

Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

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

SUMARIO: El doctor BERNARDO PEREIRA.—La lepra y los Lazaretos.—Siringomiella.—Observación de lepra tuberculosa.—Estudio físico-químico del centeno.—Proceso Carreño-Sepúlveda.—Caso de trofo-curosis.—Procliminto para contener algunas hemorragias, etc.—Proceder quirúrgico para la extracción de pólipos naso-faríngeos.—Cáncer papilar.—Actas de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales.

EL DOCTOR BERNARDO PEREIRA

El 21 del mes de Junio pasado dejó de existir en Ocaña el señor doctor D. BERNARDO PEREIRA, médico distinguido que había fijado su residencia en aquella ciudad hacía algunos años. Muchas prendas adornaban al señor doctor PEREIRA como médico y como ciudadano; su caridad y su noble carácter sobresalían en el buen amigo que ha bajado á la tumba, joven todavía, pero lleno de merecimientos. Hijo de una distinguida familia, nació en Mompós, de donde pasó á los Estados Unidos á hacer sus estudios profesionales. En Ocaña unió su suerte á la virtuosa y digna señorita doña Micaela Duque, quien, viuda hoy en los albores de la vida, sabrá encontrar en el fondo de su alma nobilísima, que oculta los tesoros de la bondad y de la fe más pura, el consuelo que da Dios en tan amargos trances.

El más humilde de los amigos del señor doctor PEREIRA tributa este homenaje de cariño á su memoria, y la REVISTA MÉDICA, órgano de la Academia de Medicina Nacional, lamenta la prematura muerte del notable médico del país que honró la profesión con sus conocimientos y sus buenas cualidades, y enluta en señal de duelo una de sus páginas.

Reciba la estimable familia del señor doctor PEREIRA la más sincera expresión de mi condolencia.

ELBERTO DE J. ROCA.

Bogotá, Julio 10: 1891.

LA LEPRO Y LOS LAZARETOS

La voz de alarma dada por el Cuerpo Médico sobre la imperiosa necesidad de aislar por completo y de un modo absoluto á los lazarinos, ha venido justificándose de una manera visiblemente progresiva. Esta medida, que al principio se juzgó cruel, inhumana y á todas luces injusta, torna yá á ser aceptada como el único recurso salvador de las generaciones que han de sucedernos.

La multiplicación de ejemplos de transmisión de la lepra, por contagio y por herencia; el gran número de lazarinos asilados hoy en los Lazaretos de Agua de Dios y de Contratación, y la llegada diaria y continua á estos establecimientos de más y más enfermos, todo esto, decimos, ha tenido que llamar seriamente la atención de la prensa, del Gobierno y de la sociedad en general.

“ Medítese por un momento, ha dicho *El Correo Nacional*, en el progreso que el mal ha hecho en los últimos años, hasta en lugares donde antes era desconocido, y calcúlese el porvenir que se le aguarda á esta tierra infortunada.”

El Gobierno, por su parte, ha pedido instrucciones á la Junta Central de Higiene para poner en ejecución la ley que sobre la materia expidió el Congreso de 1890.

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 elefanciacos, y sólo cuenta con cuatro millones de habitantes. Relativamente hablando, tenemos, pues, que hay aquí diez veces más elefanciacos que en la India (1): es decir, que Colombia es hoy el gran foco de la lepra.

Así lo comprende yá la sociedad en general, y por eso se muestra alarmada y convencida de que es preciso adoptar alguna medida para contener el desastre que la amenaza con la creciente propagación de la lepra.

Todo hace pensar que estamos yá en la época de estudiar

(1) Datos suministrados por el Doctor J. David Herrera.

cuáles serán los medios y las condiciones más apropiadas para conseguir que el aislamiento de los elefanciacos sea completo y absoluto, es decir, para que llene las condiciones mediante las cuales pueda la ciencia garantizar el éxito que de él se promete.

Yá hemos visto que en los Lazaretos de Agua de Dios y Contratación no se ha conseguido otra cosa que reunir un número considerable de leprosos, pero que por lo que hace á su aislamiento y separación, nada absolutamente se ha podido, ni se puede, ni se podrá realizar.

Nuestra índole, nuestro carácter, y más que todo los hábitos adquiridos, autorizan para creer y para asegurar que en esos establecimientos será materialmente imposible impedir que los enfermos se comuniquen con las gentes alentadas. Los vínculos de familia y de amistad, el espíritu mercantil y especulativo, y la errónea interpretación que haya de darse á la medida, son elementos capaces de superar la más escrupulosa vigilancia, la más rígida imposición. Y no puede alegarse que por estos medios se consigue á menudo detener el curso invasor de las grandes epidemias, porque aunque así haya sido, y así sea, es lo cierto que estos recursos sólo se sostienen en todo su vigor por poco tiempo, pero que á la larga se relajan, se debilitan y hasta se extinguen.

Sostener el aislamiento de los elefanciacos es campaña que tiene que durar lo que dura una generación entera, porque no se trata de atajar el paso á una enfermedad infecto-contagiosa que evoluciona como cósmica, ó cíclica ó telúrica, sino de otra que sólo se detiene en su carrera cuando se ha extinguido la raza que la sufre.

Cuenta la historia que en los tiempos hebraicos dictó Moisés en el Levítico las primeras medidas higiénicas, profilácticas y represivas de la lepra. Tan severas y precisas fueron sus prescripciones, que la hermana misma de Moisés, atacada de lepra, hubo de sufrir la rigurosa secuestación impuesta á los leprosos, y más tarde un rey afectado de la misma enfermedad fue igualmente sometido á la secuestación.

Entre los persas todo individuo afectado de lepra no podía residir en la población, ni comunicarse con nadie, y si era extranjero se expulsaba del reino.

En los primeros siglos de nuestra éra apareció la lepra en

las Galias, Lombardía y España. Medidas muy severas tomadas entonces, cortaron y aun extinguieron la enfermedad. Por una ley lombarda se ordenaba la secuestración de los leprosos; se les declaraba muertos civilmente; se autorizaba el divorcio cuando alguno de los cónyuges era atacado por la enfermedad; se excluía del derecho de habitar en las poblaciones (*droit de bourgeoisie*) á los miembros de la familia que tuviese en su seno algún leproso.

En las Galias, por ley que confirmó el Papa Eustaquio III, se privaba de su patrimonio al hijo engendrado después del envío del padre á una leprosería.

Y no solamente perseguían los legisladores de aquellos tiempos la propagación de la lepra por medio del contagio, sino que también la perseguían en su propagación por herencia. Si disuelto el matrimonio por haber adquirido la enfermedad alguno de los cónyuges, la mujer quedaba en cinta, se la condenaba á muerte, y aun llegó el caso de que fuera quemada viva con su hijo.

Para la secuestración de los leprosos se usaba de un ceremonial bien imponente. Reconocida la enfermedad, el oficial diocesano pronunciaba públicamente, desde el púlpito, la secuestración del individuo, cualquiera que fuese su clase y condición. El enfermo venía luego á las puertas de la iglesia; allí lo recibía el sacerdote revestido de gran pompa, esparcía agua bendita y lo conducía á un lugar de la iglesia, en donde el enfermo quedaba aislado. El sacerdote celebraba en seguida una misa, que ofrecía al Espíritu Santo, con la oración *pro infirmis*. Concluída la misa, se llevaba al leproso en procesión á la cabaña que se le había destinado en la leprosería vecina. Sobre el techo de esta cabaña se arrojaba un poco de tierra del cementerio, pronunciando el sacerdote estas palabras: *Sis mortuus mundo, vivus iterum Deo*. Recitaba las letanías, daba al enfermo algunos objetos, y después de hacerle las prohibiciones que constituían la secuestración, terminaba consolándolo con las siguientes palabras:

“No tomaréis á mal estar secuestrado de los demás, tanto más cuanto que tendréis vuestra parte en todas las oraciones de nuestra santa Madre la Iglesia como si personalmente asistierais todos los días al servicio divino. ¡Tened paciencia y cuidado, que Dios os acompaña!”

Es digno de notarse que cuando todas estas prescripciones se impusieron como medio único para destruir la lepra, no se conocía nada, ó se conocía muy poco, de la naturaleza de la enfermedad y de los elementos que informan su desarrollo y su transmisión; y que hoy con mayor acopio de estudio y con mejores medios de observación, la ciencia ha venido á ratificar aquel sistema y aquellos procederes, explicando la razón de ser de ellos y modificándolos tan solo en lo que se relaciona con el mayor grado de cultura adquirido, y la consiguiente mejora en el sentido de aliviar y considerar el ajeno sufrimiento. Es decir, que se reconoce la necesidad de aislar de una manera absoluta y de por vida á todo enfermo de lepra, pero se pide que los rigores de esa secuestración se cumplan por medios humanitarios y civilizados.

Para establecer aquí el aislamiento de los elefanciacos bajo estas condiciones, puede recurrirse á dos medios: fundar en el interior del país el número de lazaretos que se juzgue necesario para dar cabida á los enfermos que vayan apareciendo, ó adaptar alguna de las islas que posee Colombia en el Atlántico ó en el Pacífico para organizar en ella un lazareto único, una verdadera leprosería en la cual se reúnan á todos los elefanciacos del país.

El primer sistema adolece de todos los inconvenientes de que yá hablamos en el principio de este escrito, es decir, que no garantiza la perfecta secuestración á que deben someterse los enfermos. Tiene, por otra parte, el gravísimo inconveniente de que al designar los sitios ó localidades en donde deban fundarse los lazaretos, habrá intereses, ya públicos, ya particulares, que por razón de su vecindad con estos establecimientos se consideran perjudicados. De aquí vendrán la oposición, el rechazo y las mil dificultades que surgen siempre que se trata de crear algo que contraría intereses de cualquier naturaleza que sean. Bástanos citar en apoyo, y como comprobante de lo que estamos diciendo, lo que sobre este mismo asunto sucede actualmente en el departamento de Antioquia. La Academia de Medicina de Medellín, en virtud de consulta que el Gobierno le hiciera, señaló como sitios más apropiados para el establecimiento de un lazareto, los de San Nicolás de Quebradaseca y la ribera del Cauca, entre Liborina y Sabanalarga. Informaron sobre el particular los doctores

M. Uribe Angel y Francisco A. Arango, y después de interesante y muy ilustrada discusión habida en el seno de la Academia, se adoptaron las localidades indicadas por la comisión. Pero es el caso que voces de protesta y de censura contra la Academia se han levantado de aquellos lugares para decirle al país, por medio de la prensa, que aquella ilustre Corporación, para resolver el delicado problema que se le propuso, se inspiró en mezquinos y particulares intereses, y que fue el doctor M. Uribe Angel el instigador y conductor del proceder en cuestión. Como se ve, el ataque, además de ser calumnioso, fue también desgraciado, porque al buscar un nombre propio se tomó uno immaculado, universalmente conocido y universalmente respetado.

Por nuestra parte, no creemos equivocarnos al asegurar que por más que se busquen y rebusquen no se hallarán localidades situadas en el interior del país, que á contentamiento general, es decir, de médicos, gobiernos y habitantes todos, reúnan las condiciones científicas y sociales que debe tener un lazareto. En buena hora que se atienda únicamente, como debe ser, á las indicaciones de la Higiene, pero aun en el caso de que á su autoridad se le diera un valor dictatorial, todavía creemos que para señalar el sitio y disponer de la organización y régimen de los lazaretos colocados en el interior del país, no se podrá garantizar el éxito que la ciencia se promete del aislamiento y secuestración, porque además de que ésta no será absoluta, hay hechos experimentales de gran valor científico, que no pueden destruirse por más que la Higiene intervenga para conseguirlo.

Está demostrado que el bacilo de la lepra resiste á la putrefacción, y por lo que hace al tiempo durante el cual se conserva en los cementerios el principio infecto-contagioso de la enfermedad, todo hace pensar que es prudente considerarlo como de indefinida duración.

Refiere el doctor Ed. Boinet (1) el caso de un misionero ananita que exhumó el cadáver de un hermano leproso con el fin de trasladarlo al cementerio de las misiones, y que la lepra se desarrolló en este misionero algunos meses después, sin que nunca hubiera vivido con el hermano ni con ningún leproso.

Otro caso refiere también el doctor Boinet: un cantero

(1) Artículo titulado *La lèpre au Huwai (Tonkui)*, publicado en *La Revue de Médecine* de 10 de Agosto de 1890.

exhumó los restos de un leproso para depositarlos en otra fosa, y seis meses después, este cantero, que no había tenido ninguna clase de relaciones con leprosos, fue atacado de lepra, y algunos años después murió de esta enfermedad.

Estos hechos y otros muchos de igual naturaleza, que está de más reproducir aquí, prueban y demuestran que no basta para destruir la lepra la única condición de que los lazaretos queden sustraídos por completo y de una manera absoluta á toda comunicación con las personas sanas, sino que es menester no olvidar que aun en el caso de que se extinga la generación que ocupó los lazaretos, es decir, que se logre detener la marcha progresiva de la lepra, esta enfermedad vuelve á la vida por la sola imprecación humana de no respetar indefinidamente las cenizas de sus víctimas.

La localidad ocupada por los lazaretos debe, pues, quedar secuestrada á todo movimiento social, á todo movimiento comercial; y el término de duración de este aislamiento no puede calcularse en el de una ó varias generaciones,—que para el caso de que se trata puede ser relativamente corto—sino en el de la vida entera de las naciones, que es lo mismo que si dijéramos mientras esté el hombre sobre la tierra, y no quiera ser destruído por la lepra.

Ocurre desde luego pensar que tales localidades deben quedar separadas del resto del país por elementos naturales que de suyo hagan difícil toda comunicación, porque en materia de higiene pública es más fácil crear los medios de conseguirla que los de destruirla, y más cuando para lograr esto último se dispone apenas de un simple mandato de prohibición.

Es claro, por consiguiente, que son las islas las únicas localidades á propósito para el establecimiento de los lazaretos. Así lo han comprendido y así lo practican las naciones que han tenido que apelar á este recurso para librarse de la lepra. Y no habría razón, á nuestro juicio, para suponer que la Junta Central de Higiene diera al Gobierno el consejo de que opte por el sistema de mejorar los dos pobres Lazaretos que hoy existen, uno de los cuales carece hasta de agua, y es la provisión de ella lo que más cuesta en el sostenimiento de los enfermos. Ni sería argumento favorable para pensar así, la consideración de que en una isla habría que hacerlo, que fundarlo, que crearlo todo,

y que serían en tal caso superiores los recursos que se necesitan á los recursos de que puede disponerse.

Reconocemos que así es la verdad, pero á la vez haremos notar que esos mismos recursos en disponibilidad, gastados en relación con las necesidades que hoy imperan en el Lazareto de Agua de Dios, no alcanzarán—ni aun centuplicados con el favor de la caridad—para instalar siquiera á la mitad de los enfermos que deban enviarse al Lazareto, porque, según informes que hemos recogido y que tenemos por exactos, la sola instalación de cada nuevo enfermo que llega á Agua de Dios cuesta, por término medio, quinientos pesos. Como se ve, ni por el camino de las finanzas puede venir el consejo de conservar y sostener los lazaretos que existen en el interior del país.

A. APARICIO.

SIRINGOMIELIA

ENFERMEDAD DE MORVAN Y LEPROSIA ANESTÉSICA EN COLOMBIA.

Cali, Julio 20: 1891.

Señor doctor Gabriel J. Castañeda.—Bogotá.

Muy estimado amigo y colega:

Permítame usted que le dirija esta carta sobre asuntos de importancia para la ciencia que cultivamos.

Ha sido usted uno de los médicos que en Colombia se han dedicado al estudio de la Lepra, tal vez el primero que señaló esta enfermedad como parasitaria, antes de que las doctrinas microbiológicas tomaran el auge que hoy han alcanzado (1).

Los médicos de Colombia hemos tomado parte activa en el estudio de la Lepra, hemos planteado problemas resueltos posteriormente con el progreso universal de la ciencia, de acuerdo con las opiniones emitidas entre nosotros en conformidad con los medios de investigación de que podíamos disponer. Pruébalo los estudios iniciados en Colombia, hace catorce años, sobre

(1) Opusculo sobre *tratamiento parasitaria* de la Lepra. Mayo de 1882, por G. J. CASTAÑEDA.

REVISTA MÉDICA de Bogotá, serie VIII, número 96, página 513. Informe sobre *bacilo* de la Lepra, preparación microscópica donada á la Sociedad de Medicina de Bogotá, por el doctor Emilio Alvarez. REVISTA MÉDICA, serie IX, página 807.

la naturaleza de la Lepra, las discusiones suscitadas sobre el lugar que debieran ocupar en los cuadros nosológicos ciertas formas de Lepra mutilante, las investigaciones acerca del contagio y herencia de la enfermedad (1).

Esto me alienta para continuar la labor con la timidez natural á los que no contamos con otras armas que las de la observación cuidadosa, en un campo en donde abundan los casos de la enfermedad, más frecuente en nuestra zona tropical que en la de los países templados.

