Numerosas granulaciones de diversos tamaños y de color amarillento se destacaban en el fondo rojo-morado del intestino. El mesenterio estaba indurado en unos puntos; en otros se presentaban abscesos de tamaños variados.

La vejiga y el recto, el estómago y el hígado estaban normales, exceptuando sus envolturas serosas.

Hasta aquí el examen fue sencillo. Pero ¿dónde estaban los riñones, el pancreas, el bazo, el canal colédoco, el duodeno, los epiplones gastro-hepático-esplénicos, etc. etc., en una palabra, todos los órganos contenidos en las profundidades del abdomen? A excepción del riñón derecho, que había sufrido la hipertrofia compensadora, todo lo demás había desaparecido en una enorme masa tuberculosa, que por cortes sucesivos en diferentes direcciones ofrecía partes induradas, partes en re-

blandecimiento caseoso y porciones en fusión purulenta. El uréter izquierdo se perdía en esta masa; el derecho la contorneaba hasta el bacinete renal, que yá empezaba á ser invadido por las granulaciones. El riñón derecho presentaba uno que otro pequeño tubérculo.

Deseando presentar el aneurisma á la Sociedad de Medicina (hoy Academia Nacional), con motivo del Concurso anatómo-patológico abierto por aquella honorable Corporación, procedimos á disecar el esqueleto torácico. Quitámos el diafragma y sacámos por esta abertura los pulmones y el corazón, conservando los gruesos vasos que inyectámos después con una mezcla de sebo fundido, glicerina y vermellón. Con sorpresa notámos que el saco aneurismal no se inyectó; sorpresa mayor cuando, en lugar de un verdadero aneurisma, encontramos una enorme masa ganglionar supurada, un absceso en *botón de camisa*, esto es, estrangulado en su mitad por el ojal perforado en el tercer espacio intercostal. La mamaria interna bien inyectada costeaba el tumor por su parte posterior. Desde entonces todo se explicó satisfactoriamente.

Es de notar que, fuera de la tuberculosis de los ganglios del mediastino y peri-tráqueo-brónquicos que estaban atacados, aunque en el primer período, los demás órganos de esta cavidad estaban sanos. Hecho digno de observarse, por ser contrario á la ley de Luis, *los pulmones no presentaban la menor alteración*; y tanto más notorio considerados los desastres causados por el *bacilus* en la cavidad abdominal.

No podemos prescindir, antes de terminar, de hacer mención de las alteraciones generalizadas del sistema ganglionar, cuya investigación nos fue sugerida por haber encontrado más avanzada la evolución tuberculosa en los puntos precisamente ocupados por los ganglios linfáticos profundos. El resultado de la exploración fue concluyente. Así creemos que, si bien las lesiones en los últimos días no respetaron ningún tejido, ellas empezaron seguramente por el sistema ganglionar.

Recorramos á grandes rasgos los campamentos de las glándulas linfáticas, y digamos qué clase de alteraciones encontramos, advirtiéndole que, como dijimos al principio, no había antecedentes sifilíticos en el enfermo.

Ganglios infra-occipitales (2 á 4), infarto no muy avanza-

do. Ganglios suprahioideos (2 á 3), infartados. Cadena bimas-toidiana, infarto bastante avanzado. Ganglios para-carotidia-nos, infarto avanzado. Preauriculares (1 hasta 8 ó 9, Sappey), uno infartado; los demás no se encontraron. Ganglios mastoi-dianos (3 ó 4), infarto que empezaba. Axilares, infarto avan-zado. Supra y póstero-claviculares, infarto considerable. Los del mediastino anterior y peri-tráqueo-brónquicos, yá sabemos su estado. Ganglios que rodean la cava á su paso por el dia-fragma (4 á 6), infarto tan avanzado, que desalojaban el peri-cardio. Los dos ganglios de las glándulas mamarias, sanos. Los dos del reborde de las falsas costillas y el para-umbilical, per-didos en las masas tuberculosas. Los de la espalda, buenos. Los mesentéricos yá sabemos su suerte. Los pelvianos, ingur-gitados. Los del triángulo de Scarpa (18 á 20 superficiales y 4 profundos), infartados. Los 12 ó 14 glutios, sanos. Los del rom-bo popliteo (2 superficiales y 2 profundos), buenos. El pre-tibial, sano. Los dos de la cresta iliaca no se hallaron. Los cuatro del espacio celuloso entre el deltoide y el gran pectoral, bastante infartados. El epitrocliano en estado normal. Final-mente, los profundos de los miembros (2 en la parte media del muslo, 3 ó 4 en la misma parte del brazo, 4 en las profundida-des del antebrazo) no fueron buscados.

Reflexiones.—La tuberculosis ganglionar es muy frecuente en Bogotá. La tabes mesentérica, en nuestro sentir, hace más víctimas en la altiplinicie que la tisis. La mayor parte de nues-tros físicos presentan alteraciones concomitantes del lado del abdomen. Por el caso presente, y por otros muchos que pudiéramos citar, no es aventurado para Bogotá invertir la ley de Luis. La mala calidad de nuestra alimentación, las numerosas reses tuberculosas que se dan al consumo, explican en parte esta conclusión. El intestino recibe constantemente el germen en su interior por medio de alimentos mal preparados que lo fatigan, lo irritan y lo hacen apto al desarrollo del *bacillus*. Esto explica la predilección del tubérculo por la serosa peritoneal y por el intestino; la no invasión del pulmón en las regiones ele-vadas se puede explicar por la respiración del aire de las mon-tañas cuyos benéficos efectos en la tisis están hoy admitidos universalmente. Esto también explica la extensión casi fatal en Bogotá de la tuberculosis del pulmón á la cavidad abdomi-

nal, que tanto acelera el desenlace fatal, á la vez que comprueba la justicia de aquella célebre expresión de Niemeyer, que dice: “ *El mayor peligro que puede correr un tísico es volverse tuberculoso.* ”

Por último, empezando la tuberculosis por los ganglios linfáticos, es natural que las lesiones alcancen allí más rápidamente la fusión purulenta; y que estos abscesos fríos por su vecindad con ciertas arterias importantes, puedan investir el cuadro clínico de los aneurismas.

T. CASTRILLÓN T.,

[Practicante interno del Hospital Militar].

NO MAS HUESO HIQIDES

(ARTÍCULO 4.º)

He permanecido y permaneceré en el campo neutral de la ciencia, y de ahí nadie podrá hacerme salir. Empapado en la moral evangélica, y fuerte con el sentimiento íntimo que hace nacer el cumplimiento del deber, mi única mira ha sido la de restablecer la verdad en los hechos, prescindiendo en absoluto de las personas que se habían encargado de deformarla.

Con las publicaciones que preceden he logrado probar que mis colegas me habían refutado al oído. Quien las haya leído detenidamente, habrá podido comprender que para refutarme se me habían prestado conceptos que yo no he emitido en ninguna parte, y . . . ¡lamento decirlo! no ha sido el amor á la ciencia y á la verdad el que ha movido la pluma de mis adversarios.

He hablado según mi leal saber y entender, sin tener siquiera la pretensión de cumplir con el precepto de “enseñar al que no sabe,” porque creo que ni el señor doctor Herrera ni yo estamos en el caso de presentar cartas de idoneidad. Ambos hemos recorrido todos los azares de la práctica médico-quirúrgica, sin que el menor remordimiento pueda venir á perturbar nuestra conciencia.

Sin embargo, en el artículo *post-jury*, del ilustrado colega, me quedan todavía algunos conceptos sobre los cuales quiero más luz, y que me propongo estudiar metódicamente en este artículo.

I.—*Fractura del cartílago tiroides, ó prueba "post-jury" del doctor Herrera.*

Afirmo: que el doctor Herrera no conoció el cartílago tiroides de la señora Arjona, y que si lo hubiera conocido, lo habría hecho constar en su reconocimiento. "Lo fenomenal y extraordinario" que se encuentre en una autopsia, no es obra del médico reconecedor, quien tiene el deber de recogerlo como tál.

"Queda demostrado, dice el doctor Herrera, que no podíamos ni debíamos agregar el cartílago tiroides al cuerpo del delito," pero sí pudieron presentarlo al señor Juez, con la inscripción, repetida ya tantas veces, y con los grandes cuernos del hueso hioides pegados con cera á los pequeños cuernos del cartílago, cosa que le daba á la pieza la apariencia de un hueso hioides verdaderamente "fenomenal y extraordinario," y que á ser cierto el aforismo del doctor Herrera, no ha debido figurar entre las piezas del cuerpo del delito.

Pero ni siquiera es "fenomenal y extraordinario" el hecho de que el cartílago tiroides estuviera osificado. Oigamos á Cruveilhier (tomo II de la 5.^a edición, página 236):

"Los cartílagos de la laringe se distinguen de los otros cartílagos por su tendencia á la osificación. Esta principia por un depósito de sales calcáreas en la sustancia fundamental del tejido; depósito que se hace primero por regiones limitadas, las cuales se vuelven confluentes. Las células englobadas en estas masas calcáreas experimentan gradualmente las modificaciones que las transforman en verdaderos osteoblastos, análogas á las del tejido óseo. Generalmente, esta osificación no tiene lugar sino después de los cuarenta años; pero ella puede hacerse más pronto. Muy rara vez invade los fibro-cartílagos."

Luego los autores de anatomía normal sí señalan la osificación precoz del cartílago tiroides. Quien quiera convencerse de lo frecuente que es en Bogotá la osificación de los cartílagos laríngeos, puede estudiar la colección de laringes hábilmente disecadas por el doctor Pablo García Medina. Allí podrán ver laringes de individuos de treinta años, ya osificadas.

"Presentar el cartílago tiroides dividido en dos fragmentos y agregarlo al cuerpo del delito, era, dice el doctor Herrera, agravarlo con un nuevo órgano destrozado." ¿Lo será

realmente? “¿Quién se atrevería á afirmarlo?” pregunta el doctor Herrera al fin de la misma página en donde ha principiado afirmándolo. Empero, la ciencia sí posee algunos datos que permitan ilustrar la cuestión. Cavasse (*Ensayo sobre las fracturas traumáticas de los cartílagos de la laringe*) dice lo siguiente:

“Para el cartílago tiroides la fractura reside cerca de la línea media, y divide completamente una de las láminas laterales del cartílago, ó las dos á la vez; la solución de continuidad se produce, á los lados de la línea media, al nivel de la sutura que une las láminas laterales al *fibro-cartílago* intermediario de Rambaud.”

El hecho de que la solución de continuidad que divide el cartílago, en la pieza que estudiamos, en dos fragmentos, exista sobre el sitio ocupado por el *fibro-cartílago* de Rambaud, nos conduce á creer que este *fibro-cartílago* desapareció por efecto de la putrefacción, porque yo creo, con Cruveilhier, que el *fibro-cartílago* intermediario de Rambaud, lo mismo que todos los *fibro-cartílagos* del organismo, es más refractario á la osificación que los cartílagos hialinos, y por consiguiente que el resto del tiroides formado por cartílago hialino.

¿Qué hacía el cartílago tiroides en la pieza que figuraba con el nombre de *hueso hioides* en el cuerpo del delito? ¿Se había anotado para la ciencia, como lo dice el doctor Herrera? Nó, y mil veces nó, porque en la exposición de los exhumadores no se dijo de él una sola palabra; y si para ellos “no se ocultaba que era el cartílago” dicho, y que su fractura no tenía nada que ver en la cuestión, ¿por qué no lo dejaron en donde dejaron las costillas del lado derecho, el esternón y todos los demás huesos que consideraron ajenos al hecho que investigaban? ¿Para qué la cera? ¿para qué el alambre? ¿para qué, en fin, todo ese arreglo artístico de la pieza y esa inscripción que figura sobre la placa de madera que le sirve de soporte?

El señor doctor Herrera termina su párrafo con esta pregunta, que él mismo se ha contestado en diferentes pasajes de su publicación; veámosla: “¿De manera, dice, que se puede matar impunemente á todo individuo que lleve en su cuerpo cualquier fenómeno ó irregularidad de tántas que la naturaleza suele desarrollar en el cuerpo humano?” Conforme á su teoría, sí, señor doctor, todo eso puede hacerse, porque ya

usted dijo que “el perito no debe agravar el cuerpo del delito con lo fenomenal y extraordinario,” mas no conforme á la ciencia médico-legal, que manda recoger y anotar todo lo que se encuentre, y que impone el deber de *describir* todo lo que el experto haya recogido ó anotado, diciendo extraordinario ú ordinario, claro ó incierto, general ó especialísimo, según le parezca.

