

UNIVERSIDAD DE MEDULLA  
 BIBLIOTECA  
 ANALES  
 UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

AÑO VIII. } Medellín, Diciembre de 1896. } Nms. 4.º y 5.º

DOS PALABRAS

Nos habíamos propuesto escribir para cada número de los *Anales* un artículo editorial, bueno ó malo, sobre algún tema de actualidad, que se rozase más ó menos directamente con la Medicina, y que fuese, en nuestro concepto, de pública utilidad. El artículo del presente número no hemos podido terminarlo por varios motivos que no hay para qué mencionar hoy.

A los lectores de los *Anales* que se crean engañados por las largas inserciones que lleva la presente entrega, les hacemos notar que hemos hecho esto á nuestro pesar, pues la Redacción no posee *más artículos originales que los que publica hoy*; y que si desean que nuestro periódico se sostenga á la altura á que el Cuerpo Médico de Antioquia debe tenerlo, es preciso que cada cual envíe algún trabajo; de lo contrario, nosotros continuaremos publicando lo que hallemos en los periódicos extranjeros digno de hacerse conocer aquí.

Los artículos que se envíen para los *Anales* deben pasar, sean cuales fueren, á la Comisión de redacción y deben traer firma. Hacemos esta advertencia para evitar irregularidades y tropiezos.

LL RR.

## TREPANACION

## 1.ª Observación.

X. X., de Girardota, recibió una pedrada en la parte superior de la región frontal izquierda, que le tendió en el polvo sin sentido (Abril de 1896).

Dicha contusión produjo un hundimiento de dos centímetros de profundidad, por cuatro de ancho.

A pesar de un buen tratamiento la supuración aumentaba de día en día.

Catorce días después del golpe, nuestro paciente tuvo convulsiones intermitentes en el brazo izquierdo, y éstas le duraron ocho días; al propio tiempo tenía sensación de pesantez en los miembros del lado derecho y hemianestesia incompleta del mismo lado. Disfasia intermitente y electiva; el herido perdía por instantes la modulación de ciertas palabras que al fin llegaba á pronunciar; pérdida de la memoria de los hechos recientes, aun de lo que estaba diciendo, (¿ algo en relación con la sordera verbal ?) si se le llamaba la atención en ese momento. Disgrafía; al tomar la pluma para escribir tenía que hacerlo con suma celeridad, porque era impotente para moderar la contracción muscular en un sentido ó en otro, resultando de esto que rompía el papel ó la pluma y las letras quedaban *rasgadas*; por otra parte repetía una palabra varias veces sin notarlo sino al releer.

De trato afable y comedido se volvió hosco é irritable. Del lado de la herida sentía casi constantemente una cefalea moderada. Antes de su herida las bebidas alcohólicas no lo excitaban gran cosa y des-

pués, la primer copa lo "enloquecía", según su propia expresión.

Este joven entró á mi servicio clínico el 23 de Julio.

Dado lo largo de la supuración, cefalea y demás síntomas enumerados, creí conveniente practicar la trepanación, para descomprimir el cerebro.

*El día 24, después de anestesiado el paciente, procedí á la operación acompañado de mis amigos los Dres. Vespasiano Peláez y Juan de Dios Uribe.*

Se hizo un colgajo que se invirtió hacia arriba, se ligaron varios ramos arteriales de la temporal superficial y de la temporal profunda media, se levantó el periostio y no se encontró ninguna esquirla suelta, sino que todos los fragmentos se habían soldado irregularmente; con una corona de trépano se extrajo la parte central; se rasparon las irregularidades con una cureta y se cubrió con el colgajo; se dejó una correíta de gasa como dren, se hizo la sutura y una curación de gasa humedecida.

A los ocho días se quitó la curación y el colgajo había cicatrizado por primera intención, excepto en el punto del dren y de los hilos que ligaban dos arterias; dichos hilos se retiraron á los 15 días, lo mismo que la gasa dren. La supuración persistió por estos puntos 30 días más, por lo cual no se dejó ir al paciente que desde el octavo día se levantaba gozando de la mejor salud.

Según decía, cuando abandonó el servicio, la memoria le había vuelto, la dificultad para escribir había cesado, lo mismo que la cefalea, hemianestesia

&c., sobre todo su carácter respetuoso y jovial se restableció por completo.

