

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLÍN

REDACTORES: EDUARDO ZULETA.—JOMÁS BERNAL

AÑO IX. } Medellín, Septiembre de 1898. } Número 11.

EL PAPEL DE LOS MICROBIOS EN AGRICULTURA

(Traducido de "Le Monde Moderne" expresamente para los "Anales de la Academia de Medicina de Medellín," por L. Garcés.)

Un buen número de fenómenos que tienen por resultado final la transformación de la materia y que, hace algunos años, eran atribuidos á acciones puramente químicas, reconocen en realidad como causa determinante la acción de seres infinitamente pequeños que trabajan para su propia cuenta. Estos hechos han sido puestos en evidencia por el genio inmortal de Pasteur, creando así una ciencia nueva, la microbiología, es decir, la ciencia de los microbios y de las transformaciones que ellos llevan á cabo en el seno de las substancias en que viven.

La palabra *microbio*, propuesta por Sédillot y no por Pasteur, como generalmente se cree, sugiere casi siempre la idea de un *animal* microscópico dotado de movimientos espontáneos, lo cual es un error. Los microbios no son infusorios sino más bien vegetales de orden inferior, especies de algas unicelulares, es decir, formadas de una sola célula y privadas de clorófila ó materia verde.

Estos microbios han sido clasificados de diversas

maneras. Sin embargo, hoy se conviene generalmente en su división en tres grupos :

1.º Las *bacterias*, que son células más ó menos alargadas y dotadas de movimientos rápidos ;

2.º Los *bacilos*, en forma de bastoncitos más ó menos encorvados ; y

3.º Los *vibriones*, alargados en forma de culebras pequeñas que se desalojan por ondulaciones.

Estos micro-organismos existen en todas partes ; en el aire más puro se encuentran lo menos 5,000 por metro cúbico y en las aguas se nutren cantidades prodigiosas. M. Miquel ha contado hasta 38,955 microbios en un centímetro cúbico de agua del Sena. Los microbios se encuentran en los alimentos, en los materiales de construcción, en la tierra y sobre todo en nuestro propio cuerpo. No hay que creer que todos estos seres microscópicos son perjudiciales ; lejos de eso. Si hay algunos respecto de los cuales se duda en el sentido de que constituyen los agentes de transmisión de ciertas enfermedades, hay otros que por el contrario son notoriamente útiles. La industria utiliza hoy la actividad vital de los microbios que transforman el azúcar en alcohol ó éste en vinagre. La medicina misma, que tanto tiene que luchar contra los microbios nocivos llamados *patógenos*, emplea las *vacunas* que son verdaderos microbios bienhechores, para conferir la inmunidad contra ciertas enfermedades y aun para curar alguas.

En agricultura los microbios desempeñan un papel de importancia prima, papel que há veinte años estaba bien lejos de suponerse.

Los fenómenos agrícolas que hace muy poco tiempo eran atribuídos á la intervención de agentes pura-

mente mecánicos, físicos ó químicos, reconocen por causa real la acción de estos micro-organismos, cuyo aislamiento se ha obtenido por medio de microscopios poderosos. En nuestros días, cuando el labrador abre su surco, ya no es únicamente, como se creía antaño, para airear el suelo y hacerlo más permeable, sino para permitir que los bienhechores infinitamente pequeños vivan y funcionen en provecho nuestro, porque, como lo veremos, la mayor parte de los microbios llamados agrícolas son útiles.

De suerte que la germinación de las semillas es imposible en un medio privado de ciertos microbios, como lo anunció hace poco tiempo M. Duclaux sucesor del maestro en la dirección del Instituto Pasteur.

Existe otra acción agrícola de extrema importancia práctica, debida igualmente á los microbios.

Se sabe que el ázoe es el elemento más activo de los abonos y uno de los principales agentes de la fertilidad. Pero no se debe suponer que el alimento de las plantas esté constituido por el ázoe gaseoso tal como se encuentra en el aire. El ázoe se encuentra en los abonos en diversas combinaciones que no tienen todas el mismo valor. El estiércol, por ejemplo, que es el tipo de las materias fertilizantes, encierra de 4 á 5% de ázoe llamado orgánico; insoluble en el agua y por consiguiente no asimilable directamente por las plantas. Para que esta asimilación sea posible es necesario que este ázoe, inerte por decirlo así, sea transformado en amoniaco; éste á su vez es metamorfoseado en ácido nitroso, el cual se convierte al fin en ácido nítrico. Este, al combinarse, se une íntimamente con la cal, la potasa, la soda y hasta con la magnesia

de la tierra, para formar *nitratos*, esencialmente solubles en el agua, y por ende utilizables por las plantas. Estas múltiples transformaciones del ázoe contenido en el estiércol son producidas por diversos microbios que no funcionan sino en condiciones determinadas. Si una ú otra causa viene, no á suprimir estos microbios nitrificadores (porque ellos existen en abundancia en todos los terrenos), sino á impedir simplemente su funcionamiento, el estiércol permanecerá en el suelo por muchos años sin descomponerse y sin utilidad alguna para las cosechas. Es esto lo que ocurre en los terrenos ácidos ó turbosos y en los desmontes, en los cuales no faltan ni el ázoe ni los microbios, pero en donde la actividad de estos últimos está paralizada. Estos microbios de la nitrificación, como dicen los agrónomos, sólo pueden funcionar en presencia del aire, lo que explica los buenos efectos producidos por las labores y rendas; además necesitan una temperatura conveniente, entre 25 ó 30° C.; debajo de 5° permanecen inactivos y lo mismo sucede en una temperatura mayor de 50°. Además, no pueden funcionar sino en un medio alcalino, lo que explica por qué las tierras turbosas, cuya reacción es ácida, son improductivas y sólo se hacen fértiles cuando su acidez ha sido destruída por la presencia de la cal ó de la marga.

Estos micro-organismos cesan de funcionar igualmente en un terreno seco; su grado de humedad conveniente debe estar en la proporción de 10 á 15 centésimos de agua por 85 á 90 de tierra, en peso.

Para detener la acción de estos microbios en una tierra que reúna las condiciones referidas para su funcionamiento, es necesario calentarla á una temperatura mayor de 105° C., límite en el cual estos seres no

son paralizados sino destruídos completamente. Momentáneamente se puede impedir su acción rociando la tierra con cloroformo, el cual obra como anestésico para ellos, de igual manera que para los organismos de una estructura más elevada.

De suerte que cuando el cultivador labra la tierra es para airearla con el objeto de permitir que estos microbios funcionen en su provecho. Se concibe igualmente que las labores en este punto de vista pueden ser perjudiciales cuando se efectúan en estío, tiempo en que el calor es bastante fuerte. En efecto, los microbios hacen soluble el ázoe, y si en este momento no hay plantas que lo aprovechen, este ázoe tan útil se pierde al infiltrarse en las profundidades del subsuelo. Estas consideraciones explican igualmente los buenos efectos de la rinda de las plantas en estío, operación que consiste, como se sabe, en romper y desgarrar la corteza dura que la sequedad ha formado en la superficie del suelo. La aireación así obtenida despierta la vitalidad de los microbios y la vegetación llega á ser más exuberante.

Mas el papel de los infinitamente pequeños, en agricultura no se limita á esto sólo. No hay necesidad de ser un agricultor muy práctico para saber que el estiércol colocado en pilas ó depositado en fosos se empobrece en elementos útiles y sobre todo en ázoe. Un buen consejo para evitar una pérdida tan perjudicial es el servirse del estiércol en estado fresco, lo cual no es siempre realizable en la práctica. Como este empobrecimiento se debe, sobre todo, á un desprendimiento de gas de amoníaco, algunos autores han aconsejado mezclar los abonos con diversas substan-

cias, tales como yeso ó sulfato de hierro, que impiden la volatilización del amoníaco. Pero estos medios no han dado resultados satisfactorios. Muy recientemente el Dr. Stutzer, agrónomo alemán, demostró que los excrementos del abono contienen siempre dos bacterias antagonistas de los microbios de la nitrificación, las cuales descomponen los nitratos á medida que éstos se forman. Como los microbios precedentes, éstos no funcionan sino entre 12 y 37°, exigen cierto grado de humedad y su acción es turbada también por los ácidos.

Esta última consideración ha conducido al procedimiento práctico de evitar las pérdidas de ázoe de que se ha hablado. En efecto, M. Grandean aconseja la adición de superfosfatos á los abonos, es decir, fosfatos tratados con un exceso de ácido sulfúrico, para destruir estos micro-organismos perjudiciales.

Por lo demás, la reunión de estos superfosfatos al estiércol no constituiría una complicación seria para el cultivador, puesto que en ciertas granjas, en las cuales estos abonos son el objeto de cuidados inteligentes, se acostumbra, desde hace muchos años y siguiendo la opinión de muchos agrónomos, extender sobre el terreno fosfatos naturales ó fosfatos fósiles, de los cuales poseemos en Francia tan numerosos é importantes depósitos.

Además, en un gran número de explotaciones se hace uso de superfosfatos en calidad de abonos complementarios. Incorporando de antemano estos superfosfatos al estiércol, se evitarían gastos ulteriores, pues todo el abono sería conducido de una vez. Se dirá que esta es poca economía. Es posible; pero nosotros juz-

gamos que en el estado actual de las cosas, dado el bajo precio de los productos de la tierra, no hay economías pequeñas. Disminuír los gastos de cultivos de un hectolitro de trigo veinticinco céntimos solamente, es asegurar, para una cosecha de treinta hectolitros por hectárea, una ganancia de seis francos, cosa no despreciable.

Debemos reconocer, sin embargo, que esta reunión de superfosfatos ácidos al estiércol de abono no es bien aceptada por todos los agrónomos. M. Dehérain, por razones demasiado prolijas para ser aquí enumeradas, se declara abiertamente contra este procedimiento.

Ya que hablamos del estiércol de abonos, séanos permitido decir una palabra á este respecto.

Hace bastante tiempo se ha insistido sobre la necesidad de mezclarle otros abonos para obtener mejores rendimientos. También es muy corriente hoy día el empleo de los abonos comerciales y principalmente de los abonos químicos, tales como el nitrato de sodio, superfosfato y cloruro de potasio &c.

Lejos de nosotros la pretensión de que estas substancias sean inútiles. Al contrario, reconocemos que cuando son empleadas con discernimiento, producen, en general, excelentes resultados. Mas es necesario confesar que el viejo y antiguo abono, del cual, digámoslo de paso, se ha hablado muy mal, debe ser siempre la base, el eje de toda fertilización verdadera, puesto que es el residuo ó más bien el producto complementario de las operaciones dirigidas al cuidado y *engorde* de las bestias, operaciones que tienen ahora tanta importancia. Pero este abono no es siempre aprovechado como se debe. Frecuentemente, aun en

los países adelantados, es un conjunto de paja y excrementos que las aguas pluviales agotan y que el sol deseca, formando así un *seudo-abono* notoriamente insuficiente para restituir á la tierra lo que las cosechas le han quitado. Por esto, esos mismos cultivadores que descuidan este excremento, se ven en el caso de hacer gastos á menudo considerables para procurarse abonos complementarios, que no siempre satisfacen.

Por consiguiente, sería más sencillo, usando moderadamente de los abonos químicos, cuidar este estiércol, que no sólo obra como abono, sino como mejora, es decir, como ventajoso modificador de las propiedades físicas de la tierra arable.

El ilustre agrónomo Boussingault, fundador de la química agrícola, dijo con razón:

“Se puede juzgar del grado de inteligencia y sentido práctico de un cultivador por los cuidados que él presta á sus pilas de estiércol.”

Nada más justo.

Pero casi siempre el cultivador hace á un lado estas tareas por temor de grandes gastos y del tiempo que á ellas debe consagrar; sin embargo, nada hay más fácil y más económico que conseguir *buen abono*, cosa que se descuida en nuestros campos.

Para esto es suficiente practicar cerca del abono, después de amontonar convenientemente las pilas, una fosa ó cisterna destinada á recoger el jugo ó líquido que resulta de la orina de las bestias sobre su estiércol, lo cual constituye la parte más rica del abono. En los tiempos de sequedad se regará el estiércol con el jugo que se ha puesto en reserva, para evitar de esta manera la producción de esas vegetaciones raquílicas conocidas con el nombre de *blanco de estiércol*, las

cuales se desarrollan siempre á expensas de los principios útiles. La fermentación que se efectúa en este abono debe ser favorecida por una humedad constante. Este riego no es dispendioso porque actualmente se fabrican bombas apropiadas para el efecto, cuyo precio varía entre 30 y 60 francos y que funcionan á maravilla.

No hay que olvidar que el gasto exiguo ocasionado por la construcción de una cisterna y el establecimiento de una bomba será bien pronto compensado con la ganancia producida por el abono así obtenido.

La confección de estos abonos es un problema capital para la agricultura. Es de lamentarse el que ésta no se preocupe con estos cuidados y sobre todo cuando se sabe que no es por falta de conocimientos precisos, pues ya Bernard Palissy había insistido sobre este punto, y mucho antes de él los agrónomos latinos Caton, Varon y Columelle habían dado excelentes preceptos sobre la materia.

Pero nos hemos alejado un poco de nuestro objeto y ya es tiempo de volver á él.

Desde época inmemorial los cultivadores designan bajo el nombre de *plantas de mejoramiento* aquellas que, como el trébol, la alfalfa, el pipirigallo y el guisante, pertenecen á la familia de las leguminosas y que lejos de empobrecer el terreno, al contrario, lo enriquecen en ázoe.

En 1869, M. Georges Ville, para explicar este hecho, pretendía que estos vegetales tenían la facultad de absorber el ázoe directamente del aire, en el cual, como se sabe, dicho gas se encuentra simplemente mezclado con el oxígeno. Esta asimilación, cuyo mecanismo no era explicado por aquel sabio profesor,

había sido puesta en duda y aun vivamente combatida por el no menos ilustre químico Boussingault.

En este estado las cosas, dos fisiólogos alemanes, M. M. Hellriegel y Wilfarth, en 1886 hicieron conocer al Congreso de naturalistas alemanes, reunido á esta sazón en Berlín, que la acción benéfica de estas plantas era debida al influjo de microbios particulares, de bacterias igualmente bienhechoras. Hicieron notar que la asimilación del ázoe libre del aire por las plantas leguminosas era correlativa de la existencia, en las raíces de estas plantas, de ciertas nudosidades ó engurgitamientos minúsculos, producidos por el desarrollo de bacterias sólo visibles con la ayuda del microscopio.