Si aplicáramos la lógica del señor doctor Herrera al cartílago tiroides, podríamos llegar á conclusiones inesperadas; en efecto, al hablar del hueso hioides razona de esta manera: “Si había partes, era porque estaba incompleto, y si estaba incompleto, era porque estaba roto, luego sí había hueso hioides roto.”

Si había partes del cartílago tiroides, era porque estaba incompleto, y si estaba incompleto, era porque estaba roto, y si estaba roto, era porque había cartílago tiroides: *mellium est sistere gradum, quam progredi per tenebras*; pues habiendo partes, y estando incompleto, y aun pareciendo roto, los expertos exhumadores no juzgaron conveniente aplicar la lógica del hioides al tiroides, y en esta ocasión juzgaron que lo “normal, lo natural y lo regular jamás les serviría como comprobante del delito,” yá que un poquito más adelante tampoco les servía “lo fenomenal y extraordinario.”

No creo que una cosa deje de ser porque alguna persona no la acepte, y por esa razón no quiero tratar del diagnóstico por exclusión que hace el ilustrado colega al tratar de demostrar que los dos fragmentos de la pieza de que estamos hablando, que no pertenecen al tiroides, deben pertenecer al hioides. En todo el párrafo relativo á esta cuestión sólo encuentro esta razón con apariencias de ser pertinente: “Los peritos desmontámos de uno de esos fragmentos el gran cuerno derecho del hueso hioides dislocado... pero todavía adherido por su membrana de revestimiento... y como yo no conozco otro hueso al cual se pueda adherir dicho cuerno, sino al cuerpo del hioides, esos dos fragmentos tenían que pertenecer forzosamente (*sic*) al cuerpo de este hueso.” Es regla general de medicina legal no destruir ninguno de los hechos materiales que comprueben las aseveraciones del perito, mucho más cuando se trata de un aparato tan fácil de conservar, como el aparato laringo-hioideo.

Al hacer el distinguido colega esta aseveración, me prueba una vez más que no conció el cartílago tiroides, y que para escribir su exposición al Juez no consultó á Sappey, tomo 4.º, páginas 419 y siguientes, en donde habría podido ver que los ligamentos *tiro-hioidianos laterales* con sus respectivos núcleos cartilaginosos, unen íntimamente los grandes cuernos del tiroides á los grandes cuernos del hioides, de tal suerte, que cuando el gran cuerno del tiroides está osificado como estaba en la pieza que estudiamos, *si hay otro hueso al cual se pueda adherir el gran cuerno del hioides*. Hé ahí un nuevo inconveniente de la teoría sobre lo “fenomenal y extraordinario” en materia de investigaciones médico-legales.

Cuanto al argumento del candelero, éste tiene la misma fuerza que el de los melones, y no lo contesto por haber demostrado yá por qué esos fragmentos no casan, ni podían casar “*por aquí, ni por allí, ni por más allá,*” á pesar de “haber desmontado los exhumadores de uno de esos fragmentos el gran cuerno del hueso hioides.” Ese cuerno no podía casar en alguno de esos fragmentos sino con la ayuda de la cera. Si la textura del vidrio y la del tejido óseo fueran comparables, sería imposible reducir y curar una fractura ósea.

II.—Sitio en donde se hallaron los dientes que habían salido de sus alvéolos.

De acuerdo con mi colega de comisión, el señor doctor D. Guillermo Vargas Paredes, Director del Colegio dental de Bogotá, hice ante el Jurado las siguientes aseveraciones: 1.ª Una presión antero-posterior ejercida con la palma de la mano sobre la cara anterior de los dientes, mientras que con los dedos de la misma mano se comprimen las narices, no puede hacer salir dichos dientes de sus respectivos alvéolos sin dejar una huella permanente en el esqueleto alveolar; y 2.ª El sitio en donde se hallaron los dientes que faltaban no es anormal. En mis escritos anteriores he dado las razones que tuve para exponer estos hechos, según mi leal saber y entender. Sin embargo, no puedo desatender las objeciones que á este respecto me hace mi ilustrado colega en la página 312 de la REVISTA MÉDICA, tanto más cuanto á ellas puedo contestar con una simple noción anatómica, que todo el mundo puede verificar en un cráneo,

y que los disectores pueden comprobar sobre el cadáver. Si se hace pasar un plano horizontal por el borde alveolar del maxilar superior, este plano irá á cortar *la espina de Spix por su base*, y la primera vértebra cervical por el tercio superior de su cuerpo.

Si estando cerrada la boca, se hace pasar el mismo plano por el borde alveolar del maxilar inferior, éste irá á cortar el cuerpo de la *segunda vértebra cervical*, muy cerca de su articulación con la primera, y pasará por el orificio interno del canal dentario inferior y por debajo de la espina de Spix.

El hallazgo de los honorables colegas exhumadores de los dos incisivos superiores entre la espina de Spix y la apófisis estiloides, me pareció conforme con el principio anatómico que dejo mencionado. Esta manera de juzgar vino á encontrar una verdadera verificación experimental en el siguiente hecho, que consta en autos: los primeros reconocedores del cadáver encontraron los incisivos medios inferiores flojos (el derecho casi fuera del alvéolo ó completamente descalzado; este hecho no está bien claro en el expediente), dejaron el incisivo medio izquierdo en su alvéolo respectivo, y sin embargo, los honorables colegas exhumadores vinieron á encontrar este incisivo sobre el cuerpo de la segunda vértebra cervical, lugar indicado por el segundo principio anatómico que acabo de enunciar. Las dos piezas dentales superiores se encontraron, pues, en un plano superior y paralelo al plano en donde se hallaron las dos piezas dentales inferiores: ni subieron los inferiores, ni bajaron los superiores, sino que se dirigieron, respectivamente, al sitio que les señalaban las leyes de la pesantez. Estando el cráneo inclinado hacia la izquierda, las piezas dentales se hallaron hacia la izquierda de la línea media. Si el cadáver no pudo inhumarse parado en la cabeza, probablemente sí pudo exhumarse en esta actitud; pero para afirmar este hecho necesitamos algunos datos que estamos recogiendo, y que publicaremos, llegado el caso.

La salida de los dientes por violencia ejercida sobre ellos no puede efectuarse sin fractura, fisura, grieta ó ensanchamiento del alvéolo, sino en el caso de que la línea que represente la acción de la fuerza que actúa venga á confundirse con el eje del alvéolo. Todos hemos visto casos análogos al

citado por el señor doctor Herrera; pero yo no creo que este caso sea análogo ó comparable con el hecho que discutimos. ¿Por qué “voló” un solo incisivo en el caso citado, y el otro se aflojó solamente? Me atrevo á sostener que el que descalabró al camarada de juego, fue el que se cayó, y que allí hubo una reacción vertical de arriba hacia abajo, igual y contraria á la acción; de otra manera no habría razón para que no hubieran caído todos los incisivos superiores en el caso mencionado por el doctor Herrera.

Cuando con una mano colocada en la región hioidiana se estrangula, y con la otra, colocada en la boca y las narices, se sofoca, la lengua se encuentra colocada entre dos fuerzas antagonistas, y como este órgano no es compresible hasta el infinito, y como no consta en el trabajo médico-legal que estudió el Cuerpo consultor que á la señora Arjona se le hubiera introducido un cuerpo extraño en la cavidad bucal, muy bien pudo sostenerse ante el Jurado que la tumefacción y proyección de la lengua durante la estrangulación oponía resistencia á la penetración de los dientes á las cavidades profundas de la boca y de la faringe. Aun cuando yo no fui el autor de ese concepto, sí lo hallo conforme con la razón y ajustado con los principios de la ciencia.

Queda, pues, demostrado que en todo lo que se refiere á los dientes de la señora Arjona yo no he hecho ningún descubrimiento, ni me he alejado de la justa aplicación de mis pocos conocimientos al hecho particular que se me hacía estudiar. El experto sólo está obligado á declarar de buena fe lo que le diga su leal saber y entender.

III.—Costillas

No quiero fatigar la atención de mis lectores repitiendo lo que ya dije en mi segunda exposición al Jurado (1.º de Diciembre) con respecto á las costillas esternales de la señora Arjona; pero para ser completo quiero hacer constar estos hechos:

“1.º No es cierto que usted declarara perentoriamente ‘que el esqueleto costal izquierdo había sido cortado con un bisturí.’ Recuerdo perfectamente que al hablar usted del mecanismo de la fractura de las costillas, dijo que un hombre vigoroso,

como usted suponía que lo fuera el sepulturero que abrió el tórax de la señora Arjona, habría podido determinar esas fracturas al cortar ó tratar de cortar las costillas

“2.º Puedo asegurar que usted concluyó esa parte de su exposición diciendo ‘que en su calidad de perito juramentado no podía declarar que las fracturas de las costillas de la señora Arjona fuesen el indicio cierto de una violencia criminal.’”— (Doctor Rocha Castilla).

3.º Que al tratar de examinar la cavidad torácica por medio de una sola incisión hecha sobre los cartílagos costo-esternales izquierdos, el sepulturero pudo comprimir con una mano las extremidades de las costillas izquierdas, mientras levantaba con la otra el esternón, á favor de la elasticidad de los cartílagos del lado opuesto, dejados intactos, y que en esta maniobra pudieron romperse las costillas.

4.º Que el médico-legista no debe destruir ninguno de los hechos que comprueben la exactitud de sus aseveraciones: “Me cubro mi dedo indicador izquierdo con un guante,” “me lo corto con un bisturí,” y mientras llega el doctor Herrera á examinarme, me quito el guante; “me doy por vencido” si al examinarme el doctor Herrera puede reconocer que antes de cortar mi piel el bisturí había cortado un guante. Si los honorables colegas exhumadores hubieran conservado el periostio, habría sido mucho más fácil estudiar el mecanismo de las fracturas costales, pues esta membrana podría presentar indicios capaces de confirmar ó de informar la explicación que se diera sobre el modo como se habían fracturado los huesos envueltos por ella.

5.º Lamenté, y lamento todavía, que no se hubiera conservado todo el tórax de la señora Arjona. El ingeniero que va á estudiar un puente no se contenta nunca con examinar uno solo de sus estribos.

6.º Hablé de las costillas esternales, y á ellas contraje mis observaciones ante el Jurado, porque sobre ellas residían las lesiones que formaban parte del cuerpo del delito, y por eso dije, de acuerdo con los hechos, pues basta verlos, aun cuando Sappey no los hubiera hecho constar en su obra, que el séptimo cartílago costal, ó último cartílago costo-esternal, es el más largo.

Con el objeto de no prolongar por hoy más este artículo, reservo para otro día mi respuesta al último párrafo del artículo del señor doctor Herrera, por referirse á una cuestión que merece tratarse largamente, hasta como tema digno del estudio de los jurisconsultos y pensadores: el testigo, el perito y el jurado.

Non est vulgo opinione, sed est sano iudicio.

DOCTOR JUAN E. MANRIQUE.

(De la Facultad de París).

INFORME DE UNA COMISION

(De la *Revista de Higiene* de 10 de Septiembre de 1891).

Señores Miembros de la Junta Central de Higiene.

Con el objeto de atender á las indicaciones que hizo á esta Honorable Junta Su Señoría el Ministro de Gobierno en su oficio de 8 de Julio del presente año, y para desempeñar la comisión sobre *Construcción de lazaretos*, que me encomendasteis, os pedí que tuviéramos una reunión especial con los señores miembros de la respetable Junta General de Beneficencia de Cundinamarca, que está al corriente de las necesidades del Lazareto de Agua de Dios, para que nos suministraran los datos y las indicaciones que á su juicio fueran necesarias acerca del ensanchamiento del actual Lazareto, ó de la construcción de otros en el departamento de Cundinamarca.

Los señores doctor Bernardino Medina, Presidente de la Junta General de Beneficencia y comisionado por ella para representarla; el señor doctor Felipe Silva, Síndico del Lazareto, y el señor D. Jorge Vergara, Subsíndico, que se encontraba afortunadamente en esta ciudad, tuvieron la fineza de concurrir, y en el mes pasado nos reunimos, teniendo por Presidente á Su Señoría el Ministro de Fomento.