## 2.ª Observación.

J. D. R., de 22 años, agricultor. Nada particular en los antecedentes de familia. En los personales, no es alcohólico ni sifilítico. Hace tres años le dieron una puñalada en la cabeza (región parietal izquierda). Este joven era animoso y emprendedor; después de la herida, se volvió taciturno y pusilánime; parece—según dice—que perdió el conocimiento por algún tiempo, y que duró *loco* por tres meses; luégo ha tenido ataques en que pierde el conocimiento, se vuelve furioso, se cae en precipicios &c., y no conserva de lo ocurrido el menor recuerdo, hasta el punto que quería matar á su propia madre en uno de ellos, y él lo sabe porque se lo contaron.

ESTADO ACTUAL.—Animo apocado, nivel intelectual muy bajo, carácter voluble, ninguna iniciativa propia, alternativas de tristeza y placidez sin motivo, cefalea permanente, mucho insomnio, fatiga general, le dan ataques convulsivos durante los cuales pierde el conocimiento y cae como cuerpo inerte; en ocasiones su furia es terrible y cuatro hombres no pueden contenerlo, y tienen que amarrarlo porque es muy peligroso, según dicen los enfermeros.

Tiene la sensibilidad general algo disminuída, entra en letargia hipnótica con facilidad, queda entonces completamente inerte y analgésico en grado sumo, pues se le pueden atravesar los músculos con un alfiler sin que sienta lo más mínimo; pierde hasta el reflejo palpebral como en el tercer período de

la anestesia clorofórmica; pero no se puede hacer pasar al estado de catalepsia, y para despertarlo cuesta algún trabajo; no recuerda nada de lo que se le hace durante el sueño hipnótico.

Nuestro diagnóstico fué el de una histero-epilepsia traumática, más epilepsia que otra cosa.

El 23 de Octubre se hizo la trepanación sobre el punto cicatricial.

Por el procedimiento de la Salpêtrière, se sumió en letargia profunda (mientras lo motilaron y afeitaron se perdió media hora del mejor sueño nervioso); luégo se comenzó la operación, en presencia de los alumnos de mi clínica; el paciente no daba la menor señal de dolor ni siquiera de que sintiera lo que se le hacía; se ruginó el hueso y cuando me alistaba á aplicar el trépano, però sin tocarlo aún, el paciente despertó, no por el dolor, pues él no se quejaba, sino porque se iba á morir de la operación (¿sugestión de los enfermeros?); insistí en que durmiera, pero su ánimo había, evidentemente, sufrido una sugestión contraria, ya por la vista de los instrumentos ó bien por las insinuaciones de sus amigos, y como no se podía perder tiempo se le dieron unos pocos gramos de cloroformo y se terminó la operación. Debe notarse que el hueso conservaba por fuera una cicatriz de 2 centímetros, pero por dentro estaba normal y no se veían aristas ni nada semejante.

Seis días después se hacía la primera curación y se quitaban las suturas; la herida había cerrado por primera intención y permitimos que el paciente se levantara, pues su estado general era bueno.

Dos días después de operado tuvo por la noche un conato de acceso que le duró medio minuto, algunas convulsiones y nada más; siguió bien, y tres días después le repitieron las convulsiones; pero es evidente que el ataque se inicia y termina sin la violencia espantosa de los que le daban antes de operarlo. La cefalea se le quitó, la fisonomía es más expresiva y no permanece taciturno como antes.

No podemos juzgar bien del beneficio que este enfermo reportará, porque sería necesario dejar pasar algunos meses, pero por lo que se ve, aquél no será despreciable.

Medellín, 15 de Noviembre de 1896.

MONTOYA Y FLOREZ.

## CUERPOS EXTRAÑOS EN LAS VIAS AEREAS

(OBSERVACIÓN Y OPERACIÓN)

Todo médico conoce las circunstancias en las cuales se efectúa la penetración de los cuerpos extraños en el tubo aéreo. El caso que voy á referir es típico á ese respecto: Un niño sano, de once años de edad, comía cañafistula; dio un traspíe en la calle y cayó; se levantó, y al llorar, un grano que tenía en la boca desapareció y al instante tuvo un acceso violento de sofocación. Pasa este acceso y con intervalos variables de tiempo, precedido de unos golpes de tos fuerte, reaparece la sofocación y amenaza constantemente la vida del niño.