Guiado por estas consideraciones, me he permitido dirigirme á usted, con la esperanza de que, con la competencia y laboriosidad de que siempre ha dado pruebas, llevará al seno de la honorable Academia de Medicina la discusión sobre los temas de Siringomielia y de la Lepra trofoneurótica de que hoy voy á tratar.

Publiqué en la REVISTA MÉDICA de Bogotá (Junio de 1890, número 150, página 70) la observación sobre un caso de *Siringomielia*, enfermedad que acaba de ocupar puesto en los cuadros nosológicos. Reuní de una manera sucinta los síntomas y lesiones medulares señalados por los autores, y las diferencias que debieran tenerse presentes para el diagnóstico con la Lepra, en nuestro país. En los dos últimos años se han discutido mucho los síntomas clínicos y las lesiones anatómicas que caracterizan los síndromas *Siringomielia* y *Pareso-analgesia* ó enfer-

(1) REVISTA MEDICA de Bogotá. Mal de San Antonio, serie v, número 59, doctor Nicolás Osorio.

REVISTA MEDICA de Bogotá, serie iv, números 36 y 40, doctor E. García.

Opúsculos sobre *Elefantiasis de los griegos*. Marcelino Vargas, 1881.

Boletín de Medicina del Cauca. Discusión sobre la Lepra, tomo i.

Opúsculo sobre aparecimiento y propagación de la Lepra en Antioquia. Medellín, 1886, doctor Uribe Angel.

REVISTA MEDICA de Bogotá, serie xi, número 114. Mal de Lázaro y Lepra afimatodea, doctor L. Tascón y doctor G. J. Castañeda.

REVISTA MEDICA de Bogotá. Etiología y contagio de la Lepra, herencia, serie xiii, número 137, doctor Juan David Herrera.

Boletín de Medicina del Cauca, tomo ii, página 754, informe de los doctores García y Tenorio.

REVISTA MEDICA de Bogotá, serie xiv, número 153. Propagación de la Lepra en Colombia, doctor A. Aparicio.

Revista de Higiene de Bogotá, año ii, número 20. Invetigaciones. Lepra en Colombia.

medad de Morvan, con el objeto de resolver si debieran considerarse como dos enfermedades distintas, ó como una afección *única*, en la que el tipo de Morvan sería una forma ó variedad de la Siringomielia.

La cuestión esta resuelta en el sentido de considerar el tipo Morvan como un episodio de la Siringomielia. Los síntomas de disociación de la sensibilidad térmica y analgésica, con la sensibilidad táctil, señalados como característicos en la Siringomielia, no son síntomas absolutos para dicha enfermedad: existe también la disociación de sensibilidad en el tipo Morvan. Me parece además una nimiedad inaplicable en clínica la sutileza de distinguir la sensibilidad táctil, con el empleo de cuerpos más ó menos suaves al tocar, como sucede con las barbas de una pluma.

“De un lado, en efecto, existen algunas veces en la Siringomielia típica superficies en donde la anestesia se muestra completa, no disociada; y de otro lado está demostrado que en ciertos casos, reconocidos tipos de panadizo de Morvan, se ha presentado la disociación Siringomélica (casos de Broca-Dayot). Los panadizos analgésicos multiplicados no son raros en la Siringomielia clásica” (1).

La anatomía patológica ha venido en apoyo de la doctrina unitaria. Joffroy y Achard (*Archives de Médecine et d'Anatomie Pathologique*, número 4, 1890) describen un caso de enfermedad de Morvan y se refieren al examen *post mortem*. El paciente entró al Hospital con motivo de una bronco-neumonía, y manifestó tener setenta y cinco años de edad; á los treinta años había tenido algo en los dedos. Por lo demás, siempre se había conservado fuerte y sano. Presentaba los síntomas característicos de Morvan. Las uñas y extremidad de los dedos atrofiadas, necrosis de las falanges, disminución de sensibilidad en los dedos, manos y antebrazo, cifosis en la región dorsal media. Hecha la autopsia, se encontraron las meninges de la espina con más espesor y adheridas en la región cervical. La medula, en las regiones lumbar y dorsal, resultó normal, y en la región cervical muy adelgazada. Se le dio consistencia por medio del ácido crómico, y se observó entonces que mientras estaba visible en la parte ante-

(1) Lección del *Profesor Charcot* sobre Siringomielia con panadizo analgésico, recogida por el doctor Paul Broca. *Gazette Hebdomadaire*, 11 de Abril de 1891, número 15, página 172.

rior la sustancia gris y blanca, la parte posterior de la medula se hallaba ocupada por un *espacio* amplio que se extendía hacia arriba, hasta la parte inferior de la *medula oblongada*, y hacia abajo descendía hasta la parte superior de la medula dorsal, donde la cavidad estaba reemplazada por una cantidad de tejido recientemente formado y de apariencia gliomatosa. A juzgar por este caso, los autores se inclinan á creer que la Siringomielia ú otra destrucción semejante de la medula produce los síntomas de la enfermedad de Morvan, la cual no debe, por lo tanto, ser considerada como enfermedad especial.

En otra autopsia (*Société médicale des Hôpitaux*, 5 de Mayo de 1891) el enfermo, que presentó durante la vida un pulgar amputado, y mutilación de los tres primeros dedos, precedida de panadizos, puso en evidencia *post mortem* las lesiones clásicas de la Siringomielia.

Agregaremos aquí que el doctor Bernhard, médico alemán, publicó á principios de este año un estudio sobre la enfermedad de que tratamos, y con motivo de la observación de un hombre de cuarenta y ocho años de edad, que presentaba los síntomas de la enfermedad con escoliosis de la columna vertebral, dijo en resumen: “Es inexacto que la demarcación de la enfermedad de Morvan sea suficientemente precisa para que marque línea divisoria clínica y patológicamente entre tal enfermedad y otras aliadas.”

He llegado al objeto principal de este escrito, á saber: las semejanzas clínicas que existen entre las variadas formas de Siringomielia y la Lepra anestésica.

Con el deseo de estudiar un ejemplo de síntomas que marquen bien la línea divisoria entre las dos enfermedades, volví al estudio de antiguos enfermos y á la observación de otros casos nuevos en mi práctica.

En el caso de M. L. . . empezó la enfermedad por panadizos en los dedos, después pérdida de las falanges, atrofia de los músculos de la mano y del antebrazo, anestesia completa, al extremo de cortarse los dedos con los instrumentos de su profesión, la de carpintero, sin darse cuenta de la lesión por el dolor que debiera causarle. Pasaron más de siete años, cuando aparecieron manchas tuberculosas características de la Lepra.

He vuelto á visitar el caso de N. V. (1), la que hace más de

(1) *Boletín de Medicina del Cauca*, serie I, número 4, página 92.

diez años presentó panadizos en los dedos de las manos, atrofia de los músculos del brazo y de la mano, ésta en forma de garra de ave de rapiña; anestesia; desde entonces disociada la sensibilidad. Esta mujer, al preparar los alimentos, se quemaba los dedos sin sentir dolor, y percibía con el tacto los objetos que necesitaba aprehender. Esta misma enferma, que entonces tenía todos los síntomas del mal de Morvan ó de la Lepra anestésica, no presentaba ninguna mancha, ninguna alteración de la piel en todo su cuerpo. Han pasado los años (diez á doce), y con el transcurso del tiempo las cejas y pestañas han caído y comienzan manchas de color morado en la superficie del tronco y grosor leproso de las orejas.

Fue esta misma enferma la que presenté á varios miembros de la Sociedad de Medicina del Cauca, como tipo del mal de San Antonio, para probar que era una forma de Lepra anestésica. Esta señora es madre de una joven en quien se desarrolló á nuestra vista la Lepra tuberculosa.

C. C., mujer de cuarenta y cinco años de edad, hace cinco años sintió adormecimiento en las manos é hiperestesia en los brazos. Quéjase de fogaje y de mucho ardor en las manos y en los pies; tiene atrofia de los músculos de la mano y flexión deforme en los dedos. No siente la quemadura con un hierro calentado en una lámpara, ni el dolor con la punzada de un alfiler: el tacto está adormeciéndolo; no siente cuando se le toca en las manos suavemente, pero sí percibe la presión más acentuada con cualquiera objeto. Hace un año que tengo en observación á la enferma; ha presentado algunas ampollas, en ocasiones pequeños panadizos subunguales. ¿Es la enfermedad de Morvan? ¿Es la Lepra anestésica? Los síntomas que se van presentando con la marcha lenta de la afección, nos hacen inclinar á la última enfermedad. La parálisis del orbicular con ectropión consecutivo; algunas manchas en la base del pecho y en las piernas, la caída de las cejas en la extremidad del arco superciliar, ese color blanco sin brillo, con adelgazamiento de la piel, no nos dejan duda en el diagnóstico.

Hay una semejanza clínica completa entre la Siringomielia, la pareso-analgésia de Morvan y la Lepra anestésica. Un médico práctico no encuentra signos distintivos entre estas tres afecciones, semejantes á veces la una con la otra como se parece una gota de agua á otra gota de agua, según la expresión figurada del doctor Zambaco. Posible será que la Siringomielia no

sea otra cosa que la Lepra trofo-neurótica abortada en la zona templada.

Veamos cómo se expresa á este respecto el médico de Constantinopla, Profesor Zambaco, muy dado á estos estudios en el Oriente.

Con motivo de *un caso de Lepra sistematizada nerviosa con turbaciones sensitivas semejándose á las de la Siringomielia*, comunicado por el doctor G. Ihibierge de París á la *Sociedad Médica de los Hospitales*, el doctor Zambaco, después de admitir que la Siringomielia y la enfermedad de Morvan son una misma cosa, se expresa como sigue:

“Estos tres estados mórbidos (Siringomielia, enfermedad de Morvan y Lepra), reputados como tres tipos distintos, son de tal manera semejantes, evolucionan de un modo tan idéntico, tienen síntomas tan parecidos, hasta en la disociación de la sensibilidad, de la que sin motivo se ha querido formar el carácter de la Siringomielia, que desafío para que se muestre un solo síntoma que no sea común á todos tres, y que pueda servir de piedra de toque para diferenciarlos. La simetría de las lesiones, las turbaciones tróficas variadas, la naturaleza de los desórdenes sensitivos, fenómenos comunes á los tres, reconocen por causa una lesión medular. Todas las teorías propuestas por los diversos autores á propósito de la enfermedad de Morvan y de la Siringomielia son aplicables á la Lepra”

“Solamente la anatomía patológica y la microbiología podrán esclarecer definitivamente la cuestión.”

En cuanto á nosotros, estamos en posición favorable para ayudar á resolver el problema. Los profesores y alumnos de la Escuela de Medicina en la Universidad Nacional, los médicos del Hospital de Agua de Dios y demás colegas de la República, que se interesan en esta clase de estudios, pueden hacer las autopsias de los cadáveres y averiguar, mediante una buena preparación de la medula espinal, si las lesiones cavitarias de la Siringomielia se encuentran igualmente en la Lepra.

Aquí debo añadir que, en mi concepto, muchas infecciones de naturaleza distinta producen lesiones medulares, las que se manifiestan por signos exteriores semejantes, tales como *la sífilis, la lepra, el reumatismo, el impaludismo, etc.* Esta noción de patología general no debe abandonarla el espíritu observador

para establecer la natureleza de la lesión anatómica, fijar un diagnóstico exacto é instituir un tratamiento racional. Voy á la prueba.

“Hace cuatro años tuve á mi cuidado una señora de unos cuarenta años de edad, que sufría de placas mucosas y otras lesiones secundarias de la sífilis, contaminadas por el esposo. La paciente habitaba una localidad en donde la Lepra es endémica. Años después se trasladó á otro lugar, y en Junio de 1891 volvió á mi consulta. En este espacio ha sufrido dolores musculares, ardor en la piel y adormecimiento de la sensibilidad; los músculos del antebrazo izquierdo se han atrofiado, lo mismo los extensores de los dedos, los músculos interóseos de la mano y los de las eminencias tenar é hipotenar.

“En el trayecto del nervio cubital se tocan de la manera más perceptible infartos duros monoliformes; no hay disociación en la sensibilidad, la anestesia es completa al calor, al dolor y al tocar. Lo notable en esta enferma consiste en que los dedos de la mano izquierda doblaron las falanges unas sobre otras y en *contractura* tomaron la forma de garras; pero esta forma ha cedido al cabo de meses, bajo la influencia de un tratamiento mercurial, y los dedos han vuelto á la extensión voluntaria. Es el primer caso en que observo esta regresión del síntoma. ¿Son estas alteraciones sífilíticas en el nervio y en la medula espinal? ¿Es la Lepra anestésica ó sistematizada nerviosa?

“Estoy asistiendo en estos días á una joven robusta, de diez y siete años de edad, atacada de un reumatismo agudo general. Fiebre violenta, dolores musculares y articulares en las manos y en los pies; adormecimiento de la sensibilidad en las extremidades, una erupción de color morado ó eritema papuloso en las mejillas, en las piernas y en el pabellón de las orejas, lo que le da un aspecto alarmante para los de la familia; al cabo de doce días, deformación de las manos con ligera flexión oblicua de los dedos.”

Sabemos las deformaciones articulares de los dedos en la forma crónica de esta enfermedad. ¿Son lesiones trofoneuróticas del reumatismo? Las paraplegias en el beriberi ¿son lesiones medulares del impaludismo?

Además de las necropsias, las investigaciones bacteriológicas ayudarán á esclarecer estos asuntos. Podemos resumir las ideas generalmente aceptadas en Colombia, en relación con los estudios nacionales, de la manera siguiente. La Lepra es una enfermedad parasitaria. Tiene su asiento anatómico en la medula espinal y en los nervios periféricos.

Es hereditaria y contagiosa.

Se produce y generaliza más fácilmente en los climas húmedos, templados ó calientes; conviene aislar á los leprosos.

Siringomielia y enfermedad de Morvan son una misma cosa.

Estas dos entidades nuevas en los cuadros nosológicos de Europa, en Clínica, son idénticas á la Lepra anésthésica ó sistematizada nerviosa de los trópicos.

Es probable que la Siringomielia en Europa sea una forma *frustra* de la Lepra, modificada por el clima, la higiene y el medio social. Los médicos de Colombia tenemos facilidad para hacer autopsias, y comparar si las lesiones medulares de la Lepra son idénticas á las de la Siringomielia.

Las investigaciones bacteriológicas nos enseñarán si es uno mismo el bacilo ó micro-organismo de la Lepra y de la Siringomielia. Infecciones de naturaleza distinta pueden producir lesiones medulares con signos exteriores semejantes: lepra, sífilis, reumatismo, impaludismo.

Doctor EVARISTO GARCÍA.

OBSERVACION DE LEPRO TUBERCULOSA

TRATAMIENTO POR LA RESORSINA

El día 17 de Mayo de 1890 llegó á mi consulta el señor N. N. con el objeto de que le recetara una enferma que sufría de erisipela, á lo cual accedí, aun cuando desconfiaba de que la medicina produjera buen resultado, pues no tenía conocimiento alguno de la señora X., para quien se me consultaba y se me exigía recetara sin examinar.

Pasaron los días y con ellos la erisipela de la señora, volviendo ella á quedar en el estado en que siempre quedaba después de desaparecida la enfermedad, y llegó el día 13 de Junio del mismo año, día en que se me exigió fuera á verla, y en ello convine, no con la pretensión de ir á curarla, ni mucho menos, sino con la de observar atentamente un caso de que había logrado conseguir antecedentes que obligaban mi deseo de conocerlo, y además con la voluntad de prestar un servicio á la

medida de mis conocimientos médicos, á pesar de saber la antigüedad de la enfermedad y algunos de los diagnósticos y tratamientos de distinguidos y notables colegas que la habían recetado con más ó menos buen éxito.

Llegado que hube á la morada de la enferma, y visto de una sola vez cuanto en ella se encerraba, procedí á su examen, sin idea preconcebida, todo lo más minuciosamente posible. A mis preguntas contestaba con seguridad y aplomo, sin notarle vacilaciones por el recuerdo imperfecto. Parecía que, conaturalizada con sus sufrimientos, no hubiera hecho otra cosa durante su larga vida de martirios que repasar día y noche, y hora por hora, cuantos incidentes se relacionan con su cruel enfermedad.

Dirigida por mis preguntas, me refirió su historia completa desde el principio de su enfermedad, la cual voy á relatar sin más modificaciones que las impuestas por la concordancia, para dar mejor cuenta del curso tomado por el mal.