Vosotros fuisteis testigos de la discusión que tuvo lugar en aquella Junta, de la buena voluntad con que cada uno nos dio los datos que deseábamos para tener una idea exacta de ese único establecimiento destinado á los leprosos en el departamento de Cundinamarca.

De las interesantes comunicaciones que se sirvieron ha-

cernos, tal vez llegasteis vosotros á convencerlos, como me convencí yo, de que lo que existe en Agua de Dios no es un Lazareto, sino una aglomeración de individuos enfermos, de los dos sexos, que están en contacto permanente con los habitantes exentos de la lepra que viven en el mismo distrito; así lo aseguraron dichos señores, pues los enfermos apenas llegan á 500, y las personas sanas pasan de 1,500, y de que la mayor parte de los leprosos abandonan el Lazareto cuando quieren, sin que nadie pueda impedirselo.

Inútil me parece entrar á señalar en este informe todas las malas condiciones del pretendido Lazareto, los inconvenientes serios con que la Administración tiene que luchar cada día, la falta de organización de acuerdo con la higiene, y los obstáculos que nadie podrá vencer. Todos conocemos y palpamos semejante estado de cosas, y estamos convencidos de la imposibilidad de ponerles pronto remedio. Igual cosa puedo decir del Lazareto La Contratación, en el departamento de Santander, pues adolece de los mismos defectos que en ambos tienen su origen desde que se fundaron. En aquellos tiempos sólo un sentimiento de caridad cristiana animaba á los legisladores, sin que las personas competentes que conocían á fondo la lepra hubieran tenido la menor intervención.

Y como todo lo que acabo de referir es innegable, me parece inútil consignar los documentos en que fundo mis aseveraciones; por tanto, estoy suficientemente autorizado para asegurar que en esta República no existe ningún establecimiento destinado á los leprosos que pueda merecer el nombre de Lazareto, y que todo está por crear.

La lepra se ha propagado y extendido con mucha rapidez; no hay un solo Departamento que esté exento; ha llevado el desconsuelo al seno de numerosas familias antes indemnes: así lo aseguran personas respetables y bien informadas que viven en los Departamentos del Norte, y los respetables caballeros que asistieron á la Junta de que hablé, en lo relativo á Cundinamarca. El señor Vergara, en una carta que me escribió con fecha 12 de Agosto de este año, dice: "En mi concepto, hay por lo menos veinte mil elefanciácos en la República;" y nuestro colega el doctor Gabriel J. Castañeda, en sus notables informes publicados en los números 20 y 29 de la *Revista de Hi-*

giene, da el mismo número, y así lo creo por los datos que he podido procurarme.

Del número 163 de la REVISTA MÉDICA copio lo siguiente:

“No hace muchos años que estadísticas formadas bajo el cuidado del Gobierno inglés acusaban á la India de ser el gran foco de la lepra, porque en una población de 200 millones de habitantes se contaban algo más de 100,000 leprosos.

“En Colombia pasa hoy de 20,000 el número de elefancíacos, y sólo cuenta con cuatro millones de habitantes. Relativamente hablando, tenemos, pues, que hay aquí diez veces más elefancíacos que en la India: es decir, que Colombia es hoy el gran foco de la lepra.”—(Datos suministrados por el doctor J. David Herrera).

Aún más: la lepra se ha presentado en algunos Departamentos, como el de Antioquia, en donde no existía hasta hace pocos años.

El estudio de la lepra entre nosotros jamás ha sido descuidado, como algunas personas poco atentas á nuestros debates científicos parecen creerlo; la lepra ha sido la preocupación constante de los hombres verdaderamente ilustrados y de clara visión; ellos han dado la voz de alarma en todo tiempo, han hecho palpable su rápida propagación y sus deplorables consecuencias; ellos señalaron los medios que, según sus conocimientos, debían aplicarse para detenerla en su marcha invasora, para alejar el monstruo de la lepra que cada día que pasa deja ver su repugnante cabeza en el risueño y encantador hogar que levantan las nuevas generaciones al impulso de la civilización; ellos estaban convencidos de que el mal terrible que viene afligiendo desde su cuna á la especie humana, tenía que herirnos por las leyes inmutables del contagio y de la herencia.

En la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá, el estudio de la lepra ha estado siempre al orden del día; notables trabajos se han presentado y discusiones serias han tenido lugar en el seno de aquella respetable Corporación. La Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales del Cauca y la Academia de Medicina de Medellín se han ocupado en este asunto con muchísimo interés. El doctor Nicolás Restrepo, en su tesis para optar el grado de Doctor en Medicina y Cirugía, hizo un estudio sobre la *Profilaxia de la lepra*; esta tesis mereció la recomendación de la Junta Central de Higiene y fue publicada en el *Diario Oficial*; pero, doloroso es decirlo, fuera de

los médicos estudiosos, las opiniones emitidas acerca de la lepra no tuvieron resonancia alguna.

Mas no sucede lo mismo en estos momentos: el Congreso, en sus sesiones pasadas, expidió una ley en la cual ordena la construcción de lazaretos en los Departamentos en donde se sienta la necesidad de crearlos; la parte culta de la sociedad bogotana también se ha alarmado con el aumento de los leprosos, pues así lo demuestra la reunión que tuvo lugar el 27 de Julio del presente año en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario; la prensa periódica también ha lanzado sus opiniones en varios de sus órganos; y por último, el Gobierno se ha preocupado seriamente, como lo demuestra la nota de Su Señoría el Ministro de Gobierno que pasó á esta honorable Junta y la respuesta que dio Su Señoría el Ministro de Fomento á una interpelación mía, delante de vosotros, en la reunión de que he hablado.

La gran misión de la Higiene y la del higienista es la de prevenir el desarrollo de las enfermedades y la de evitar su propagación por todos los medios posibles, y esta misión es más forzoso que la cumplan cuando se trata de enfermedades que, como la lepra, son una verdadera calamidad social, y sobre todo si la Medicina no puede combatirla; en verdad, ella, á pesar de los últimos descubrimientos acerca de la naturaleza microbiana de la lepra, presentida hace siglos por algunos pensadores, no ha podido encontrar el agente medicamentoso que la destruya; sin embargo, ciertos visionarios pretenden haberlo hallado, pero no es cierto: el mal bíblico de Lázaro hoy es incurable.

La ciencia no reconoce como causas productoras de la lepra el uso de las carnes de pescado y de cerdo; las únicas causas de producción y propagación de ella, aceptadas y admitidas, son el *contagio* y la *herencia*.

La herencia es casi inevitable: el hijo del leproso será leproso. En este asunto lo que la observación enseña, es que las relaciones íntimas entre leprosos son generalmente estériles, es decir, que entre ellos la descendencia es rara.

La lepra es una enfermedad que mina lentamente y aniquila aun á las organizaciones más vigorosas; como consecuencia de todo lo que destruye las fuerzas vitales, viene el

anonadamiento de las facultades inherentes á todos los seres de la creación: la de crecer y multiplicarse. El hombre (sér activo) necesita, más que la mujer (sér pasivo), para ese grande acto, ciertas condiciones que, aunque exaltadas en algunos leprosos al principio de la enfermedad, quedan destruídas más tarde. Además, pudiera explicarse la esterilidad de esas uniones por fenómenos y lesiones que se pasan en determinados órganos cuyo estudio no es de este lugar.

Pero no sucede lo mismo cuando una de las personas que tienen relaciones íntimas está exenta de lepra; la fecundación tendrá lugar, sobre todo si la persona sana es el hombre; así lo demuestran muchos matrimonios que todos conocemos y en los cuales ha habido una descendencia numerosa; por tanto, lo más grave de la herencia está en las relaciones íntimas de personas enfermas con individuos sanos.

La historia de la lepra en el antiguo continente demuestra que en los países donde se empleó el aislamiento riguroso, *la lepra desapareció*.

Veamos cómo ponían en práctica el aislamiento:

“Era prohibido á los leprosos, dicen D. C. Danielssen y Wilhenn Boeck, que salieran de sus retiros para ir á las ciudades, con excepción de ciertos días señalados de antemano, como la Semana Santa, las Pascuas y la Navidad; entonces debían anunciar su llegada con matracas ó tocando una campana ó llevando un tonel á espaldas, á fin de que pudieran apartarse de ellos ó arrojarles limosna: ellos mismos debían tratar de no encontrarse con las gentes que pasaban, y tomar una posición tal, que si el viento soplaba, no incomodaran con el aliento ó con la fetidez que se escapaba de sus cuerpos; cuando iban á comprar algún objeto, tenfan que señalarlo con un palo; no entraban á las casas, sino que permanecían en las puertas y desde allí pedían lo que deseaban; no se mostraban en público sino con traje especial y descalzos; no penetraban en las iglesias, molinos y panaderías; no lavaban sus manos ni sus utensilios en las fuentes y riachuelos; no tocaban á los niños, ni podían darles un objeto que hubieran tocado ellos; ni aparecían en las reuniones, ni comían, ni bebían sino entre leprosos; si emprendían peregrinación á la tumba de San Marvín, en Bretaña, debían cubrirse el pecho y la cabeza con una tela de lana para que pudieran reconocerlos desde lejos. Era prohibido á los habitantes de las ciudades, bajo penas severas, recibirlos ú hospedarlos; ciudades enteras fueron castigadas por no haber denunciado las infracciones á este mandato.”

Y muchas otras medidas sumamente fuertes, relativas al matrimonio, á los hospitales de leprosos, etc. etc., demasiado extensas para consignarlas aquí.

“Todas estas medidas, dice Mr. Brassac en su artículo *Elefantiasis*, publicado en el gran *Diccionario Enciclopédico de ciencias médicas*, severas ó simplemente caritativas, contribuyeron poderosamente á la extirpación relativamente rápida de la lepra en Francia; la enfermedad, que había disminuído notablemente en los siglos XV y XVI, se hizo á tal punto rara, que en el siglo XVII la mayor parte de las leproserías estaban vacías ó habitadas por individuos que no eran leprosos.”

“Se debe, pues, la desaparición de la lepra en Francia y en la mayor parte de Europa, á las medidas profilácticas severas tomadas por nuestros antepasados, y creemos que está en la esfera de las atribuciones de los Gobiernos dictar medidas para asegurar la extirpación radical de este azote en los lugares donde reina con cierta violencia. ¿Se podrá obtener el mismo resultado en los países circum ó intratropicales, donde la lepra es tan frecuente? Lo creo difícil, pues esos países están aún en estado de barbarie; otros, aunque pertenecen á naciones civilizadas, tienen gran descuido con todo lo que se relaciona con la higiene; y aun en los que tienen una administración regular y vigilante, los leprosos no están aislados.”

El camino que conduce á la extinción de la lepra, el único medio verdaderamente profiláctico, es el aislamiento, puesto que evita el contagio y la herencia, que dio prácticamente resultados verdaderamente sorprendentes en Europa, y porque es el que aconseja la Higiene.

La elección del lugar en que se deba fundar un lazareto en Colombia, donde se pueda hacer fácilmente el aislamiento, y que reúna ciertas condiciones de las cuales trataré más adelante, es un asunto erizado de grandes dificultades y casi insoluble si se obliga á buscarlo en la parte continental de la República. Verdad es que se señala su vasto territorio para ese fin; ¿pero en dónde se encontrará un pedazo de tierra, aparente para fundar una colonia en donde colocar á los leprosos, que reúna las condiciones siguientes:

1.^a Que tenga una situación topográfica que impida siempre, ahora ó dentro de un siglo, la entrada á las personas sanas y la salida á las enfermas;

2.^a Que tenga agua en abundancia para los baños, el lavado de las ropas y para la alimentación;

3.^a Que esté alejado de los ríos y riachuelos en cuyas riberas haya ó pueda haber poblaciones, con el fin de que las aguas sucias que salgan del lazareto, cargadas del microbio de la lepra, no vayan á contaminarlas y á ser un medio de propagación de la lepra;

4.^a Que esté alejado de los caminos y de las poblaciones, por pequeñas que sean;

5.^a Que tenga vías fáciles y baratas para el acarreo de los alimentos, vestidos y demás cosas necesarias á la vida;

6.^a Que al mismo tiempo esté cerca de los lugares en que se produzcan alimentos vegetales en abundancia para obtenerlos frescos y baratos.

7.^a En donde se puedan hacer construcciones rápidamente, baratas y de duración; y

8.^a Que sea un clima sano, salubre, sin pantanos que produzcan fiebres, etc. etc.?