Es suficiente arrancar una planta vigorosa de trébol ó de alfalfa para ver estos inflamientos sobre las raíces; hiriendo una de estas nudosidades y llevando al campo microscópico el líquido que ellas vierten, se observa, con un aumento suficiente, que estos microbios tienen una forma alargada y algo ramificada.

Las experiencias de Hellriegel y Wilfarth fueron notablemente mejoradas en Francia por M. M. Schlæsing y Laurent, quienes demostraron que estas bacterias de las nudosidades fijaban el ázoe libre de la atmósfera, puesto que pudieron comprobar químicamente el empobrecimiento de ázoe en el aire en que vegetaban plantas provistas de estos inflamientos sobre sus raíces.

Finalmente, M. Bréal, agrónomo francés, demostró que estas bacterias de las nudosidades eran activas, inoculando estos microbios sobre las raíces de plantas que carecían de tales inflamientos, los cuales se desarrollaban á su vez en las partes inoculadas.

Esta bacteria que fija el ázoe es generalmente conocida por los microbiologistas con el nombre de *Rhizobium leguminosarum*.

A propósito de este hermoso descubrimiento, el sabio profesor del Museo de París, M. P. P. Dehérain, hace la observación siguiente, cuya importancia está fuera de duda.

“Si los hechos precedentes son los únicos que han sido demostrados hasta ahora, se puede considerar como verosímil el que la familia de las leguminosas no es la única que goza de la propiedad de fijar el ázoe atmosférico, y que entre las gramíneas, que parecen vivir tal vez exclusivamente de las materias azoadas del terreno y las leguminosas que viven sobre todo del ázoe del aire fijado por las bacterias de las raíces, existe una serie de transiciones insensibles.

“La larga polémica sostenida tan largo tiempo por Boussingault y M. Georges Ville, toca á su fin, y si M. Georges Ville no ha sabido indicar las condiciones en las cuales se hace evidente la fijación del ázoe, es claro que su opinión es la predominante y que sería injusto no proclamar la justicia de todas sus observaciones.”

Sucede que algunas veces el suelo no encierra estas bacterias tan útiles, lo cual explica porqué ciertos terrenos no se prestan al cultivo del trébol ó de la alfalfa, por ejemplo. Para subsanar esto se ha propuesto *inocular el terreno* por medio de estos microbios.

M. Nobbe, químico alemán, ha logrado aislar y preparar estas bacterias, las cuales, fijadas en gelatina, son encerradas en tubos que pueden ser transportados á regiones lejanas.

Existe hace poco tiempo en Höscht-sur-le-Mein, cerca de Francfort, un establecimiento industrial que se ocupa principalmente en la preparación y venta de este producto, el cual ha recibido el nombre de *nitragina*.

Esta *vacunación* del terreno, que tiene por objeto el cultivo de las leguminosas, es actualmente el blanco de estudios muy serios y muy interesantes, no sólo en Alemania sino también en Francia y en Inglaterra. Como dicha *vacunación* es de muy fácil aplicación práctica y enteramente al alcance de los cultivadores, es de esperar que, al menos en ciertos terrenos, dará buenos resultados.

Poco después de haberse ensayado la *nitragina* para el cultivo de las leguminosas, se han empezado á experimentar en Alemania cultivos de bacterias especiales á los cereales y que han sido descubiertas y aisladas por M. Caron d'Ellenbach (Hesse) y vendidas en tubos, como la *nitragina*, con el nombre de *anilita*. Este microbio permitiría á los cereales desarrollarse de la manera más notable, sin el concurso de abonos azoados.

Como se ve en la simple exposición que precede, el papel de los microbios en agricultura no es de poca importancia. La acción de estos infinitamente pequeños nos da la explicación de muchos hechos que la química sola era impotente para explicar. No está lejos el día en que, dados los progresos de la bacteriología, el agrónomo deba proveerse, no sólo de un analista excelente, sino también de un micrógrafo de primera fuerza, porque los microbios son, en general, de una pequeñez infinita. Tan cierto es que las más pequeñas causas producen muchas veces los más grandes efectos.

ALBERT LARBALÉTRIER.

UN CASO CURIOSO DE INFECCION PUERPERAL

Seis meses de retención placentaria.—Curetaje.—Curacion.

Las infecciones puerperales son, desgraciadamente, muy frecuentes entre nosotros, debido á múltiples causas, entre las cuales consideramos como una de las principales la costumbre que tienen nuestras parturientes de hacerse asistir por mujeres llamadas *comadronas*, que pertenecen á la clase baja del pueblo, pobres, sin nociones de aseo y mucho menos del oficio que desempeñan. Sin hacer lavado de ninguna especie de los órganos genitales externos, ni siquiera de sus propias manos, proceden á practicar exámenes digitales é introducen en la vagina los gérmenes infecciosos que pululan en los depósitos orgánicos formados en los pelos que rodean la vulva por la acumulación y agregación de excrementos, flujos leucorreicos y esperma de cohabitaciones anteriores, todo esto en descomposición, casos muy comunes en nuestras mujeres por el poco hábito que tienen de bañarse durante la preñez. A la menor dificultad que se presenta, y sin necesidad, comienzan las comadronas á hacer esfuerzos para levantar el pubis, para separar los isquiones hacia los lados, ó para rechazar el coxis hacia atrás, determinando con estas maniobras brutales grande inflamación de la vulva y erosiones en la vagina, que son la puerta de entrada para la infección. Cuando el parto es laborioso, llaman al médico, el cual encuentra la enferma agotada por los esfuerzos de todas clases que le ha hecho practicar la comadrona, poniéndola de rodillas, de pie, medio sentada, de ca-

beza con los pies para arriba &c. &c.; la encuentra, decimos, con una respiración anhelosa, pulso débil y frecuente y muchas veces ya con algún movimiento febril. El médico se rodea de todas las precauciones indispensables, partea la enferma, sin que le sea posible evitar una infección ya hecha, y sin embargo lleva la carga de ésta:

Menos frecuentes son los casos de infección puerperal por retención de las secundinas, lo que se debe á que la placenta se queda generalmente en el útero en partos fáciles, en que la comadrona no ha tenido nada qué hacer; y como no se atreve á extraerla, llama inmediatamente al médico, quien practica la extracción, hace sus lavados antisépticos y el caso termina felizmente. Se comprende que cuando hay demora para practicar la operación, la infección es inevitable, y en estos casos el médico tiene que habérselas, no sólo con una placenta encarcelada, sino con una infección ya vieja y con sus consiguientes complicaciones.

Como ejemplo presentamos la siguiente observación, interesante por varios respectos:

Carmen Quintero, de 31 años de edad, vecina de Sanvicente, casada y madre de un hijo. A fines de Septiembre de 97 tuvo un aborto de cuatro meses; á éste siguió una hemorragia, en ocasiones de abundancia inquietante. Pocos días después tuvo calofríos, fiebre intensa y copiosos sudores; dolores abdominales, meteorismo, hipo, vómitos porráceos. Los dolores del bajo vientre eran violentos y semejantes á los del parto. Desde el principio de esta enfermedad tenía un flujo loquial sumamente fétido, que alter-

naba con grandes hemorragias. Caso curioso: esta mujer, después de pasar un fuerte calofrío, seguido de fiebre y sudores abundantes, se levantaba y desempeñaba tareas de cocina, las cuales se veía obligada á dejar cuando se presentaba una fuerte hemorragia ó un nuevo calofrío. Pero al fin de tamaña lucha para soportar la infección, esta naturaleza vigorosa cayó en postración y permaneció así, en completo abandono, durante dos ó tres meses. Se edematizó todo el cuerpo, hubo derrames viscerales, que la obligaban á pasar la noche sentada, asida á un lazo, para no asfixiarse, hasta que una diarrea colicuativa dio salida á todos esos líquidos. La enferma tuvo una ligera tregua que le permitió hacerse trasladar á esta ciudad en una silla de manos, y todavía, para hacer ostentación de esa naturaleza que no se había dejado vencer por seis meses de infección, caminó 10 ó 12 cuadras á pie.

El 2 de Abril de 98 examinámos por primera vez la paciente, y su estado era el de una caquexia deplorable: mujer delgada, flaca, de color amarillo pajizo, profundamente extenuada, facies uterina, abdomen de forma normal, respiración acelerada, pulso 130, filiforme y depresible, temperatura 36° 2, mucosas exangües. Al acercarnos á la enferma notámos un olor nauseabundo y vimos salir de la vagina una sanía purulenta. Al tacto hallámos el cuello en completa relajación; fácilmente penetraban los dedos en la matriz y tropezaban con una masa reblandecida, granulosa y desigual en su superficie. Combinando el tacto con la palpación abdominal se despertaba mucha sensibilidad, tanto en el útero co-

mo en los anexos. Por el tacto rectal encontramos el útero grande y de superficie perfectamente lisa.

Confesamos ingenuamente que nuestra primera impresión fue la de que nos hallábamos en presencia de un cáncer de la matriz. Un estudio minucioso de los anamnésticos que dejamos descritos nos dio la convicción de que se trataba de una placenta retenida, y en consecuencia procedimos al día siguiente á su extracción, seguida de cuidadoso raclaje, para lo cual nos servimos de una cureta roma porque temíamos perforar el útero, así tan grande era el reblandecimiento de esos tejidos. Desde este mismo día, pocas horas después de la operación, se desarrollaron violentos calofríos, seguidos de alta temperatura hasta $41^{\circ} 5$, signos de grande infección. Se presentó simultáneamente una abundante supuración, que no secábamos ni con grandes lavados, ni con irrigación continua, hasta que al fin nos obligó á drenar esa matriz. En este estado siguió por diez ó doce días, con alternativas de remisiones hasta $37^{\circ} 5$ y exacerbaciones hasta 40 y 41° . Por este tiempo se presentó *flegmasia alba dolens* en ambas piernas. Con un régimen tónico y reconstituyente; con lavados intrauterinos diarios, repetidos dos, tres y más veces en las 24 horas; con antisépticos intestinales é inyecciones de suero artificial, la enferma fue mejorando gradualmente, hasta que á los dos meses pudo volver á su casa y entregarse de nuevo á sus tareas ordinarias. Hoy, seis meses después de haber sido operada, sabemos que su salud es floreciente.

Rionegro, Septiembre de 1898.

JOSÉ J. DE LARROCHE.—ANTONIO MAURO GIRALDO.

DIARIO de operaciones en el servicio de clínica quirúrgica del Dr. José V. Maldonado.

1898.

FECHA	NOMBRE	EDAD	VECINDAD	DIAGNOSTICO	OPERACION	RESULTADO		OBSERVACIONES VARIAS
						Inmediato.	Definitivo.	
Abril	2 Ismael B.	55	Concordia...	Ceguera del ojo izquierdo consecutiva á irido-ciclitis.....	Enucleación del ojo izquierdo.....	Bueno...	Bueno...	No había fosfenos. Comenzaba dolor en el ojo opuesto.
—	12 M ^a del C. González.	36	Amalfi.....	Fibromioma uterino...	Histerectomía abdominal y extracción de los anexos.	.....	Muerte..	Duró 4 días. Peritonitis no supurada.
—	16 Apolinar Arango...	29	Copacabana..	Epilepsia consecutiva á traumatismo.....	Trepanación del parietal derecho....	Bueno.....	Bueno.....	Había una adherencia de la dura-madre al hueso y una lágrima ósea comprimiendo.
—	18 Abraham M.....	21	El Negro....	Hernia inguinal derecha estrangulada,..	Quelotomía y cura radical, según método Duplay-Cazin.....	Bueno...	Bueno.	
—	30 M ^a Ant ^a Agudelo...	14	San Jerónimo..	Coxaigia (3r. período).	Enderezamiento brusco con cloroformo.....	Bueno.....	Bueno.....	Se puso aparato enyesado.

FECHA	NOMBRE	EDAD	VECINDAD	DIAGNOSTICO	OPERACION	RESULTADO		OBSERVACIONES VARIAS
						Inmediato.	Definitivo	
Mayo	Manuel S. M.....	31	Carolina.....	Sección antigua del cubital, con atrofia....	Neurorrafia cubital	Bueno...	.....	Se reseco un gran neuroma del cabo superior y se afrontó directamente.
—	Joaquín M. A.	60	Enrígado....	Cataratas capsulares..	Extracción de las cataratas, según método de Abadie..	Bueno...	.....	Estaba en buenas condiciones. Retina sana. Operación, Dres, Peláez y Ochoa.
—	Francisca Ureña...	36	Medellín.....	Degeneración fibrosa del cuello merino y ulceraciones.....	Histerectomía vaginal.....	Bueno...	.....	Tuvo fenómenos de peritonismo en los 2 días siguientes. Se quitaron las pinzas á las 4 horas.
Junio	Carmen R. P.....	18	Sampedro....	Moluscum dermoide del gran labio izquierdo.....	Ablación del tumor.	Bueno...	.....	Se hizo con cocaína.
—	Vidal Madrid.....	30	Medellín.....	Obstrucción cicatricial del oído derecho....	Incisión estrellada con el bisturí....	Bueno...	.....	Se le puso gasa y oclorformada dentro.

FECHA	NOMBRE	EDAD	VECINDAD	DIAGNOSTICO	OPERACION	RESULTADO		OBSERVACIONES VARIAS
						Inmediato.	Definitivo.	
Junio	Antonio J. Diaz...	30	Bolivar.....	Leucoplasia bucal (ca- ra interior de las me- jillas cerca á las co- misuras).....	Ablación de la mu- cosa por las tijeras y cauterización de terraceauterio....	Bueno..	Bueno..	Se le pusieron después bueches de ácido sa- licílico y bórico. Se puso yodoformo.
—	Ana J. Mira.....	20	Santarrosa...	Peritonitis tuberculosa	Laparotomía.....	Bueno..	.....	.....
—	Juana Jta. Pérez..	56	Medellín ...	Lipoma del muslo de- recho.....	Ablación del tumor por incisión ovalar.	Bueno..	.....	Operación de V. Du- que. Se puso yodo- formo.
—	Braulia Penagos...	28	Itagüí.....	Prolapsus genital com- pleto y degeneración fibrosa del cuello...	Histerectomía y ablación de los anexos por la vía vaginal.....	Bueno..	Bueno..	Se encontró un quiste dermoide del ovario derecho.....
—	María E. Zapata...	40	San cristóbal..	Prolapsus genital completo...	Histeropexia abdominal.	Bueno..	Bueno..	Se hizo <i>Colporrafia anti- rior</i> en la misma sesión.
—	Clara Ruiz.	35	Medellín.	Pólipo cervical uterino.	Ablación del pólipo con cons- trictor.....	Bueno..	Bueno..	Operación del Dr. J. E. Lou- doña.