“Soy natural de Popayán, de donde es mi familia, y tengo veintiocho años de edad, poco más ó menos. Mis padres, que yá murieron, fueron sanos, y en mis ascendientes, hasta donde yo los recuerdo, ni tampoco en mis hermanes y parientes, más ó menos cercanos, ha habido ninguno que haya sufrido ó sufra de una enfermedad semejante á la mía. La casa en donde vivía en aquella ciudad, así como la de mi alojamiento primero en este lugar, fueron relativamente cómodas, y sin tradición de haber sido habitadas por enfermos de mi clase. Desde la edad de dos meses mi madre no pudo amamantarme, y fui cuidada por una hermana mía que me alimentaba principalmente con *colada* de plátano. A pesar de esto, desde mi primera infancia empecé á robustecerme mucho, y daba, según me decían, muestras de buena salud y vigor. Mi crecimiento y desarrollo se sucedieron sin ninguna interrupción ni modificación en mi salud, hasta la edad de siete años, si mal no recuerdo, época en que fui puesta al cuidado de una mujer de quien se decía tenía la *sangre mala*; y por lo que ahora recuerdo, puedo asegurar que sufría alguna enfermedad grave, por las manifestaciones que se presentaban en diferentes partes del cuerpo, como manchas rosadas y prieto-rojizas. Mi cama predilecta era el regazo de esta mujer, con quien vivía en íntimo contacto. Ella estuvo un año en mi casa, y siempre de compañera mía, pues, como antes dije, estaba bajo su inmediato cuidado. A los ocho años y medio, cuando yá ésta había salido de casa, empecé á sentir la piel seca, poco

sudor y los pies agrietados, que sangraban con la mayor facilidad en abundancia desusada; bastaba el más leve esfuerzo para ver efectuarse el fenómeno de la hemorragia. Estas grietas se acompañaban de dolores fuertes, sanaban por tiempos y volvían á presentarse, por lo cual me vi obligada á mantener los pies calzados. Era muy robusta y colorada, y no sentía ni malestar ni síntoma interior que me preocupara ó impidiera para nada, lo cual hizo pensar á los que me recetaban que mi excesiva robustez y una enfermedad al hígado que debía de padecer, eran las únicas causas de mis males. Por este tiempo empezaron á darme zarzaparrilla y á privarme de muchos alimentos para debilitarme, por lo cual me aficioné mucho á los *ácidos* y *picantes*, que fueron mis predilectos.

“Cinco años transcurrieron, durante los cuales no cesaron de tratar de debilitarme y procurarme una pubertad precoz, creyendo que con esto cesarían mis supuestos males al hígado, pues, á decir verdad, yo me sentía bien, porque las grietas de los pies ya no me atormentaban sino muy poco; y así llegué á la edad de catorce años, época en que empezó la enfermedad que sufro actualmente, y que comenzó así: malestar general, pesadez y pereza, picadas interiores y exteriores, algo de dolor en las plantas de los pies y un dolor de cabeza sumamente fuerte, que me duró unas seis horas para nunca volverme; sufrí de fiebres unos ocho ó diez días solamente, las cuales terminaron sin sudor; el ejercicio largo me producía enfriamiento en todo el cuerpo y muy poca transpiración. Recuerdo que entonces, como siempre, procuraban debilitarme y hacerme púber por cuantos medios les era posible. Yá en esa época empezaron á presentarse nuevos síntomas que me aparecieron de la manera siguiente: desarreglos en el estómago, dificultad para respirar, fatiga en el pecho al agitarme ligeramente, tubérculos invisibles en algunas partes del cuerpo; en la cara varias manchas parduscas y más ó menos extendidas; erupción de granos pequeños y grandes en los brazos, que después tomaron la forma de tubérculos de diversos tamaños, y blandos; punzadas interiores muy fuertes; adormecimiento en la mitad del cuerpo, y siempre del lado por donde me acostaba; la lengua la sentía grande y pesada; ampollas en las manos y en los antebrazos, que se formaban con una facilidad sorprendente, aun al recibir el vapor caliente de cualquier objeto; éstas desaparecían con rapidez y eran de tamaños distintos. Al tocar cualquier cosa dura sentía mucho ardor en las manos, el que aún siento. En diferentes partes del cuerpo me daban punzadas acompañadas de rasquiña, especialmente en las manos y en los pies, nó dolorosas, pero sí

muy desagradables; me parecía que esto sucedía entre la piel y la carne, y tenían la particularidad de calmarme oprimiéndome fuertemente el punto en donde se localizaba el fenómeno de que hablo. Como al agitarme experimentaba rasquiña en todo el cuerpo y adormecimiento en los brazos, procuraba evitar todas las causas de transpiración, pero á esto contribuía también el invencible sueño que me poseía á toda hora. Me parece que no me equivoco al decir que mi sistema nervioso había experimentado un fuerte trastorno ó una grave alteración, pues todo me asustaba, me entristecía el menor motivo, y tenía ideas y preocupaciones como de loca. Sentía como enfriamiento en la sangre, y me parecía que dejaba de circular de vez en cuando. Los fenómenos nerviosos, producidos por cualquier sufrimiento moral, hacían su primer efecto en el estómago, alterándome considerablemente la digestión, lo que aún sucede. Debo decir que en la cara, los brazos y los pies era donde mi mal se había localizado más francamente.

“Cuando cumplí quince años comenzaron á tratar mi enfermedad por el arsénico, y, sea que yo me extralimitara en la dosis prescrita por el médico, cosa que hacía con frecuencia, ó que el medicamento no me produjera efecto, es lo cierto que las manchas empezaron á ser más grandes, parduscas, terrosas, gruesas y sobresalientes del resto del cutis; no tenían depresión central, y en cuanto á forma, no presentaban ninguna determinada, siendo ya redondas, ya alargadas; eran grandes y extendidas, ora pequeñas, prominentes y blandas. Jamás llegué á sentir dolor al comprimirlas, y antes bien, ni siquiera tenía en ellas sensibilidad; ni la presión con el dedo ni ningún otro objeto las borraba pasajeramente, pues eran como incrustadas. En donde aparecían las manchas se presentaban después los tubérculos de que he hablado, los que, como las manchas, desaparecían por tiempos, dejando en su lugar éstas una superficie blanca y la piel sana, y de su color natural aquéllos. Nunca hubo signo que me indicara en qué lugar se me presentaría una mancha, pues no sentía dolor al comprimirme ninguna parte del cuerpo.

“El tratamiento á que me sometieron en esta época, consistió primeramente en zarzaparrilla, sangrías copiosas de los brazos y de los pies, tan abundantes, que hubo momento en que desfalleciera. A continuación me dieron por nueve días baños tibios de hojas de naranjo y ceniza, los que indudablemente me produjeron una hinchazón considerable de los pies, que me atormentaba extraordinariamente y que aún padezco. Al mismo tiempo tomaba unas píldoras mercuriales que me causaron muy mal efecto,

pues, á más de hincharme las encías y de producirme una salivación muy abundante, en nada mejoraron la enfermedad de la piel. Posteriormente me hicieron tomar caldo de *huesos secos de víbora* y caldo de *gallinazo* en grandes cantidades, y casi como único alimento, el cual me hacía efecto purgante, y al que le ponía bastante sal para disimular el mal sabor. A esto siguió el uso de la *sábila* por algunos meses, en dosis fuertes, y la supresión de toda clase de carnes, sustituyéndola luégo por las aguas y jarabes de *zarza*, sin lograr jamás obtener buen resultado, pues nunca vi colmado mi anhelo de restablecimiento, á pesar de mis grandes sacrificios.

“Después de un tiempo como de cuatro años más ó menos, en que la enfermedad avanzó muy lentamente, empezaron á aparecerme tumores de tamaños diversos en las mejillas, los brazos, espaldas y piernas, sobre todo del lado derecho, y manchas sombreadas en las articulaciones de los dedos de las manos. La piel de la frente se me puso considerablemente gruesa, lo mismo que la del resto de la cara, y principió á tomar una coloración prieto-rojiza-bronceada; las cejas se cayeron, y en su reemplazo vi aparecer manchas gruesas y tubérculos; las pestañas y los párpados no sufrieron alteración alguna, así como los labios y las orejas, que sólo más tarde se me alteraron. La nariz se abultó, y empecé á sentir dificultad para respirar, lo que atribuí á sequedad interior; pero poco á poco noté que era porque se deformaba considerablemente. La cara tomó entonces un aspecto raro, y como si se hubiera ensanchado. Poco escupía, y sólo en los casos en que se me dio mercurio tuve salivación abundante. En la parte interna de los labios y en la lengua me aparecieron tuberculitos blandos, no visibles, pero fácilmente sensibles. Ni el gusto, ni el olfato, ni el oído han experimentado en mí alteración apreciable, excepto los dos primeros en los casos de catarro, que, á la verdad, no me da con frecuencia.

“Las conjuntivas se me ponían coloradas y como inyectadas; mas nunca sufrí alteración en la visión distinta.

“Las uñas empezaron desde entonces á sufrir algunos cambios de forma, y en su matriz ulceraciones muy dolorosas que no consentían ni el frote de un pañuelo; sólo he perdido la del indicador de la mano derecha.

“Por esta época yá notaba un *hielo* ó enfriamiento constante de los dedos pequeños de las manos, con insensibilidad, la que no se extendía á otras partes del cuerpo fuera de las manchas.

“La menstruación, que sólo apareció á la edad de diez y ocho años, á pesar de los esfuerzos hechos para hacerla presentar, era

muy irregular y sólo cada cinco ó seis meses, y así estuvo algún tiempo, hasta que se suspendió por cuatro años, para luégo reaparecer más irregularmente.

“A la edad de diez y nueve años, y cuando tomaba por medicación la *zarza* en abundancia, fui atacada por una erisipela que, empezando en un punto limitado, la cara, un brazo, una pierna, etc., se me extendía á todo el cuerpo con una rapidez espantosa, produciéndome horribles dolores, escalofríos y fiebres, hasta el punto de sufrir delirios furiosos sin darme cuenta de ello. Esta cruel enfermedad me repetía con intervalos de tres á cuatro meses al principio, y luégo fue haciéndose más frecuente, pero menos extendida, hasta darme cada seis, ocho ó quince días, en las piernas y en la región lumbar, mas siempre con su terrible cortejo de síntomas y su larga duración, siendo para mí este tiempo de agonía mortal. Mi enfermedad continuaba en el mismo estado, y sólo agregada de pequeños tumores que me salían en diferentes partes del cuerpo, y que al reventar supuraban y sanaban con suma facilidad, produciéndome una aparente mejoría.

“Para combatirme esta erisipela, y sobre todo para calmar los dolores, usaba grandes cantidades de aceite laudanizado, naranjas agrias, aguardiente caliente y mil remedios más, sin obtener jamás hacerla desaparecer antes de su debido tiempo. Para quitarla del pecho empleaba constantemente una almohadilla de solimán.

“En el tiempo transcurrido de los veinte á los veintiséis años y medio, mi enfermedad tuvo muchas alternativas, pero siempre avanzaba, y para combatirla, la medicación fue muy variada. Se la explicaré á grandes rasgos:

“Tomé unas gotas arsenicales, y me di á continuación unos baños de hojas de *nogal* ó de *roble*, dos veces por semana, los que me dejaban el cuerpo muy frío y sin recuperar su color natural hasta pasadas veinticuatro ó más horas, tal vez debido al ningún ejercicio que hacía. Usaba entonces una *loción* compuesta, si mi memoria no me es infiel, de cuatro ácidos, entre ellos el ácido fénico. Este tratamiento lo abandoné cuando empezaba á producir algún efecto saludable, para usar el aceite *Chaulmugra*, por estar recomendado como de un eficaz y seguro éxito benéfico; pero le confieso que ninguna mejoría experimenté con él, pues mi enfermedad continuó su marcha destructora. Este lo hice seguir del uso de las píldoras y del unguento de *Holloway*, sustituido luégo por agua de *malvavisco* cruda. Algún tiempo después empecé á tomar espíritu de nitro dulce en grandes dosis, el cual me hizo desaparecer casi por completo las manchas y tubérculos de

la cara y de los brazos, tomando la piel entonces un color rosado desvanecido. Durante esta aparente mejoría, que no duró sino muy poco tiempo, se me presentaban tumorcitos en los brazos que supuraban fácilmente sin dolor, dando salida á un pus inodoro. Con el uso de este medicamento me daban fuertes enfriamientos, como escalofríos, y se me llenaron de agua los pies y las piernas de una manera considerable. Hube de dejarlo para tomar decocción de *chundul*, que es picante y de fácil fermentación, con la cual volvió á presentarse la enfermedad de una manera alarmante, pues las manifestaciones cutáneas fueron más notables. Por ese entonces tenía mucha tos, enfriamiento, y sentía una palpitación ó movimiento general tan extraordinario, que siendo la cama en que dormía pesada, se movía toda sin que yo hiciera movimiento voluntario alguno, fenómeno éste que aún experimento una que otra vez, sobre todo cuando tengo alguna digestión difícil, y que se acompaña de adormecimiento en los labios y fiebre.

“Por indicación médica suspendí aquella agua para seguir un nuevo tratamiento, compuesto de guayaco, mercurio y alcohol, el cual me hizo un efecto desastroso, pues me puso en el estado siguiente: las encías y la garganta se me ulceraron é hincharon; la lengua aumentó de volumen y casi no podía moverla; la cara se me desfiguró é hinchó también; los labios se me adormecieron más; algunos tubérculos que supuraban quedaban después con una costra negra y gruesa; las ulceraciones que producían eran lívidas, de bordes callosos y desiguales; se me presentó inapetencia, insomnio y malestar; en los ojos me aparecieron unas membranas que me impedían la vista y que aún me la impiden considerablemente, y tubérculos en las conjuntivas. Entonces me di baños fríos por tres meses. Los numerosos remedios que me hice para mejorar de la garganta y la cara, trajeron la supuración abundante de los tubérculos de ésta, confundíendose las úlceras producidas por ellos.

“Por estar en este estado, más mal que nunca, por ser los escalofríos y las fiebres más fuertes y la erisipela más continua, pues me da á intervalos muy cortos, es por lo que he mandado á suplicarle venga á prestarme algún alivio, procurando suprimirme estos tormentos en cuanto pueda.”

Confieso que sentí profunda pena al oír esta relación y considerar la impotencia casi absoluta en que me encontraba para combatir un síndrome clínico tan grave, complicado de accidentes tan diversos y todos de urgente medicación. Procedí, sin embargo, á formular mi diagnóstico, aun

cuando él se imponía sin necesidad de haber sido muy minucioso en el examen, pues no tenía presente otra cosa que un caso típico de *Lepra tuberculosa*. Por supuesto que deseché el de sífilis tuberculosa, por no encontrar en los antecedentes de la enferma nada que me indicara haberla contraído por ningún medio, ni esos tubérculos planos, redondos ó granulados, de color cobrizo, que tan bien describe Fournier; ni los buenos efectos producidos por el tratamiento específico en esta enfermedad. El de escrófula, á pesar de las analogías que presenta con la lepra tuberculosa en su estado supurativo, también lo separé, por la falta de alteraciones en la sensibilidad en aquéllos, las supuraciones é ingurgitamientos glandulares rápidos, y por la manera de presentarse el curso y los desórdenes, tan distintos en estas dos entidades mórbidas. En la *micocis fungoide* se localiza la enfermedad especialmente en los miembros inferiores, y las *placas ó tumores fungoides* rara vez presentan anestesia. En las ulceraciones producidas por el *lupus maculoso* en su período ulcerativo, se ven vegetaciones papilares ó nudosas, y la evolución es muy distinta en las dos.

Hecho el diagnóstico, me quedé perplejo sobre el tratamiento que debía adoptar, y que debía llenar todas ó la mayor parte de las indicaciones á un tiempo, lo cual, por de contado, era buscar un imposible. Recordaba el sin número de tratamientos á que había sido sometida la enferma, los efectos producidos por ellos; y no me era dable decidirme por ninguno, atendido el cansancio en que todos la tenían y la ninguna confianza que ella podía dispensarles. Bien era cierto que aún no se habían puesto en práctica muchos otros, como los baños de vapor, los sulfurados y las preparaciones sódicas al interior; los de carbonato de potasa y cal viva; las pomadas de nitrato de plata y las cauterizaciones por el nitrato ácido de mercurio; la *Hidrocotile asiática*, recomendada por el doctor Boileau, á la dosis de 0,50 centigramos diarios; el *Hoan-gnan* con alumbre y sulfuro rojo de arsénico, usado por los misioneros en Annam y Tonkín; el ictiol, al interior, con las pomadas de crisorrobina, al exterior; el *Hura brasiliensis*, etc. etc., ni muchos otros de difícil aplicación entre nosotros, por falta de medicamentos y de otras condiciones indispensables, de imposible consecución en nuestro país.

Repasando entonces los antisépticos y los antitérmicos, encontré con la resorsina (*dioxibenzina* de la serie aromática), y después de considerar que por sus efectos se ha empleado para bajar la temperatura, por dilatar los capilares y producir mayor irradiación de calor; para calmar el vómito y producir sueño, según Andreer; para la curación de las úlceras, el escema crónico, la ictiosis, la pitiriasis, la sicosis parasitaria, las afeciones forunculosas, la erisipela, etc., me decidí á emplear esta sustancia por sus cualidades de antitérmica, antiséptica, y parasiticida, en la forma siguiente:

Resorsina 2 gramos.

Jarabe de menta 300 id.

M. y R. "Cucharadas."

Dos ó tres al día.