La condición que exige que los lazaretos estén situados lejos de los ríos y de los riachuelos, encierra la idea que las aguas que salgan de los lazaretos no vayan á parar en ellos; y la de que los leprosos no deban bañarse ni lavar sus ropas en esos ríos y riachuelos.

El precepto higiénico que está consignado en la condición citada, tiene por base la creencia que tengo de que las aguas contaminadas pueden llevar el germen del contagio de la lepra, y porque serían miradas con repugnancia por las personas que tuvieran que emplearlas en los usos de la vida.

Se sabe que en determinado período, el más largo de la lepra tuberculosa, hay grandes ulceraciones que dan una supuración abundante y fétida, que se forman costras espesas y que algunas veces se desprenden fragmentos de tejidos, que irán á las aguas de los ríos y riachuelos y serán llevados por la corriente á puntos más ó menos lejanos, antes de que el germen de la lepra sea destruído por los medios en que se encuentre. Si ese germen se conservara intacto, ¿no sería introducido en el organismo de las personas que usaran esas aguas, y no se desarrollaría en ellas la lepra?

Hago estas reflexiones porque, después de haber redacta-

do el presente informe, llegó á mis manos el número de los *Anales de la Academia de Medicina de Medellín* del mes de Julio del presente año, en donde está el informe de una comisión de ilustrados comprofesores nombrados por la citada Academia para dar parecer al señor Gobernador del departamento de Antioquia acerca del lazareto que piensan fundar en el sitio de San Nicolás de Quebradaseca; en ese trabajo tratan el mismo punto que someto á vuestro estudio, y lo resuelven en sentido contrario.

La Comisión de la Academia de Medellín fundó su respetable opinión, en primer lugar, sobre la base de que no está resuelto todavía si la lepra es ó nó de origen parasitario, y cita á los autores que niegan dicho origen y á los que lo afirman; yo estoy afiliado entre los que sostienen la naturaleza microbiana de la lepra; pero admito por un momento lo que dicha Comisión asegura, que hay duda acerca del microbio que la produce; ¿quiere decir con esto que el tal microbio no existe? Y porque no hayan hecho patente el microbio de la lepra los sabios que están buscándolo, ¿debemos dar ó más bien aconsejar ciertas prescripciones higiénicas, como si realmente no existiera, tratándose de una enfermedad tan horrible, tan nefasta como la lepra?

El segundo punto en que se apoya la Comisión, es en el de la purificación espontánea de las aguas de algunos ríos. No dudo de la exactitud de los pocos experimentos que se han hecho con las aguas de ciertos ríos caudalosos y de curso lento, que permiten á las materias sólidas irse á fondo y á las demás exponerlas á la acción destructora de los agentes físicos, químicos y biológicos. ¿Sucederá lo mismo en los ríos correntosos, que por la velocidad de sus aguas pueden llevar en poco tiempo á lugares distantes el germen del contagio, antes que los mencionados agentes puedan destruirlo?

Sin embargo, yo hubiera opinado lo mismo que mis ilustrados comprofesores de la Academia de Medicina de Medellín; pero como no se sabe nada acerca de lo que pase en nuestros ríos; de las condiciones que se necesiten para que la lepra sea transmisible; de los vehículos apropiados para llevar el germen del contagio á la especie humana y la acción que pueden tener sobre él el aire, el agua, el calor, la luz, la electricidad, etc. etc.,

me he inclinado, por *prudencia*, del lado de los que creen en la posibilidad del contagio por medio de las aguas maculadas con las secreciones de los leprosos, hasta que lleguen á decidirse todos estos puntos oscuros de la historia de la lepra, y de cuya aplicación no resultará ningún mal de que tuviéramos que arrepentirnos como higienistas.

Por otra parte, con pena me atrevo á opinar de un modo diferente al de mis respetables y honorables amigos y profesores que aprobaron el mencionado informe en la Academia de Medellín; participaron de esta mi opinión los ilustrados académicos doctores Andrés Posada Arango y Teodomiro Villa.

Si en la época en que se extendió la lepra en Europa, podrán decirme algunas personas, los Gobiernos hicieron efectivo el aislamiento en su territorio continental, aquí en Colombia se podría obtener el mismo resultado sirviéndonos de los medios que se emplearon allá.

No dudo que aquí se encontrarían sin dificultad lugares iguales ó semejantes á los que escogieron los Gobiernos europeos para sus lazaretos; pero lo que no conseguirían aquí sería hacer efectivas las leyes crueles y rigurosas con las cuales lograron el aislamiento.

Yá transcribí parte de esas medidas en otro lugar de este informe; ahora os pido permiso para citar otras, con el fin de dar una idea de lo que en esos pueblos civilizados se llevó á cabo.

“En Inglaterra, dicen los autores mencionados, había reglamentos para las leproserías y leyes que se relacionaban con la comunicación de los leprosos con el resto de la sociedad; y como en la Edad Media no se dudaba de que la lepra fuera contagiosa, es fácil concebir que estas decisiones eran muy rigurosas y sumarias. La prueba más evidente de esta aserción era la presencia de la horca cerca de la leprosería, para ejecutar inmediatamente la disposición penal en las personas de los infractores.”—(Arnotts, *History of Edinburgh*).

“El hospital de Greenside fue uno de los que se distinguieron por sus leyes severas; ningún leproso salía del Hospital, ni recibía á nadie, y estaba obligado á mantener cerrada la puerta, so pena de ser ahorcado en caso de contravención. En el hospital de la Magdalena, en Exeter, se castigaban infracciones semejan-

tes sometiendo á los culpables á pan y agua.”—(Shaper, *Quelques observations sur les léproseries au moyen âge*).

Se comprende que con tales medidas se lograra el aislamiento, sobre todo cuando los encargados de su ejecución las llevaban á cabo sin consideraciones de ningún género. Además, había en los habitantes otro elemento poderoso, no despreciable: el terror que les inspiraba la lepra. Entre nosotros ese terror no existe sino en un número reducido de personas; la divulgación de ciertas ideas erróneas profesadas por médicos distinguidos, sobre la propagación de la lepra, ha contribuído poderosamente á este resultado, y en prueba de esto citaré los matrimonios de algunos elefanciacos declarados, con bellas y sanas mujeres; la vida de sociedad que llevan algunas familias en Santander concurriendo á bailes, paseos, etc. etc., sin que nadie llegue á tener la menor repugnancia, y más que todo, el comercio activo que existe entre la parte sana y la enferma en Agua de Dios. En una nación en donde no se le tiene miedo á la lepra, ¿será fácil el aislamiento?

Por estas razones creo que el aislamiento no es posible sino en un lugar que tenga las condiciones que dejé consignadas.

¿Cuál será ese lugar donde se puede fundar la colonia para los leprosos?

No encuentro sino una isla: allí las altas murallas y el cordón sanitario están representados por el mar que no se destruye ni tiene complacencias, ni se cansa; y las vías fáciles y baratas están en el mismo mar, el más barato y económico de los caminos conocidos; en una isla destinada únicamente para los leprosos, se levantarán edificios donde estarán más á sus anchas, sin que los vecinos hagan reclamaciones más ó menos justas, como ha sucedido con el establecimiento que se piensa fundar en el sitio de San Nicolás de Quebradaseca, en el departamento de Antioquia.

Fuera de esto, el aire salino del mar posee propiedades vivificantes que vigorizan los organismos agotados por enfermedades que, como la escrófula y la lepra, dan lugar á supuraciones abundantes y á úlceras sórdidas que marchan tan lentamente á la cicatrización; ese aire y los baños de mar, si no curan la enfermedad, sí mejoran la situación del leproso.

La isla que se escoja debe estar cerca de las costas y de

un puerto conocido para que haya fácil comunicación y se pueda atender mejor á las necesidades de la colonia; debe tener un clima suave y uniforme, estar exenta de pantanos que den lugar á fiebres miasmáticas, y que sea fértil para que los leprosos que quieran consagrarse á trabajos agrícolas puedan hacerlo.

La isla de Coiba reúne las condiciones requeridas para el establecimiento de una colonia, según los datos que me ha suministrado el conocido geógrafo señor D. Francisco Javier Vergara; es mucho más extensa que la de Gorgona, considerada por algunos como la mejor para establecer la colonia, por estar entre dos puertos importantes de la República: Panamá y Buenaventura; pero la falta absoluta de aguas potables la hace inadecuada para la formación de una colonia, como lo ha sido hasta ahora, á pesar de su pasmosa fertilidad, para el comercio.

Transcribo á continuación la descripción de la isla de Coiba conforme á los datos suministradas por el señor Vergara.

Esta Isla tiene una superficie de veinticinco leguas cuadradas; longitud, ocho leguas; anchura, cinco leguas; perímetro, veinticuatro leguas. Puede contener de 30 á 35,000 habitantes, y hoy está casi desierta; sólo existen algunos leñadores, y es baldía. Se encuentran cerritos y colinas poco elevados, valles inmensos, multitud de arroyos y los riachuelos Santa Cruz, Playahermosa, Pozo y Santa Clara, todos con aguas potables. Es fértil y la cubre magnífica selva, en donde domina el cedro; posee un magnífico puerto, el de Las Damas, siendo difícil de abordar en el resto; por desgracia, en la actualidad allí no hay otros víveres que los suministrados por la pesca y la caza. El suelo, calcáreo. Al Sur tiene las islitas de Jicarita y Jicamí, también desiertas, y al Norte la de Coibita, muy próxima, habitada, y que puede servir para residencia de la escolta, los empleados, etc. Coiba dista veinticinco leguas de David, veinte de Río de Jesús y sólo cinco de Bahiahonda.

En toda la costa del Istmo que le hace frente hay poblaciones y recursos. Como Coiba concluye al S. E. con una gran península en que hay agua, puede emplearse esa porción fácilmente separada por un muro del resto.

Por tanto, encuentro como ventajas en la elección de una

isla para la colonia destinada á los leprosos de la República, las siguientes, que á la vez que son higiénicas, son también económicas:

- 1.^a El aislamiento es posible, sin tener que recurrir á medidas odiosas y vejatorias;
- 2.^a Agua en abundancia, aire puro y facilidad para la vida;
- 3.^a Pueden construirse rápidamente los edificios á precios relativamente baratos; y
- 4.^a Facilidad para conseguir las sustancias alimenticias á mejor precio que en los puntos en donde se ha pensado establecer lazaretos.

Supongo que se haya hecho la elección de un lugar con las condiciones indicadas. ¿Qué edificios se necesitan para colocar á los leprosos?

1.º Construir edificios para las personas que reciben todo del Gobierno y de la caridad pública, donde encuentren habitación, alimentación, ropa, hospital, baños, etc. etc. Estos edificios, por su semejanza con los hoteles de primer orden en América, los llamo *Hoteles-lazaretos*; y

2.º Casas más ó menos espaciosas para los enfermos acomodados que deseen llevar una vida diferente á la que están sometidos los demás leprosos.

Me parece que este sistema es adaptable á las necesidades que nacen de la desigualdad de educación y fortuna en los asociados.

Si la administración se les confía á las Hermanas de la Caridad, ellas podrán organizarlos, vigilarlos y poner orden y economía, lo que no sucedería con otro género de construcción.

HOTELES-LAZARETOS

Estos edificios deben alojar el personal de la administración, el capellán y los leprosos.

La forma general que deben tener es la de pabellones aislados, como la más higiénica y la que se presta más para la vigilancia.

Adjunto os presento un plano que consta:

1.º De una casa central para la administración, donde están las oficinas, el alojamiento de los empleados, biblioteca, farmacia, ropería, cocina, despensa, etc. etc.;

2.º De una galería ó corredor, que va de una á otra parte del edificio y que conduce á cada uno de los pabellones. Tiene siete metros de ancho, cinco de altura y una longitud proporcionada al número de pabellones;

3.º De varios pabellones que están á uno y otro lado de la galería.

Cada pabellón tiene de largo 72 metros, de ancho 14 metros, y de alto 5 metros, pues no constaría sino de un solo piso.