TRATAMIENTO

MÉDICO DE LA APENDICITIS

(A. Robin).

1.º Desde que se ve sobrevenir la coprostasia en la hiperestesia gástrica, administrar inmediatamente un laxante, el cual no será un purgante salino, porque provocaría una secreción catarral, sino el aceite de ricino, el calomelano, los polvos compuestos de sen de Dujardin-Beaumetz.

Si este medio es insuficiente, úsense inyecciones rectales, empleando la sonda de cantchuc; después de haber introducido el líquido, se vuelve el enfermo de varios lados para hacer que llegue á las diferentes partes del intestino.

Practicar al mismo tiempo un amasamiento extremadamente dulce, que recae sobre el intestino únicamente; evitar tocar el estómago, lo que aumentaría el espasmo pilórico.

2.º Si se observa coprostasia con sensibilidad del ciego, hiperestesia de la piel, administrar, en este caso, aceite de ricino exclusivamente; y para evitar el dolor añadir el extracto de belladona:

Aceite de ricino.....	30 gramos.
Extracto de belladona.....	1 ó 2 centigramos.
Cubrir la región con:	
Ungüento mercurial.....	30 gramos.
Extracto de belladona.....	15 —

Prescribir el régimen lácteo.

3.º Si sobreviene dolor, hacer inyecciones de clorhidrato de morfina al nivel del punto doloroso, ó fricción en la región con:

Bálsamo tranquilo.....	40 gramos.
------------------------	------------

Extracto de belladona	} áá 2 grams.
Extracto de beleño.....	
— tebaico.....	
Cloroformo	10 —

Se puede emplear también la codeína á altas dosis :

Codeína	3 centigramos.
Extracto de genciana.....	c. s.

Para hacer una píldora.

Tómese una cada ocho horas.

Si el dolor es muy vivo prescribir una aplicación de sanguijuelas al nivel del punto doloroso, purgar con aceite de ricino y vigilar al enfermo para evitar un nuevo ataque de coprostasia; una enema por la mañana será conveniente.

No hacer antisepsia intestinal, porque el naftol, el benzonaftol, el salicilato de bismuto, el salol, son susceptibles de un gran número de accidentes; se han observado casos de obstrucción intestinal debidos á la cristalización de estos cuerpos en el intestino. La antisepsia intestinal es inútil; puede ser peligrosa; importa, por tanto no prescribirla.

Por consiguiente, el régimen, el tratamiento laxante, las irrigaciones rectales, tales son los medios que permiten evitar la apendicitis.

Procediendo así, ha obtenido el autor 79 curaciones en 82 casos de apendicitis; tres intervenciones quirúrgicas solamente fueron estimadas necesarias.

✓ DISCUSION

del tratamiento quirúrgico de la apendicitis en la Sociedad de Cirugía de París.

M. *Poirier*.—Del estudio de 17 casos de apendicitis he concluído que ésta bajo todas sus formas y en

todos sus grados justifica la intervención quirúrgica. Quisiera hablar hoy más especialmente de la apendicitis con peritonitis aguda, purulenta y generalizada (con todo el paquete intestinal flotante en medio de la pus).

Se trata de un joven de 17 años que veo al sexto día de una peritonitis purulenta generalizada de origen apendicular. Practico inmediatamente la laparotomía y encuentro gangrenado el apéndice, el cual elimino. Existe además una peritonitis purulenta generalizada; lavo el peritoneo y verifico el drenaje.

En los días transcurridos después de la operación mejoran el estado local y el estado general; el enfermo empieza á comer, pero el séptimo día el médico desprende una pequeña escama y se produce una hemorragia venosa que no se puede detener y que viene de la vena circunfleja ilíaca: el joven sucumbe.

Ha muerto, pues, debido á la hemorragia, aunque estaba curado de su peritonitis purulenta.

El tratamiento de la apendicitis debe ser siempre un tratamiento radical; es necesario buscar el apéndice y practicar la resección en su base.

Para tener seguridad de caer sobre el apéndice, yo hago la incisión como si fuese en busca de la arteria ilíaca; desprendo por el peritoneo hasta los vasos ilíacos y únicamente en este instante me dirijo de abajo hacia arriba y de atrás hacia adelante en la dirección del apéndice y caigo siempre sobre él por medio de este procedimiento que se puede llamar *á posteriori*.

M. Reclus.—¿Sostiene M. Poirier la opinión de

que es necesario intervenir siempre é inmediatamente cuando hay apendicitis?

M. *Poirier*.—Sí.

M. *Reclus*.—M. Poirier nos dice también que en todos los casos es necesario ir en busca del apéndice y hacer su resección. Por mi parte, en las dos terceras partes de los casos no me he ocupado del apéndice, el cual he dejado en su lugar, y á pesar de esto los enfermos han curado sin recaída. Por consiguiente es mejor, en general, dejar el apéndice en su lugar cuando hay absceso, para no arriesgar el que el peritoneo pueda ser foco de infección.

M. *Brun*.—Creo que sería mejor quitar el apéndice siempre que se pueda. De otra manera el enfermo se expone á recaídas que fuerzan ulteriormente la mano del cirujano teniendo que hacer una resección del apéndice en frío.

De suerte que se debe eliminar el apéndice cuando no haya riesgo de que se generalice la peritonitis durante las maniobras ejecutadas cuando se busca el apéndice. Esta manera de proceder es fácil cuando la apendicitis es reciente.

No abundo en la opinión de M. Poirier, pues no opero siempre inmediatamente en un caso de apendicitis aguda. En los primeros días adopto un tratamiento médico que modere la crisis (reposo, hielo, morfina); si la temperatura baja, no hago la operación. Después opero en frío al cabo de algunas semanas.

Hay una forma de apendicitis en la cual es preciso intervenir rápidamente y es aquella en que se encuentra una peritonitis séptica de aspecto plomizo.

TUBERCULOSIS PULMONAR

Mi estimado colega y amigo el Sr. Dr. D. José Tomás Henao, ha escrito y publicado en *El Correo del Sur*, periódico de Manizales, un luminoso artículo, bajo el mote *Contagio de la Tuberculosis* (Tisis), y me ha recomendado su lectura y estudio á fin de que yo me ponga en capacidad de darle mi opinión científica acerca de la exactitud y oportunidad de los consejos higiénicos que él formula para tratar de contener los estragos que la tisis puede provocar en el país, una vez que la observación prueba que esta funesta dolencia aumenta de una manera alarmante.

Antes de atender á la exigencia del amigo y colega, debo rendirle gracias, porque piensa que un anciano tan gastado como yo, puede todavía tomar parte en tan delicadas y altas cuestiones profesionales.

Hace más de medio siglo oía yo contar á mis padres, que cuando ellos eran jóvenes, fueron testigos de la aparición de una epidemia de carácter catarral que mató algunas personas, en lo que por entonces se llamaba la Provincia de Antioquia.

La peste á que aludo fue bautizada por el pueblo con el nombre del *Yuri*, porque creo que en aquella época se estableció juicio por jurados para delitos de imprenta.

Parece que efectivamente el *Yuri* arrebató algunas vidas, que probablemente no serían muchas, porque á la sazón los habitantes de Antioquia eran pocos. Sin embargo la dolencia debió de ser notable porque los viejos hablaban de ella con terror.

Respecto á las malas consecuencias que la referida epidemia produjese en la población, nada puedo decir porque si dejó algunos rastros en los pulmones, por ser aquella de naturaleza catarral, debieron de ser pocos, puesto que en el pueblo de Envigado, de entonces acá no he conocido sino

dos ó tres tísicos, y eso con la circunstancia de que uno de ellos vivió con la enfermedad de 40 á 45 años.

En el año de 57 ó 58 hubo otra peste, que se conoció con el nombre de *La Corrosca*, calificativo que se le daba porque reinó al mismo tiempo que la moda de llevar las mujeres un sombrero de paja de Italia, de anchas alas, apellidado con el mismo nombre de *Corrosca*.

En aquella época ejercía yo mi profesión de médico, y pude observar la dolencia con bastante cuidado; pero como lo que escribo actualmente no es un artículo de Patología especial, me contento con decir que entre los síntomas notables que caracterizaban la afección en su estado agudo hubo los siguientes: coriza, lagrimeo, conjuntivitis, tos, opresión, dolores precordiales y frecuentemente fiebre.

Pasada la *Corrosca*, previa muerte de algunos sujetos, se presentaron casos de tuberculosis pulmonar; cosa que llamó la atención, porque si bien antes se habían presentado algunos de ella en Medellín, éstos fueron todavía muy pocos. Yo vi, entre otros, dos casos de tisis galopante, seguidos de rápido fallecimiento, y algunos más de carácter espacioso, de los cuales fueron curados algunos por haber sido atendidos con esmero desde que entraron en su primer periodo.

Comparando lo que recuerdo de los síntomas que presentó la enfermedad de entonces, hallo algunos de los que se han venido ofreciendo en las epidemias de *Gripa* que se han sucedido en los últimos años.

Antes de que se comenzara á tratar de gripas no teníamos por acá sino la coriza, ó sea catarro, romadizo, *peste* ó resfriado; pero á medida que avanza el tiempo esas afecciones han ganado en intensidad, lo que yo atribuyo á que en el principio no pasaban de ser afecciones simples esporádicas y sin complicación microbica.

Después de la *Corrosca* tuvimos otra epidemia conocida con el nombre de *Trapiche*, cuyo punto de partida parece estuvo en Cartagena. El nombre le convenía bien, porque los

pacientes decían que estaban materialmente molidos, cosa parecida á lo que hoy acontece con la gripa.

Por los años de 60 á 62 nos atacó nueva epidemia que el vulgo llamó *Abrazo de Mosquera*, unas veces, y *Esponsión* otras.

No todos los catarros son gripales, y cuando no lo son, pasan con rapidez y sin causar estragos; pero cuando lo son se presentan por lo general muy graves, como sucede en la actual epidemia.

Que la gripa es de carácter parasitario, no queda duda, porque ya el microbio ha sido estudiado y cultivado por sabios competentes. El joven Emilio Quevedo, una de las esperanzas científicas más lisonjeras para Colombia, ha tenido la bondad de comunicarme el resultado de sus observaciones microscópicas y químicas sobre el parásito de que hablo, y al cual encuentra algunas analogías con el *Basilo de Koch*. De los datos que me ha suministrado y que yo no he podido adquirir personalmente por falta de vista, me hallo muy satisfecho.

Como desde el principio de mis estudios relacionados con este grupo de alteraciones respiratorias concebí la idea de que los resultados de la gripa, ó *influenza* provocaban el desarrollo de la tuberculosis pulmonar, interrogué al joven Quevedo sobre su manera de considerar este punto, y me dijo poco más ó menos las palabras que siguen: Yo creo que la gripa puede conducir á la tisis por dos caminos: sea porque al interesar, como interesa laringe, tráquea, bronquios y vesículas pulmonares, si da en terreno propio puede desenvolver gérmenes tuberculosos, ó sea, con muchísima más razón porque cae en un campo anatómico en que ya los tubérculos estén formados ó en vía de formación.

Es un hecho innegable que la gripa se complica frecuentemente con la neumonía, y en tal evento su carácter infeccioso es enteramente claro y su desenlace es casi siem-

pre la muerte; y bien sea que se trate de neumonía ó que se quiera evitar el advenimiento de la tisis, obligación es de los médicos, no sólo ocurrir á una terapéutica racional, sino también favorecer á los enfermos con sabios consejos higiénicos que puedan impedir las terribles consecuencias de males tan espantosos como son éstos de que hablo someramente, porque hacerlo á fondo no me es posible.

Después de estas ligeras consideraciones, voy al asunto de que trata el Dr. Henao en el artículo á que quiero referirme, y que, á mi ver, tanto tiene de científico como de humanitario, puesto que para escribirlo ha tomado por base el aumento alarmante de la tuberculosis y la urgencia de salir á su encuentro, con el propósito de evitar, siquiera sea en parte, sus aterradores estragos.

El índice sobre el cual da sus consejos el ilustrado Profesor á que aludo, es, con corta diferencia, el siguiente :

Contagio de la tuberculosis;

Importancia de éste en la enfermedad;

Aspecto social del contagio;

Transmisión de la tisis por herencia ó por contagio;

Propagación por alimentación ó por el aire;

Basilos de Koch transmitido por la carne ó por la leche;

Cocción de estos alimentos como medida profiláctica;

Mecanismo del contagio por el aire ó por el polvo de los esputos;

Influencia de la luz solar y difusa sobre la vida del *Basilos*;

Reglas para barrer las habitaciones y limpiar las calles;

Modo de evitar el contagio causado por los esputos;

Consejos para depositar éstos;

Se debe anunciar la enfermedad al paciente y á sus deudos;

Modo de lavar los esputos;

Modo de manejar el pañuelo;

Sudor, su inocuidad;

Importancia del diagnóstico;

Resúmen.

Sobre cada uno de estos puntos razona el colega con notable acierto en mi opinión; pero como copiar lo que él dice sería exponerme á repeticiones inútiles, puesto que para saberlo bastará hacer su lectura reflexiva, me parece bueno indicar que se verifique, y pienso llenar el deber que he contraído, enviando voto explícito de aprobación y enhorabuena al Sr. Dr. Henao, y manifestar además que mucha honra le cabe al médico filántropo cuando elucida en bien de sus semejantes, cuestiones de esta naturaleza.

Presumo que se podían agregar á las sabias indicaciones de mi amigo estas pocas que paso á expresar:

1.^a Cambio de temperatura, la cálida por la fría. Si el enfermo habita sitios de 24 á 28 grados, por ejemplo, trocarles por otros que marquen de 15 á 19 grados. En este Departamento son excelentes parajes para prevenir y combatir la dolencia: Rionegro, Urrao, Sampedro, Sancristóbal, Retiro, Caldas, Concepción, Sanvicente, Guarne y otros análogos á ellos.

2.^a Indicar al padre y la madre tísicos, que no besen la boca de sus chicuelos y que los hagan dormir en lechos separados de los en que ellos duerman.

3.^a Que los individuos sanos no vistan ni se abriguen con ropas ó mantas que hayan sido usadas por los tuberculosos;

4.^a Que vistan ropas interiores de frañela.

5.^a Que eviten la humedad de los pies.

6.^a Que no se espongan á respirar vientos de aguacero y que procuren oponerse á todo desequilibrio de temperatura.

7.^a Que cuando para la transmisión del mal se tema el influjo de la herencia, se cambien sitio de habitación, ocupaciones, alimentación y costumbres de las que hayan tenido

los padres de los niños en el caso de que los primeros hayan padecido la dolencia; y

8.^a Que cuando los enfermos puedan habitar localidades, en que se respiren aires cargados de esencias marinas, lo hagan, porque autores competentes lo aconsejan así.