El Dr. Mauro Giraldo, de Santo Domingo, reconoce la presencia de un cuerpo extraño, movable en la

tráquea, creé que debe hacerse operación para extraerlo, y como carecía de los instrumentos necesarios para esto, nos envía el enfermito.

El Dr. F. A. Arango y yo lo examinamos y nos pareció tan característico el ruido traqueal que tenía el niño, particularmente cuando tosía suavemente, que no vacilamos en hacerle la operación, la cual practicamos en asocio del Dr. Carlos Mejía.

Abierta la tráquea no nos fue posible coger con pinzas el grano de cañafistula, el cual se presentó á la herida y subió á colocarse debajo de las cuerdas vocales; al tratar de retirarlo de allí con las pinzas pasó la glotis, y el joven Lázaro Uribe C. lo cogió en la boca.

Se hizo una sutura muscular y otra cutánea con crin; se puso el apósito y se dejó el enfermito en la cama, quieto y bien.

Media hora después el niño quiso llorar y al hacerlo se hizo una violenta infiltración de aire por todo el tejido celular, dándole al niño el aspecto del angel con la trompeta del juicio final. El Dr. Arango llegó á la casa oportunamente para impedir la asfixia que yá empezaba, cortando los hilos de sutura y en seguida hicimos una curación simple con gasa antiséptica en bufanda, y aguardamos.

Al día siguiente el niño se había desinfiltrado bastante, la herida se había enjutado un poco y la cerramos con *serre-fines* en casi toda su extensión, dejando una aberturita en el ángulo superior por la cual salía bien el aire. Treinta y seis horas después quitamos las *serre-fines*, pusimos banditas de esparadrappo,

las cuales no adhirieron bien y continuamos unas curaciones antisépticas.

La herida se cerró admirablemente bien, dejando una cicatriz insignificante, no obstante la indocilidad del niño, á quien difícilmente hacíamos guardar el reposo necesario para que los labios de la herida quedasen afrontados y se adhiriesen.

A medida que el niño aprendía á respirar por la boca, la fistulita se estrechaba y por último desapareció quedando completamente bueno el enfermito.

J. B. LONDOÑO.

## PLANTAS MEDICINALES Y ALIMENTICIAS

DE ANTIOQUIA

N

J. B. Londoño

(Continuación).

**NACEDERO.**—*Ruellia gigantea*, H. Bompl.  
—**Acantácea Rueliea.**

Se emplea especialmente en alguna enfermedad de los cerdos la cual los enflaquece y derrenga. También lo emplean para hacer arrojar la placenta en los animales. En las hidropesías pasivas tiene gran reputación y de allí su otro nombre vulgar de *Quiebrabrigo*. Usanse las hojas.

**NARANJO.**—*Citrus aurantium* (*amara, dulcis mandarina*).—**Rutáceas, Hesperideas, Citreas.**

La corteza de estos frutos contiene ácidos espérico y auranciamárico. Este es amargo, lo mismo que la auranciamarina. Por destilación da—la corteza—la esencia de Portugal (bigarade), y las hojas dan otra esencia distinta de la de los azahares ó néroli, con la



cual se mezcla. Las semillas dan un producto amargo llamado limonina. Las cortezas y semillas, hojas y flores, se emplean como antiespasmódicos, tónicos, estimulantes, carminativos, vermífugos y febrífugos. La naranja es un remedio excelente para las fiebres palúdicas y tifoideas, especialmente en los niños.

NERVIO.—*Cuscuta americana*, L.—**Cuscutáceas, Cuscutneas.**

Es laxante y depurativo (Grosourdy).

NIGUA.—*Margyricarpus setosus*. — **Rosácea Agrimonea.**

No conozco la planta. He oído recomendarla mucho. El Padre Velasco dice que es *cefálica y dulcificante*. El Sr. Sandino Groot habla de su empleo como hemostático y antihemorroidal.

Ñ

ÑAME.—*Dioscorea alata*, L. *D. sativa*.—L. **Dioscoreáceas.**

Los tubérculos contienen mucho almidón y son buen alimento, pero poco usado entre nosotros. Las hojas diz que son febrífugo.

O

OBAMBO.—Creemos que es un Ñame (v. esta palabra). El almidón de obambo reemplaza al de achira y de sagú.