(Puede reemplazarse el jarabe de menta por jarabe simple).

Resorsina 3 gramos.

Vaselina 30 id.

M. y R. "La Pomada."

Para untar cada tercer día en los tubérculos, las úlceras y las manchas.

En los primeros días del tratamiento hubo ligeras interrupciones motivadas por distintas causas que desaparecieron, para ser continuado de una manera constante desde el día 8 del mes de Septiembre, hasta hoy 18 de Julio de 1891. (Creo no haber sido el primero en haber empleado esta sustancia en esta enfermedad, y por consiguiente no pido prioridad).

Los efectos producidos por esta medicación, así sostenida, tal como los he oído de boca de la enferma, voy á relatarlos:

"Usando moderadamente la resorsina sin alterar en nada la prescripción médica, han desaparecido por completo unos síntomas, y sufrido otras modificaciones notables.

"Los *escalofríos*, que hacía *siete años* me atormentaban, no pudiendo quitarlos con quinina ni con otros medicamentos, sino por uno ó dos meses, sujetándome al ataque nervioso que siempre me producía aquélla y á las demás novedades que se presentaban con el uso de estos otros, cesaron por completo.

"El *hielo ó frío* desagradable que sentía en los pies y que me mortificaba de una manera terrible sin poderlo hacer desaparecer con ninguna medicación, ha sido reemplazado por el *calor natural* que se siente cuando se goza de completa salud.

“Un dolor y una incomodidad que sufría al lado derecho del estómago, así como las *agrieras* que padecía diariamente con *alteración completa de la digestión*, han desaparecido, lo mismo que un dolor con *hinchazón y enrojecimiento* que me daba en la articulación del hombro izquierdo.

“El *insomnio*, que hacía tiempo era mi inseparable compañero, haciéndome pasar eternas noches de angustias, ha sido reemplazado por un *sueño* tranquilo y agradable.

“La falta absoluta de *transpiración*, tan indispensable para mí, ha hecho lugar á un *sudor* bien establecido y regular sin necesidad de ejercicio, con el cual siento grande alivio, probablemente porque mi piel ya funciona bien.

“LA ERISIPELA, que hacía NUEVE AÑOS me aparecía con frecuencia en distintas partes del cuerpo, especialmente en las piernas y la rabadilla (*región lombo-sacro*), ha desaparecido por completo desde el principio del tratamiento. Esta enfermedad era para mí tan cruel, que me había amargado la vida inmensamente, no permitiéndome tranquilidad alguna; y tan dolorosa, que si me acostaba no podía volver á moverme, pues á más del dolor sentía entumecimiento en toda la piel y veía aparecer ampollas en diferentes partes. Es de notar que este mal me atacaba con más violencia siempre que empezaba á tomar algún medicamento, y por esto, y por las fuertes irritaciones internas y externas que todos me producían, los detestaba. Lo contrario ha sucedido con la resorsina, pues no me ha producido irritaciones, y me ha dado tranquilidad, buen apetito y sueño, como antes dije.

“Un *ardor* que sentía en las encías con frecuencia, en la cabeza y en la parte superior de la espalda; una *erupción* granulosa que empezaba á aparecerme en diferentes partes del cuerpo, atribuída por mí á los baños fríos que me di durante tres meses, poco antes de empezar la medicación actual, *todo ha desaparecido* con suma rapidez.

“El *sistema nervioso*, que lo sentía decaído, lo noto como robustecido, y me siento con fuerzas suficientes hasta para el trabajo, si alguno tuviera á qué dedicarme.

“La *menstruación*, tan irregular, difícil y casi perdida, ha tomado un curso más normal; se presenta hoy con toda regularidad y sin alteración ninguna cada cuarenta días.

“En la piel el efecto ha sido muy notable y consolador, porque las *gruesas manchas* extendidas y prominentes que tenía en los miembros superiores, inferiores y la cara, se han *adelgazado* considerablemente, hasta el punto que he vuelto á conseguir el *juego* de las articulaciones de los dedos de las manos, sin sentir

ningún impedimento; los *tubérculos* grandes y chicos *han ido desapareciendo*, y las *ulceraciones* extensas que tenía se encuentran hoy *completamente cicatrizadas*, presentando las cicatrices una coloración rosada y una suavidad considerable al tacto.

“LA SENSIBILIDAD me HA REAPARECIDO también en los puntos dejados por las manchas y los tubérculos, y, exceptuando los dedos pequeños de las manos, en donde aún tengo alguna insensibilidad, *todo mi cuerpo goza de ella por completo*, pues al aplicar la punta de una navaja ó de una aguja sobre la piel de la frente ó de las manos, ó en cualquier otro punto, *siento perfectamente*, cosa que hacía años no me sucedía. Experimento una gran impresión siempre que me pica algún insecto en cualquier parte del cuerpo, sobre todo en las manos, en los pies y en la frente, en donde he sentido también rasquiña.

“Sólo los tubérculos colocados en las conjuntivas no han desaparecido completamente, y aún noto en las pupilas asomar algunas telitas blancas que me han impedido para ver claro, pero que hoy poco me molestan. Todas mis demás funciones se ejercen regularmente, y si no fuera por las manifestaciones que aún quedan en la piel, podría considerarme como casi curada, pues interiormente nada me molesta ni incomoda. En los raros casos en que tomo algún alimento de difícil digestión, siento fatiga al cerebro y aumento de calor, que pasan tan pronto como logro hacerla.

“He notado que en el uso de este medicamento si se aumenta la dosis diaria ó se disminuye la cantidad de azúcar, produce un calor tan extraordinario, que se ampolla la piel, aunque pasajera-mente, lo mismo que alteraciones digestivas que me desaparecen siempre con una alimentación sencilla á horas fijas ó inalterables.

“El efecto del uso externo de la pomada fue al principio poco satisfactorio, porque se me adelgazaba y ampollaba mucho la piel, y me producía ardor en los ojos, cosa que no sucede desde que la uso con intervalos de dos, tres ó cinco días. Este efecto es lento y sujeto á varias alteraciones.”

Nada tengo que agregar á la anterior relación, sino es que sus vísceras se hallan en aparente buen estado, y que con los colirios de antropina que le he hecho emplear se ha logrado producir la desgarradura de algunas sinequias, pudiendo así ser más extenso el campo de la visión.

REFLEXIONES

De los antecedentes de la enferma se desprende que ni su enfermedad, ni su predisposición á contraerla han tenido origen hereditario, y que las relaciones y contacto íntimo de la mujer que la cuidaba, que muy probablemente era leprosa, han sido la causa de ella.

Este contagio es innegable en este caso, atendida la predisposición de la paciente, por su temperamento sanguíneo en la época precisa en que aquélla empezó, y que muy probablemente fue el de la tierna edad de ocho años. También se ve en esta observación la marcada contagiosidad de la lepra, deducida del corto tiempo, un año, que bastó para contaminarse la entonces niña sana. En apoyo del contagio viene también un hecho de que he tenido conocimiento después, y es el de que la enferma, por aquellos tiempos, llevaba buenas relaciones con dos niñas de la familia B., más ó menos de su misma edad, una de las cuales está hoy también atacada del tremendo mal, contraído tal vez entonces, aunque esta nueva enferma, á quien hoy dispenso cuidados médicos, sólo hace relación de él desde hace unos ocho ó diez años solamente. Es posible, y nadie podrá refutarlo satisfactoriamente, que la incubación de la enfermedad ha durado en este caso un tiempo bastante largo, y que las causas que se la hicieron manifestar no influyeron hasta la época á que la enferma hace relación.

Con la presentación de la lepra antes de la pubertad, en este caso, se puede refutar con sobra de razón la considerada como infalible demostración de muchos autores que sostienen que este estado mórbido sólo se presenta antes de esta época, cuando es hereditario, y por contagio de allí en adelante. Podría ser ésta una excepción rarísima, confirmatoria de esta regla general, y por eso mismo puede considerarse de alguna importancia, porque habiendo excepciones, y sabiéndolo el médico, tiene necesidad de ser más escrupuloso en la investigación de la causa ó causas de los casos que durante su práctica tenga que examinar, pues la creencia y conocimiento de una demostración considerada sin tacha, hacen muy fácilmente desviar al más hábil y sagaz investigador; y por el contrario, la posesión y sapiencia de sus excepciones lo hacen más precavido, y

le imponen la obligación de escudriñar con más ahinco, y de relacionar todo con más rectitud de espíritu; condiciones indispensables para establecer sobre mejores bases las reglas y consecuencias que de la observación de los hechos se desprenden. Por eso, obrando de buena fe, he creído y creo que la enferma adquirió su terrible síndrome por contagio, á la edad de ocho años, atendidas las circunstancias que entonces la rodeaban, y los síntomas que empezaron á presentársele.

La hiperestesia en las manchas, considerada por algunos como un síntoma de grande importancia, y precursor de la anestesia al principio de la enfermedad, no ha sido mencionado por la enferma en ningún punto de su relación, y á pesar de mis repetidas preguntas é insistencias sobre él, no he podido cerciorarme de que lo haya padecido, siquiera sea pasajeramente. ¿Se presentó y pasó para ella inadvertido ó confundido con algún fenómeno desarrollado por la medicación á que fue sometida en ese tiempo? Es posible, pero no lo afirmo.

La depresión central de las manchas, considerada por Alibert como gran signo diagnóstico, tampoco se presentó, ni se ha presentado, confirmando este caso lo sostenido por Neumann, quien ha negado su constante aparición y la importancia concedida por su colega.

La cefalalgia, las adenitis y los terribles dolores en los ojos, comparados por Brassac á los del cáncer, tampoco se han presentado, no obstante lo avanzado de la enfermedad.

El *lívido inexplivilis* que Accio y Areteo señalaron, sostenido como constante por Vidal, ha hecho falta en este caso, apoyando á Bateman, refutador de su constante aparición.

Entre los innumerables tratamientos á que ha sido sometida la enferma, se alcanzan á ver los de Baumis y Bchilliag, por los antiflogísticos, los baños y el mercurio; y ni éstos, ni los demás de que ha hecho uso la señora X., han producido efectos satisfactorios, lo que es verdaderamente desconsolador, pues da la prueba de la casi inutilidad de someter á los desgraciados que sufren este mal á torturas innecesarias. Y no se crea que en esta señora haya sido por falta de buena dirección en ellos, porque muchos han sido instituídos y dirigidos convenientemente, y tanto la enferma como la familia no han omitido medios para lograr un buen resultado.

La erisipela, complicación precoz y terrible, era tal vez el mayor tormento que la enferma padecía, y para la cual fue sometida á mayor número de tratamientos; y aquí resalta el inesperado cuanto benéfico efecto de la resorsina, que desde sus primeras aplicaciones la hizo desaparecer totalmente.

Los efectos saludables producidos por la medicación última á que ha sido sometida esta enferma, son alentadores, y sería útil ponerlos en práctica en otros casos.

Cuanto á la manera de obrar de la resorsina en la lepra, es fácil de comprender, dadas sus propiedades antisépticas y antitérmicas, y tal vez alguna influencia específica sobre el *Bacillus* que la origina.

Es de lamentar en este caso, como en muchos otros, que el charlatanismo grosero haya metido su dañina mano para aumentar los sufrimientos de la paciente, y lo es tanto más cuanto la lepra, por los sufrimientos que ocasiona, es la enfermedad para la cual el vulgo ha propuesto más absurdos extravagantes, y en la que los dolientes y los enfermos son más crédulos, por el mismo desespero que produce en ellos la inutilidad de todo lo que hasta hoy se ha propuesto racionalmente para curarla.

En manos de nuestro Gobierno está el evitar los males producidos por esa mano despiadada que, dirigida por la ignorancia, tan pronto toca una vida como cava una tumba.

Doctor GUTIÉRREZ Y ARANGO

[De la Universidad Nacional].

Santander, Junio 14: 1891.

ESTUDIO FÍSICO-QUÍMICO

DE LA RESINA DEL CENTENO CORNEZUELO

Sus efectos en inyecciones hipodérmicas y sus posibles aplicaciones terapéuticas.

Señores Presidente y Miembros de la Academia de Medicina.

Las epidemias de ergotismo convulsivo y gangrenoso que en distintos tiempos se han verificado en varios pueblos de Europa, y cuya causa reside única y exclusivamente en el uso de la harina del cereal centeno cuando éste abunda en el corne-

zuelo, han llamado la atención de los médicos, farmaceutas y químicos para fijar de un modo cierto y positivo en cuál de los principios inmediatos que contiene el cornezuelo reside una acción tan marcada que dé lugar á los fenómenos indicados.

Los análisis químicos de que tenemos conocimiento hasta hoy son los de los señores Bauquelin, Uiggers, Bongean, Parola é Ivón.

De estos análisis resulta que el cornezuelo contiene los siguientes cuerpos: aceite graso saponificable, cerina, ergotina, osmasoma, azúcar, goma, materia colorante violeta, albúmina, fosfato ácido de potasa y de cal, sílice y materia resinosa.

A excepción de la ergotina y del cuerpo resinoso, los demás principios no tienen acción alguna notable sobre la organización animal.

Hoy no es una novedad sostener que la acción medicinal y tóxica del cornezuelo reside en la ergotina y la resina que él contiene.

Los experimentos fisiológicos tan variados como bien detallados practicados por el doctor Parola (*Nuove ricerchi sperimentali sullo sprome de graminacci*) ponen fuera de duda aquella verdad. En estos experimentos se ha estudiado perfecta y analíticamente la acción dinámica general del cornezuelo. Pero ignoramos si algún fisiologista ha intentado el estudio de los fenómenos ó accidentes que se desarrollan bajo la influencia de las inyecciones hipodérmicas con soluciones que contengan la resina.

Con la exposición de este estudio vamos á entreteneros un momento.

Pasamos en silencio el proceder que hemos empleado para obtener la resina pura y completamente separada y aislada de los otros cuerpos con quienes está unida, pero sí fijaremos sus caracteres físico-químicos. Cuerpo amorfo, de color bruno, casi negro al estado sólido; sabor acre, algo amargo, olor ligero de amapola; sin reacción ácida ó alcalina; arde fácilmente; soluble en el alcohol, el éter sulfúrico y en el cloroformo; insoluble en el agua. Las soluciones alcohólicas concentradas tienen un color bruno, y las diluídas tienen un color ligeramente amarillo; de las primeras, se precipita la resina cuando se agrega agua adhiriéndose á las paredes del vaso.

Con la solución alcohólica concentrada se practicó una inyección en el apéndice carnosos de un gallo, empleando todo el contenido de la jeringa de Pravaz. Preferimos la parte indicada del cuerpo del animal, por ser un órgano esencialmente vascular; su tejido es casi eréctil y á propósito para observar los fenómenos consecutivos á la absorción. En el momento en que la inyección penetró en el tejido, éste cambió su color naturalmente rosado por el de rojo bruno; la circulación capilar se suspendió completamente en todo el campo de la inyección; el calor, la sensibilidad y la vida desaparecieron á la hora. Más tarde, á los tres días, el tejido inyectado ofrecía el aspecto de todo órgano afectado de gangrena seca: disminuído de volumen, negro, frío, arrugado, seco, cartonudo y momificado. El resto del órgano y más allá del lugar de la inyección, el color era natural, el calor y la vida se sostenían. El tejido gangrenado se desprendió á los diez días dejando una cicatriz completa. No hubo síntomas generales de absorción, y lo que más ha llamado nuestra atención, es que al cuadro que acabamos de bosquejar no lo acompaña ni le sigue proceso inflamatorio alguno.

Cuatro ó seis inyecciones con la solución concentrada, y empleando para cada una de ellas toda la capacidad de la jeringa, practicadas en el miembro inferior, en el espesor de los músculos y llevadas hasta la articulación coxo-femoral, determinan la gangrena y la separación del miembro á los diez días. Se puede así mutilar el animal, miembro por miembro, sin que venga como accidente obligado el proceso inflamatorio.

Las inyecciones alcohólicas resinosas concentradas, sea que se hagan en campo estrecho, ó sea que se hagan extensivas á todo un miembro, obran localmente; los accidentes á que da lugar la absorción, no aparecen; hay ausencia completa de palidez general de la piel, de dilatación de la pupila, de relajación de la circulación, de turbaciones cerebrales, de debilidad general y de las cataratas que se han visto suceder á la ingestión de fuertes dosis de centeno.

Es notable la acción que determina la resina sobre los capilares y sobre la vitalidad de la sangre; su presencia en la masa de un tejido lleva una influencia sedativa y estupefaciente de la cual participan los filetes nerviosos. Como efecto de la

primera inyección se disminuye la sensibilidad en el punto inyectado; la sangre, al contacto con el líquido resinoso, adquiere *coagulabilidad*, se espesa, toma mayor densidad y detiene la absorción. Los capilares no atacados por la extremidad de la aguja forman una macma con la sangre que los oprime, y entonces la irrigación sanguínea y la absorción se hacen imposibles. Si del estudio de los accidentes locales pasamos al de la acción dinámica, no podemos sino atribuir y culpar al cuerpo resinoso como agente único por su presencia en la sangre de los fenómenos generales, sobre todo cuando el centeno se ha administrado por mucho tiempo ó á dosis elevadas. La palidez y refrigeración de la piel, la disminución de la secreción láctea; la suspensión de las hemorragias; la acumulación de la sangre en las venas, son accidentes que vienen determinados por la acción de la resina sobre los capilares sanguíneos. La minoración del poder reflejo, la torpeza en los movimientos, el hormigamiento de las extremidades, encuentran su razón de ser en la anemia de los centros nerviosos; anemia causada por la influencia de la resina sobre los capilares.