También juzgo oportuno aumentar el consumo de la sal marina, porque opino que es de efecto sumamente saludable. El empleo de bebidas alcohólicas en dosis moderadas, el de la miel de abejas y el de las carnes sahumadas también me parecen convenientes, sin hablar de otras precauciones higiénicas, que mejor que yo conoce el distinguido profesor á quien me dirijo.

Perfeccionar los principios higiénicos en ésta, como en todas las dolencias, es asunto de vital importancia; porque más tarde la higiene estará encargada de pronunciar la última palabra para la conservación de la salud y prolongación de la vida humanas. Por lo que á mí toca, abrigo la convicción de que cuando la higiene llegue á la perfectibilidad á que aspira, los que mueran serán más viejos, los vivos más robustos, la raza más bella, las boticas más pequeñas, la terapéutica más sencilla y los médicos más escasos.

Medellín, 6 de Octubre de 1898.

MANUEL URIBE ANGEL.

PIO—NEUMO—NEFROSIS

J. M. M., de 13 años de edad, ha sido arriero y labrador, revela un temperamento linfático, y de antecedentes que hagan al caso, dice que recuerda haber sufrido en distintas ocasiones traumatismos sobre el lomo ó el costado derecho.

Cerca de cuatro meses hace que se le ha visto palidecer, enflaquecer, desanimado para el trabajo, y ha sentido cierto estado febril vago acompañado de anorexia y dolores en el lomo derecho irradiados al vientre.

Diez días antes del en que le examiné, 24 de Febrero de 1898, la situación fue alarmante, la fiebre aumentó notablemente y se dijo que los dolores eran más agudos, había vómitos tenaces y empezaron á notarle un tumor sobre el lomo que se prolongaba hacia la fosa ilíaca derecha. Este tumor se me hizo manifiesto por la simple inspección del enfermo que estaba en decúbito lateral izquierdo, sus miembros inferiores en flexión, temiendo cualquier movimiento, pálido, demacrado, de lengua seca y 39° centígrados de temperatura axilar. La región era tensa y renitente, con arborizaciones venosas, y la fluctuación se transmitía bien del lomo á la fosa ilíaca, y viceversa, pero llamó mi atención, al percutir la cima del tumor lumbar, un sonido hidroaérico, aunque la macidez franca se mostraba en varios otros puntos.

Merced á una jeringuilla hipodérmica, que aseptiqué en agua hirviendo, extraje unas gotas de pus serosa de fetidez insoportable. De allí á una hora todo se preparó.

En la línea escapular que baja del ángulo inferior del omoplato perpendicularmente sobre la cresta ilíaca, á cinco centímetros de ésta, hice una incisión oblicua de cuatro, en hneco ó escotadura costo-ilíaca. Una gran cantidad de gases se lanzó con ruido, de fetidez amoniacaal y fecaloide, antes de salir el líquido, que se presentó mal ligado, con grumos, y daba á conocer á la simple vista que estaba compuesto de orina en fermentación con una tercera parte de pus; por el masaje de la región, que hacía expeler de distintas direcciones grandes burbujas con el líquido, se evacuó éste en totalidad, que fue calculada de 600 gramos.

Como además de la calidad del líquido, urinosa en su mayor parte, las últimas porciones arrastraron detritus al parecer de tejido renal disgregado ó esfacelado, se evidenciaba una lesión del riñón; mas, creyendo que debe uno ser parco de exploraciones intempestivas, no introduje el dedo para inspeccionar el foco ó apreciar el grado de tal lesión, y

por esa vez resolví terminar la operación haciendo el lavado conveniente, inyectando aceite yodoformizado, poniendo un dren, algodón hidrófilo y un vendaje de cuerpo.

Aquel día prescribí salicilato de quinina y un vino tónico; no obstante, la temperatura ascendió por la noche á 39,5° precedido el ascenso por un calofrío de mediana intensidad.

A las 7 a. m. del 25 saqué el tubo, se evacuó una cantidad de líquido mitad menor, pero más puriforme que urinoso y de la misma anterior fetidez, con alguna porción de gases. Volví á poner el dren, inyecté más aceite yodoformizado, apliqué el vendaje y prescribí lo del día anterior. El enfermo pudo alimentarse mejor y la temperatura subió á 38,5°.

Las mismas cosas se repitieron el 26, sólo que la pus fue en menor cantidad y más franca. T. 38°. Prescripción, la misma.

El 27 la cantidad fue pequeña, la fiebre mínima, buen estado general, retiré el dren. Paulatinamente vino disminuyendo la supuración, se le hicieron algunas embrocaciones yodadas, y en pocos días se efectuó la curación que hasta hoy se sostiene.

Es de notarse que en este joven, como la familia y él lo aseguran y yo lo verifiqué por el examen de la orina, no hubo durante la enfermedad alteración alguna en la excreción de este líquido, antes bien, todo fue normal; no es de creerse, por consiguiente, que se hubiese estancado la orina en un cáliz sin dar lugar, cuando menos, á una disminución apreciable en la cantidad; quizá un cálculo, pero también es de eliminarse, porque habría determinado los mismos fenómenos del lado de la excreción, ó la enfermedad habría estallado al final de una ó varias de las crisis tan aparatosas de la litiasis; digo más, creo que la lesión renal no fue primitiva sino secundaria á un absceso perinefrítico causado por contusión, favorecida aquélla tal vez por leve erosión de la glándula.

Esto sentado, por banal que quisiese suponer la colección líquida, parte flemón, parte hidronefrosis, no habría podido hacer lo mismo con la gaseosa, sino, por el contrario, me provocó á disquisición acerca de su causa.

La fetidez de un foco no asombra, cuando es vecino del canal intestinal; mas para explicar el desarrollo de aquella enorme cantidad de gases, hay que admitir una de dos cosas: ó se desarrollaron *in situ*, por fermentación urinosa, ó vinieron de fuera; si este último, ó vinieron por perforación intestinal, lo que no es admisible en el presente caso, ó por exhalación, una especie de exósmosis á través de las tunicas intestinales, pero entonces no habría razón para que la orina experimentase descomposición pútrida, á no ser que los gérmenes hubiesen también pasado por exósmosis.

No hay necesidad de tanto; está hoy comprobado por la experiencia que un líquido puede fermentar en una cavidad sin comunicación exterior, como lo prueban casos que se citan de fermentación pútrida del líquido del empiema, esto es, de pleuresía pútrida, sin esfacelo ni lesión del tejido pulmonar, casos que dicen bien con la teoría científica de que los gérmenes de la putrefacción son anaerobios.

Conviene que estuviese analizado el presente caso, se podría concluir:

1.º Puede haber lesión renal que llegue hasta la supuración y aun á la disgregación del tejido sin que haya manifestaciones, al menos obstensibles, del lado de la excreción.

2.º Para que esto suceda debe admitirse que la lesión sea secundaria.

3.º El caso es uno de los que comprueban que la fermentación de un líquido puede verificarse en una cavidad cerrada.

Dr. PAULO E. GUTIERREZ.

Salamina, Septiembre-1898.

LA EPIDEMIA ACTUAL

De nuevo nos visita la gripa, no esas *febrecitas catarrales*, sin importancia, á que el vulgo da este nombre y que no valen la pena, sino la verdadera *influenza* que tántas víctimas hizo en los últimos años en Europa y hace actualmente entre nosotros. La epidemia apareció en Medellín, quién sabe importada de dónde y, recorriendo sucesivamente las poblaciones del tránsito, nos ha venido á visitar á nosotros, cuando aun estábamos atendiendo á las señoras viruelas, que no han estado mansas en los alrededores de la población y en su interior mismo.

Extensas monografías, largos artículos de periódico, interminables capítulos en las obras de patología, inmensos artículos en los diccionarios, han sido escritos sobre la gripa. Cualquier cosa que yo dijere estará dicha ya; mas no he querido quedarme sin meter *mi cucharada*, escribiendo algo para los *Anales*, ahora que estoy convaleciente de la *pestequita* que me puso la pluma en la mano, después de haberme puesto *su mano* con fuerza en todo mi cuerpo, dejándolo molido y quebrantado y con las facultades intelectuales más embotadas que de costumbre.

Según rezan los libros, la gripa apareció por primera vez á principios del siglo xv (siglo en que apareció todo lo malo), por allá en la tierra de los Macarroni (tierra de todo lo malo), de donde se extendió por toda la Europa, haciendo más estragos que el caballo de Atila. No de otra parte que de entre los calabreses pudo haber salido semejante flagelo!

En los años de 89 ó 90 de este siglo apareció en Europa (sin duda que empezaría también en la patria

de Humberto), y después en América, una de las epidemias más virulentas de esta terrible enfermedad; era una verdadera pandemia, por el número de personas que atacó, y un verdadero *ángel exterminador* por los estragos que causó.

La gripa se difunde con mayor rapidez que la marcha ordinaria de nuestros correos y de nuestras comunicaciones telegráficas, lo que no es mucho, si bien se ve. Ataca primero los grandes centros, y cuando ya se ha saciado en ellos, se disemina por las poblaciones de menor importancia, sin que por haberse regalado en las grandes ciudades pierda su voracidad.

No sé si en Medellín se habrán efectuado perturbaciones cósmicas que hayan podido favorecer el desenvolvimiento del germen patógeno. ¿El alumbrado eléctrico habrá aumentado el ozono del aire, cuyo aumento, según la opinión de algunos, impresiona vivamente el árbol respiratorio y da á las bronquitis una tendencia epidémica? Tal vez, pero en poblaciones en donde no hay alumbrado ni aun de sebo, también se ha presentado la gripa. En todo caso, dígase lo que se quiera, la *influenza italiana* es eminentemente transmisible del hombre enfermo al sano y aun á los *otros animales*, no tan sólo por contacto directo, sino también por el aire, por el agua, por los objetos que toca el enfermo ó los que lo rodean; en dos palabras, la gripa es *infecto-contagiosa*.

Esta enfermedad es notable por la variedad de formas que reviste, según se fije de preferencia en determinado aparato orgánico, sin que por eso deje de afectar toda la economía, regalando como *memorias* un gran decaimiento orgánico, un languidecimiento

de todas las funciones, de donde proviene lo largo y delicado de la convalecencia; bien entendido que esto se observa aun después de las gripas más benignas, siendo, en estos casos, mayor su duración y más penosa que la enfermedad misma.

Otra cosa que hace temible la *influenza*, es que el veneno gripal, si así puedo expresarme, despierta, avivándolos y aumentando su virulencia, los gérmenes latentes de otras enfermedades que duermen esperando la voz de "Lázaro, levántate." Este es uno de los principales motivos por que la gripa se manifiesta con tantas variedades como sujetos ataca, pues todos, más ó menos, tenemos alguna enfermedad en ciería, alguna predisposición hereditaria, alguna idiosincrasia especial que, al ser aguijoneada por la gripa, se presenta con su modalidad habitual y oculta á ésta.

En la actual epidemia no hemos observado en gran número de enfermos que hemos atendido, dos casos iguales, casi ni semejantes. Hemos visto sobrevenir la muerte por complicaciones cardíacas en un caso de tan pequeña intensidad que pasaba desapercibido, cuando el corazón, que hasta entonces permanecía olvidado, llamo la atención. Examinado cuidadosamente, se observó en él una vieja afección hasta entonces latente ó por lo menos compensada; pero de tal manera grave, que se llevó al enfermo en pocos días, con todo el cortejo de las cardiopatías con asistolia. Hemos tenido noticia de personas que habían sufrido enfermedades por retardo de nutrición, como diabetes y uremia; pero que relativamente habían recobrado la salud, y que han muerto rápidamente, á causa de una gripa de mediana intensidad.

A pesar de la variedad de tipos observados, se ha

notado que en ellos, en todos ellos dominaba el elemento neurálgico, neuralgias diversas, muy á menudo ambulantes, siempre muy rebeldes al tratamiento, cuando en éste no entraban las píldoras anticefálicas del autor de este artículo.

La mortalidad producida por la gripa ha sido mayor que la de cualquiera otra epidemia, inclusive la viruela; pero ha sido más grande la mortalidad, debido á sus resultados posteriores que á la enfermedad en sí; y esto proviene de la poca atención que prestan algunos pacientes á la enfermedad, cuando no los ataca con fuerza. Creer que una gripa benigna, de esas que en apariencia son insignificantes, no merece cuidarse, y los atacados siguen en sus ocupaciones como con un simple catarro. Mientras tanto la enfermedad mina el organismo, despierta los gérmenes latentes, y cuando menos lo piensa el enfermo, está derrotado, ya sin esperanza de ganar terreno, perdido, sitiado por todos lados, hasta que la muerte se apodera del reducto más débil y arrebatada al enfermo, cuando menos lo pensaban éste y su familia. Por eso debe cuidarse toda gripa por benigna que parezca y debe temérsele como á naves italianas, aunque no se presente en aptitud hostil, pues en este caso es más temible que cuando aparece con gran ruido, por ser más hipócritamente alevosa.

Yarumal, 1898, Octubre.

C. DE GREIFF.

NOTAS DE HIGIENE

LA EXPECTORACIÓN DE TUBERCULOSOS.—*Grado de su contagio.* (*Deut. Med. Woch.*).—Flügge menciona

que en tiempos recientes la profilaxia de la tuberculosis se ha concentrado en evitar la desecación de la expectoración. No existe, sin embargo, evidencia que demuestre que el individuo sano contrae la tuberculosis por el hecho de respirar el polvo de la expectoración desecada. Cornet demostró que el polvo de cuartos donde habitaban tuberculosos podía inducir la misma enfermedad cuando era inoculada en la cavidad peritonea de cobayos, pero no se ha probado que este polvo, que contiene bacilos, realmente exista como polvo atmosférico. Casi todos los experimentos en que se ha tratado de inducir la tuberculosis en animales por medio de la inhalación de expectoración desecada, han fallado. Solamente han tenido éxito, cuando existía alguna lesión en el trecho respiratorio. Pero la enfermedad puede producirse con seguridad haciendo que los animales traspiren gotas finamente divididas de expectoración líquida infectada. Es dudoso si el bacilo de la tuberculosis puede existir en estado viviente mientras es llevado en el polvo de débiles corrientes atmosféricas. En el laboratorio del autor se ha demostrado que los bacilos de la tuberculosis no pueden ser llevados en el polvo más fino con tanta facilidad como otros microbios estafilococos &c. El peligro entonces de la infección por medio del polvo atmosférico no está probado, y es difícil que exista. El autor llama la atención sobre la infección que puede ser llevada por expectoración líquida finamente dividida, tal como se produce en el acto de toser. Estas pequeñas partículas pueden ser llevadas en una débil corriente atmosférica. El paciente con tuberculosis puede contaminar el ai-

re al rededor de él con pequeñas partículas de expectoración que contienen bacilos de Koch. La producción de estas pequeñas partículas de expectoración húmeda dependerá en la frecuencia y carácter de la tos, y de la abundancia del esputo y secreciones de la boca. Aquellos que tosen violenta y frecuentemente con la boca abierta son los que más infectan el aire al rededor. Los que se encuentran en la constante presencia de pacientes tuberculosos corren más peligro. El autor cree que el peligro de la infección por medio de la expectoración finamente dividida no es tan grande como pudiera suponerse, y que es presumible que pueda evitarse atendiendo á unos pocos y simples detalles. Esto concuerda con experimentos Hevados á cabo en el laboratorio del autor. Las secreciones de la boca de los tuberculosos deberían ser examinadas, como ellas se prestan á la fina división más que la misma expectoración. Si estas opiniones representan la verdad, entonces el mayor peligro está en un contagio de la atmósfera, de un carácter más pasajero que el que se obtiene con polvo desecado é infectado.