Un pabellón se compone: 1.º, de tres salones separados por tabiques; cada salón tiene 182 metros cuadrados de superficie, donde pueden colocarse desahogadamente 14 camas; á cada cama corresponden 13 metros cuadrados de superficie y á cada enfermo 63 metros cúbicos de aire; 2.º, de cuatro piezas, en donde se pondrán dos camas en cada pieza, las que tienen 42 metros cuadrados de superficie, es decir, 31 metros para cada cama y 110 metros cúbicos de aire por persona; 3.º, de una sala de lectura que tiene 84 metros cuadrados de superficie; 4.º, de un comedor que tiene 140 metros cuadrados de superficie; y 5.º, de los comunes que están en la extremidad libre del pabellón, sobre una alcantarilla que conduce las aguas sucias y las excedentes;

4.º De una capilla para el culto;

5.º De una sala mortuoria donde se depositarán los cadáveres antes de ser enterrados;

6.º De una casa cural ó habitación del capellán;

7.º De varios talleres;

8.º Baños;

9.º Escuelas; y

10.º Lavaderos.

En cada pabellón se colocarán las puertas y ventanas suficientes para que la ventilación sea activa.

Tal es, en resumen, el plano que os propongo como el más aparente y que me parece llena las exigencias de un establecimiento que no es propiamente un hospital, pues en el caso en que hubiera leprosos que debieran cuidarse como los enfermos que se reciben en un hospital, ya por la naturaleza de las lesiones propias de la lepra ó porque sean atacados de otras enfermedades, se puede dar semejante destino á uno ó dos de los pabellones.

Termino este deficiente informe, en el cual solamente he tocado las bases generales de lo que debe hacerse si se quiere organizar y fundar un establecimiento que tenga por objeto la profilaxia de la lepra por una parte y su extinción gradual por otra. En cuanto á los demás puntos consultados por Su Señoría el Ministro de Gobierno, espero vuestras indicaciones para presentáros las en otro informe, pues la tarea es larga y merece un estudio detenido de la honorable Junta Central de Higiene.

Por tanto, someto respetuosamente á vuestra ilustrada consideración las siguientes conclusiones:

1.^a Que no existe ningún lazareto en Colombia que reúna las condiciones que enseña la Higiene;

2.^a Que el aislamiento de los leprosos es el único medio que debe ponerse en práctica para extinguir paulatinamente la lepra en la república de Colombia;

3.^a Que con el objeto de recoger á los leprosos debe fundarse una colonia, en vez de crear ó ensanchar varios lazaretos en los Departamentos donde haya necesidad, porque serían gastos inútiles, fuertes sumas invertidas en establecimientos en donde no se podrían llevar á cabo todas las medidas que hicieran efectivo el aislamiento;

4.^a Que una isla es el punto más apropiado para fundar la colonia;

5.^a Que la isla que puede servir para ese objeto sería la de Coiba ú otra que llenara las mismas condiciones, requeridas para establecer una colonia;

6.^a Que deben fabricarse dos clases de edificios: 1.º, hoteles-lazaretos; y 2.º, casas;

7.^a Que el mejor sistema para los hoteles-lazaretos es el de pabellones, conforme al plano que presento;

8.^a Que los edificios de hierro son los más aparentes, por sus precios bajos, por la rapidez con que se fabricarían y por su duración; y

9.^a Solicitar del Supremo Gobierno que envíe una comisión compuesta de personas idóneas para que verifiquen un reconocimiento en las islas que se crean á propósito para el establecimiento de colonia apropiada.

PROTO GÓMEZ.

Bogotá, Agosto 26: 1891.

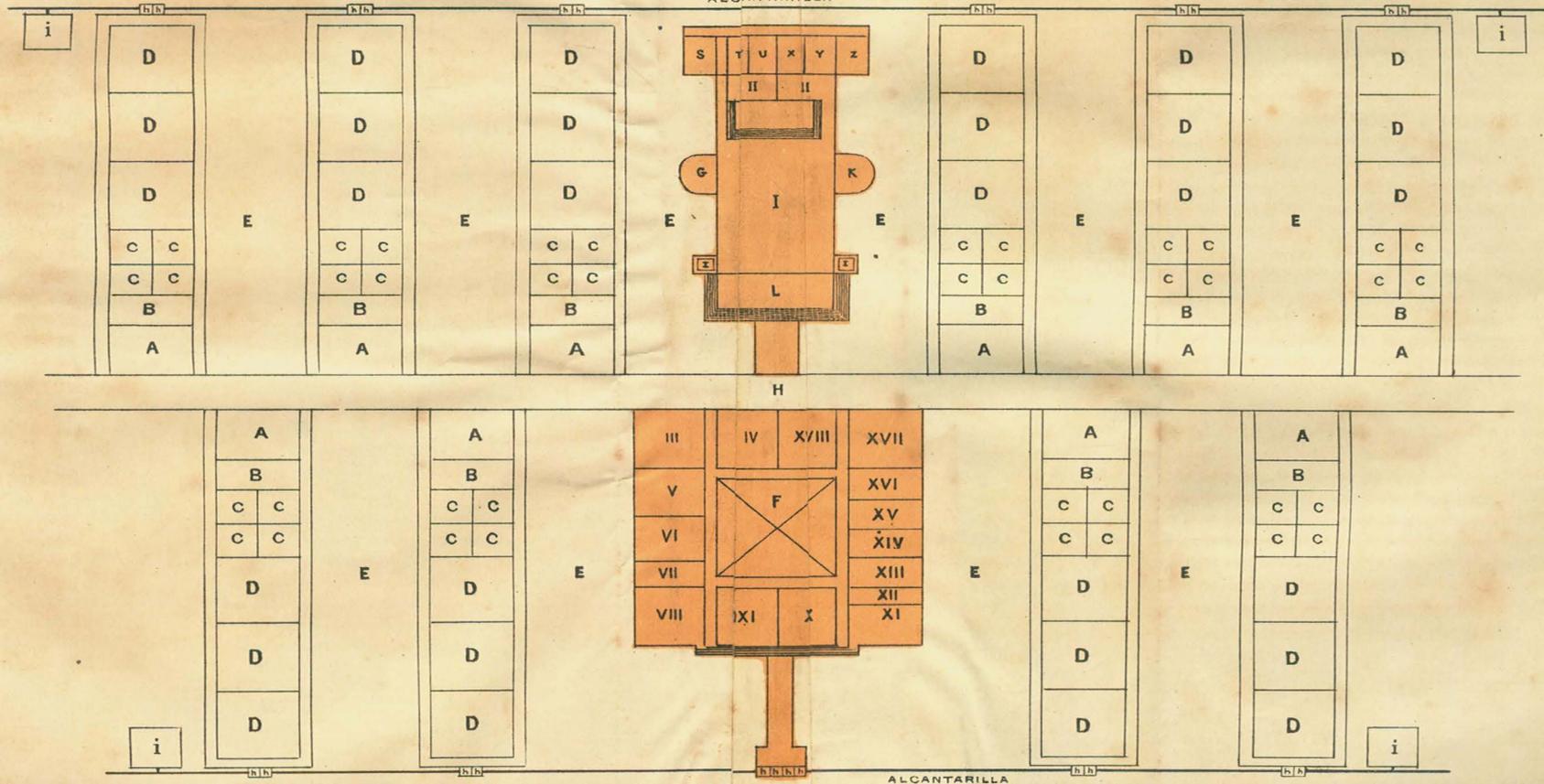
PLANO DE HOTEL LAZARETO,

*Ejecutado segun las indicaciones higienicas del Dr. Proto Gomez
y aceptado por la Junta Central de Higiene.*

M	O	O	O	P	N
	O	O	O	P	

ESCALA: UN MILIMETRO POR METRO

ALCANTARILLA



Junta Central de Higiene.—Secretaría.—Bogotá, Septiembre 5 de 1891.

En la sesión de esta fecha se aprobó el informe anterior, después de discutido en las sesiones del 28 de Agosto, 2 y 5 de Septiembre del presente año, tomando parte en la discusión los señores doctores Juan David Herrera y Luis Fonnegra, comisionados por la honorable Academia Nacional de Medicina.

G. DURAN BORDA.

EXPLICACION DEL PLANO

ADMINISTRACION

- F. Patio.
- III. Cocina.
- IV. Despensa.
- V. Comedor.
- VI. Cuarto de plancha.
- VII. Id. para sirvientes.
- VIII. Sala de recibo.
- IX. Botica.
- X. Depósito.
- XI. Administrador.
- XII. Médico.
- XIII. Cuarto de sirvientas.
- XIV. Boticario.
- XV. Maestro de escuela.
- XVI. Mayordomo.
- XVII. Biblioteca.
- XVIII. Ropería.

CASA CURAL

S, T, U, X, Y, Z.

CAPILLA

- I. Capilla y campanarios.
- II. Sacristía.
- G. Cámara mortuoria.
- K. Bautisterio.
- L. Atrio de la capilla.

PABELLONES

- A. Comedores.
- B. Sala de lectura.
- C. Dormitorios especiales.
- D. Dormitorios en común.
- E. Patios.—Jardines.
- H. Gran corredor.
- N. Lavadero.
- PP. Depósito de ropa.
- OO. Talleres.
- M. Escuela.
 - i. Albercas para baños.
- h, h. Excusados.

INFORME SOBRE EL LAZARETO DE AGUA DE DIOS

Señores Miembros de la Junta Central de Higiene.

En el informe que tuve el honor de presentaros sobre construcción de lazaretos, en la sesión del 28 de Agosto del presente año, dije que me reservaba el estudio de las medidas que conviene tomar para llenar las necesidades de urgencia, mientras se resuelven las graves cuestiones relativas á la fundación de nuevos lazaretos.

Su Señoría el Ministro de Gobierno, en nota del 8 de Julio del año en curso, dirigida á esta Junta, dice, entre otras cosas, que desea que emitamos opinión acerca de la conveniencia del ensanchamiento del Lazareto de Agua de Dios, "*como pronta providencia*" para colocar á los enfermos que diariamente piden asilo á la honorable Junta General de Beneficencia de Cundinamarca, ó si, en nuestro concepto, debe edificarse el Lazareto en otro lugar que reúna las condiciones que exige la Higiene.

En el citado informe expuse mis opiniones de un modo general sobre la conveniencia ó inconveniencia de fundar nuevos lazaretos y las que me he formado sobre el actual Lazareto de Agua de Dios; estudié los inconvenientes que este establecimiento presenta para que siga siendo á perpetuidad el refugio de los leprosos.

Vosotros sabéis que, según las opiniones de los señores que componen la Junta de Beneficencia, y la del señor Sub-síndico, D. Jorge Vergara, el actual Lazareto de Agua de Dios no debe ensancharse, por no haber en los terrenos que lo componen un sitio apropiado para ese objeto.

Antes de pensar en la fundación de otro lazareto en cualquier otro punto del departamento de Cundinamarca, que sirva para atender, *en calidad de por ahora*, á la ineludible obligación de dar habitación á los leprosos, resolví dirigirme verbalmente al señor doctor Bernardino Medina, comisionado para representar á la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca, en los asuntos que se relacionan con los lazaretos, con el fin de tratar este delicado asunto, porque estoy convencido de las muchísimas dificultades que tendríamos que vencer para llevar á cabo la realización de un proyecto semejante.

Lo ocurrido en el departamento de Antioquia, al escoger el lugar para fundar un establecimiento de esa clase, deja comprender que no pueden ponerse en práctica las indicaciones más justas é imparciales sin vulnerar los intereses de muchas personas.

En la conferencia que tuve con el señor doctor Medina me dio los siguientes datos:

1.° Que ordinariamente se presentan á pedir colocación en el Lazareto, de doce á quince leprosos por mes;

2.° Que los edificios que existen en Agua de Dios no son suficientes para colocar á los enfermos;

3.° Que no existe en los terrenos del Lazareto ningún punto aparente para ensanchar los edificios;

4.° Que hay un terreno que colinda con los del Lazareto, de propiedad particular, en el cual se pueden construir algunos edificios;

5.° Que el dueño de este terreno está dispuesto á venderlo;

6.° Que hay facilidad de llevar á ese lugar la cantidad de agua suficiente para las necesidades de los enfermos;

7.° Que la Junta de Beneficencia no dispone de los fondos suficientes para emprender la construcción de los nuevos edificios; y

8.° Que dicha Junta se encargará de la construcción de ellos de acuerdo con las instrucciones que se le comuniquen, si de la cantidad señalada por la Ley 104 de 1890 para la construcción de lazaretos, se pone á su disposición una parte de ella.