Jamás hemos asistido á la inspección de una gangrena producida por la ingestión á altas dosis de la ergotina de Bongean ó de Ivón; medicamentos que sólo contienen el principio orgánico del centeno soluble en el agua; mientras que el cuerpo soluble en el alcohol, ó en el éter, ó sea la resina, determina la gangrena.

De la lista de los cuerpos que aniquilan la vida en un tejido y que se aplican con un objeto terapéutico, no podemos entresacar uno solo que tenga una acción parecida á la de la resina. La potasa y soda cáusticas, el amoníaco concentrado, los ácidos minerales concentrados, el cauterio actual, etc. etc., destruyen los tejidos, forman escaras, producen la gangrena; pero el proceso inflamatorio que sigue y acompaña su acción es algunas veces difícil dominarlo.

No así la acción de la resina; su efecto local puede circunscribirse á dimensiones grandes ó pequeñas; insistimos: no hay reacción inflamatoria subsiguiente. Como consecuencia de lo expuesto podemos deducir, aun cuando ningún hecho práctico nos autoriza, sino únicamente la luz que nos ha dado la acción local fisiológica, que toda vez que se trate de destruir la

vida y la pululación de un tejido anormal, bien sea que éste tenga ó no tenga su punto de partida en un vicio ó alteración de la sangre, las inyecciones alcohólicas hipodérmicas practicadas con la resina del centeno están perfectamente indicadas; como en los tumores eréctiles, en los pólipos nasales ó uterinos, en el lupus, en las primeras manifestaciones locales de la pústula maligna, en los tumores hemorroidales, en los sacos aneurismales; todo esto quizá con mejor éxito que con la ergotina.

Acabamos de decir que aun en el caso de que se quisiera destruir un tejido anormal que se desarrolla por un vicio en la composición de la sangre ó por la presencia en ésta de algún microbo, como sucede en las úlceras cancerosas, bien sea en sus formas medular ó fungoide, cuando las acompaña una supuración saniosa y sobre todo cuando las siguen fuertes hemorragias que debilitan más y más al paciente, entonces, decimos, las inyecciones hipodérmicas con la resina practicadas á medio centímetro de distancia del borde de la úlcera y convergentes á su centro, detienen la hemorragia y mejoran la condición de la úlcera. La influencia que hemos hecho notar referente á la acción de la resina sobre los capilares nos indujo á usar las inyecciones hipodérmicas resinosas en un hombre de más de sesenta años, portador de una úlcera cancerosa que se acompañaba de fuertes hemorragias.

Sesenta gramos de polvo de centeno alcanzan á dar dos gramos de resina.

Remitimos al Laboratorio fisiológico de la Academia dos gramos de resina para que alguno de los jóvenes adelantados en los estudios repita nuestros experimentos.

La resina es un cuerpo fácilmente alterable al contacto del aire, ya porque sufra alguna oxidación, ó ya porque la materia grasa de la cual le queda algo, se oxide también. Para conservarla en buen estado es necesario humedecerla con algunas gotas de alcohol ó éter sulfúrico.

IGNACIO OSORIO LOZANO.

PROCESO CARREÑO-SEPÚLVEDA

[ARTÍCULO TERCERO].

[Continuación del número 158 de la REVISTA MÉDICA]

Segunda comunicación hecha al Jurado el día 1.º de Diciembre de 1890, en presencia de los médicos legistas que exhumaron á la señora Arjona de Carreño, de mis colegas del Cuerpo consultor, señores doctores Rocha Castilla y Vargas Paredes, del Representante del Ministerio Público, de la Defensa y de los señores doctores Luis Fonnegra, Antonio Gómez Calvo y Nemesio Sotomayor.

Pregunta del Jurado.—Señor doctor: sírvase usted repetir la comunicación que usted hizo en la audiencia del viernes, y darnos su opinión sobre las otras piezas anatómicas que forman el cuerpo del delito, hallado por los médicos exhumadores de la señora Mercedes Arjona de Carreño.

Respuesta.—Señores jurados: me propongo en esta comunicación permanecer siempre dentro de los límites que me señala el juramento de experto que tengo prestado, y hablar en términos que vosotros podáis comprender, pues no habiendo ningún médico entre los ciudadanos que constituyen el Jurado, correría yo el riesgo de no ser comprendido si me cifiera estrictamente al lenguaje técnico del anatomista, del fisiólogo ó del médico.

Las piezas anatómicas que constituyen el cuerpo del delito en este proceso, son: 1.º Un cráneo y un maxilar inferior, con sus dientes respectivos; 2.º Una pieza denominada *hueso hioideos*; y 3.º El esqueleto costal izquierdo, desprendido del esternón y de la columna vertebral.

4.—En todo lo que se refiere á la caída de los dientes de estas arcadas dentarias, así como al sitio en donde se hallaron los dientes que faltaban, me refiero en absoluto á lo que he dicho en audiencias anteriores, cuando fui interrogado por la Defensa, y que consta en las actas. Mis respuestas de entonces son las mismas de hoy, y pueden resumirse en estas conclusiones: 1.ª Una presión antero-posterior ejercida con la palma de la mano no puede descalzar dientes bien implantados, sin dejar huella permanente de la violencia en las paredes del alvéolo respectivo ó en los bordes alveolares; y 2.ª No me parece

anormal el sitio en donde hallaron mis colegas exhumadores los dientes que faltaban en los alvéolos de la persona á quien pertenecía este cráneo, puesto que dicho sitio era el que les señala la pesantez. En efecto, los dos incisivos superiores fueron hallados contra la cara interna del cuello del cóndilo izquierdo del maxilar inferior, sitio adonde se dirige la plomada que se aplique sobre los alvéolos correspondientes, colocando la cabeza en la posición que tenía en el ataúd, y el incisivo *inferior* derecho y la pequeña molar derecha se hallaron sobre el cuerpo (cara anterior) de la 2.^a vértebra cervical, sitio igualmente señalado por la pesantez.

Tan cierto es esto, que los primeros expertos que reconocieron el cadáver antes de inhumado, hallaron los dos incisivos medios inferiores implantados, pero flojos, en sus respectivos alvéolos; extrajeron el izquierdo y dejaron en su puesto al derecho, el cual fue hallado catorce meses después sobre el cuerpo de la 2.^a vértebra cervical. (Notarán los señores jurados que en la figura 1.^a del trabajo que se me hace estudiar se señalan los incisivos aludidos con esta frase: "los incisivos medios de ambas mandíbulas fueron descalzados de sus correspondientes alvéolos *por violencia practicada en el momento de la muerte*").

B.—Respecto á esta pieza que lleva el nombre de *hueso hioides*, ratifico en todas sus partes la declaración que hice el viernes 28 de Noviembre, y que fue confirmada también por mi maestro el señor doctor Rocha Castilla y por el señor doctor Vargas Paredes. Sin embargo, desmontemos esta pieza y analicemos cada uno de los fragmentos que la constituyen. Ella está constituida: 1.º Por los dos grandes cuernos del hueso hioides, cuyas extremidades internas, lisas y sin huellas de fractura, presentan vestigios de cartílago articular, prueba evidente de que no existía continuidad de tejidos entre el cuerpo del hueso y el respectivo gran cuerno. El aspecto que presentan estas superficies me conduce á sostener que el cuerpo del hueso hioides, al cual pertenecían estos cuernos, no estaba soldado sino articulado con dichos cuernos: había contigüidad, pero no había continuidad de tejidos; 2.º Quitados los grandes cuernos, nos queda una pieza central constituida por cuatro fragmentos: dos superiores y dos inferiores; todos cuatro considerados como fragmentos del cuerpo del hueso hioides en el trabajo médi-

co-legal que estudio (fig. 3 del folleto que tenéis á la vista). Los dos fragmentos superiores pertenecen al cartílago tiroides, prematuramente osificado. La demostración de este hecho os la di en la sesión del viernes último; pero puedo repetirla si se abrigare alguna duda sobre lo aseverado. Las caras de estos fragmentos presentan unas aberturas de bordes sinuosos, pero cuya forma general es casi simétrica; estas aberturas representan la parte del cartílago que todavía no se había osificado y que desapareció probablemente por efecto de la putrefacción. Estos dos fragmentos superiores presentan todos los caracteres anatómicos del cartílago tiroides, con sus grandes cuernos encorvados hacia adentro, con su borde posterior en forma de *S* itálica, con su borde superior escotado anchamente en su parte media, lo que indica que perteneció á una mujer (manzana de Adán), con sus pequeños cuernos, en parte destruidos, pero todavía reconocibles. La manera como estaba montado el cartílago me hizo incurrir en el error de tomar el borde inferior del cartílago por el superior del mismo órgano; por consiguiente, lo que tanto yo como el señor doctor Rocha C. tomamos por los grandes cuernos del cartílago tiroides, eran y son los pequeños cuernos de dicho cartílago.

Gracias al estudio comparativo que he hecho sobre una serie de laringes, he podido reconocer este error, que me apresuro á rectificar. La falibilidad humana y la deformación que la putrefacción había producido en el cartílago, causaron este error que en nada modifica mis conclusiones.

¿A qué órgano pertenecen los dos fragmentos inferiores, los más pequeños de esta pieza? ¿Representarán lo que le falta al cartílago tiroides para estar completo, y podrán ellos llenar estas dos aberturas del cartílago tiroides? Nó, porque el espesor de estos dos pequeños fragmentos es mucho mayor que el del cartílago tiroides que acabamos de examinar, y porque estos fragmentos tienen uno de sus bordes liso y perfectamente osificado, que sería el borde inferior del cartílago tiroides si ellos pertenecieran á este cartílago, y dicho borde no presenta los caracteres anatómicos asignados al borde inferior del cartílago tiroides. Así lo declararé en mi comunicación del viernes último, y así lo declaro hoy; estos dos fragmentos no hacen parte del cartílago tiroides. ¿Podrán ser dos fragmentos del

cuerpo del hueso hioides? No lo creo, porque si así fuere, esta faceta particular que presentan cerca de una de sus extremidades, correspondería al punto en donde los grandes cuernos del hueso, aquí presentes, se articulan con el cuerpo de dicho hueso. Ahora bien: estas facetas no casan con las extremidades articulares de los grandes cuernos, y si por la imaginación yuxtaponemos dicha faceta contra la extremidad correspondiente del gran cuerno del hueso, vemos que nos sobra un ángulo óseo que sobremonta la faceta y que debía representar al pequeño cuerno del hueso hioides; pero como el pequeño cuerno debe estar y está siempre colocado hacia adelante y hacia adentro de la articulación del gran cuerno correspondiente, y nos es imposible, al hacer este experimento, colocarlos de manera que estos ángulos óseos representen á los pequeños cuernos del hueso hioides, concluimos que los fragmentos que tenemos á la vista no pertenecen al cuerpo del hueso yá citado, porque el cuerpo de este hueso no puede tener otra faceta articular que no sea la que recibe las respectivas extremidades de los grandes cuernos. Por otra parte, estos dos fragmentos dan una altura superior á la altura del cuerpo del hueso hioides. No perteneciendo estas piececitas óseas ni al cartílago tiroides osificado, ni al cuerpo del hueso hioides, ausente aquí en todas sus partes, ¿á que órgano pertenecerán? ¿Serán fragmentos del cartílago cricoides ó de los cartílagos aritenoides, osificados como el tiroides? Estos bordes rugosos que nos permiten reconocerles la textura de lo que en Anatomía general se conoce con el nombre de un hueso plano, ¿indicarán el punto hasta donde había llegado la osificación y en donde se desprendió la parte cartilaginosa todavía no osificada? Ésto es lo más probable, y no digo lo seguro, porque estoy hablando bajo la gravedad del juramento. Pero abramos el tomo IV de la Anatomía de Ch. Sappey, página 414, y veremos que yo tengo derecho, al estudiar las figuras allí contenidas, de declarar como experto: 1.º Que estos fragmentos son muy parecidos á los cartílagos aritenoides; 2.º Que también pueden pertenecer á la parte posterior del cartílago cricoides, en el cual la osificación pudo haberse limitado á los dos núcleos posteriores, y la putrefacción haber destruído el resto del órgano, hasta el punto de no permitirnos encontrarlo hoy con todos los caracteres anatómicos necesarios para poder aseverar bajo jura-

mento que infaliblemente sean dos núcleos osificados del cricoides; y 3.º Que estos fragmentos no pertenecen al cuerpo del hueso hioides.

Respecto del sitio donde se halló el gran cuerno izquierdo del hueso hioides, ratifico lo que dije al contestar á una pregunta de la Defensa en una de las audiencias anteriores y que consta en las actas. Estando el cadáver en decúbito dorsal, con la cabeza inclinada del lado izquierdo y en flexión forzada sobre el tronco, el cuerno izquierdo del hueso hioides se dirige siempre hacia el espacio conocido en Anatomía descriptiva con el nombre de *espacio maxilo-faríngeo*. La pared externa de este espacio está formada por la cara interna de la rama del maxilar inferior, forrada en el pterigoidiano interno, y la pared interna de dicho espacio está formada por el músculo constrictor superior de la faringe. Este espacio está lleno de tejido celular flojo, para facilitar los movimientos de la faringe y de la lengua, y en él se encuentran muchos órganos importantes, entre otros el cuerno del hueso hioides, durante la elevación de la faringe (carótida int: yugular int: pneumogástrico, espinal, hipogloso). La posición de la cabeza que dejo apuntada produce la elevación de dicho cuerno y el abajamiento del gran cuerno derecho por un mecanismo fácil de comprender. La putrefacción destruyó el músculo pterigoidiano interno, y el cuerno del hueso que se hallaba hacia adentro de este músculo vino á aplicarse contra la cara interna de la rama izquierda del maxilar inferior.

Si los fenómenos de la putrefacción fueron suficientes para destruir los ligamentos de la articulación tempero-maxilar, según consta en la exposición de los peritos exhumadores, no hay razón para no aceptar que los mismos fenómenos de putrefacción no hayan determinado la destrucción de las articulaciones de los cuernos del hioides á su cuerpo. De lo dicho concluyo: que el hallar el cuerno izquierdo del hueso hioides contra la cara interna de la rama izquierda del maxilar inferior, no constituye una plena prueba de violencia ejercida sobre el cuello de abajo hacia arriba, una vez que el cadáver en donde se encontró este fenómeno permaneció catorce meses con la cabeza doblada sobre el tronco é inclinada hacia el lado izquierdo.

C.—Con respecto á este esqueleto costal izquierdo, que re-

presenta fracturadas la 3.^a, 4.^a y 5.^a costillas, y desprendido el 6.^o cartilago costal de su respectiva costilla, me es difícil formular un concepto neto sobre el mecanismo por el cual se produjeron estas lesiones. Sin embargo, para que el Jurado pueda apreciar las dificultades que se oponen á que un experto juramentado pueda decidir perentoriamente cuál fue el mecanismo por el cual se fracturaron estos huesos, debo hacer presentes algunas nociones generales de Anatomía, y aplicarlas, hasta donde me lo permitan mis convicciones y mis escasas facultades, al caso particular en cuestión.

Las costillas forman arcos enrollados al rededor del tórax. Estos arcos forman el esqueleto de las paredes tarácicas. El plano de estos arcos es oblicuo de arriba hacia abajo y de atrás hacia adelante. El plano de la costilla superior no es paralelo con el de la inmediata inferior, y los planos de dos costillas están más próximos el uno del otro en la parte posterior del tórax que en la parte anterior. Sappey compara esta disposición á la de un abanico truncado, cuya parte más ancha correspondería á los cartílagos costo-externales. El radio de los arcos costales aumenta progresivamente de arriba á abajo, es decir, que el radio de curvatura del de la segunda costilla es menor que el de la tercera, y así sucesivamente hasta la 7.^a (hablo de las costillas externas). Igual cosa sucede con la longitud de los cartílagos costo-externales, es decir, que su longitud aumenta progresivamente de arriba hacia abajo. El radio de curvatura varía también en una misma costilla, según la parte que se le considere; por regla general, la parte posterior tiene un radio menor que la anterior. El espesor de los huesos costales tampoco es el mismo para todos ellos: más espesa y consistente la primera costilla, cuya textura se aproxima á la de la clavícula; este espesor también va disminuyendo de arriba á abajo hasta la 12.^a De suerte que, considerado el esqueleto costal desde el punto de vista de la resistencia que ofrezca á las violencias, debemos concluir que él está constituido por una serie de arcos en planos oblicuos que no tienen ni el mismo radio, ni la misma direccion matemática, ni la misma longitud, ni el mismo espesor, y que los arcos de la parte media son mucho más débiles que los de la parte superior, si se considera el espesor del hueso; pero mucho más resistentes si se considera su elasticidad.