ELABORACIÓN DE ANTITOXINAS EN EL REINO ANIMAL. (*Ann. de l'Institut. Pasteur.*)—Metchnikoff ha aplicado el método de patología comparativa á la cuestión del mecanismo por medio del cual el organismo prepara antitoxinas, y las leyes que regulan su producción. Metchnikoff encontró que la inyección de grandes cantidades de toxina del tétano en los escorpiones y larvas de otros antrópodos no producía antitoxina. La toxina permanecía durante meses en la sangre ó tejidos sin perder sus propiedades; idénti-

cos resultados se obtuvieron cuando fue introducido en el canal alimenticio de la sanguijuela. Así se demostró que aun esos invertebrados, en los que la fagocitosis antimicrobica es más marcada, son completamente incapaces de producir antitoxina. Viniendo ahora á los vertebrados, ni los pescados ni los anfibios tienen poder de producir antitoxina; este poder aparece por primera vez en los reptiles, pero no en todas sus clases. Por ejemplo, las tortugas como los invertebrados, pueden retener la toxina del tétano durante mucho tiempo sin formar antitoxina; este poder, que por primera vez aparece en los reptiles, solamente se obtiene entre éstos cuando se los tiene en una temperatura mayor de 30 grados. Si la temperatura baja á 20 grados, los resultados son los mismos que en el caso de las tortugas é invertebrados. El establecimiento de la propiedad antitóxica en estos animales de sangre fría no está acompañado con una alza de temperatura, y lo mismo sucede en animales de sangre caliente como las aves. Tocante á estos últimos, cuyo poder de producir antitoxina del tétano fue por primera vez demostrado por Vaillard, Metchnikoff tiene algunas observaciones nuevas é importantes. El encuentra que prácticamente toda la toxina inyectada dentro del peritoneo pasa á la sangre y queda allí, ninguno de sus órganos quedan tóxicos después que su sangre se ha extraído por medio del lavado. A esto se encuentra una excepción en el caso de los órganos genitales, ovarios y testículos, que tienen el poder de fijar parte de la toxina que circula. Esta propiedad la participan con los leucocitos, de cuya toxicidad depende la de la sangre. Pasado un

tiempo, el poder tóxico de la sangre disminuye, y después de pasar por un período neutral ésta se vuelve antitóxica. Se encuentra ahora que, con la excepción de los órganos generativos, ninguno de los órganos posee poder antitóxico una vez que su sangre ha sido extraída. A las glándulas genitales se las encuentra marcadamente antitóxicas, pero el autor demuestra que la antitoxina no ha sido elaborada por ellas, pero que ha sido absorbida de la sangre, de manera que en las aves la propiedad antitóxica reside únicamente en la sangre. Metchnikoff opina que no es posible aceptar la idea de que la inmunidad natural depende en un poder antitóxico, y demuestra que este poder se ha desenvuelto en la historia del reino animal en un período muy posterior al de los fenómenos de fagocitosis.

Comenzamos hoy á reproducir en *Los Anales* la interesante tesis de doctorado presentada por el Sr. Obdulio Toro E. á la Facultad de Medicina y Cirugía de esta ciudad. El joven Toro fue alumno distinguido de la Escuela de Medicina y será Médico importante.

Noviembre 9 de 1898.

HISTERECTOMIAS ABDOMINALES

OBSERVACIONES

1ª (1897). Inédita.—Cirujanos, Dres. Maldonado y Tobón.

X, 41 años, un hijo. Desde hacía 5 años tenía frecuentes metrorragias y había notado un tumor en el vientre. El día que la examinaron, el agotamiento era notable, y localmente se encontró un gran fibro-mioma subperitoneal adherido á la matriz por un pequeño pedículo, acompañado de numerosos fibromas intersticiales.

Operación.—Histerectomía abdominal total que comprendió los anexos por el procedimiento de Terrier; se disecó primero el fondo de saco de Douglas, se puso sutura sero-serosa, se cosieron las paredes abdominales y se curó la herida.

El tumor tenía pocas adherencias; la operación duró dos horas.

En los cinco primeros días hubo fenómenos de peritonismo; en los días siguientes marchó muy bien. A las tres semanas abandonó el hospital contra la voluntad del médico. Hoy está curada.

2ª (1897). Inédita.—Cirujanos, Dres. Maldonado, Tobón, Delgado y Ochoa.

X, 37 años, 8 ó 10 años hacía que se quejaba de dismenorrea, de dolores vagos en el vientre y de alteraciones digestivas; hacía cuatro años que las metrorragias eran abundantísimas y que tenía cólicos uterinos horriblemente dolorosos. Al examen local se encontró un fibroma que se extendía hasta los hipocondrios y que tenía algunas adherencias á las partes vecinas.

Operación.—Al aplicar las pinzas de dientes para levantar el tumor, se produjo una hemorragia

abundantísima. El tumor tenía adherencias izquierdas, derechas y posteriores. Parece que se cortó el uretero; al disecar el fondo de saco anterior se hirió la vejiga que había ascendido notablemente y se suturó; se dejó salida del uretero á la vagina y se colocaron pinzas de Doyen. No se hizo sutura sero-serosa por el estado de la enferma. Hubo anuria vesical y por la vagina salió bastante orina. La enferma quedó en colapso hasta que murió, veintidós horas después.

3ª (1898). Inédita. —Cirujanos, Dres. Maldonado, Tobón y Londoño.

X, de 40 años, madre de un hijo. Desde ahora 4 años sufría alteraciones menstruales, dolor en el bajo vientre con sensaciones de tensión y de crecimiento, desórdenes digestivos, polakiuria, acompañada á veces de disuria; las metrorragias eran muy abundantes. Al examen se encontró un tumor del tamaño de una cabeza de adulto, ligeramente aboyado en su periferia, y adherido al cuerpo de la matriz por su parte inferior. La matriz estaba grande y fibromatosa. Se diagnosticó fibroma subseroso.

Operación. —Se hizo la histerectomía con extracción de los anexos por el procedimiento de Pozzi. Se puso sutura sero-serosa. Por las adherencias del tumor se hizo un poco difícil la operación. *Al luxar el cuello por el vientre, una gota de líquido sero-purulento, salida de la matriz, cayó sobre el borde del peritoneo: inmediatamente se desinfectó.*

En las 36 primeras horas el estado fue magnífico; al amanecer del tercer día tenía 38° 5 y 116 pul-

saciones, fue desarrollándose el cortejo sintomático de la peritonitis aguda y al amanecer del sexto día murió.

Autopsia.—Peritonitis generalizada, notable sobre todo al nivel de la sutura sero—serosa donde cayó la gota de pus.

4ª (1898). Inédita. —Cirujanos, Dres. Maldonado, Villa y Tobón.

X, 36 años. Su enfermedad tenía 10 años el día que la operaron: al principio los desórdenes digestivos, las metrorragias, las sensaciones de tensión y de malestar en el abdomen y el enflaquecimiento llamaron la atención. Ultimamente las metrorragias eran más abundantes y se acompañaban de cólicos uterinos muy dolorosos. Localmente se encontró un tumor semejante á un embarazo de 5 meses. Se diagnosticó fibro-mioma uterino.

Operación.—Histerectomía por el procedimiento de Terrier; la operación fue relativamente fácil por no tener adherencias el tumor. Se puso sutura sero-serosa, se cosieron las paredes abdominales. En la parte inferior de la sutura se formó un absceso que se abrió: quedó una ulceración que todavía no ha cicatrizado por completo.

HISTERECTOMIAS VAGINALES

OBSERVACIONES

1ª (1896). Cirujanos, Dres. Montoya y Flórez y Maldonado.

X, 36 años, 5 hijos. Gran coliflor de todo el cue-

llo, ligera propagación al fondo de saco posterior, movilidad parcial del útero, tinte amarillo de paja, mucha debilidad, hemorragias frecuentes y muy abundantes, *flegmatia alba dolens*, derecha.

Operación.—Raspado preliminar, hemisección de Doyen, operación difícil. Se colocaron 4 pinzas que se quitaron á los 3 días. Después de quitadas el estado general siguió bien.

A los 8 días por la mañana se cambió la gasa profunda y se lavó suavemente la vagina. Por la noche vio el médico la enferma y no le encontró nada anormal; pocos instantes después lo llamaron, y cuando fue había muerto de una formidable hemorragia.

2ª (1896). Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, de 35 años, 4 hijos. Desde el primer parto (á los 19 años) comenzó á sentir dolor en las caderas, pesantez; tuvo mucho flujo amarillo y más tarde hemorragias profusas. Desde el último parto (hace 7 años) cayóse completamente la matriz, lo que la imposibilitó para trabajar.

Operación.—Fue fácil; se dejaron 2 pinzas de Doyen que se quitaron á las 48 horas. El útero medía 12 c. c., había una enorme hipertrofia intravaginal del cuello. A los 20 días la cicatriz era completa. La enferma salió del hospital y se entregó al trabajo.

3ª (1897). Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, 35 años, un hijo. Se le hizo una laparotomía y se le extrajeron la trompa y el ovario izquierdos (en 1895) por una pío-salpingitis; siguió bien durante 8 meses y luégo vinieron hemorragias y cólicos uterinos horriblemente dolorosos.

Operación.—Muy difícil; el útero no descendió después de hacer la hemisección de Doyen, por lo cual se recurrió al *morcellement*; con el dedo y la espátula se rompieron las adherencias posteriores y laterales. Se dejaron 2 pinzas, que se sacaron 48 horas después.

La enferma salió del hospital completamente curada.

(Resumida de los *Anales* de la Academia).

4ª (1897). Inédita. Cirujano, Dr. R. Pérez.

X, 40 años, un hijo. Por descuido que tuvo en el puerperio vinieron una endometritis y una enorme caída de la matriz. Al examen se le encontró un prolapso completo de la matriz con cistocele y rectocele; la matriz estaba grande (13 centímetros), fibrosa y completamente adherida á los órganos vecinos; el cuello gigantesco presentaba una ulceración considerable.

Operación.—Difícilísima. Se empleó el procedimiento de Richelot. Se dejaron 17 pinzas. Duró próximamente 3 horas.

En otra sesión se le hizo una amplia colpoperineorrafia.

5ª Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, 30 años, 2 hijos. Hace 12 meses sintió fuertes dolores en el bajo vientre, tuvo una hemorragia uterina muy abundante que le duró cerca de 60 días, y pasada ésta se suspendieron las reglas durante 6 meses. Después vino una nueva metrorragia acompañada de fuertes dolores, que duró 8 ó 10 días. Localmente se encontró la matriz móvil, dura, con 14

centímetros de cavidad y con el cuello hipertrofiado y doloroso. Diagnóstico: fibroma intersticial de marcha rápida.

Operación.—Procedimiento de Doyen; duro 5½ minutos. La matriz tenía el tamaño de una cabeza de feto de término y en su cavidad había un racimo de quistes (*mole hidatiforme*).

La enferma salió del hospital completamente curada.

6ª (1897). Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, 35 años, 3 hijos. Parece que tuvo después del primer parto una infección uterina: las reglas dejaron de ser normales, aparecieron una leucorrea abundante acompañada de neuralgias pelvianas y fenómenos dispépticos. Diagnosticóse metritis fungosa con neuralgia pelviana.

Operación.—Procedimiento de Doyen. La matriz estaba llena de fungosidades, el ovario derecho degenerado y rodeado de quistes del tamaño de una ciruela: todos fueron extraídos con el ovario. A las 48 horas se quitaron las 2 pinzas.

20 días después salió del hospital curada radicalmente.

7ª (1897). Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, 30 años, sirvienta. Único parto hace seis años; levantóse á los 3 días. La matriz iba cayendo—según dice—todos los días más, vinieron fuertes dolores en los lomos y en la cintura y fenómenos dispépticos. Al examen había: prolapso uterino notable, con cistócele y retócele, supuración mucosa,

cuello hipertrofiado y matriz grande (9 centímetros).

Se le hizo primero un raspado, luego la amputación bicónica del cuello seguida de un nuevo raspado (la operación de Alexander fracasó por haberse soltado uno de los ligamentos); por fin se le hizo la colpo-perineorrafia. Dos meses después volvió al hospital y en un nuevo examen se notó que fuera del prolapso y la endometritis tenía el ovario izquierdo hipertrofiado y doloroso.

Operación.—Se le hizo la histerectomía por el método de Doyen y se extirpó el ovario enfermo. Las 2 pinzas se quitaron á las 48 horas.

Hoy está bien.

8ª Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, 26 años, sirvienta. Hace 2 años que principió á sentir dolores fuertes en los lomos y las caderas; las reglas hasta entonces normales se hicieron irregulares y apareció un flujo vaginal albuminoso y muy abundante. Diagnosticóse metritis y se le hizo un raspado uterino seguido de cauterización, que no dio resultado. Después en un nuevo examen se encontró una doble lesión ovariana.

Operación.—Histerectomía por el método de Doyen con extracción de los anexos. Duró 14 minutos. La pieza anatómica mostraba una salpingo-ovaritis doble.

La enferma salió del hospital curada.

9ª (1897). Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, 37 años, 4 hijos. Hace 7 años (después que nació el 3.º de sus niños) tuvo un flujo vaginal muy

abundante; parió otro hijo 3 años después, y desde entonces las hemorragias y el flujo son muy abundantes. Se le hizo un raspado seguido de cauterización que la agravó más.