OLIVO.—*Mirica cerifera*, L. — **Castaneáceas Miriceas.**

Del fruto se extrae la *cera de olivo* muy empleada para el alumbrado en los templos. Con dicha cera y la ceniza de chilco hacen un jabón antirreumatisal.

El fruto tiene sabor pimentáceo. La corteza es astringente, estimulante y diurético.

OJO DE BUEY Y OJO DE VENADO.—*Mucuna urens*, L. *M. prurita*, Hook.—**Leguminosas, Papilionáceas, Faseoladas, Eritrínea.**

El vello de las vainas debe ser vermicida como el de la picapica. El renuevo floral es comestible. La hoja es rica en tanino. El ojo de venado es remedio vulgar de las hemorroides; pero obra á distancia: basta llevarlo en el bolsillo....!

OTOBERO.—*Myristica otoba*, H. B.—**Miristícaceas.**

Eficaz remedio de las afecciones parasitarias de la piel. Ha sido estudiado por el Dr. García, de Cali, y el Dr. Iriarte, de Ibagué. Este último lo ha usado con éxito en la lepra, en algunas afecciones intestinales parasitarias. Planta tan útil debía estudiarse mejor.

OREGANO.—*Origanum vulgare*, L.—**Labiada, Saturcía.**

Es estimulante, estomáquico, emenagogo y béquico.

OREJA DE PALO.—*Poliporus*.... **Hongo Agaricáceas.**

Da yesca. Se emplea como hemostático.

ORTIGA.—*Loasa urens*, L.—**Loasáceas.**

Los empíricos emplean esta planta, que produce una violenta urticación, como revulsivo en las afecciones crónicas de la medula espinal.

**P**

PAICO.—*Chenopodium ambrosioides*, L.—**Quenopodiáceas.**

La infusión es estomáquica y antiespasmódica. Creemos que debe á estas propiedades su gran reputación en los *ataques de lombrices*.

**PALMA DE CERA.**—*Kloptosckya cerifera*. Krst.  
—**Palmera Arecinea.**

Suministra su tronco la cera de palma empleada en el alumbrado. Esta cera contiene una resina y ceroxilina, principio cristalizabile.

**PALMA REAL** (de tierra caliente).—*Scheelia regia*. Krst.—**Palmera Arecinca.**

El fruto es comestible. La almendra es rica en materia grasa.

**PALO DEL HUERTO.**—¿*Euphorbia cyathophora*....?—**Euforbiácea, Euforbiea.**

Esta planta como todas las de su género contiene un jugo lechoso, acre. El alcoholaturo se emplea como antirreumatismal.

**PALOMITA** (véase CONDURANGO).

**PAPAYO.**—*Carica papaya*, L.—**Bixácea Papayea.**

Fruto azucarado y de olor agradable. Es un buen eupéptico y antihelmíntico, propiedades que debe á la papayina. La raíz es picante y se emplea como rubefaciente.

**PAPAYUELA.**—*Vasconcella cauliflora*, A. D.  
—**C. Bixácea Papayea.**

Fruto comestible, agradable como el anterior. Las

semillas cuando se hinchan en el tubo digestivo causan graves accidentes (tiflitis, rectitis, obstrucción intestinal).

**PAPA.**—*Solanum tuberosum*, L.—**Solanácea, Eusolanea.**

Los tallos y frutos sirven como la yerbamora. El tubérculo como alimento y para preparar cataplasmas emolientes.

**PAPA CIMARRONA.**—*Smilax lanceolata*.—**Li-liácea Esmilacínea.**

Este tubérculo ó raíz es empleado como alimento por los habitantes de las tierras frías.

**PARAGUAY** (véase ESCUBILLA).

**PAREIRA.**—*Chondodendron tomentosum*, R. Pav.—**Menispermácea.**

La raíz dicen que es diurético y alexifarmaco. Se usa mucho en las arenillas renales, en la blenorragia, &c.

**PARAÍSO.**—*Melia sempervirens*, L.—**Meliácea, Meliea.**

Tanto la raíz como la corteza y el fruto se usaron en Oriente como antihelmínticos. La raíz se recomienda como tónico febrífugo y tenífugo. El fruto es drástico y venenoso. El grano es oleaginoso.

**PARIETARIA.**—*Parietaria officinalis*, L.—**Urticácea Parietaria.**

Se emplea en las afecciones génito-urinarias co-

mo diurético. Exteriormente se emplea para lavar las úlceras.