Las costillas se dividen en *costillas externas* y *costillas asternales* ó falsas costillas; sobre estas últimas nada tengo que decir, porque ellas no han sufrido ninguna lesión, y mis observaciones no deben ni pueden dirigirse sino á las piezas que representan el cuerpo del delito. Pero de una manera general se puede sentar como principio que las condiciones de resistencia de las costillas externas no son las mismas que las de las costillas asternales. La resistencia á ceder á una causa indirecta, aumenta proporcionalmente á la longitud del cartílago costo-external correspondiente. Antes de aplicar estas nociones anatómicas al caso particular que nos ocupa, pido permiso para interrogar á mi colega el señor doctor Antonino Gómez Calvo, quien por casualidad presencié una de las maniobras que sufrió el cadáver de la señora Arjona.

—Señor doctor, hágame usted el favor de decirme qué clase de instrumentos se empleó para abrir el tórax de la señora Arjona.

—Un bisturí de disección.

—¿Cuántas incisiones hizo el sepulturero?

—Una sola.

—¿De qué lado del pecho?

—Del lado izquierdo, á lo largo de los cartílagos.

—¿Cómo cogió el bisturí el sepulturero: como una pluma de escribir, ó como manejan la navaja los carniceros para abrir el tórax de un cerdo?

—Como cogen el cuchillo los carniceros para esa maniobra.

(En este estado fui interrumpido por el señor doctor Agustín Uribe, quien me hizo observar que las fracturas costales eran subperiósticas; á lo cual contesté que lamentaba el que no se hubiera conservado el periostio, porque el experto juramentado, ante un jurado, para emitir su juicio sobre los objetos materiales que constituyen el cuerpo del delito, debe concretarse á lo que ve y nada más, pero que aceptaba el dato como muy importante).

También lamento, señores jurados, el que no se haya conservado todo el esqueleto torácico del cadáver exhumado, pues así sería mucho más fácil estudiar el mecanismo por el cual se han producido estas lesiones. Por otra parte, consta que no se hizo sino una incisión sobre los cartílagos costo-externales iz-

quierdos. Los que hemos hecho una autopsia sabemos que la abertura que produce dicha incisión no es suficiente para permitir el examen de la cavidad torácica, y por consiguiente si el sepulturero pudo ver que el corazón y los pulmones estaban destruidos, y si los médicos oficiales pudieron confirmarla, para consignarla en su reconocimiento, tuvo que haber alguna otra maniobra que podría ser la causa de estas fracturas.

(El señor doctor Uribe me interrumpió de nuevo, para decirme que él no creía que las costillas pudieran romperse con un bisturí, y que me retaba para que hiciera la experiencia sobre el cadáver, á lo cual repliqué que yo no podría hacerlo porque no tenía fuerza, pero que un hombre esforzado como él sí podría hacerlo; que yo había visto costillas cortadas con un cuchillo durante una riña; *pero que tampoco insistía yo en que ese fuera precisamente el mecanismo por el cual se hubieran producido las lesiones costales que estudiaba*).

Si colocamos estas costillas de manera que sus cabezas (extremidades posteriores) se correspondan, según la dirección que deben tener en el esqueleto, puesto que no consta que la señora fuera jorobada, notamos que la interlínea de fractura de estas costillas es casi rectilínea, cosa que podría hacer creer que estas fracturas fueron producidas por causa directa, porque sería muy raro que una causa indirecta pudiera fracturar, según una misma línea vertical, arcos que no tienen las mismas condiciones de resistencia.

Decidir si una fractura ósea ha tenido lugar inmediatamente antes de la muerte, ó después de la muerte, en un cadáver que ha permanecido catorce meses sepultado, es anatómicamente imposible. Las lesiones que se encuentran en el esqueleto son las mismas, y por tanto lo único que se puede demostrar es la solución de continuidad.

Por tanto, señores jurados, teniendo en cuenta las diferentes manipulaciones que sufrió el cadáver de la persona á quien pertenecían estos huesos, hasta el momento de su inhumación, y por no haber sido un experto médico graduado, sino un sepulturero quien practicó la incisión sobre el lado izquierdo del pecho del cadáver, yo no puedo declarar, en mi calidad de perito juramentado, que estas fracturas sean el indicio cierto de una violencia criminal. En otros términos: se ha ejercido una

violencia sobre estas costillas, puesto que están fracturadas; pero hoy, ni catorce meses después de muerta la señora Arjona, se puede declarar si estas fracturas tuvieron lugar inmediatamente antes ó después de la muerte.

JUAN E. MANRIQUE.

CASO DE TROFONEUROSIS DISEMINADA

Rosalía Moreno, vecina de la ciudad de Guateque, de veinticinco años, casada, tuvo tres hijos; se presentó el 25 de Septiembre de 1887 pidiendo se le colocara en el hospital y refiriendo la historia de su enfermedad de la manera siguiente: hace dos años, poco más ó menos, que principió á sentir picadas violentas en las articulaciones de los dedos de la mano derecha, la muñeca, el codo y el hombro, y en el espacio de seis meses se le generalizaron á todas las articulaciones del cuerpo. Sentía calofríos, calentura, sed, dolor de cabeza, con hinchazón de las articulaciones y mucho decaimiento. Estos accidentes le repetían dos veces por mes y le duraban hasta por tres días.

En este estado se sintió embarazada por segunda vez, sin dejar, por esto, de padecer los sufrimientos que quedan relacionados; tuvo su segundo hijo; transcurrido año y medio, ocurrió un tercer embarazo, y á los cuatro ó cinco meses de esto le apareció una mancha roja en la parte externa del antebrazo derecho, que parecía como una quemadura, después de haber estado lavando un día entero en el río; luégo se le presentó otra igual en la parte externa del antebrazo izquierdo; más tarde le aparecieron dos en las regiones externas de ambas piernas, acompañando á estas manchas mucho ardor, picazón, rasquiña, tirantez como si fuera á reventarse la piel, sintiendo pesados y como dormidos los miembros, y al mismo tiempo muy sensibles á las contusiones ó golpes, por ligeros que fuesen. Luégo se le endurecieron los brazos y las piernas en las partes afectadas, pareciéndole como de palo ó piedra, y se le enflaquecieron y adelgazaron mucho. Más tarde se le presentaron estas mismas manchas en las partes exteriores y superiores de los brazos y los muslos; en el pecho y á lo largo de

las clavículas, en las caderas, dejando muchos restos de piel sana en medio de las partes afectadas; en el pecho, al rededor de los pezones, siguiendo á lo largo del cuello á unirse con otras de las espaldas. Advierte que estas manchas le duraron como tres ó cuatro meses, del color de la erisipela, y después se pusieron de un color gris subido. Dio á luz su tercera niña, la que murió ocho días despues, cubierto el cuerpo de una mancha roja, que dijeron los médicos que la recetaron que era erisipela.

Hasta aquí la historia relatada por la enferma: entró, pues, al hospital, y el cuadro sintomatológico era el siguiente: cuerpo muy enflaquecido y manifestando por su estado general una enfermedad crónica; miembros superiores é inferiores casi paralizados y permaneciendo en semiflexión; articulaciones falangianas, metacarpofalangianas y radiocarpianas muy hinchadas y sin ningún movimiento; la pierna derecha algo hinchada y desde el pie hasta la rodilla muy colorada, con dolencias agudísimas y síntomas generales de una verdadera inflamación; al tacto se sentía pastosidad y fluctuación; sobre el maleolo interno se percibía una pequeña elevación amoratada. Convencido de que allí existía un flemón, tomé un bisturí y le hice una incisión sobre el punto amoratado; gran cantidad de pus sanguinolento salió de allí, y la pierna se enjutó un poco. Continué el examen de las manchas, y en realidad le hallé unas cuántas esparcidas simétricamente en la región externa de los cuatro miembros; en la extremidad superior del esternón; paralelamente á las clavículas, á lo largo del cuello, las que se confundían con otras que ascendían á lo largo de la columna vertebral, partiendo desde el sacro y las caderas; varias en el abdomen, en las mamas y especialmente en derredor de los mamelones, siendo de color gris subido las de la mayor parte del tronco; y las de los miembros y el esternón de un rojo cobrizo ó eritematoso con ligeras exfoliaciones, muy tensas y duras, sintiendo en ellas ardor, rasquiña, picazón, y muy sensibles á los golpes ó frotos externos y ofreciendo la rigidez de la madera. Atrofia general de las carnes, haciéndose más notable en los miembros superiores y un poco menos en los inferiores; cara pálida y mejillas escurridas; ojos hundidos y mirada lánguida; hemicránea del lado izquierdo, que la ha acompañado durante su enfermedad.

Funciones cerebrales, respiratorias y de circulación central en buen estado. Las funciones catameneales suspendidas desde el último embarazo. Sed, inapetencia, poco sueño y digiere bien lo que come.

Antecedentes: hija de padres robustos y sanos; ella de buen aspecto antes de sufrir sus novedades; talla regular, color moreno. Sufrió una blenorragia al año de casada, ó sea dos años antes de enfermarse; algunas exposiciones bruscas al frío y la humedad durante sus partos (cosa habitual en las gentes del campo).

Diagnóstico: Trofoneurosis diseminada.

Tratamiento: para el flemón baños emolientes y algunos laxantes; después le continué un tratamiento sintomatológico consistente en yoduro y bromuro de potasio, por algún tiempo, sin efecto mayor; píldoras de protoyoduro de mercurio, las que le calmaron por algunos días el dolor de cabeza. Viendo que el mal continuaba aniquilando á la enferma, le di algunos tónicos y ferruginosos, sin éxito y con agravación del dolor de cabeza. Le propiné algunos arsenicales y nuez vómica, sin conseguir mejoría alguna. Al exterior, lociones calmantes, con opio, con glicerina y algunos sulfurosos; pero nada le proporcionaba alivio, fuera del bálsamo tranquilo y algunas aguas sedativas. Por lo general el mal fue refractario á todo tratamiento. También le apliqué corrientes magneto-eléctricas, sin éxito alguno.

Tres meses se pasaron hasta aquí, cuando empezaron las manchas de los antebrazos á ulcerarse, principiando por aparecerle vejiguillas casi imperceptibles, que, uniéndose unas á otras, formaban grietas en la epidermis y más tarde anchas placas de forma irregular sin atacar la dermis, dejando escapar un líquido seropurulento y alguna s veces sanguinolento, y acompañando á éstas las picadas y el ardor de un modo más intenso que cuando eran simples manchas eritematosas.

Se continuaron los baños y cataplasmas emolientes; los antisépticos, como soluciones fenicadas, de licor de Van Swieten; pomadas yodoformadas, hilas empapadas en agua clorurada, etc. etc. Llegó el último mes de los seis que permaneció la enferma en el hospital, y una gangrena lenta pero profunda le invadió las manchas ulceradas de los antebrazos, ata-

cándole hasta los últimos restos musculares que le quedaban. acompañada de ligeras hemorragias y una diarrea colicuativa dieron fin con los sufrimientos de esta enferma.

El pronóstico fue grave desde que palpé la inutilidad de los tratamientos, pues en cuanto á la naturaleza de la enfermedad, me era desconocida en aquella época, y solamente más tarde tuve ocasión de encontrarla descrita en la patología interna de Monsieur Dieulafoy. Dejo aquí terminada esta pequeña observación, y se la envió á usted, señor Redactor de la REVISTA MÉDICA de Bogotá, para que, si usted la cree digna de aparecer en dicho periódico, la haga insertar.

Su atento y seguro servidor y comprofesor,

G. MUÑOZ.

Bogotá, Julio 31: 1891.

PROCEDIMIENTO

para contener algunas hemorragias procedentes de la faringe, cuando los vasos de este órgano tienen un volumen ó calibre exagerado.

Entre las varias enfermedades quirúrgicas que afectan las paredes de la faringe, suele presentarse excepcionalmente la lesión de los vasos que en éstas se distribuyen, causada con motivo de la penetración de un cuerpo extraño y vulnerante.

Este es el caso que se presentó en mi clientela privada, y que por juzgar de algún interés para la ciencia paso á describir.

N. N., natural de Belén de Ueranza, de dos años y medio de edad, juega en compañía de otros niños al juego conocido con el nombre de *El Toro*, llevando cogida una *caña brava* entre los dientes incisivos superiores é inferiores. Tropieza de repente, en medio de la velocidad de la carrera, con el suelo, y cae hacia adelante introduciéndose la extremidad interna de la caña en la cavidad bucal y faríngea, hasta tocar con la cara anterior de las vértebras cervicales.

En su trayecto la caña atraviesa el velo del paladar en todo su espesor; desgarró los tejidos blandos de la pared poste-

rior de la faringe, y se rompe en seguida en varias astillas que se introducen en medio de los tejidos de las paredes posterior y lateral izquierda del órgano.

¶ Al levantar al niño del suelo, se encuentra la caña fija como una estaca, de tal manera que es necesario ejecutar fuertes tracciones sobre su extremidad exterior, para lograr arrancarla del lugar en que se halla colocada. A la extracción sobreviene inmediatamente una abundante hemorragia que por lo pronto amenaza asfixiar al niño, pero que se obtiene contener en parte con algunas aplicaciones astringentes.

Empiezan luégo á inflamarse tanto los tejidos de la faringe como los correspondientes del cuello que se hallaban en más inmediata relación con las partes heridas del órgano.

En este estado se solicita el auxilio del médico.

A su llegada se informa éste de todo lo ocurrido; averigua el modo como tuvo lugar la caída; la colocación que ocupaba la caña cuando fue extraída de la boca; en fin, hace presentar ésta y la examina cuidadosamente en todas sus partes aparentes. Halla que una de las extremidades, precisamente aquella que se le dice fue extraída de la boca al niño, estaba aún manchada de sangre y tenía dos huecos como de algunas astillas que le faltaran; lo que, agregado á la relación que le habían hecho, el estado de inflamación de las partes dislaceradas, el grado de dolor que el niño experimentaba y la dificultad suma que existía para deglutir y cerrar la boca, le hizo preconcebir la idea de que la caña se hubiera roto quizá y algunos de los fragmentos de ella se hallaran sepultados en medio de las paredes de la faringe.

Se procede luégo á hacer con todo cuidado la exploración minuciosa de la faringe del pequeño paciente, lo que felizmente se facilitó á virtud de que el niño, por evitarse el dolor, mantiene siempre la boca bien abierta y no ejecuta movimiento ninguno que lo impida ni dificulte.

El velo del paladar aparece con una desgarradura como de media pulgada de longitud, situada sobre su borde libre, poco más ó menos un centímetro y medio hacia afuera de la úvula del lado izquierdo, y se halló bien inflamado; el fondo de la faringe se encuentra bañado de sangre y cubierto de coágulos negros y blandos que se desprenden con facilidad.

Se quitan los cóagulos y se lava todo con agua tibia y ácido bórico, hasta dejar perfectamente descubiertas á la exploración las paredes de la faringe.

Se ven allí dos heridas desgarrantes, grandes, profundas y sangrientas, en el fondo de cada cual se distingue la presencia de un cuerpo extraño: la una ocupa la parte media de la pared posterior de la faringe y se inclina oblicuamente abajo hacia el lado izquierdo, y la otra se halla colocada en el codo formado por la unión de la pared posterior y la lateral izquierda; atraviesa ésta en casi toda su totalidad, é interesa, en una dirección semejante á la primera, todos los tejidos del cuello, hasta la piel de la región parotidea, debajo y atrás del ángulo de la mandíbula en que se halla situada una pequeña herida de aspecto punzante, por donde se introduce un estilete delgado, en la extensión de un centímetro y medio, hasta tocar con el cuerpo extraño que se ve en el fondo de la herida por el lado interno, y sigue los movimientos que con éste se le comunican.

Operación.—Redoblados los cuidados de aseo convenientes, y colocado el niño en una posición fija, se le pone entre los dientes molares de la mandíbula superior y la mandíbula inferior de cada lado, un fragmento de madera en forma de cuña, y se procede á la extracción de los cuerpos extraños antes descritos.

Primer tiempo.—Se ejecuta la extracción del fragmento de la herida postero-lateral que se halla más al alcance de las pinzas: se ase una astilla de caña de dos á tres centímetros de longitud, con una punta afilada. La extracción se hace por lo demás fácilmente, á pesar de la dirección oblicua abajo y afuera, que el estilete introducido por la herida exterior demostró haber sido extraído de una sola vez y todo entero. No hubo hemorragia.