Operación.—Por el método de Doyen; se extrajo el ovario derecho que estaba grande y degenerado. La matriz medía 12 centímetros. Duró 14 minutos. La enferma sigue muy bien.

10ª (1897). Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, 50 años, 9 hijos. Después del primer parto, á consecuencia de un esfuerzo que hizo, comenzó á sufrir de un prolapso uterino que tenía alternativas de mejoría y de gravedad. Cuando vino al hospital estaba acompañado de cistocele, de polakiuria y de dolores lumbares.

Operación.—Por el método de Doyen; se retiraron las pinzas 48 horas después. A los 15 días la mujer abandonó el hospital.

11ª (1897). Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, 40 años, 5 hijos. Por un esfuerzo violento de tos después de su último parto le sobrevino un prolapso uterino inmediatamente. Cuando la enferma entró al servicio se quejaba de dolores vagos en los muslos y en el abdomen, de fenómenos dispépticos, de irritabilidad de carácter, de hipocondría y de constipación tenaz. El examen mostró un prolapso con cistocele y rectocele.

Operación.—Método de Doyen; la histerectomía duró 10 minutos y en la misma sesión se le hizo una amplia colpoperineorrafia. Ambos ovarios se extra-

ieron por estar degenerados. Las heridas curaron por primera intención. La enferma abandonó el servicio en muy buen estado.

12ª [1897]. Cirujano, Dr. Rafael Pérez.

X, 52 años, 12 hijos. Se le diagnosticó una afec-
ción cancerosa de la matriz.

Operación.—*Morcellement* de Richelot. Se dejaron muchas pinzas. Duró cerca de 2 horas. El útero estaba degenerado en mucha parte y tenía una ulceración en el cuello.

La enferma goza hoy de muy buena salud.

[Estas 7 últimas operaciones las he extractado de la tesis del Dr. Lázaro Uribe C.

13ª [1897]. Cirujano, Dr. J. V. Maldonado. Inédita.

X, 55 años. Ha enflaquecido mucho en los últimos 4 años. Hace 8 meses que tiene metrorragias. Examen: epiteloma del cuello con ligera propagación á los fondos de saco vaginales y al ligamento ancho derecho. No había infarto ganglionar.

Operación.—Método de Doyen; se extirparon los anexos de ambos lados. La operación duró 16 minutos.

Estuvo muy bien los 5 primeros meses, pero desde el sexto comenzó á agotarse, sobrevino fiebre, hubo flujo vaginal no muy abundante y al mes siguiente murió.

14ª [1898]. Inédita. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, 37 años, 4 hijos. Ha tenido hemorragias y

metrorragias. Localmente se encontró : matriz grande, cuello enorme y adherencias anteriores y posteriores. Se diagnosticó degeneración fibrosa de la matriz consecutiva á metritis.

Operación.—Método de Doyen. Los 3 primeros días hubo peritonismo. Salió del hospital radicalmente curada.

15ª [1898]. Inédita, Cirujano, Dr. Maldonado.

X, 28 años. A consecuencia de un aborto vino un prolapso uterino ; pocos días después se vio embarazada y el huevo se desarrolló en la matriz caída. En el parto hubo que aplicar forceps y sostener el cuello por temor de arrancar la matriz ; el puerperio fue normal. Al examen había : caída completa de la matriz, hipertrofia de ésta, sobre todo en la porción supravaginal del cuello, que estaba grande, fibroquístico y ulcerado.

Operación.—Colpectomía anterior [Pozzi], histerectomía por el método de Doyen. Hoy está bien la enferma.

16ª [1898]. Inédita. Cirujanos, Dres. Londoño y Maldonado.

X, 38 años, un hijo. Tuvo un aborto hace 18 años. En los últimos 8 ha presentado fenómenos dismenorreicos. Desde hace cuatro meses las metrorragias han sido muy abundantes. El estado general es relativamente bueno. Al examen se encontró : un tumor vegetante, friable que sangraba con mucha facilidad y que había invadido todo el labio poste-

rior del cuello y parte del labio anterior y del fondo de saco posterior. Diagnosticóse encefaloide.

Operación.—Se le hizo la histerectomía; los anejos hubo que dejarlos. La operación fue muy laboriosa.

La enferma tiene flujo vaginal, fétido y muy abundante.

HISTEROPEXIA

[1898]. Inédita. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, 45 años, su único hijo tiene 16. Hace dos años que notó que la matriz se le salía, por lo cual vino al hospital. Al examen se encontró: prolapso uterino, ulceración del cuello y ligera cistócele. Se le curó la ulceración con aplicaciones de ictiol y glicerina.

Operación.—Incisión media de las paredes abdominales, avivamiento de la cara anterior de la matriz y de la posterior del peritoneo y colocación de 3 puntos de sutura. Se cosieron las paredes abdominales.

A las seis semanas se le hizo una gran colpo-perineorrafia. La herida abdominal sanó *per primam*, la vaginal supuró superficialmente.

Todavía no se puede juzgar del resultado terapéutico de esta operación, pues la enferma no ha abandonado el lecho.

OVARIOTOMIAS

OBSERVACIONES

1ª [1895]. Cirujanos, Dres. Montoya y F., V. Peñaláz y J. de D. Uribe.

X, 45 años, 7 hijos. En estos últimos 7 meses ha notado en el vientre un tumor indoloro que para nada la molestaba, hasta hace 4 meses, que la redujo á la cama. Estado actual: anorexia, regurgitación, constipación tenaz, dolor abdominal, disnea, amenorrea, entumecimiento de los miembros pelvianos y agotamiento profundo. Localmente: abdomen enorme, macizo á la percusión, duro á la palpación, signos negativos á la auscultación, por punción se extrajo líquido coloide.

Operación.—Adherencias á la pared abdominal que dieron mucha sangre: se extrajeron por punción de 8 á 10 litros de líquido coloide; hubo necesidad de quitarle 4 ó 5 pedazos grandes para sacar “una masa del tamaño de una damajuana ordinaria, la cual ocupaba en los anexos del lado izquierdo el lugar del ovario y tenía un pedículo del grueso del dedo medio”. Nudo de Lawson Tait al pedículo, ligadura de la arteria y de la vena, separadamente. El ovario derecho se quitó por estar esclerosado. Suturóse la pared abdominal y se puso curación oclusiva. La herida sanó por primera intención. El agotamiento desapareció rápidamente.

[Resumida de los *Anales* de la Academia, 1895].

2.^a (1895). Cirujanos, Dres. J. B. Londoño, F. Uribe M., R. Zea y C. Mejía.

X, 41 años. Dismenorrea desde los 14 años. Hace 10 que notó un tumor en el bajo vientre, que ha crecido con lentitud. A los 36 años, menopausa. Ha tenido ataques de nervios, dolores abdominales recios, constipación tenaz y vómitos. En tres punciones se extra-

jo líquido semejante á engrudo. Actualmente: demacración, anorexia, vómitos, constipación, hemorroides, micción frecuente, circulación abdominal notable y un tumor macizo á la percusión, con fluctuación en la parte anterior é izquierda y renitencia en el resto. Utero libre y muy desalojado.

Operación.—Adherencias peritoneales; por punción se extrajeron como tres kilogramos de líquido de una celdilla; el resto del tumor era sólido; ligadura, con trenza de seda en 3 porciones, del pedículo, que tenía 3 dedos de ancho y cauterización del mismo con agua fenicada al 5 %; 3 planos de sutura abdominal, curación oclusiva. Sanó *per primam*.

(Extractada de los *Anales* de la Academia, 1895).

3.^a (1895). Cirujano, Dr. Maldonado.

X, 22 años. Hace 3 que tiene dolores dismenorreicos violentos. Examen: tumor en la fosa ilíaca izquierda, renitente y doloroso á la presión, recostado sobre el borde izquierdo del útero y móvil en el sentido vertical; sensación de peso y de dolor constantes, defecación dolorosa, micción frecuente.

Operación.—Abierto el abdomen se encontró un quiste dermoide con 8 celdillas, aboyado, de 15 c. c. de longitud y de 8 á 10 de grueso, colocado en el ovario izquierdo y que comprendía parte de su ligamento; entre pinzas se cortó el pedículo, se ligaron separadamente sus vasos y se suturaron sus dos hojillas peritoneales; durante la operación se hizo una ligera herida vesical que se suturó; suturas profundas y superficiales de las paredes abdominales. Curación por primera intención.

(Resumida de la *Revista Médica*, de Bogotá, número 207).

4.^a (1897). Cirujanos, Dres. Maldonado, J. Tobón y F. Uribe M. Inédita.

X, 68 años, madre de muchos hijos. Desde antes de la menopausa tenía: dismenorreas, dolores abdominales, desórdenes digestivos, entumecimiento de los miembros y grandísimo crecimiento del vientre (en una punción, 2 años antes, se le extrajeron 15 litros de líquido). Examen: gran tumor globuloso, renitente y ligeramente fluctuante, liso, con adherencias, que ocupaba toda la cavidad abdominal; el tacto vaginal mostró la matriz rechazada al lado izquierdo y los anexos de ese lado sanos. El agotamiento era notable.

Operación.—Abierto el abdomen, se encontró un tumor globuloso adherido al peritoneo, á asas intestinales, al ciego, á la S ilíaca, á la ilíaca interna y al uretero, con un pedículo derecho, grueso y carnoso que se ligó por el procedimiento de Lawson Tait. Sutura de las paredes abdominales. Curación *per primam*.

5.^a (1897). Cirujanos, Dres. Montoya y F., Londoño y E. Zuleta. Inédita.

X, 64 años, muchas veces madre. En los 4 últimos años ha tenido metrorragias abundantes y frecuentes, dolor abdominal, tumor en la fosa ilíaca que ha crecido paulatinamente, produciendo fenómenos de compresión, diarrea, fenómenos dispépticos y demeración notable. Examen: gran tumor lobulado con partes duras, partes renitentes y otras vagamente

fluctuantes ; en 2 punciones se extrajeron de 4 á 6 litros de líquido color de chocolate.

Operación.—Encontróse : hecha la incisión media del abdomen, un tumor grande, con 6 ú 8 celdillas, de las cuales se extrajeron líquidos color de chocolate, colorado y cetrino; las paredes del tumor eran gruesas, el pedículo del calibre de 4 dedos, las adherencias numerosas. Se puso el nudo de Lawson Tait. Sutura abdominal en dos planos. Curación *per primam*.

6.^a (1898). Inédita. Cirujanos, Dres. Maldonado y J. Tobón.

X, 26 años, 2 hijos. Desde antes del primer embarazo tuvo dismenorreas. A fines del último puerperio notó un tumor abdominal y apareció una metrorragia no muy abundante, pero que duró 24 días; en el último mes ha tenido 5 cólicos ováricos con irradiaciones al muslo derecho. Al examen se encontró : un tumor del tamaño de un embarazo en el 4.^o mes, blando, fluctuante, completamente móvil, independiente del útero y que deprimía el fondo de saco vaginal derecho; el largo de la matriz, normal. Diagnosticóse quiste ovárico unilocular derecho.

Operación.—Incisión media, enucleación del tumor, ligadura del pedículo—que era un poco grueso—en cadena, ligadura aislada de los tres vasos principales y sutura de las paredes abdominales. Duró la operación $\frac{3}{4}$ de hora. Curación *per primam*.

TALLAS HIPOGASTRICAS

OBSERVACIONES

1.^a (1895). Cirujanos, Dres. Montoya y F., Londoño, Arangos y Uribe Angel.

X, 54 años. Desde 1886 sentía escozor vesical; en 1890 hubo—al amanecer—retención completa de orina, que fue preciso sacar con una sonda, la que siguió poniéndose cada 15 ó 20 días; en 1893, al retirar la sonda notó que un pedazo de $2\frac{1}{2}$ centímetros de longitud se había quedado en la vejiga. Después de esto, cuando hacía ejercicio, tenía hematuria, la que se hizo muy abundante y se acompañó de micciones muy frecuentes y horriblemente dolorosas, á consecuencia de un viaje á bestia que hizo á los dos años. Al examen había: próstata ligeramente hipertrofiada en su lóbulo medio, uretra sana, cálculo en el trigono vesical, intolerancia de la vejiga y orina muco-purulenta mezclada con sangre; la presión con el explorador era muy dolorosa.

Se le hicieron lavados vesicales con solución de nitrato de plata al 1 % (sic), los que fueron excesivamente dolorosos, pero calmaron la vejiga; se intentó quebrar el cálculo con el litoclasto—sin cloroformizar el enfermo—lo que no se consiguió; 15 días después se hizo una nueva sesión de litotricia—cloroformizado—la que tampoco dio resultado, pues apenas salieron fragmentos del cálculo.

Operación.—20 días después se hizo la talla, se extrajo un cálculo de $2\frac{1}{2}$ centímetros de longitud, constituido por una capa calcárea que envainaba un fragmento de sonda; dejóse un tubo de Guyon-Perier y una sonda á permanencia que se hizo quitar el enfermo contra la voluntad del médico: el día que se la quitaron—á pesar de sondearlo cada hora—tuvo por la tarde 40° , por lo cual se soltó una sutura y se le dio salida á la orina que principiaba á infiltrar las paredes abdominales. Se dejó 6 días más la sonda uretral.

La herida cicatrizó en pocos días. Hoy orina sin sonda.

(Resumida de los *Anales* de la Academia).

2.^a (1896). Cirujanos, Dres. Londoño y F. Arango, X, 20 años. Estando dormido, alguno le introdujo por la uretra granos de café; al despertar se sacó uno que sentía en el bulbo. Ha tenido tenesmo vesical, interrupciones al orinar, micciones frecuentes, hematuria, orina de mal olor que deja un depósito purulento; después de un viaje á bestia con frecuentes libaciones tuvo un absceso de fiebre urinosa acompañado de una violenta orquitis. Al examen con el explorador de Guyon se encontraron varios cuerpos extraños en la vejiga.

Operación.—Abrióse la vejiga que despedía un olor urinoso, se extrajeron 4 cálculos que pesaban 14 grs., 13 grs., 13 grs. y 10.50 grs., respectivamente; se pusieron 2 suturas con catgut en la vejiga, se dejó un tubo de Guyon-Perier en ella y se hicieron 2 planos de sutura abdominal; se hicieron lavados con agua borricada y con solución débil de nitrato de plata. El tubo de Guyon se dejó 7 días. El tercer día hubo ligero movimiento febril, el 15.^o orquitis.

Hoy está perfectamente bien.

Los cálculos estaban formados de un grano de café envuelto en varias capas de materia calcárea y de carbonato de amoníaco.