La conferencia que tuve con el señor doctor Medina dio por resultado la posibilidad de darle mayor extensión al Lazareto de Agua de Dios *como pronta providencia*, á pesar de los inconvenientes que tiene, y que, en mi concepto, son menos graves si los comparo con los que se presentarían, en el caso de que vuestra opinión fuera la de fundar un nuevo lazareto, en lugares en donde la escasez de obreros y de materiales de construcción retardarían por muchos meses la conclusión de las obras; pero estas dificultades se podrían vencer con un poco de actividad y haciendo mayores desembolsos.

Los inconvenientes más serios serían la elección del sitio, que exige estudios especiales hechos prácticamente; la adqui-

sición del terreno que, en caso de expropiación, está sujeta á una larga tramitación, y las reclamaciones de los particulares y de los distritos vecinos.

Todas estas causas harían casi impracticable el proyecto, á lo menos por mucho tiempo, y entonces el resultado que desea Su Señoría el Ministro de Gobierno no se obtendría.

Entre las medidas que conviene realizar en el Lazareto de Agua de Dios, hay una de urgente necesidad: impedir que los leprosos abandonen el Lazareto, cuando lo tengan á bien, sin permiso del Administrador. Como esta costumbre acarrea muchos males, creo que se debe disponer que ningún leproso pueda salir del Lazareto.

En virtud de estas consideraciones, y más que todo por la imperiosa necesidad de colocar á los leprosos, y como medida de *pronta providencia*, os propongo el siguiente proyecto de contestación á la nota de Su Señoría el Ministro de Gobierno:

1.° Se puede ensanchar el Lazareto de Agua de Dios, como medida de *carácter provisional*, en el terreno que adquirirá la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca;

2.° Para construir los edificios se solicitará del Gobierno que ponga á disposición de dicha Junta veinticinco mil pesos de los cien mil votados por la Ley 104 de 1890;

3.° Que, poco más ó menos, se gastan de cuatrocientos á quinientos pesos por individuo, en dichas construcciones, según informes del señor D. Jorge Vergara; y

4.° Que se dicten los decretos necesarios para que, conforme á lo dispuesto por la Ley 104 antes citada, ningún leproso pueda salir del Lazareto.

PROTO GÓMEZ.

Bogotá, 2 de Septiembre de 1891.

FACULTAD DE MEDICINA DE BOGOTÁ

RELACION de las tesis trabajadas y sostenidas por los alumnos de la Escuela de Medicina, para recibir el diploma de doctores, desde el año de 1887 hasta la fecha.

- 1.^a *Hepatitis, causas y tratamiento*, por José Joaquín Restrepo I. (Diciembre 18: 1887).
- 2.^a *Los micro-organismos de la fiebre amarilla*, por Daniel Gutiérrez y Arango. (Noviembre 17: 1888).
- 3.^a *Higiene de los niños desde el nacimiento hasta la época del destete*, por Julio C. Martínez. (Noviembre 22: 1888).
- 4.^a *Puerperalidad fisiológica. Sus caracteres. Su higiene*, por Medardo Perilla. (Noviembre 24: 1888).
- 5.^a *Estudio sobre el tubérculo*, por Rafael Escobar U. (Diciembre 10: 1888).
- 6.^a *Profilaxia de la Lepra*, por Nicolás Restrepo B. (Febrero 19: 1889).
- 7.^a *Diagnóstico diferencial entre la lepra y el mal de San Antón*, por Zenón Solano Ruiz. (Febrero 28: 1889).
- 8.^a *Lepra tuberculosa*, por Roberto Sanmartín H. (Marzo 7: 1889).
- 9.^a *Temperatura del cuerpo humano en la altiplanicie de Bogotá*, por Marco Aurelio Pavón. Marzo 14: 1889).
- 10.^a *La fiebre continua del Hospital de San Juan de Dios*, por Jorge Boshell. (Marzo 16: 1888).
- 11.^a *Diagnóstico diferencial entre el alcoholismo crónico y el chichismo*, por Luis Emilio García. (Mayo 11: 1889).
- 12.^a *Sifilides de las mucosas*, por Aristides Salgado. (Agosto 10: 1889).
- 13.^a *Ladrería en el hombre*, por Cristóbal Caicedo. (Noviembre 9: 1889).
- 14.^a *Datos sobre la influencia de la altura en la respiración y en la circulación sanguínea*, por Lisandro Porras. (Noviembre 18: 1889).
- 15.^a *Apuntaciones sobre la disentería en Bogotá*, por Abel de Jesús Rico. (Noviembre 22: 1889).
- 16.^a *Placas mucosas*, por Clemente Montañés. (Noviembre 23: 1889).

- 17.^a *Profilaxia de la sífilis*, por Manuel S. Algandona. (Noviembre 27: 1889).
- 18.^a *Contribución al estudio del tifo y de la fiebre tifoidea en Bogotá*, por Miguel B. Muñoz. (Noviembre 28: 1889).
- 19.^a *Estudio de una afección cutánea llamada vulgarmente MARRANAS, enfermedad endémica en algunos lugares de clima templado*, por Indalecio Camacho. (2 de Diciembre: 1889).
- 20.^a *Estudios comparativos entre la hepatitis de Bogotá y las de la India*, por Abel García G. (Diciembre 2: 1889).
- 21.^a *Atrepsia*, por Andrés Carrasquilla H. (Diciembre 3: 1889).
- 22.^a *Notas sobre la práctica médico-legal y criminal*, por Miguel de la Roche. (Diciembre 4: 1889).
- 23.^a *Baños*, por Nicolás Rentería. (Diciembre 6: 1889).
- 24.^a *Aceite de Amacey, también llamado aceite de Caparrapí*, por Pedro Pablo Nates. (Diciembre 7: 1889).
- 25.^a *Tratamiento de las Hepatitis supuradas por las grandes incisiones*, por Braulio Mejía J. (Marzo 1.º: 1890).
- 26.^a *Estudio sobre la dispepsia pútrida y sus relaciones con la dilatación del estómago*, por José Ignacio Durán G. (25 de Agosto: 1890).
- 27.^a *Contribución al estudio de las "Neuritis periféricas" circunscrita y diseminada*, por Miguel Canales Pradilla. (1.º de Septiembre: 1890).
- 28.^a *Estudio sobre la última epidemia de Bogotá, llamada generalmente "El Dengue"*, por Guillermo Restrepo U. (15 de Noviembre: 1890).
- 29.^a *Apuntes sobre la etiología del tifo epidémico de 1889*, por Rubén Rodríguez N. (17 de Noviembre: 1890).
- 30.^a *Traqueotomía*, por Samuel F. Hernández. (4 de Diciembre: 1890).
- 31.^a *Observaciones sobre la Higiene de Bogotá*, por Isaac Arias Argáez. (8 de Diciembre: 1890).
- 32.^a *Tratamiento de la cistitis en general, precedido de una breve reseña sobre la etiología y la Anatomía patológica de esta afección*, por José Vicente Maldonado (Febrero 10: 1891).
- 33.^a *Pelagra en Colombia*, por Eduardo Uribe R. (Febrero 12: 1891).

34.^a *Contribución al estudio de la Ovariectomía en Colombia*, por Eliseo Montaña. (13 de Mayo de 1891).

35.^a *Enfermedad de Hodkin*, por Justiniano Durán D. (11 de Junio de 1891).

36.^a *Contribución al estudio de la etiología y patogenia de las enfermedades del corazón en la altiplanicie de Bogotá*, por Pablo Borrero Ayerve. (Junio 26: 1891).

37.^a *Endemias del clima del café*, por Ramón Vicente Lano. (Agosto 1.º: 1891).

38.^a *Observaciones sobre la úlcera simple del estómago*, por Jaime Mejía M. (Agosto 4: 1891).

39.^a *Estudio sobre la bronco-neumonía aguda en los adultos*, por Manuel N. Lobo. (Agosto 22: 1891).

40.^a *Estudio terapéutico de la antipirina*, por Vicente Emilio Gaviria. (Agosto 24: 1891).

41.^a *Curación radical de las hernias inguinal y crural*, por Alonso Madriñán. (Septiembre 30: 1891).

42.^a *Estudio sobre la diarrea endémica de los países cálidos*, por José Luis Andrade. (Octubre 2: 1891).

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA HIGIENE

HISTORIA SUCINTA DE LA LEPRO EN PAIPA

El conocimiento que tengo de que todavía no se ha dicho nada sobre el desarrollo de la lepra en Paipa (departamento de Boyacá, provincia de Tundama), aunque muchos médicos competentes lo hayan seguido, excusará lo cansado de la disertación que voy á hacer para darlo á conocer hasta donde me es posible; pero conviene á mis propósitos hacer algunas referencias que á primera vista no tienen relación con mi estudio, y al efecto indicaré la topografía de este pueblo para apreciar mejor dicho desarrollo.

Está situado á 2,281 metros sobre el nivel del mar (F. En-ciso, Ingeniero, 1890), al pie de la cordillera oriental, en uno de sus repliegues. Tiene un clima templado (16°, término medio anual) (1), una población de cerca de 3,000 almas, y está

(1) Esta temperatura la tomé manteniendo un termómetro C. rectificado por el 0, durante más de dos horas, en una casa central, á más de un metro de profundidad, en la capa invariable.

situado de tal manera, que tiene: al O., una colina que lo separa de la continuación hacia ese lado del valle de Bonza sobre el que está situado; al O.O., el mismo valle y colinas que se continúan con la alta cordillera; al S., dicho valle en una extensión mayor, atravesado, no lejos del pueblo, por el río Paipa (Chicamocha ó Sogamoso), el cual en las épocas lluviosas desborda é inunda el valle, dejando al recogerse vastos pantanos de aguas estancadas, corrompidas y limonosas, que tienen necesariamente gran cantidad de detritus vegetales en descomposición, fertilizando de este modo esas tierras y preparándolas para la agricultura y la cría de ganado. Los vallecitos del O. y del O.O. están también atravesados por riachuelos tributarios del Chicamocha, originarios de la cordillera situada al N. Hacia el S., y muy cerca del río, se encuentran los Hervaderos en el llano del Salitre, que están constituidos por tres fuentes de aguas termales, de unos $3\frac{1}{2}$ metros de diámetro cada una, y algo profundas, y por otras más pequeñas. A principios de este año (31 de Enero) tomé la temperatura de estas aguas con el mismo termómetro C., mencionado, y me dio el siguiente resultado: una fuente tenía, al cabo de 10 minutos, 64° ; otra también tenía 64° , al cabo de 15 minutos; otra 50° en el mismo tiempo, y otra, más pequeña, 24° ; los pozos menores tenían un grado inferior todavía. Al rededor de estas fuentes el termómetro marco 22° , y, algo más lejos, 18° en el ambiente. No me admira, sin embargo, que el sabio Boussingault haya dicho (Santafé de Bogotá, Noviembre de 1829) que una de estas fuentes tiene 73°C. , y otras dos 56° y 68° , respectivamente, porque dichas temperaturas fueron tomadas por aproximación: se sirvió del barómetro para determinar la altura del mismo pueblo, la que apreció en 2,550 metros, y sabemos hoy más, que este instrumento no suministra indicaciones bien exactas, debido á las fluctuaciones á que está sometido bajo la influencia de causas exteriores, atmosféricas, estacionarias, etc. Las aguas de estas fuentes, transportadas lejos, se mantienen calientes durante 12 horas y más. Bajo la influencia de esta temperatura, suficiente para cocinar un huevo en dos minutos, el agua está continuamente en ebullición y deja desprender gran cantidad de vapor de agua, visible en

estado de niebla espesa en las mañanas y en los días opacos y lluviosos. Dichos vapores, de ácido carbónico en su mayor parte, desprenden un olor *sui generis* de hidrógenos carbonado y sulfurado. Estas aguas tienen, según Boussingault, la siguiente composición:

Carbonato de cal.....	0,0001.	
Sulfato de sosa.....	0,0329.	3 por 100 de sulfato de sosa.
Hidroclorato de sosa...	0,0133.	1 por 100 de hidroclorato de sosa.
Bicarbonato de sosa....	0,0007.	$\frac{1}{2}$ por 100 de bicarbonato de sosa.
Agua	0,9530.	