Segundo tiempo.—Introducidas al principio las pinzas, no se logra coger bien el cuerpo extraño á causa de la profundidad á que se halla colocado y la gran tumefacción de los labios de la herida. Se hacen en seguida otras tentativas que, como la anterior, apenas alcanzan á coger en parte el cuerpo extraño, sin poder extraerle; en esto se descubre que el fragmento ocupa una dirección transversal detrás de los tejidos, por lo cual se

hace preciso ensanchar la herida con el bisturí, después de lo cual se vuelven á introducir las pinzas, que agarran entonces el fragmento en una mayor extensión, y lo extraen, bien que con alguna dificultad. Probablemente sucedió que éste ocupara una situación tal, que ejerciera el oficio de tapón respecto del vaso abierto, lo cual hizo que una gran cantidad de sangre inundase inmediatamente la cavidad de la faringe á tal punto, que no bastaron á contenerla las frecuentes aplicaciones de percloruro de hierro que se llevaron sobre el lugar de la hemorragia. En vano se intentó introducir nuevas pinzas con el objeto de coger el vaso arterial, pues éste se hallaba colocado muy profundamente y en una situación en la que las mismas pinzas no hallaron un punto de apoyo fijo y seguro.

En este estado se intentó hacer la compresión de la arteria sobre la herida y la superficie de los tejidos de la pared posterior de la faringe. Se tomó para este efecto una compresa de tela doblada varias veces sobre sí misma, que se llevó sobre el lugar con una pinza larga, y se mantuvo allí por algunos momentos.

Mas como tal procedimiento no llenó, á juicio del médico, las condiciones del caso, porque dificultaba la respiración é impedía los movimientos de deglución, y además no podía sostenerse por el tiempo suficiente á contener completamente la hemorragia, se dirigió la atención á obtener un medio por el cual, á más de evitar los inconvenientes apuntados, pudiese adaptarse por su forma á la superficie cóncava de la pared posterior de la faringe y hacer así la compresión completa y uniformemente

Se buscó con este objeto en los varios medios aconsejados por la cirugía alguno al que se pudiera darle la mencionada aplicación. Mas como él no se halló, se hizo preciso inventarlo, y hé aquí las condiciones que para el procedimiento se tuvieron en cuenta:

- 1.º Hacer la compresión de la pared posterior de la faringe, sobre el plano formado por las vértebras cervicales y los tejidos resistentes de la porción correspondiente del cuello, de la manera más completa posible;
- 2.º No turbar el libre funcionamiento del aire durante los dos tiempos de la respiración;
- 3.º Favorecer la alimentación del niño, á lo menos por el tiempo

necesario de la aplicación del procedimiento; y 4.° Sostener la acción quirúrgica de él con comodidad y sin el auxilio de mano extraña.

Procedimiento.—Se tomó una orqueta de madera de forma de una Y, á cuya rama más gruesa, ó sea el tronco de donde emanan las otras más delgadas, se practicó en la extremidad una pequeña ranura en la que se colocó y ató por una fuerte ligadura un tallo transversal, también de madera, de una cuarta de largo, destinado á fijar el aparato y sostenerlo por dos fajas atadas que se amarran atrás sobre la región occipital.

Luégo, en la extremidad libre de las dos ramas más delgadas, se practicaron en cada una dos muescas, una por encima y otra por debajo, á las cuales se adaptó la extremidad de dos semicírculos de la misma materia y paralelamente dispuestos de tal manera que entre el superior y el inferior quedó un espacio vacío, el que se llenó con hilas empapadas de un líquido hemostático.

Construído y aplicado así el apósito por el intermedio del anterior procedimiento, quedó un espacio triangular limitado por las dos ramas de la Y y los semicírculos transversales, por el cual se hizo fácilmente el paso del aire del pulmón á las fosas nasales, y de éstas inversamente hacia el pulmón; presentaba una superficie convexa igual y uniforme, que pudo ser aplicada á la forma cóncava de la pared herida de la faringe y hacer la compresión cómodamente por un lapso de catorce horas, después del cual se quitó, desapareciendo con esto la hemorragia.

Por lo demás, el procedimiento no presentó más molestia durante su aplicación, que la de impedir la cerradura de la boca y casar con el velo del paladar, produciendo en los primeros momentos el reflejo que á este órgano corresponde.

Como medicación, se prescribió un colutorio con bromuro de potasio y cocaína sobre el paladar, que se practicó á cada hora con el fin de producir la anestesia en él; cataplasmas emolientes, con láudano y tintura de alcanfor al exterior; un purgante de aceite de ricino; alimentación láctea y reposo del órgano.

Habría sido necesario practicar una disección minuciosa, imposible entonces, á fin de determinar cuál fue precisamente el ramo arterial causa de la hemorragia.

Mas por el conocimiento anatómico sobre la manera de distribución de los diferentes vasos que van á las paredes de la faringe, se llegó á creer que éste fuera la meníngea inferior ó alguno de sus ramos, el ramo anastomótico de esta misma con la tiróidea superior en algunos casos bastante voluminoso, la rama faríngea de la palatina ó una anomalía excepcional.

Es el caso que, cualquiera que él fuese, y en la precaución de otro caso sobrevenido en condiciones semejantes y á los que no sea posible aplicar la compresión por otros medios ó la ligadura del vaso herido, por estas ó aquellas dificultades, he creído de mi deber hacer la relación del presente procedimiento y el caso en que fue aplicado con el mejor éxito.

Ultimamente el doctor N. N., de Chiquinquirá, me refirió el caso de un niño atacado de una lesión semejante, y que murió, como él dice, por carencia en la cirugía de un medio apropiado para contener la hemorragia. Quizá si se hubiese tenido en cuenta este procedimiento, el niño no hubiera muerto.

E. COMBARIZA.

Bogotá, 1.º de Marzo de 1891.

PROCEDER QUIRURGICO

PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS PÓLIPOS NASO-FARÍNGEOS

El 12 de Enero de 1891 Amancia Flórez, de veintiún años, natural de Prado, soltera, se presentó á la consulta del doctor Ricardo Uricoechea, quien me hizo el honor de llamarme para que lo acompañara al examen y á la operación.

Por el examen hallámos un pólipo fibroso implantado en la cavidad naso-faríngea, inmediatamente detrás del velo del paladar. Su extrema movilidad al tacto y á los movimientos de deglución nos hizo conocer su delgado pedículo. La extremidad inferior regular, lisa y de coloración rosada, se percibía á primera vista detrás de la úvula, del tamaño de un grano de cacao.

Procedimos á hacer la extracción del pólipo de la manera que yo indiqué, que es como sigue:

Previo el lavado antiséptico y engrase de una sonda elástica, número 8, introdujimos una cuerda delgada en doble, por su extremidad, y, una vez salida la asa por el oído de la sonda, la prendimos en el pico de la misma con el objeto de evitar que se zafara á su introducción por la nariz. Introdujimos la sonda por la nariz, del lado izquierdo, hasta que su extremidad asomó detrás del velo del paladar. Una vez allí, se tomó con unas pinzas esa extremidad y se atrajo hacia la boca. Con esta tracción la sonda quedó doblada un tanto, lo que facilitó tomar el asa y por su lazada introducir una aguja curva con el objeto de pinchar y atraer el pólipo y asegurar su enlace. Así enlazado, se tiró de la extremidad de la sonda hasta que su oído quedara lo más cerca posible del pedículo del pólipo, y llegado á este estado se hicieron movimientos de torción con los cuales se desprendió el pólipo, que salió por la nariz. Creíamos extraerlo por la boca, pero la cuerda lo había asido y arrastrado con ella.

El pólipo tenía un pedículo de unos seis centímetros de largo por unos cinco milímetros de diámetro, y el cuerpo tenía cinco centímetros de largo por unos tres y medio de ancho en sus mayores dimensiones, pues presentaba una forma ovalar.

La operación se hizo con rapidez, sin haber ocurrido ninguna novedad en ella ni después de ejecutada. No hubo hemorragia, y la enferma pudo entregarse á sus ocupaciones habituales inmediatamente. Quince días después volví á verla en perfecto estado de salud.

El objeto que me propongo es dar á conocer el procedimiento operatorio que puede servir de base para emplearlo en un caso semejante. Su sencillez y su ejecución sin instrumentos especiales lo hacen preferible y fácil en lugares en donde no es posible conseguirlos.

ESTEBAN TOBAR A.

Bogotá, 3 de Febrero de 1891.

CANCER PAPILAR O VEGETANTE

Jesús González, de treinta y cinco años, natural de Fontibón, soltero y albañil, entró el 21 de Enero de 1890 al servicio del doctor Coronado con una úlcera escrofulosa en la cara externa de la porción inferior de la pierna derecha, de la cual curó.

No hay antecedente hereditario ni sifilítico, ni ha habido fimosis. Ha sufrido de disentería, viruelas y varias veces úlceras en la pierna derecha.

Yá estaba bueno de la úlcera y se ocupaba en lavar trapos sucios del hospital, oficio ú ocupación que tuvo durante un mes, cuando le apareció una pequeña excoriación en el glande. Hacía mucho tiempo que el enfermo no tenía relación sexual ninguna, de modo que no se puede atribuir la afección actual á otra causa que á los frotos ó traumatismos á que lo sometía la manera como ejecutaba su tarea, que era acurrucado, de suerte que el salpique alcanzaba á humedecerle hasta la mitad inferior del tronco.

La excoriación referida, de fondo rojizo, de bordes irregulares que marcaban bien su límite con los tejidos circunvecinos que aparecían normales, fue ensanchándose en todo sentido hasta ocupar una extensión cinco veces mayor que la primitiva, que era de unos quince milímetros de diámetro, no obstante las aplicaciones hechas para destruirla. En su extensión invadió una parte del prepucio.

Esta excoriación era dolorosa y le supuraba.

Al cabo de algunos días, pero que no puede calcular cuántos, sintió del mismo lado de la ulceración, es decir, del lado izquierdo, un pequeño tumor colocado en la región inguinal del referido lado. De la misma manera que la excoriación, el tumor, constituido por ganglios de esta región, continuó su crecimiento á despecho de todo cuanto se hizo para disolverlo ó impedir su desarrollo.

El tumor, indolente al principio y de una dureza notable, se hizo después sensible á la presión, al adquirir su mayor desarrollo, por la inflamación de la piel de su superficie, pero no hubo dolores espontáneos.

El tratamiento empleado fue el general para un chancro y un bubón consecutivo.

Como á los tres meses de la aparición del tumor y de haber resistido á un tratamiento activo, se abrió por una incisión.

Desde el día de la incisión, que no dio salida á pus sino á una pequeña cantidad de sangre, los labios de la herida se desarrollaron con notable rapidez y comenzó á sentir fuertes dolores lancinantes.

Examen del enfermo.—De constitución débil y temperamento linfático, prefiere el decúbito dorsal; se observa enflaquecimiento y agotamiento notables; presenta un tinte amarillo pajizo general y en la parte externa de la porción inferior de la pierna derecha se nota una cicatriz de regular tamaño, vestigio de la úlcera de que se hizo mención.

En la región inguinal izquierda se encuentra un tumor ulcerado, irregular, de unos ocho centímetros de largo por unos seis de ancho, perfectamente marcado á la simple vista porque sus bordes, gruesos, se elevan unos dos centímetros sobre la piel contigua. De una coloración ligeramente rosada, está constituido por vegetaciones de tamaños desiguales, separadas por surcos también desiguales y de profundidad variable. En el fondo de estos surcos se observa algo de supuración cremosa, amarillenta y de una fetidez particular.

Su aspecto tiene la mayor semejanza con el de un coliflor.

La piel y los tejidos circunvecinos no parecen sensiblemente modificados. Los ganglios vecinos están infartados. En el lado izquierdo y hacia la corona del glande, se encuentra una excoriación de unos quince milímetros de diámetro.

Hay anorexia y algo de constipación. El sentido del oído está embotado. Los dolores son muy intensos y frecuentes.

Diagnóstico.—Cáncer papilar ó vegetante.

Por todos los datos adquiridos parece que este carcinoma fue contraído en el hospital.

El enfermo siguió perdiendo sus fuerzas y agotándose diariamente, así como fueron aumentándole los dolores y la anorexia, hasta el 17 de Octubre en que murió.

El tratamiento en este último período consistió en administrarle brandy en poción y vino al interior y hacerle lavados diarios con solución fenicada y curaciones con vaselina yodoformada con extracto de opio.

LINO J. MOLANO.

SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES

SESIÓN DEL DÍA 16 DE FEBRERO DE 1891

(Presidencia del doctor Carrasquilla).

En Bogotá, á 16 de Febrero de 1891, se reunió la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, con asistencia de los socios doctores Barreto, Carrasquilla, Esguerra, García Medina, Gómez Calvo, Gómez Proto, Herrera (J. D.), Ibáñez, Manrique, Medina, Noguera, Ospina, Pizarro, Putnam, Roca, Sotomayor y Tamayo. Estaban excusados los doctores Amaya y Aparicio. Se leyó y aprobó el acta de la sesión del 3 del presente mes.

Se dio lectura á una nota de Su Señoría el Ministro de Gobierno en que participa haberse concedido exención de porte de correos para las plantas que se remitan á la Sociedad con el objeto de enviarlas á la Exposición Universal de Chicago.

El señor doctor L. Barreto devolvió, con el informe respectivo, el trabajo del señor doctor José María Lombana Barroneche, titulado *Contribución al estudio de la retención de la placenta*. Leído el informe, se consideraron las siguientes proposiciones con que termina:

1.^a “Nómbrese al señor doctor José María Lombana Barroneche miembro activo de la Sociedad, y procédase á la votación.” Esta proposición fue aprobada por unanimidad en votación secreta.

2.^a “Publíquese en la REVISTA MÉDICA un extracto de las conclusiones con que termina el trabajo del doctor Lombana B.” Puesta en discusión, el doctor Gómez (Proto) la modificó así: “Publíquese en la REVISTA MÉDICA el trabajo presentado por el doctor Lombana B.” Esta modificación fue aprobada.

El doctor Gómez (Proto) fijó la siguiente proposición: “Revócase la aprobación dada á la proposición presentada por el doctor Aparicio en la sesión anterior, y considérese la siguiente, que la reemplazará:

“La Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales acepta en todas sus partes la Ley 71 de 1890, por la cual se crea la Aca-

demia Nacional de Medicina. La Sociedad da las gracias al Congreso de 1890, y al Supremo Gobierno por el honor que se le ha conferido por medio de dicha ley; y solicita del Supremo Gobierno la instalación, en sesión solemne, de la Academia Nacional de Medicina.”

Discutida y votada por partes esta proposición, fue aprobada, previa lectura de la ley á que ella se refiere.

El señor doctor Noguera pidió la palabra para presentar un trabajo del doctor José C. Güell, titulado: *Estrechez uretral, cuerpo extraño en la vejiga. Uretrotomía interna. Talla hipogástrica*. Esta operación tuvo buen éxito, y fue practicada en el servicio de cirugía del hospital para extraer un gran cálculo y un fragmento de sonda metálica que sirvió de núcleo á la formación de dicho cálculo. La observación está acompañada de la respectiva pieza anatómo-patológica bien preparada. Con el expresado trabajo presenta el doctor Noguera la candidatura del doctor Güell para miembro de número de la Sociedad.

El Presidente pasó la observación del doctor Güell en comisión al doctor Noguera.

Los doctores Roca y García Medina presentaron dos proyectos: uno, que promueve la reunión de un Congreso médico nacional en Bogotá, el 12 de Octubre de 1892; y otro, por el cual se fomenta el estudio de las aguas minerales y de las plantas medicinales del país.

Abierto el primer debate del primero de los proyectos citados, el doctor Gómez (Proto) propuso, y se aprobó, lo siguiente: “Suspéndase la consideración de estos proyectos hasta después de instalada la Academia.”

El señor doctor Manrique pidió la palabra con el objeto de hacer á la Sociedad una consulta médico-legal y pedirle su dictamen sobre los siguientes puntos:

Punto primero. El juramento prestado por el médico legista comisionado del estudio de un cuerpo de delito, ¿es ó nó imperativo? Pide el doctor Manrique la discusión de este punto para que se decida si un experto juramentado sólo tiene el deber de declarar la verdad, según su leal saber y entender, ó si el juramento le permite contemporizar con las atenciones profesionales, autorizando con su silencio un error científico trascendental en un reconocimiento médico-legal.

Segundo punto. En vista de las piezas anatómicas que se pedirán á la autoridad respectiva, solicita el doctor Manrique que la Sociedad estudie y resuelva lo siguiente: 1.º Si los dientes fueron precisa é ineludiblemente descalzados de sus respectivos alvéolos “ por una violencia criminal practicada en el momento de la muerte ”; 2.º Si los sitios en que se hallaron algunas de estas piezas dentales constituyen una prueba perentoria de una violencia criminal ejercida sobre la mujer Arjona; 3.º Si en la pieza denominada hueso hioides en el reconocimiento respectivo existe realmente el cuerpo de este hueso dividido en cuatro fragmentos; si no existen estos cuatro fragmentos, ¿con qué órganos ó porciones de órganos se les ha confundido? 4.º Si es permitido por la ciencia médico-legal que el experto haga figurar en el cuerpo del delito órganos ó fragmentos de órgano que no se mencionan en la exposición que se hace sobre dicho cuerpo de delito; 5.º Si las fracturas de la 3.ª, 4.ª, 5.ª y 6.ª costillas esternales son prueba perentoria de que la mujer Arjona sufrió en el momento de su muerte una violencia antero-posterior sobre el esternón, teniendo en cuenta que practicó la autopsia del cadáver un individuo que no conoce las reglas del arte, quien hizo una sola incisión por medio de la cual se pudo examinar el interior del tórax.