(Resumida de los *Anales* de la Academia).

3.^a (1897). Cirujanos, Dres. R. Pérez, Londoño y González.

X, 54 años, militar. En 1885 recibió un balazo en una pierna y se la amputaron en malas condiciones, por lo cual vino una larga supuración. Después de tomar mucho licor en un viaje á bestia, tuvo polakiuria, tenesmo vesical y la orina salía mezclada á 8 ó 10 gotas de pus ó de sangre. A pesar del tratamiento mejor dirigido ha ido empeorando. El día que lo operaron estaba muy demacrado, inapetente, tenía diarrea, sudores profusos, tos seca, pulso débil, insomnio; las micciones muy frecuentes, sobre todo de noche—cada 5, 10 ó 15 minutos—producían un dolor terrible desde la vejiga al meato cuando salían las últimas gotas de orina mezcladas á mucopus. La sonda indicaba que las paredes vesicales estaban tetanizadas.

Se diagnosticó cistitis tuberculosa.

Operación.—Abierto el abdomen, había adherencias peritoneales fuertes y muchas granulaciones, grasas duras y de aspecto patológico: abrióse verticalmente la vejiga, se lavó muy bien su cavidad y se pusieron 4 puntos de sutura de la pared vesical á la abdominal; el resto de la herida se suturó dejando un tubo que terminaba exteriormente en un tetero.

El primer día hubo colapso y vómito. La orina salía á veces por la uretra produciendo dolor. La uretra hipogástrica trató de cerrarse y con sondas de Egar se dilató. Con un aparato *ad hoc* ha podido levantarse. Ha mejorado mucho.

(Resumida de los *Anales* de la Academia).

4.^a (1898). Inédita. Cirujanos, Dres. F. Arango, Maldonado y V. Peláez.

X, 64 años. Tiene una próstata del tamaño de un aguacate. Después de varios amagos de retención,

vino una completa. El cateterismo fue imposible, por lo cual se le hizo la punción supra-pubiana 20 horas después; á las 4 horas se le pasó una sonda de Nelaton: esa misma noche no se pudo pasar la sonda elástica y el explorador de Guyon sí penetró. Como la micción era imposible y cada tentativa de cateterismo se acompañaba de hemorragias, se le propuso la cistotomía hipogástrica.

Operación.—Laparatomía, cistotomía vertical y sutura de la vejiga á las paredes abdominales dejando un dren.

El estado general mejoró mucho y dos meses después podía orinar, á veces tapándose la uretra suprapuviana.

LAPARATOMIAS PARA OCLUSION

INTESTINAL

OBSERVACIONES

1.^a (1893). Cirujanos, Dres. R. Arango, V. Peláez, T. Villa, C. Mejía, Delgado y Rodríguez.

X, 66 años, 12 hijos. Tuvo un cólico acompañado de náuseas, vómito, inquietud, grito constante, vientre deprimido y muy sensible al tacto, que dejaba ver encima de la vejiga un tumor que parecía una bola fecal; por el recto no salían ni gases ni materias fecales. Se diagnosticó oclusión intestinal probablemente por estrangulamiento ó por *vólvulus*. A pesar del tratamiento médico la enferma siguió agravándose, por lo cual propusieron los Dres. Ramón Arango y V. Peláez la laparotomía, operación que no se hizo hasta los 2 días, cuando la enferma estaba en estado casi agónico.

El día que operaron, los vómitos eran más frecuentes, el pulso miserable (140 p.); había meteorismo, hipo, sudores fríos y enfriamiento de las extremidades.

Operación.—El colon transverso y el descendente, en parte, se habían gangrenado por torsión completa; se resecó el intestino gangrenado y las 2 extremidades se suturaron á la pared abdominal por estar la enferma en agonía; la operación duró 2 horas. La enferma murió 3 horas después.

(Resumida de los *Anales* de la Academia).

2.* (1897). Inédita. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, 18 años. Un día sintió un dolor agudo en el vientre seguido de meteorismo que fue creciendo : 12 horas después tuvo vómitos ; á los 5 días no había evacuado. Un empírico que lo vio, le recetó vomitivos de vinagre (dándole hasta media botella de una vez), purgantes y lavativas. A los 9 días que lo vio el Dr. Maldonado, presentaba : gran meteorismo, vómitos pituitosos con estrías sanguinolentas, á veces pulso miserable, vientre doloroso que dejaba ver las asas intestinales en la parte superior del flanco derecho, oliguria y enfriamiento de las extremidades; desde que enfermó no había evacuado ni arrojado gases por el ano. Se aplicaron lavativas eléctricas sin resultado, por lo cual se propuso la intervención quirúrgica que no fue aceptada hasta el día siguiente.

Operación.—Se hizo al día siguiente por la noche; el colon y el ilion estaban retraídos. Había torsión completa en la mitad del intestino delgado; se puso un plano de sutura en las paredes abdominales. Pocas horas después tuvo 4 evacuaciones abundantes. La herida sanó *per primam*.

REVISTA DE CIENCIAS

El mes de Agosto es el mes de los Congresos. En este año los hemos tenido en París y en los Departamentos en el número suficiente para contentar á los más exigentes. Ha habido Congresos de la tuberculosis en París, Congresos de los médicos alienistas y neurólogos en Angers; Congresos de la Asociación francesa para el adelanto de las ciencias en Nantes. Los Congresos son convenientes; allí se reúnen los hombres, se ven de cerca, empiezan á conocerse unos á otros, se forman las más estrechas relaciones entre los sabios ó las preocupaciones personales nacidas, no se sabe cómo, á distancia, desaparecen con la intimidad de las conversaciones diarias. Son, por consiguiente, dignas de alabanza estas *causeries* annales ó periódicas. No quiere esto decir que las cuestiones que allí se ventilan sean siempre nuevas, puesto que las mismas han sido ya objeto de discusiones anteriores; pero se las ha revisado, corregido, y en definitiva han sido mejor entendidas y más seriamente tratadas. Uno de estos Congresos, el de la tuberculosis, ha preocupado sobre todo al gran público, porque ha puesto á la vista el estado de nuestros conocimientos sobre la afección que con razón se ha llamado el mayor azote de la humanidad. En verdad, lo que hasta el presente ha dado mejores resultados contra la tuberculosis es la higiene y la medicina preventiva. Sin embargo, por el conjunto de las investigaciones empezadas parece haber esperanza de que dentro de poco tiempo la seroterapia terminará por prestar su concurso eficaz para la curación de la tisis. Bueno es decir que la tisis es una enfermedad muy curable al principio. Si se atacase en sus primeras manifestaciones sus víctimas serían en mucho menor número; se sabe que aun estando en segundo grado, en ciertos *sanatoriums*, se obtienen cerca de treinta curaciones por ciento. Lo que ante todo se necesita es atacar el mal desde el principio. Hoy, como lo ha demostrado M. Bouchard, es muy fácil hacer un diagnóstico cierto por medio del radioscopio. Con los rayos x se ve aparecer el mal en el organismo; por manera que

tan pronto como haya motivos para juzgar que ya existe, es necesario tomar con presteza las medidas conducentes á extinguirlo, por medio de tratamientos, de aire libre &c. El paciente está casi cierto de obtener buen resultado; se robustecerá. Por lo que respecta á aquellos que han esperado mucho es sumamente difícil la curación; el mal está ya inveterado, y apenas si es tiempo de comenzar la lucha, y lo que sucede con más frecuencia es que la naturaleza salga triunfante en este combate contra el bacilo destructor. Nosotros quisiéramos resumir en cuanto fuese posible algunas de las memorias presentadas al Congreso de la tuberculosis para dar una idea del estado de dicho asunto en 1898.

M. Nocard, que presidía al Congreso, expuso perfectamente el estado de nuestros conocimientos en su discurso inaugural. El bacilo de Koch es quizá el más resistente de todos, tanto que aun hoy día no hay posibilidad de encontrar un agente químico capaz de destruirlo en el organismo ó de impedir su evolución sin afectar gravemente al organismo mismo. El bacilo no crea inmunidad contra sí mismo, de suerte que se ha perdido casi por completo la esperanza de vacunación preventiva por la inoculación del virus atenuado. Las inyecciones subcutáneas, intraperitoneales ó intravenenosas del sérum que proviene de los animales refractarios, no han dado mayores resultados. Ningún sérum obra eficazmente sobre el bacilo tuberculoso. Los rayos x, que habían dado algunas vislumbres de esperanza, son impotentes. Esta larga serie de desengaños no debe ni sorprendernos ni desalentarnos. Villemin la había previsto desde 1891; y, como lo dijo Roux, "la cuestión de la tuberculosis es de aquellas que no podrán ser resueltas sino por largas investigaciones seguidas con paciencia; no debemos esperar que se nos sorprenda con el maravilloso descubrimiento; él nos llegará poco á poco. En una palabra, el remedio vencedor está por encontrarse. En este momento todos los esfuerzos deben dirigirse al tratamiento profiláctico y á las precauciones que deben tomarse para impedir ó detener el desarrollo de la enfermedad. El contagio es cierto; debemos, pues, esforzarnos en combatir su acción, lo que es relativamente

fácil. En cuanto á los bovídeos se ha demostrado que el aislamiento de los animales enfermos ha bastado para detener los progresos de la enfermedad. La herencia tiene una parte muy pequeña en la transmisión; tan pequeña, que suele descuidarse en la práctica. No se duda hoy que la inmensa mayoría de las vacas tuberculosas dan crías sanas en el momento del nacimiento; las crías permanecen sanas si se tiene cuidado de separarlas de las madres inmediatamente después de nacidas y si se las alimenta con leche hervida. Los hatos más gravemente infectados pueden ser curados completamente y vueltos en pocos años á su estado primitivo. El Profesor Baug, de Copenhague, expuso en una lectura muy aplaudida los maravillosos resultados obtenidos en su país con la aplicación de este método. No se sigue de aquí que pueda decirse estrictamente lo mismo de la tuberculosis humana que de la tuberculosis bovínea; sin embargo, las observaciones recogidas respecto de la primera pueden esclarecer los hechos de un modo singular. La importancia del contagio no es más dudosa para con los hombres que para con los bovídeos. Se cree que de los 150,000 franceses que sucumben cada año, víctimas de la tuberculosis, podrían salvarse 125,000 si se pusiesen al abrigo del contagio. ¿No declara esta cifra la importancia social de la profilaxia de la tuberculosis?

Ahora bien: el agente del contagio nos es suficientemente conocido; sabemos que no existe ni en el aire respirado por el enfermo ni en los productos de secreción fisiológica; al contrario, pulula en las expectoraciones. Hecha la abstracción de la leche de los animales tuberculosos, la expectoración es el único contagio temible aun después de seca y hecha polvo. Este polvo virulento, estando en suspensión en el aire, rodea las personas sanas y engendra en ellas la enfermedad, y no solamente contamina á las personas sanas, sino que también infecta de nuevo al tuberculoso mismo. Desde entonces la lucha contra el contagio se adivina; el peligro está en la expectoración después de reducida á polvo. Recojamos, pues, los esputos y quemémoslos antes del peligro. Esto parece fácil en teoría y sin duda lo es para los parti-

culares, es decir, para los enfermos. Pero desgraciadamente sucede lo contrario en los ómnibus, tranvías y ferrocarriles, á pesar de los avisos y de los gastos platónicos que ellos registran; otro tanto sucede en los lugares públicos: oficinas, teatros, cafes, escuelas, talleres, almacenes &c. La profilaxia de la tuberculosis debe entrañar una reforma de nuestras costumbres en la educación de la infancia; por consiguiente, es preciso que se le enseñe á esputar en un vaso completamente cerrado.....no en aquellas escupideras peligrosas de arena ó de aserrín, sino en recipientes de líquido antiséptico. Esto parece impracticable considerado á primera vista; pero si se reflexiona sobre ello, el resultado de esta práctica es el salvar anualmente 125,000 vidas humanas. Por consiguiente, bastará que con la ayuda de la educación primera se termine por conseguirlo. Tal es el punto primordial que hay que obtener, y al presente el que más nos interesa: porque así se aísla de hecho al enfermo, se impide el que sea peligroso á los demás y queda suprimida la causa principal del contagio; se ataca directamente la fuente del mal porque nadie ignora hasta qué grado llega el desarrollo de una enfermedad, cuando se diseminan los focos de infección. Estas advertencias fundamentales son materia de uno de los artículos reglamentarios de la memoria del Dr. Granger en las prescripciones relativas á la tuberculosis, aprobadas por la Academia de medicina. Esto interesa al porvenir; ¿y respecto del presente no habrá un específico contra la tuberculosis? M. Nocard responde negativamente, y por desgracia la fama de su nombre hace que su negación parezca en estos momentos la expresión de la verdad. Creo que nadie dará fe á los mentís interesados que los diarios publican tan á menudo. Cada mes se anuncia un nuevo tratamiento; pero ninguna fe debemos darles, puesto que no han curado á nadie. Aun cuando fisiólogos y médicos de fama hacen experimentos diarios, sin embargo los resultados son negativos ó dudosos; pues el bacilo tuberculoso reviste tántas y tan diferentes formas virulentas, que aunque se crea que aparece una mejoría, no resulta ninguna. Debe tenerse mucho cuidado, porque las aparien-

cias engañan á menudo. En el Congreso M. M. Arloing Courmont, Nicolás de Lyon, dieron á conocer sus investigaciones acerca de la nueva tuberculina de Koch. Nada se ha conseguido con esto; la primera ha sido reconocida como peligrosa y la nueva como inactiva. Estos fisiólogos concluyen después de muchos años de experiencia que á título de agente curativo ó preventivo, la tuberculina T. R. (siendo ésta la segunda preparación de Koch) ha encallado constantemente en sus manos. En Alemania las opiniones sobre esta tuberculina son varias. Algunos médicos afirman que á veces ha sido de mucho provecho; sin embargo, la mayor parte de ellos no ven en esta tuberculina otra cosa que un medicamento útil de reacción contra la toxinfeción, lo que ya sería demasiado. M. Laudouzy agrega que en general se concede un lugar importante á la nueva tuberculina en el tratamiento de las tuberculosis cutáneas. El lupus, sobre todo, ha sido muy favorablemente modificado por este medio. En Francia, los médicos que han ensayado la tuberculina, dicen que no es nociva en una dosis moderada, pero agregan que tampoco es curativa. A pesar de todo, M. Benoit afirma ser muy útil la tuberculina T. R. en el tratamiento de la afección al principio. Todo esto es sumamente vago, y lo que por último parece cierto es que no poseemos un específico eficaz con la nueva tuberculina.