PATICO (véase CORAZÓN DE JESÚS).

PELÍCANO.—*Delfinium ¿cuniatum?*—**Renonculácea.**

Planta muy venenosa aplicada únicamente contra el zumbido de oídos en vahos y como antiparasitario.

PEPINO.—*Solanum pruinatum*, L.—**Solanácea, Solanea.**

Fruto de sabor ácido un poco indigesto. Planta poco usada.

PEREJIL.—*Carum petroselinum*, H. Bn.—**Umbelífera, Amminea.**

Se emplea en cataplasmas como resolutivo en las contusiones, infartos lácteos y picaduras de insectos ponzoñosos. (Se le agrega sal común al emplasto). El zumo de toda la planta es febrífugo. La semilla, emenagogo. La raíz diurético.

PICAPICA.—*Mucuna pruriens*.—**Leguminosa, Papilionácea, Faseolada, Eritrinea.**

Es un remedio vulgar de mucho nombre para matar y expulsar las lombrices comunes del intestino. Se da en miel espesa el vello de la vaina picado ó recortado con tijeras. Una hora después de haber tomado el remedio, se administra un purgante.

PIÑÓN.—*Jatropha gossypifolium*, L. &c.—**Euforbiácea, Yatrofea.**

Seis á ocho granos de piñón mezclados con azú-

car pulverizada producen un efecto purgante considerable. Son menos activos que los del *J. multifida*, L. que pueden causar una *gastro-enteritis* mortal.

PIÑA.—*Ananassa vulgaris*, Lindl ó *Bromelia ananas*.

PIÑUELA.—*Bromelia karatas*.—**Bromeliáceas.**

Frutos ácidos. Contienen ácidos málico, cítrico y tártrico lo que da idea de sus aplicaciones médicas en las afecciones febriles especialmente de los niños. Gozan entre el vulgo de mucha fama como remedio de las afecciones del hígado (?).

PIMIENTO Ó PIPILONGO.—*Piper longum*, L.  
—**Piperácea.**

Se emplea como condimento y como medicamento del mismo modo y en los mismos casos en que se emplea el ají y la pimienta.

PITA (véase CABUYA).

PITA.—*Sambucus racemosa*, L. *S. peruviana*, L.—**Cariofiláceas.**

Las flores, los frutos y el líber de la corteza tienen las mismas aplicaciones que el SAUCO (véase esta palabra).

POLEO.—*Mentha pulegium*, L.—**Labiada: Satureyca.**

POLEO DE MONTE.—*Teucrium*....?—**Labiada, Ayugea.**

Contienen estas plantas un principio aromático alcanforado que posee propiedades analgésicas y eme-

nagogas. El poleo se emplea en los catarros bronquiales, en el asma y la tos ferina. Se dice que calma mucho el dolor uretral de la blenorragia.

POMA.—*Eugenia jambosa*, L.—Mirtácea, Mirtea.

Fruto azucarado y aromático bastante indigesto. La corteza del tronco diz que es la parte interna, emético, y la externa purgante. Las hojas y los frutos verdes son astringentes y se emplean en la blenorrea, la leucorrea y la disentería. La flor es ácida.

POLIPODIO. — *Polipodium thysanolepis*, A. Br. &c.—Filicinas.

Estos helechos tienen aplicación en las afecciones cutáneas, es decir, como depuradores. Se usan las raíces ó rizomas.

(Continuará.)

---

## LA TESIS INAUGURAL

PARA EL DOCTORADO DEL JOVEN JULIO MARTÍN RESTREPO.

Saludamos con positivo placer á nuestro compatriota y colega, el Sr. Dr. Julio Martín Restrepo, nos congratulamos con él por el brillante término que ha dado á su carrera profesional, y le dirigimos voto de aplauso por la erudita á la par que científica Memoria con que ha coronado sus estudios universitarios.

Hemos tenido siempre costumbre de estimular á la juventud que se dedica al cultivo de la medici-

na, y en el caso presente no tratamos de un simple acto de lisonja ni aun de benevolencia; tratamos de administrar justicia á quien la merece y de recomendar á uno de nuestros conciudadanos á la estimación del público, porque vemos en él grata esperanza para la humanidad doliente y para honra y prez de la Nación colombiana.