Contienen también sulfato de magnesia, sulfuros, cloruros de potasio, sodio y magnesio y, probablemente, ácido sulfídrico en pequeñísima cantidad aquí, pero más abundante en un lugar poco distante, en donde se encuentran todas las sales mencionadas; más abundante, digo, porque los naturales de Paipa dicen siempre que los animales que van allí y beben dichas aguas mueren rápidamente, sobre todo las aves, que no necesitan de beber. En este mismo lugar se halla, dicen ellos, la caparrosa blanca (sulfato de zinc), la cual estará mezclada necesariamente con otra ú otras de las sales mencionadas, y nada de raro hay en esto porque, como se ve, el ácido sulfúrico está en tanta abundancia en el Salitre, que puede dar nacimiento á muchas clases de sales, de las cuales la más abundante es la de base de soda, y tanto, que se puede sin inconveniente administrarla como purgante, como lo hacía yo siempre, sin purificarla previamente. Estas aguas son un poquito amargas y fuertemente saladas. He dicho que hay otras fuentes más pequeñas, las cuales tienen la particularidad de que el agua, aunque fría, está siempre en ebullición; éstas deben estar en comunicación con un riachuelo que pasa cerca y que mezcla sus aguas con las que se derraman de las fuentes grandes, dando lugar á otro, con una agua más ó menos templada, según la distancia.

Como una legua hacia el S. del Salitre se encuentra otra fuente de agua termal, llamada Olitas, con una temperatura inferior á la de los Hervaderos (menos de 20°), que tiene propiedades medicinales evidentes y distintas á las de éstos, y de que luégo hablaré, haciendo observar únicamente ahora que mientras que el agua de los Hervaderos es caliente, hasta el

punto de ennegrecer el receptor de mi termómetro, ésta es templada y potable.

La industria podría sacar más partido de estos lugares dedicados exclusivamente á la cría de ganado y á la agricultura, como yá dije. Los cereales, legumbres, tubérculos, etc., que se dan allí, contienen gran cantidad de sales que toman del suelo, y, por consiguiente, proporcionan á los habitantes y á los animales productos sanos y sustanciosos, bien cargados de estas sales; el residuo, junto con la yerba propia de las bestias, también, por consiguiente, impregnada de las mismas sales, se aprovechan para la cría de éstas y abono del terreno con los productos descompuestos de estas materias orgánicas, y no es de admirar que estas materias y las que corrompen en el verano, cuando se forman las lagunas de que he hablado, no produzcan casi jamás la malaria, lo que proviene del clima, que es templado; en cambio, no faltan todos los años casos esporádicos de tifus exantemático y fiebre tifoidea, y, permanentemente, entozoarios hasta en los adultos. Boussingault ha dicho:

“ No creo que se haya encontrado todavía en la naturaleza una agua mineral tan cargada de sales, y es fácil de comprender el partido que podría sacarse de una fuente tan abundante en sulfato de sosa, si se quisiera extraer la sosa, materia hoy tan desconocida en la Nueva Granada, pero cuya importancia sería apreciada en virtud de las ventajas que ella ofrece para la fabricación de jabones duros, que los que hoy se consumen en el país, hechos de lejías de cenizas, son blandos, de mala calidad y caros.—(Santafé de Bogotá, Noviembre, 1829).”

El ácido sulfúrico podría aprovecharse por lo menos para la telegrafía, así como lo ha hecho ingeniosamente la telegrafista de este pueblo, empleando esta misma sal, más ventajosa que el ácido bajo el punto de vista económico, según la opinión de ella y de otros telegrafistas que lo han usado después; las pilas duran cargadas más tiempo con la sal que con el ácido, porque la reacción es más lenta, y esta reacción destruye menos rápidamente dicha pila. La Farmacia podría sacar también muchas ventajas, y la Hidroterapia sobre todo prestaría un grande alivio para la curación de muchas dolencias tan comunes en todo el país, dando ensanche al mismo pueblo. El sílice ó sus silicatos, tan abundantes en los alrededores de Paipa, podrían utilizarse para la fabricación de objetos de vidrio, tan valiosos

en toda la República. (Véase la REVISTA MÉDICA de Bogotá, O. Gallo).

Las sales mencionadas cristalizan en el llano del *Salitre* y al rededor de las fuentes, en el verano, bajo formas distintas: pulverulenta, de panes formados por los cristales de estas sales y de agujas aisladas, de unos cinco centímetros de longitud, y ordenadas regular y concéntricamente sobre la forma pulverulenta.

Los habitantes de Paipa y los de los pueblos vecinos, comprendiendo el inmenso servicio que las aguas de los Hervaderos pueden prestar á muchas de sus dolencias, ocurren á ellas instintivamente, pues no se ha hecho todavía un estudio bien formal sobre dichas aguas, las cuales ofrecen un baño delicioso, higiénico, y tienen la inmensa ventaja de poderse adaptar á la temperatura que á cada cual convenga. De esto resulta que muchas veces hacen de ellas y de las de Olitas un uso abusivo, inmoderado y extemporáneo, lo que les proporciona graves daños. ¡Cuántas veces, agotados mis esfuerzos en presencia de un reumatismo, agudo ó crónico, febril ó apirético, he tenido el placer de verlo ceder como por encanto después del segundo baño en los Hervaderos! Lo mismo he visto cumplirse para muchas otras afecciones nerviosas, parasitarias externas, herpéticas, etc. Los he prescrito, con un éxito admirable también, en la clorosis, la anemia, el impaludismo crónico, las neuralgias de toda clase, la ciática, el histerismo, las úlceras, disentería crónica, hemorroides, hepatitis crónicas, dispepsias, manifestaciones externas de la sífilis, etc. etc., y me atrevo á asegurar que se pueden emplear en muchas otras enfermedades con la seguridad de obtener el mismo éxito que yo en éstas. La anemia, la clorosis, las enfermedades del tubo digestivo, el reumatismo, las enfermedades del sistema nervioso, las de la piel, etc. etc., mejoran también con el uso de los baños en Olitas.

Al S. E., como á diez leguas del pueblo, se encuentra la Laguna de Tota, tan elevada sobre el nivel del mar, que lo está más que Tunja: tiene 2,793 metros (Diccionario geográfico de Colombia. J. Esguerra). De esta laguna soplan durante todo el año, pero especialmente en Julio y Agosto, vientos muy fríos, cargados de los vapores húmedos y hela-

dos de dicha laguna, los cuales, al pasar, bañan los lugares vecinos: Tibasosa, Sogamoso, Pesca, Firavitoba, Santa Rosa, Duitama, Paipa, etc.; pero antes de llegar á este último se cargan en el Salitre de gran cantidad de sales, y se hacen de este modo muy fríos é irritantes, contrastando singularmente con el aire caliente y húmedo que sale del pueblo, situado á una altura mucho menor; se condensan, pues, se resuelven en lluvia y producen variaciones bruscas de temperatura, que pueden efectuarse varias veces en el día, como es frecuente; de modo que el termómetro me ha indicado con frecuencia en dicho pueblo una temperatura de 12° y 22° á la sombra en una misma hora, y me atrevo á asegurar (sin haberlo observado) que baja muchos grados más en los meses más fríos, como Abril, Mayo, Septiembre y Octubre. Estas fluctuaciones atmosféricas impresionan tanto más cuanto tienen lugar por las tardes, cuando, entregados los habitantes á ejercicios mecánicos, son sorprendidos en medio de una transpiración activa por el viento frío, que predomina más de este lado y del opuesto. Bañados por la misma brisa de la laguna, los otros pueblos vecinos, aunque sometidos á variaciones atmosféricas, no lo están en el mismo grado ni en la misma condición que éste, porque no reciben, indirectamente siquiera, la influencia de los vientos cargados de sales, puesto que están situados al S. del Salitre, excepto Duitama y Santa Rosa, y porque están á mayor altura que Paipa y el Salitre. (Duitama, 2,533^m; Santa Rosa, 2,761; Sogamoso, 2,506.—J. Esguerra). Si á todo esto agregamos la influencia del suelo sobre el cual están edificados estos pueblos, que es “arenoso y poco duro” en Paipa, habremos demostrado por qué éste está más sometido que los demás á variaciones más súbitas de temperatura. El termómetro marcó con alguna regularidad, en los últimos meses del año pasado, $17\frac{1}{2}^{\circ}$ por la mañana, 18° por la tarde y 17° por la noche; pero fue frecuente verlo fluctuar por las tardes entre 17° y 22° , sobre todo en Diciembre. Si ahora nos referimos al desaseo de las habitaciones, de muchos de sus habitantes, de las calles, á la configuración y disposición del pueblo, al ningún cuidado de parte de los habitantes para evitar el contagio, viviendo en comunidad de bienes con los leprosos por puro capricho,—nada de extraño hay en que

gran número de enfermedades, fuera de la elefancia, encuentren allí seguro asilo.

El pueblo está situado al mismo pie de la cordillera que se encuentra al N., la que está bastante empinada en ese punto para constituir lo que llaman un *páramo*, de donde se levantan nieblas que se resuelven en lluvia en el pueblo cuando los vientos predominan de ese lado y del S. y encuentran el aire más caliente de dicho pueblo. Los mismos vientos, que son los predominantes, modifican de tal manera el clima, que en el espacio de una hora pasa de las condiciones de un clima caliente á las de uno frío, y viceversa. Todo esto da lugar al desarrollo de gran número de enfermedades, como oftalmías, pleuresías, pericarditis, neumonías, anginas, bronquitis, laringitis, nefritis, asma, tisis, etc. etc. Además, el terreno es irregular ó quebradizo, y los lugares semejantemente situados son aquellos en los cuales reinan más enfermedades y en donde se ha observado que la lepra toma más desarrollo. Obsérvese si no la marcha que ha seguido en nuestro país el desarrollo de esta enfermedad, y se verá que dicha marcha está más en relación con la naturaleza del terreno y la situación del lugar, del mismo modo que lo está la de la sífilis, por ejemplo, con los progresos de la civilización, quiero decir con los lugares en donde las transacciones comerciales han tomado más incremento. La malaria nos suministraría un ejemplo semejante. Recuerdo mucho, á propósito, que un notable profesor de Clínica, en una conferencia dictada en el Hospital de Caridad de Bogotá, nos hacía observar en el año de 1888 que los lugares situados en terrenos desmontados, é irregulares ó quebradizos (según su propia expresión), húmedos, expuestos á las influencias nocivas de los vientos, y, por consiguiente, sometidos á bruscos cambios de temperatura, son aquellos en los cuales predomina de preferencia la lepra y se desarrolla con facilidad suma, tanto en Colombia como en Inglaterra, Noruega, etc., lo cual está en relación con la causa alegada siempre por los enfermos para la aparición de su enfermedad: la variación brusca de temperatura. Pero solamente á estas causas y á la herencia atribuía dicho profesor el desarrollo y la marcha de la lepra, sin considerar la causa esencial, el microbio de Hansen, condición *sine qua non*, ni la topografía del te-

rreno, ni las variaciones atmosféricas, ni las predisposiciones y demás influencias individuales desempeñan papel alguno, como tenemos un ejemplo palpable de esto con la reciente aparición de esta enfermedad en Antioquia y en Paipa. No de otro modo me explico que nuestro distinguido profesor nos dijera en seguida que él por su parte persistía en negar que esta enfermedad fuera contagiosa é infecciosa, y que la creía exclusivamente hereditaria; eso, después de darnos la historia de la elefancia en Europa y de demostrarnos que su extinción en Inglaterra fue debida únicamente á la sabia organización de los Lazaretos y á la secuestación de los leprosos. Mas si alguna duda persistiere en el ánimo de los que niegan el contagio, demostrado definitivamente desde las memorables sesiones de la Academia de Medicina de París (1888), con la historia que sigue, aunque deficiente, me propongo suministrar algunas pruebas.

MANUEL S. ALGANDONA.

(Concluirá).

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ACTA DE LA SESIÓN INAUGURAL

En Bogotá, á 25 de Abril de 1891, se reunió la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, á las 7½ de la noche, en el Salón de Grados, con el objeto de celebrar la sesión solemne anual é instalarse oficialmente como Academia Nacional de Medicina.