Mucho se ha hablado también del tratamiento de la tuberculosis por medio de la oxytuberculina. El autor de este tratamiento es el profesor J. O. Hirschfelder, de San Francisco. En 1864 Spencer Walls dijo que la peritonitis tuberculosa podía curarse muy rápidamente por medio de una simple laparotomía explorativa. El aire llevaba sin duda el óxido de los productos tuberculosos. Esta observación indujo á M. Hirschfelder á pensar que la oxidación de la tuberculina produciría sin duda una antitoxina, y acabó por oxidar la tuberculina sin destruirla, por medio del agua oxigenada, y á esto dio el nombre de oxytuberculina. Ella ha perdido sus reacciones ordinarias, pero posee una propiedad que no tiene la tuberculina, y es la de matar *in vitro* al menos los cultivos de la tuberculosis.

M. Hirschfelder ha empleado la oxytuberculina en inyecciones subcutáneas, hechas en gran número de tuberculosos. Los resultados hubieran sido de mucho aliento; se hubieran declarado las mejoras y aun las curaciones, según se dice; las aplicaciones locales, en fin, habrían obtenido la curación de una tuberculosis cutánea, rebelde á todos los tratamientos, en lo que se habría procedido muy á la ligera. Nosotros tenemos suficientes motivos para ser prudentes en presencia del bacilo de Koch.

M. J. Denys, desde 1897, experimenta una nueva tuberculina en Lovaina. El Instituto de bacteriología de esta ciudad, después de algunos ensayos hechos en perros, lleva á efecto algunas en el hombre. Ciento veinte tuberculosis han sido tratadas por medio de estas inyecciones durante seis meses, un año y aun más. Se han obtenido muy buenos resultados en las tuberculosis pulmonares apyreticas sin lesiones demasiado extensas.

El año pasado se hizo mucho ruido acerca del tratamiento de la tuberculosis por la seroterapia debida al profesor Maragliano, de Génova. M. Maragliano, en contra de lo que se admite en Francia, cree que es posible preparar antitoxinas tuberculosas que pueden inyectarse á los enfermos y producir su curación. El prepara un sérum inoculando en los animales las toxinas tuberculosas más activas que provienen de los extractos acuosos de los bacilos de Koch. La sangre de estos animales que encierra estas antitoxinas es inofensiva, y el sérum puede determinar, en ciertas condiciones, una curación duradera de la tuberculosis en el hombre. El procedimiento seroterápico tuvo su origen en París. Se ensayó la primera vez en 1888 por MM. Hericourt y Ch. Richet, los cuales inyectaban sangre de perro en el peritoneo de los conejos inoculados con cultivos de la tuberculosis aviaria. Hubo en estos conejos inoculados una mortalidad de diez y siete por ciento solamente, mientras que los no inoculados tuvieron una mortalidad de cincuenta por ciento. En esta época M. Bouchard demostró que era inútil emplear toda la sangre y que sólo el sérum gozaba de las mismas propiedades de inmunidad. A pesar de todas estas tentativas el empleo de los llamados sérums

antituberculosos parece no ser del agrado de los experimentadores. Más tarde se vino en conocimiento de que el sérum que se preparaba no era en realidad antituberculoso. Para prepararlo se tomaba como base, en último caso, el sérum del perro que se creía refractario á la tuberculosis; en realidad, el perro, aunque muy rara vez contrae la tuberculosis, su sangre, por consiguiente, no es impropia para cultivar el bacilo. Es, pues, necesario para obtener un sérum activo empezar por descubrir un medio seguro de vacunar los animales contra la tuberculosis. Se conocieron entonces los trabajos en que Behring y Kitasato daban noticia de haber hallado una vacuna contra la difteria y el tétano. Los MM. Graucher, Ledoux, Lebart y H. Martin le aplicaron el método. A decir verdad, hay tres: el primero emplea los cultivos vivientes de los bacilos de Koch; el segundo se sirve de los mismos esterilizados, y el tercero de productos solubles combinados con cultivos vivos. Los productos se inyectan al animal que sirve para el experimento después de la tuberculización. Ahora bien, de estos animales se han salvado cerca del cincuenta por ciento. MM. Babès y Proca han operado de distinta manera: preparan los sérums por inoculaciones de perros, de conejos y de vacas. A estos animales inyectados al principio con la tuberculina aviaria y con la humana, inoculan sucesivamente tuberculosis aviaria y tuberculosis humana. De esta manera llegaron á mejoras evidentes principalmente entre los conejos. En este estado se encontraban las cosas cuando en 1896 Maragliano obtuvo un sérum según él el verdadero preservador y curador. No obra como los anteriores; preserva á los animales con todas las substancias tóxicas que pueden sacarse de los cultivos tuberculosos. Behring también propone un sérum que tiene por base la segunda tuberculina de Koch y ha anunciado resultados maravillosos. En cuanto al sérum de Maragliano es cierto que se le ha experimentado en Italia desde hace diez y ocho meses con mucho éxito. A pesar de todo, el profesor Laudouzy, que ha seguido de cerca todas estas halagüeñas tentativas, dice claramente:

“En materia de tratamiento específico de la tuberculosis estamos aún en el período de las esperanzas.”

En fin, para completar esta rápida revista nos detendremos un momento sobre las inyecciones de sérum artificial (agua salada) recomendadas por M. Blache (de París). Estas inyecciones, sufridas aun por los niños, levantan el estado general, lo que es de desear en los principios de la tuberculosis; aunque parece que no mejoran sensiblemente las lesiones pulmonares; con todo, colocan el organismo en mejores condiciones para la lucha.

Por último, resulta de este ligero estudio, que por más que se diga, está de parte de la seroterapia el que se pueda hallar un remedio contra las lesiones tuberculosas. Es claro que por medio de la sola seroterapia no se podría, aun dado caso que fuera eficaz, obtener una curación absoluta, pero sí obrar enérgicamente para conseguirlo con la ayuda de otros tratamientos conocidos. Podemos, pues, una vez más, esperar que las investigaciones de tan eminentes fisiólogos no serán vanas. Poco á poco se va iluminando el horizonte y nos deja entrever en un porvenir no lejano los medios de combatir eficazmente la obra mortal del bacilo tuberculoso.

M. Nocard dio á conocer en el cuarto congreso de la tuberculosis un descubrimiento importante: la identidad de la tuberculosis aviaria y humana. Desde hace mucho tiempo ha habido diversas opiniones á este respecto. Los bacilos de la tuberculosis humana se distinguen de los bacilos de la tuberculosis aviaria por caracteres diferentes, de los cuales los principales son: aspecto diferente de cultivos, secos, verrugosos, por lo que respecta á la tuberculosis humana; grasosos, brillantes, por lo que respecta á la aviaria; además, el bacilo tuberculoso humano se detiene cuando llega al grado 42; el de la tuberculosis del ave se desarrolla hasta el 44. La gallina se muestra generalmente refractaria á la tuberculosis humana, en tanto que el conejo se presta á ambos bacilos; no obstante, los animales no mueren de la misma manera en uno y otro caso; es cierto que después de

algunas transiciones de conejo á conejo la tuberculosis aviaria produce en este animal lesiones idénticas á las que causa la tuberculosis de los mamíferos. El caballo es difícil de tuberculizar; algunas veces es atacado por la tuberculosis espontánea; pero la afección reviste tipos diversos: tipo abdominal y tipo pulmonar. Ahora bien, M. Nocard había dicho que los bacilos aislados en la forma pulmonar de la enfermedad tienen las mismas propiedades de la tuberculosis humana; las de la forma abdominal se aproximan á las de la tuberculosis aviaria.

El hombre más bien que el caballo es susceptible de cultivar los dos bacilos, porque Nocard, en el año pasado tuvo la ocasión de encontrar en las expectoraciones de un enfermo bacilos tuberculosos parecidos á los de las aves.

Por último, jamás se habían visto gallinas tuberculosas, y aunque estos animales contraen difícilmente la enfermedad, se encontró que algunos de ellos estaban atacados de tuberculosis desde el día en que el gallinero fue puesto al cuidado de un hombre de expectoraciones bacilíferas.

Estos hechos parecían muy favorables á la hipótesis de la identidad de las dos tuberculosis; sin embargo no fueron suficientes para convencer á los partidarios de la opinión contraria; pues, decían, nosotros creeremos cuando tomado uno de los bacilos demostréis que tiene las propiedades del otro, y á la inversa. Hasta el presente no se ha hecho esta transformación.

M. Nocard, por un artificio ingenioso, ya empleado, ha podido transformar un cultivo de bacilos tuberculosos humanos en bacilos aviarios. Encerró bacilos humanos en un pequeño saco de colodión que introdujo en el peritoneo de las gallinas de que se valió para el experimento. Este saco de colodión es absolutamente impermeable para los microbios y para los fagocytos del ave, pero es permeable para los líquidos y para las sustancias disueltas del organismo. También los bacilos colocados en el saco de colodión pueden desarrollarse con toda facilidad permaneciendo sumergidos en el medio nutritivo del ave. El experi-

te duró ocho meses, al fin de los cuales se dio muerte á las gallinas y se abrió el saco de colodión; estaba lleno de bacilos; el cultivo se había desarrollado notablemente. Se le volvió á colocar y pudo entonces notarse que había tomado todos los caracteres morfológicos de la tuberculosis aviaria.

Así, pues, cultivando de una manera conveniente en la gallina los bacilos de la tuberculosis humana se manifiestan poco á poco los caracteres de los bacilos de la tuberculosis aviaria; por consiguiente estas tuberculosis tan diferentes á primera vista no son otra cosa que dos variedades de una misma especie y no de especies diversas.

Esta identidad debe tenerse presente en adelante, porque evidentemente hay cierto peligro en vivir cerca de gallinas con tuberculosis y sobre todo debe evitarse el consumo de aves atacadas de dicha enfermedad.

Además de la demostración, ahora irrefutable, de la identidad de las tuberculosis del hombre y del ave, conviene citar la transmisión directa de la afección del hombre al ganado vacuno que había estado ya infeccionado. M. Huon dio á conocer de la misma manera al Congreso de París un caso auténtico de contagio de la tuberculosis humana á las vacas.

Se trataba de una vaca empleada en alimentar terneros para el servicio de la vacuna en París. Esta vaca había sido tuberculinda según costumbre (inyectada con la tuberculina de Koch para saber si había reacción) y fue reconocida como sana. No habiendo habido ninguna reacción con la tuberculina es claro que no había tuberculosis. Se la conservaba desde hacía seis meses en un establo sin contacto alguno con los otros bóvidos; cuando se notó que enflaquecía y tosía; entonces se le aplicó de nuevo la tuberculina y en esta vez la reacción fue clara. Hecha la autopsia se conoció una tuberculosis bastante grave de fecha reciente.

Ahora bien; la tal vaca estaba al cuidado de un palafrenero atacado de bronquitis crónica. Cuando este hombre murió se reveló en la autopsia una tuberculosis pulmonar bastante desarro-

llada. Esta observación es concluyente y tan clara como un experimento de laboratorio. La tuberculosis del hombre es de la misma naturaleza que la tuberculosis de los bovídeos. Hay, pues, una causa más de contagio y esta es una nueva razón que tenemos para afirmar que más que nunca debemos, con el objeto de disminuir los estragos de la tuberculosis, tomar las medidas necesarias de preservación contra la transmisión de la enfermedad, ya provenga del hombre ó de los animales.

HENRI DE PARVILLE.

Medellín, 1898.

NOTAS EDITORIALES

La Redacción de *Los Anales* lamenta la muerte del Dr. RICARDO ESCOBAR R., acaecida en esta ciudad el día 17 de Septiembre último. La H. Academia de Medicina, de la cual era él miembro honorario, ha dispuesto que se publique un número especial de *Los Anales* en memoria de tan distinguido ciudadano.

INDICE DEL AÑO IX

A

	Página.
Abraham García (la última enfermedad)	197
Academia de Medicina (proposición aprobada)	249
Adeno cistoma (castración).....	234
Antrax difuso	55
Apendicitis (tratamiento médico).....	333
Apendicitis (tratamiento quirúrgico).....	399

B

Bernardino Medina (Dr.).....	117
Biblioteca de Santander	134
Bilis (propiedades antivenenosas de la de las serpientes &c.)	207

C

Cementerios	114
Centeno ergotado (su acción sobre las mujeres en cinta)	218
Cisto drenaje, versus cistotomía	183
Corona de la reina (la)	121
Cuerpo extraño del bronquio izquierdo	97

D

Discurso del Sr. Dr. Francisco A. Arango.....	52
Dosimetría	286
Duelo	243

E

Epidemia actual.....	351
Erithríneas (ligeras observaciones sobre nuestras)..	176

F

Funerales del Dr. Campuzano	246
-----------------------------------	-----

G

Granalla (la).....	81
Gingiyitis pseudo-escorbútica epidémica	231

H

Heliodoro Ospina L. G. (Dr.).....	102
Herida penetrante del cráneo	92
Hernia inguinal (curación radical)	189
Higiene (notas de).....	354
Histerectomías abdominales.....	358
Histerectomías yaginales.....	361
Histeropexia	369
Hospital de San Juan de D. (diario de operaciones).	315 y 335

I

Infección puerperal.....	253
Infección puerperal, un caso curioso	331

Informe del Secretario (Dr. Tobón).....	273
Informe del Secretario (Dr. Villa).....	38
J	
Juan de Dios Carrasquilla (Dr.)	107
L	
Laparotomía para oclusión intestinal... ..	377
Localizaciones cerebrales.....	293
M	
Manuel V. de La Roche (fallecimiento del Dr.)....	137
Maranjo (el)	122
Medicina práctica	125
Microbios (su papel en la agricultura).....	319
Mordeduras de serpientes.....	133
N	
Nil nocere in obstetricis.....	203
Notas editoriales.....	310 y 389
Notas terapéuticas	128
Nuevos doctores.....	133
Nuevos medicamentos.....	131
O	
Ovariotomías	369
P	
Paracentesis sin trocar.....	195
Penfigus polimorfo	99
Pio-neumo-nefrosis.....	347
Q	
Quiste del ovario.....	86
R	
Rafael Campuzano (Dr.).....	{ 238, 241, 245, 247, 248
Rafael Pérez (fallecimiento del Dr.).....	
Revista de Ciencias.....	379
S	
Sarcoma melánico (tentativa de transmisión del hombre al mono).....	293
T	
Tallas hipogástricas.....	373
Terapéutica docimétrica.....	285
Transfusión.....	202
Trepanación.....	227
Tuberculosis pulmonar.....	342
U	
Unión farmacéutica antioqueña.....	240