Tercer punto. El experto juramentado que halla deficiente el cuerpo del delito para comprobar una muerte violenta, y que no tiene más elementos que las piezas anatómicas citadas, ¿está obligado á decidir si la persona á quien pertenecían esas piezas sucumbió víctima de un crimen, ó corresponde esta decisión al Jurado, puesto que éste dispone de los elementos que le suministran las pruebas judiciales?

Para tratar estos puntos presenta el doctor Manrique un folleto titulado *Crimen de la calle de La Moneda. La cuestión médico-legal en el proceso Carreño-Sepúlveda*, publicado en 1890; los artículos publicados por los doctores Agustín Uribe, Juan D. Herrera y Juan E. Manrique en *El Correo Nacional*; el número 157 de la REVISTA MÉDICA; y solicita que se pidan las piezas anatómicas de la mujer Arjona, que se hallan en poder del señor Juez 2.º Superior de Cundinamarca.

Terminada la exposición del doctor Manrique, el señor doctor Herrera propuso:

“Pásese el reconocimiento medico-legal de los doctores Agustín Uribe y Juan D. Herrera á una comisión compuesta de tres miembros de la Sociedad, agregándose á dicho trabajo lo que sobre la materia se ha escrito en la REVISTA MÉDICA y en *El Correo Nacional*, con el objeto de que la comisión nombrada informe si dicho reconocimiento está ajustado á la ciencia y si sus conclusiones son exactas, y para que en vista de dicho informe, la Sociedad imparta su aprobación ó reprobación. Nómbrase dicha comisión por votación secreta.”

Puesta en discusión la anterior proposición, el doctor Herrera la sostuvo manifestando que el cuerpo del delito no lo constituían las piezas anatómicas cuyo estudio se pedía, sino la exposición juramentada de los peritos reconocedores, doctores A. Uribe y J. D. Herrera, exposición que había sido también juramentada por los doctores Sotomayor é Higuera, quienes presenciaron la exhumación del cadáver de la señora Arjona.

En seguida propuso el señor doctor Esguerra:

“De acuerdo con el artículo 27 del Reglamento, y teniendo en cuenta los precedentes establecidos por esta Corporación en casos semejantes, la Sociedad resuelve no ocuparse en la cuestión científica que los doctores Manrique y Herrera someten á su estudio, por cuanto que, después de las publicaciones que se han hecho, esta cuestión científica se presenta envuelta en una cuestión personal, que quitaría á la discusión el carácter sereno é imparcial que debe tener todo debate científico.”

Puesta en discusión la proposición anterior, los doctores Manrique y Herrera protestaron á la Sociedad que al discutirse la cuestión propuesta por ellos, prescindirían de todo aquello que pudiera darle al debate un carácter personal.

La proposición fue combatida por los doctores Manrique y Putnam, sostenida por el doctor Esguerra y aprobada por la Sociedad.

Los doctores Manrique y Herrera pidieron permiso para abstenerse de votar en esta ocasión.

En seguida el doctor Medina propuso lo siguiente, que se aprobó:

“Procédase á hacer el gasto de la cantidad necesaria para

poner marcos á los retratos de los doctores Isla, Matiz y Gil Tejada, que adornan el salón de la Sociedad.”

A las 8 p. m. se levantó la sesión.

El Presidente, JUAN DE D. CARRASQUILLA L.

El Secretario, *Pablo García Medina*.

SESIÓN DEL DÍA 28 DE FEBRERO DE 1891

(Presidencia del señor doctor Carrasquilla).

En Bogotá, á 28 de Febrero de 1891, se reunió la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, con asistencia de los socios doctores Amaya, Aparicio, Barreto, Buendía, Carrasquilla, Corredor, Durán Borda, Esguerra, García Medina, Gómez Calvo, Gómez (Proto), Herrera, Ibáñez, Manrique, Medina, Michelsen, Noguera, Osorio, Ospina, Roca, Sotomayor y Tamayo. Se dio lectura al acta de la sesión ordinaria del 16 del presente, y fue aprobada.

El señor doctor José María Lombana B., presente en el recinto de la Sociedad, prestó la promesa de cumplir con los deberes que el reglamento le impone como miembro de número de la Sociedad.

El señor doctor Durán Borda presentó las cuentas de la tesorería de la Sociedad, correspondientes al actual período reglamentario. El Presidente las pasó en comisión al doctor Fonnegra.

Con informe favorable devolvió el doctor Durán B. el trabajo del doctor Aristides V. Gutiérrez, titulado: *Observaciones que pueden tener interés en el estudio de las enfermedades de los ojos*.

El doctor Durán B. termina su informe con las siguientes proposiciones: “1.ª Admítase al señor doctor Aristides V. Gutiérrez como miembro de número de la Sociedad; 2.ª Publíquese en la REVISTA MEDICA el trabajo presentado por el señor doctor Gutiérrez.”

Considerada por la Sociedad la primera proposición, fue aprobada por unanimidad en votación secreta.

Procedióse en seguida á la elección de Presidente de la Academia, en el período reglamentario que principiará. Reco-

gidos los votos de 23 socios, se obtuvo el siguiente resultado por los escrutadores doctores Gómez y Michelsen:

Diez y nueve votos por el señor doctor José María Buendía.....	19
Cuatro votos por el señor doctor Nicolás Osorio.....	4
Total	23

Obtuvo la mayoría absoluta el señor doctor Buendía, y fue declarado electo Presidente.

Verificóse en seguida la elección de Vicepresidente de la Academia, y se obtuvo el siguiente resultado por los mismos escrutadores:

Quince votos por el señor doctor Nicolás Osorio....	15
Cinco votos por el señor doctor Juan D. Herrera....	5
Un voto por cada uno de los señores doctores Durán Borda, Proto Gómez y Medina (B.)	3
	23

Fue declarado electo Vicepresidente el señor doctor Osorio, quien obtuvo la mayoría absoluta de votos:

En la elección de Secretario y Tesorero publicaron los mismos escrutadores el siguiente resultado:

PARA SECRETARIO

Veintidós votos por el señor doctor Pablo García Medina	22
Un voto por el señor doctor Heliodoro Ospina.....	1
	23

Se declaró electo Secretario al doctor García Medina.

PARA TESORERO

Veinte votos por el señor doctor Gabriel Durán Borda.	20
Un voto por cada uno de los doctores Herrera, No- guera y Ospina.....	3
	23

La Sociedad declaró electo Tesorero al doctor Durán Borda.

Terminadas las votaciones, el señor doctor Aparicio propuso:

“Con el objeto de uniformar el período reglamentario de duración de todos los empleados de la Sociedad, procédase á elegir los Redactores de la REVISTA MÉDICA para un nuevo período.”

Puesta en discusión esta proposición, el doctor Gómez (Proto) manifestó que no creía que debiera aprobarse la proposición del doctor Aparicio por cuanto la Sociedad había establecido como práctica que los Redactores de la REVISTA duraran dos años en el desempeño de sus funciones; por otra parte, cree que no debe hacerse nueva elección hasta que la Sociedad no resuelva lo conveniente sobre un proyecto de organización del periódico que él ha elaborado y que presentó á la Sociedad como base de discusión.

El doctor *Aparicio* sostuvo la proposición y señaló los inconvenientes más notables que, en su concepto, tenía el proyecto leído por el señor doctor Gómez.

El doctor *Herrera* expresó la conveniencia de discutir detenidamente el proyecto del doctor Gómez, lo cual podría hacerse en el curso del año, y de que continuaran entre tanto los actuales Redactores en el ejercicio de sus funciones.

En seguida propuso el doctor García Medina:

“Suspéndase la consideración de la proposición del doctor Aparicio, y considérese lo siguiente:

“I. Los actuales Redactores de la REVISTA MÉDICA continuarán en el ejercicio de sus funciones hasta terminar el período señalado en el Reglamento vigente cuando fueron elegidos.

“II. Pásese el proyecto presentado por el señor doctor Proto Gómez á una comisión plural para que lo estudie y presente un proyecto de organización del periódico, el cual empezará á regir cuando los actuales Redactores hayan terminado su período.”

Esta proposición fue aprobada, y en consecuencia el Presidente nombró á los doctores Osorio y Esguerra para desempeñar la comisión de que ella trata.

Procedióse á la elección de la comisión de Reglamento y se obtuvo el siguiente resultado, publicado por los escrutadores doctores Ibáñez y Roca:

Siete votos por cada uno de los doctores Esguerra, Gómez (Proto) y Roca.

Seis votos por el doctor J. D. Herrera.

Cinco votos por cada uno de los doctores Aparicio, Manrique y Michelsen.

No habiendo elección, se contrajo la votación á los doctores Esguerra, Gómez (Proto), Roca y Herrera, y se obtuvo este resultado:

Catorce votos por el doctor Esguerra.

Trece votos por el doctor Roca.

Diez votos por el doctor Gómez (Proto); y

Cinco votos por el doctor Herrera.

La Sociedad declaró electos á los doctores Esguerra y Roca miembros de la comisión de Reglamento.

El señor Presidente nombró al señor doctor Noguera para que, en asoció de la Comisión de la mesa, estudie las piezas presentadas para el concurso anatomo-patológico.

El Secretario informó que además de las piezas presentadas en la sesión del 3 de Febrero, se habían presentado las siguientes:

Fractura del axis, con la observación presentada por el señor Carlos Angulo.

Un cerebro preparado para conservarse indefinidamente, por el señor Ramón V. Lanao.

Y un pólipo naso-faríngeo, por el señor Esteban Tobar.

A las 8¼ p. m. se levantó la sesión.

El Presidente, JUAN DE D. CARRASQUILLA L.

El Secretario, *Pablo García Medina*.

SESIÓN DEL DÍA 7 DE MARZO DE 1891

(Presidencia del señor doctor Carrasquilla).

En Bogotá, á 7 de Marzo de 1891, se reunió la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, con asistencia de los doctores Amaya, Aparicio, Buendía, Carrasquilla, Corredor, Durán Borda, Fonnegra, García Medina, Gómez Calvo, Herrera, Ibáñez, Lombana B., Manrique, Michelsen, Noguera, Ospina y Putnam.

Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

Encontrándose en el recinto de las sesiones el señor doc-

tor Aristides V. Gutiérrez, prestó la promesa de cumplir con los deberes que el Reglamento le impone como miembro de número de la Sociedad.

Los señores doctores Juan de D. Carrasquilla, Oscar Noguera y Pablo García Medina, que formaron la comisión encargada de estudiar las piezas presentadas por los alumnos de la Facultad de Medicina en el Concurso anatomo-patológico del presente año, presentaron el informe respectivo.

La Sociedad discutió por partes y aprobó la siguiente proposición con que termina el informe de la Comisión:

“La Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, en vista de las piezas anatomo-patológicas y del informe de la Comisión,

“RESUELVE:

“Conceder los siguientes premios á los alumnos de la Facultad de Medicina que han tomado parte en el concurso anatomo-patológico del presente año:

“Un primer premio al señor Ramón V. Lanao.

“Un segundo premio al señor Carlos Angulo.

“Tercer premio y diplomas de 1.^a clase á cada uno de los señores Eliseo Montaña y Ramón V. Lanao.

“Cuarto premio y diplomas de 2.^a clase á cada uno de los señores Jaime Mejía y Esteban Tobar.”

Los señores doctores Aparicio é Ibáñez presentaron la siguiente proposición, que fue aprobada por unanimidad:

“En la próxima sesión solemne se hará mención especial del trabajo y de la pieza anatómica presentados por el doctor José C. Güell, para ser admitido como miembro activo de la Sociedad, y de la resolución de ésta por la cual quedó admitido como primer candidato para ser miembro activo, en atención á estar ya completo el número de socios fijado por la Ley 71 de 1890 y por el Reglamento de la Sociedad.”

El señor doctor Buendía presentó, á nombre del señor doctor Fernando Escobar, dos trabajos titulados *El cultivo del henequén, llamado fique en Colombia*, y *Lecciones de termometría clínica*.

Los señores doctores Nicolás Osorio y Pablo García Medina presentaron el *Suplemento al Diccionario de los medicamentos nuevos* publicado por ellos en el año próximo pasado.

El señor D. Rafael M. Merchán envió, por conducto del señor Presidente, un tratado de *Oftalmología* por el distinguido médico cubano señor doctor Enrique López.

La Sociedad dio las gracias por estas obras y ordenó se conservaran en la Biblioteca.

A las 8 p. m. se levantó la sesión.

El Presidente, JUAN DE D. CARRASQUILLA L.

El Secretario, *Pablo García Medina*.

HISTEROTOMIA VAGINAL

PRACTICADA CON BUEN ÉXITO

[Véase el número 162 de este periódico].

Día 11.—El pulso se había levantado, la fisonomía estaba demacrada, conocía bien y hablaba; había orinado. Como yo tenía precisión de regresar á Bucaramanga, le saqué el tapón para cerciorarme de que no se repetía la hemorragia, como en efecto no se presentó. Continuó con su poción tónica, y en la vagina le introduce un tapón con hilas desinfectadas.

Desde este día en adelante no volví á ver á la enferma. Mi distinguido amigo y comprofesor doctor Eulogio Uscátegui me ayudó á combatir una ligera peritonitis que se presentó al tercer día de operada; única complicación que padeció durante la quietud de treinta días que le hice guardar en la cama. Por lo demás, el tratamiento consistió en inyecciones calmantes y desinfectantes, quinina en pequeñas dosis y poción tónica.

El día 10 de Marzo volví á Piedecuesta y hallé que la herida hacía dos días no supuraba, y tuve la satisfacción de hacer levantar de su cama á la enferma; movimiento que ella no se había atrevido á hacer por el temor de una hemorragia.

Estado actual.—La enferma se halla entregada á tejer sombreros y hacer todos los oficios de su casa; está muy robusta y de buen color; su menstruación no ha vuelto, y no tiene ningún sufrimiento.

SEGUNDA HISTEROTOMÍA

En el mes de Abril de 1890, alentado por el resultado de la primera operación, practiqué con buen éxito, en unión de mi estimado comprofesor doctor Luis Emilio García, otra histerotomía, en el municipio de Florida, á dos leguas de esta ciudad, en una señora de más de cincuenta años, y para un caso semejante de *prolapsus* completo con hipertrofia de la matriz. Esta observación y la pieza patológica que conservo, las remitiré en primera oportunidad á la respetable Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de esa capital, si viere que estas líneas tuvieren buena acogida.

OVARIOTOMÍA

En estos últimos días han practicado esta delicada operación mis colegas doctores Luis Emilio García y Carlos Botero para un quiste multilocular en una mujer de más de cincuenta años. Tuve ocasión de presenciar la habilidad y prudencia de estos dos cirujanos. La observación correspondiente irá apenas esté terminada la curación.

EUSEBIO CADENA.

Bucaramanga, Diciembre 15: 1890.

BIBLIOGRAFIA

Hemos recibido los siguientes libros, enviados á la Redacción de esta REVISTA por la Administración de la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas de Madrid*:

Resumen de Anatomía patológica, seguido de un apéndice con indicaciones técnicas para la práctica de las autopsias, por el doctor L. Bard, profesor agregado y jefe de trabajos prácticos de Anatomía patológica en la Facultad de Medicina de Lyon. Traducido por el doctor D. Federico Oloriz Aguilera, catedrático de Anatomía de la Facultad de Madrid. Es una obra de imprescindible necesidad á los alumnos de dicha asignatura, á los médicos forenses y á los que ejercen en los parti-

dos médicos rurales y que se ven forzosamente obligados á actuar como peritos ante los tribunales de justicia. Forma un elegante tomo de cerca de 600 páginas con 120 grabados intercalados en el texto.

LA MUJER DURANTE EL PERÍODO MENSTRUAL. *Estudio de Psicología morbosa y de Medicina legal*, por el doctor S. Icard. Traducido al castellano por D. Rafael Ulecia y Cardona. Es una interesantísima obra que debe figurar en la Biblioteca de todo práctico ilustrado y que consultarán con mucho provecho los abogados y los profesores que tienen que actuar como peritos ante los Tribunales de justicia.—Forma un elegante tomo de cerca de 350 páginas, esmeradamente impresas en excelente papel.

Lecciones de Patología interna, por el doctor Liebermeister, versión española del doctor D. Manuel Carreras.

El doctor Liebermeister es uno de los clínicos alemanes que mayor renombre han adquirido en el mundo científico, así que no es extraño que sus *Lecciones de Patología interna (Enfermedades del sistema nervioso)* se traduzcan á varios idiomas, y que hayan sido tan bien acogidas en Alemania, Italia, Bélgica y hasta en Francia misma. De esperar es, pues, que obtengan igual éxito en España. Forma esta obra un volumen de 400 páginas, en 8.º francés.