Concurrieron á la sesión los miembros de número, señores doctores Abraham Aparicio, Ricardo Amaya A., Leoncio Barreto, José María Buendía, Juan de Dios Carrasquilla, Daniel E. Coronado, Gabriel Durán Borda, Carlos Esguerra, Luis Fon-negra, Pablo García Medina, A. Gómez C., Aristides V. Gutiérrez, Juan David Herrera, Luis María Herrera, Pedro M. Ibáñez, José María Lombana Barreneche, Juan E. Manrique, Bernardino Medina, Carlos Michelsen U., Guillermo Muñoz, Oscar A. Noguera, Nicolás Osorio, Heliodoro Ospina L. G.,

Enrique Pardo R., Policarpo Pizarro, Carlos E. Putnam, Elberto de J. Roca, Rafael Rocha Castilla, N. Sotomayor, Mauricio Tamayo y Agustín Uribe, y el señor doctor Daniel Rodríguez, miembro correspondiente. Los miembros honorarios residentes en la capital, señores doctores Jorge Vargas, A. Vargas Vega, Francisco Bayón, Carlos Balén y Liborio Zerda, se excusaron oportunamente de concurrir.

El Salón de Grados, ocupado por una escogida y numerosa concurrencia, estaba adornado con los retratos de los célebres naturalistas miembros de la memorable *Expedición Botánica*, José C. Mutis, Eloy Valenzuela y Matiz; de los doctores Miguel de Isla y Vicente Gil de Tejada, primeros médicos que sirvieron en Colombia Cátedra de Medicina; y de los doctores José Joaquín García y José Félix Merizalde, ilustres continuadores de la obra de los primeros.

El señor Presidente de la Sociedad nombró á los doctores A. Aparicio y L. M. Herrera, en comisión, para que acompañaran al Excelentísimo Señor Presidente de la República al recinto de la sesión.

Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

Estando presente el señor doctor Alberto Restrepo H., nombrado miembro de número de la Sociedad, el señor Presidente le exigió la promesa de cumplir con los deberes que como á tál le impone el Reglamento.

El señor Secretario de la Sociedad, doctor Pablo García Medina, leyó un informe detallado sobre los trabajos en que se han ocupado las sesiones celebradas durante el año reglamentario que hoy terminó.

El señor Presidente de la Sociedad solicitó, en nombre de ésta, del Excelentísimo Señor Presidente de la República, declarara instalada la Academia Nacional de Medicina, y él así lo hizo en un elocuente discurso que fue aplaudido con entusiasmo.

En seguida el señor Presidente saliente, doctor Juan de D. Carrasquilla, dio posesión al Presidente electo de la Academia, doctor José María Buendía, cruzándose los discursos de estilo que el auditorio recibió con aplausos.

El Excelentísimo Señor Presidente de la República puso en manos de los alumnos de la Facultad de Medicina los pre-

mios concedidos por la Sociedad á los alumnos que tomaron parte en el último concurso anatómico. Los premios fueron distribuidos así:

Al señor Ramón V. Lanao, diploma de 1.^a clase, un estuche de Cirugía Menor y la obra de Fagge: *Principles of Medicine*, dos volúmenes.

Al señor Carlos Angulo, diploma de 1.^a clase y un estuche de Cirugía Menor.

Al señor Eliseo Montaña, diploma de 1.^a clase y la obra de Charcot: *Le système nerveux*, tres volúmenes.

Al señor Jaime Mejía, diploma de 2.^a clase y la obra de J. Cyr: *Maladies du foie*.

Al señor Esteban Tobar, diploma de 2.^a clase y la obra de Fournier: *La Syphilis*.

El señor doctor Carlos Esguerra pronunció el discurso académico, para lo cual había sido designado por el señor Presidente. Este notable discurso fue oído con especial interés y muy aplaudido por los concurrentes.

A la solemnidad de la fiesta contribuyeron eficazmente el señor Director y los señores alumnos de la Academia Nacional de Música, ejecutando piezas difíciles y escogidas con el mejor gusto.

Los señores doctores Durán Borda, Esguerra, Michelsen y Fonnegra fijaron la siguiente proposición, que fue aprobada por unanimidad:

“La Academia Nacional de Medicina da las más expresivas gracias al señor Director y alumnos de la Academia Nacional de Música por el favor que le han dispensado contribuyendo á solemnizar esta sesión de una manera digna del adelanto artístico de Colombia que ellos representan con tanto lucimiento.”

A las 10½ p. m. se levantó la sesión.

El Presidente de la Academia,

JOSÉ MARÍA BUENDÍA.

El Secretario, *Pablo García Medina*.

SESIÓN DEL 16 DE MAYO DE 1891

En Bogotá, á 16 de Mayo de 1891, se reunió la Academia Nacional de Medicina con asistencia de los doctores Apari-

cio (A.), Amaya (R.), Buendía (J. M.), Carrasquilla (J. de D.), García Medina (P.), Herrera (J. D.), Lombana Barreneche (J. M.), Manrique (J. E.), Medina (B.), Michelsen (C.), Muñoz (G.), Osorio (N.) y Putnam (C.). Se excusaron los doctores Castañeda, Esguerra y Gutiérrez. Se leyó y aprobó el acta de instalación de la sesión de la Academia, correspondiente al 25 de Abril próximo pasado.

El Secretario dio cuenta de lo siguiente:

De una nota dirigida por él á la Sociedad de Medicina del Cauca y á la Academia de Medicina de Medellín, por la cual se solicita la lista de los miembros activos de esas corporaciones para enviarles el nombramiento de miembros correspondientes de la Academia Nacional;

De una nota del señor doctor Manuel Uribe Angel, Presidente de la Academia de Medicina de Medellín, en que á nombre de esa Corporación felicita al señor doctor Pablo García Medina por el proyecto iniciado por él, de la reunión de un Congreso médico-nacional el 12 de Octubre de 1892, y manifiesta que esa Academia está dispuesta á secundar dicho proyecto, y que en caso de llevarse á cabo ella ofrece desde ahora decidida cooperación, de conformidad con sus facultades; y

De una nota del honorable señor Ministro de Su Majestad Británica, en que solicita un informe sobre los siguientes puntos: 1.º Si existe en Colombia alguna epidemia seria de viruela; 2.º Si hay algún caso auténtico conocido en este país de que la vacuna haya causado daño; ó si ha ocurrido algún caso en que se ha alegado que esto haya sucedido y que haya llamado la atención pública. El señor Presidente pasó esta nota al estudio del señor doctor A. Gómez Calvo.

El señor doctor Fonnegra, á cuyo estudio pasaron las cuentas del señor Tesorero de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, presentó el informe respectivo, y terminó proponiendo lo siguiente, que fue aprobado:

“Fenécense las cuentas de la Tesorería de la Sociedad, correspondientes al año que ha terminado.”

El señor doctor Osorio presentó un trabajo del doctor E. Combariza, enviado de Sogamoso, titulado: *Procedimiento para contener las hemorragias provenientes de la faringe en*

casos en que los vasos de este órgano tienen un volumen ó calibre exagerado. Se pasó en comisión al señor doctor Muñoz.

El señor doctor Osorio presentó, además, una obra titulada: *Examen químico y bacteriológico de las aguas potables*, por los doctores A. E. Salazar y J. C. Newman, con un apéndice por el doctor R. Blanchard, obra enviada por conducto suyo á la Academia.

Esta obra pasó al estudio de los redactores de la REVISTA.

El doctor García Medina propuso, y la Sociedad aprobó, lo siguiente:

“Autorízase á los señores Tesorero de la Academia y Redactores de la REVISTA MÉDICA para que, de acuerdo con el señor Presidente de la Academia, obtengan del señor Ministro de Instrucción Pública el local y el auxilio concedidos por la Ley 71 de 1891 á esta Corporación.”

En seguida el doctor Aparicio propuso:

“Remítase al señor Ministro de Fomento el informe presentado á la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales en el año de 1884, sobre elección de un sitio para hospital en esta ciudad por los doctores Proto Gómez, Nicolás Osorio, G. J. Castañeda y Daniel E. Coronado.”

El doctor Medina manifestó que dicho informe debía estudiarse de nuevo por la Academia, y en consecuencia modificó la proposición agregando lo siguiente:

“Antes de pasar dicho informe al Ministerio de Fomento, sométase al estudio de la Academia.”

Puesta en discusión esta modificación, fue apoyada por el doctor Osorio. El doctor Lombana Barreneche observó que en la discusión del informe debía tenerse en cuenta que el Gobierno no tenía en mira sino la construcción de un hospital militar. El doctor Manrique hizo notar que la opinión de la Academia no había sido solicitada oficialmente, por lo cual introdujo la siguiente adición:

“Remítase al señor Ministro el informe mencionado cuando lo solicite.”

La Sociedad aprobó la proposición con las adiciones citadas.

El señor Presidente señaló el día 23 del presente para dis-

cutir el informe de que habla la proposición del doctor Aparicio.

El señor doctor Lombana B. propuso y se aprobó lo siguiente:

“Excítese á la Comisión encargada del estudio de las modificaciones del Reglamento para que lo presente con la mayor brevedad posible.”

A las 8 p. m. se levantó la sesión.

El Presidente, JOSÉ M. BUENDÍA.

El Secretario, *Pablo García Medina*.

SESIÓN DEL DÍA 23 DE MAYO DE 1891

En Bogotá, á 23 de Mayo de 1891, se reunió la Academia Nacional de Medicina con asistencia de los socios doctores Amaya, Buendía, Gómez Calvo, García Medina, Herrera, Manrique, Medina, Muñoz, Osorio, Roca y Sotomayor. Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

La Academia resolvió suspender indefinidamente la discusión sobre la elección de un sitio aparente para la construcción de un hospital, objeto principal de esta sesión.

El doctor Muñoz devolvió el trabajo del doctor Combariza, presentado en la sesión anterior, y, de acuerdo con el informe de la Comisión, se dispuso la publicación de dicho trabajo en LA REVISTA MÉDICA.

Para el despacho de una comisión sobre vacuna, el doctor Gómez Calvo pidió que se indicara si se deberían mencionar todas las complicaciones que pueden presentarse en la vacunación, por insignificantes que sean. El señor doctor Herrera cree que deben mencionarse en el informe todas estas complicaciones, especificando que ellas son debidas, no á la vacuna, sino al terreno en que ésta se desarrolle ó á las precauciones que haya tomado el vacunador.

El señor doctor Osorio presentó un trabajo del señor Juan B. Montoya, titulado *Diarrea y disentería ocasionadas por el anquilostomo duodenal*.

El doctor Manrique: Creo que debemos ocuparnos en las muy bellas preparaciones microscópicas que el señor Montoya ha presentado con su trabajo, y que acabo de examinar.

En mi opinión, con este trabajo se pone la primera piedra á la terapéutica antiséptica intestinal entre nosotros. Diariamente vemos diarreas tenaces, que no ceden á ningún tratamiento, y que pueden ser causadas por la presencia del anquilostoma, como lo demuestra el trabajo del señor Montoya. Sería de desearse que la comisión encargada del estudio de este trabajo investigara si éstos son los mismos parásitos que se han encontrado en el ganado en focos que se han tomado como de naturaleza tuberculosa.

Algunos trabajos nacionales existen que pueden ayudarnos á aclarar esta cuestión, y uno de ellos es el del doctor Osorio, sobre la bronquitis verminosa. Insisto en la importancia de esta investigación, porque si resultare que la infección tuberculosa es tan frecuente como parece, la industria pecuaria está amenazada de ruina.

Doctor Osorio: La observación presentada por el señor Montoya sobre anquilostomacia es muy interesante desde muchos puntos de vista. Realmente tiene razón el doctor Manrique al llamar la atención sobre la posibilidad de la existencia de la anquilostoma en el ganado. La circunstancia de que los huevos se conserven en el fango, explicaría su transmisión al ganado que bebe en aguas fangosas; esta misma circunstancia hace que los que tienen industrias que los obligan á manejar arcilla mezclada al agua, como los alfareros, mineros, arroceros, etc., sean atacados de la forma de anemia que produce la anquilostoma, pues es bien sabido que los cuatro ganchos de que está armado este parásito, producen hemorragias y desorganización de la mucosa en la primera porción del intestino delgado y dificultan la nutrición por ser atacada la mucosa en una grande extensión por el considerable número de nemátodos que se encuentran.

Esta es una cuestión de higiene de la más alta importancia, una vez que el señor Montoya ha demostrado la presencia de la anquilostoma en Bogotá.

El doctor Osorio presentó un trabajo del doctor Ignacio Osorio Lozano, sobre los *Efectos de la resina contenida en el cornezuelo de centeno*, y se ordenó se publicara en la REVISTA MÉDICA.

A las 8 p. m. se levantó la sesión.

El Presidente, JOSÉ MARÍA BUENDÍA.

El Secretario, Pablo García Medina.