Versa la Tesis del Dr. Restrepo sobre la Lepra y su tratamiento por la seroterapia, y á fe que no pudo escoger el joven alumno asunto más interesante para darnos prueba perentoria de su clara inteligencia, de su laboriosidad infatigable y de su acendrado amor por la tierra natal.

En efecto, la lepra griega parece haber fijado su cuartel general en nuestro territorio y nos amenaza con la degradación completa de sus habitantes. El horrendo mal se extiende de un modo alarmante, y comoquiera que su carácter sea el padecimiento extremo y el de la muerte infalible, preciso será que todos los sabios humanitarios, no sólo de esta tierra sino del mundo entero, aúnen sus esfuerzos para ver de extirpar el más horrendo de todos los males conocidos.

Antigua, como la más vieja de todas las enfermedades registradas por los anales del globo, la lepra se ha burlado siempre de la constante labor y de la sagacidad de los más profundos pensadores. Ha sido tal la rebeldía que este azote cruel ha mostrado á todos los medios curativos, que largos períodos de la vida de los pueblos han pasado mostrando el desaliento de la desesperación, en los profesores que hubieran podido dedicar pacientes labores á la consecución del triunfo.



Hoy nuevo espíritu de actividad estimula la inteligencia de los médicos para volver á trabajos tan importantes, y eso en tal manera, que bien puede asegurarse que los libros producidos en la mitad de la última centuria, relativos á la lepra, son más numerosos que los que pueden recogerse en todo el resto de la duración histórica de la ciencia. Provisto el mundo moderno de un caudal infinitamente mayor de conocimientos que los que poseyó en todas las épocas anteriores, no trata punto del saber humano sin hacerle ejecutar muchos pasos de adelanto, y por ello confiamos que el hasta ahora insondable misterio de la lepra, será resuelto favorablemente para ventura de la estirpe humana. Pena da decirlo, pero el problema continúa todavía sin hallarle solución á la incógnita; mas para consuelo nuestro, licencia tenemos para decir que el campo en que está planteado, tiene al presente numerosos puntos llenos de luz.

Como encabezamiento de la obra, el Dr. Restrepo nos da un resumen histórico de la lepra griega, tan concreto y al mismo tiempo tan exacto, como pudiéramos apetecerlo. Presumimos haber leído bastante en relación con ese tópico importante, y decimos, sin reserva, que su resumen nos ha dejado satisfechos. Hay en la exposición histórica gran sobriedad de palabras, buen método, conocimiento exacto de los hechos y perfecta concisión.

Sigue á la reseña histórica, lo que á la Etiología se refiere, y en esa materia el desempeño nos parece perfecto.

Aceptar dos órdenes de causas para la producción del mal de Lázaro, opinamos que es bien pensado: causas primordiales eficientes, y causas ocasionales.

El bacilo y su agencia por una parte, y el contagio y la herencia por otra, deben presidir, según pensamos, á las primeras; y tal es en nuestro concepto el modo de pensar de nuestro ilustrado colega. El desaseo, una mala alimentación, una topografía desfavorable, una transición repentina del calor al frío y otras causas numerosas aceptadas acaso sin mucho discernimiento como principales, deben ocupar hoy, si no estamos engañados, la categoría de secundarias ó simplemente ocasionales.

La Tesis á que venimos refiriéndonos, trata la cuestión alusiva al contagio de una manera que nos parece magistral; porque aunque no ignoramos que las opiniones no están enteramente de acuerdo respecto á este punto, sí sabemos que hoy por hoy una gran mayoría de profesores lo aceptan como verdad inconcusa. Las pruebas aducidas por el Dr. Restrepo son numerosas, bien escogidas, y en nuestro concepto, irrefutables.

En relación con la transmisión de la enfermedad por ley de herencia, creemos que el autor del escrito á que aludimos, anda por buen camino, y si no estamos equivocados, por la senda trazada hábilmente por el ilustre sabio colombiano, Dr. Juan de Dios Carrasquilla.

Según el modo de pensar de estos dos compatriotas nuestros, las enfermedades no se transmiten por herencia de un modo fatal. Se transmiten por herencia las condiciones anatómicas y fisiológicas de un organismo, pero no los elementos mórbidos. Los efectos de los segundos pueden evitarse por medio de precauciones higiénicas, mientras que los primeros están unidos irremisiblemente á la constitución del hombre. Si

la propagación hereditaria de las dolencias humanas fuera de cumplimiento ineludible, no alcanzamos á comprender el grado de perversión vital en que se hallaría hoy sumida la estirpe humana. Discurrimos que la herencia de las condiciones orgánicas de los padres son causas predisponentes, y creemos firmemente que los hijos de los leprosos, de los tísicos, de los locos &c. y de otros muchos pacientes de semejantes enfermedades, están mucho más expuestos que los descendientes de sujetos sanos, á contraer las dolencias de sus progenitores; pero nos consuela la convicción en que estamos de que los descendientes de esos enfermos, separados de las causas comunes que procuran la aparición de iguales dolencias, pueden de hecho ser redimidos de la desgracia que los amenaza.

La definición adoptada en la Tesis es de todas las definiciones dadas hasta ahora, la que juzgamos más aceptable.

La sinonimia representa un punto de la ciencia generalmente recibido por todos los buenos escritores, y como además viene de los conocimientos históricos y de las tradiciones universalmente aceptadas por los diferentes pueblos, creemos que debe pasar sin alteración alguna.

La división de la enfermedad en lepra tuberculosa, anestésica y mixta es enteramente igual á la expuesta por el Dr. Leloir y otros profesores distinguidos. Nosotros la profesamos como dogma, porque nos parece que otras muchas variedades de lepra, aceptadas como distintas, están en tela de juicio.

La parte que en la Tesis corresponde á la sintomatología es, según nuestro entender, tratada con gran perfección de pormenores.

Mucho ha dado que hacer á los sabios la tarea de llegar á producir una descripción clara de la dolencia en cuestión. Se dice que Areteo fue el primer médico que dio al mundo la mejor descripción del mal de Lázaro, y nosotros lo creemos así, porque apenas hemos leído algo más neto, más preciso y más cabal que lo que dice aquel ilustre expositor.

En el capítulo de la Memoria que examinamos, los síntomas están relatados con fidelidad que apenas hemos visto en los enfermos á quienes nos ha sido dable observar con detenimiento: prodromos, síntomas invasores, trabajo más ó menos lento de su aparición, formación de manchas, producción de tubérculos, ulceraciones, parálisis, deformaciones, contracturas, espesamiento de la piel, caída de pelos, abultamiento de orejas y narices, devastaciones de órganos, mutilaciones, gangrenas y, en fin, todo lo que en copiosa multitud se presenta en el funesto proceso de este flagelo misterioso, todo está expuesto en la Tesis, en buen orden, y eso de tal manera, que las diferentes fases del enfermo se ven aparecer en el cuadro, como aparecen las figuras bajo la brocha de un hábil pintor; y tan es así, que nosotros pensamos que la fisonomía de un leproso en todas sus fases, podría ser trasladada al lienzo por un maestro que no la conociese, sin más diligencia que la de leer lo escrito en el trabajo á que nos referimos.

A propósito de enumeración de síntomas, juzgamos que el Dr. Restrepo habría hecho muy bien en no contentarse con el retrato que de ellos ha hecho como experto dibujante, y que su tarea habría sido más recomendable si se hubiera tomado el trabajo de buscar la causa de su producción en el proceso de las al-

teraciones patológicas, que los bacilos pueden desenvolver en los diferentes tejidos orgánicos, para llegar á producirlos.

En relación con la anatomía patológica, sólo tenemos que decir que el autor la expone como lo hacen muchos profesores respetables; pero que por nuestra parte habríamos quedado más satisfechos, si tomando por base los fenómenos patogénicos aparentes, hubiera por interés de la ciencia explicado, aunque fuese de una manera hipotética, el modo y forma en que el parásito, apoderado de la economía humana, mina y destruye los tejidos. Tal vez de esa manera hubiera llegado á preguntarse si el efecto causado por éstos, debiera considerarse como una acción paralizadora de los nervios vaso motores, como expresión de profunda debilidad nerviosa, ó bien como exaltación de las funciones de los citados nervios; porque si esos problemas llegaran á ser resueltos, más probabilidades habría de conseguir por medio de la experimentación, un método curativo más adecuado y que diera más consoladoras esperanzas para combatir el mal.

Buenas cosas dice el autor de la Tesis en relación con el diagnóstico; pero preciso es confesar que se queda corto al procurar la discriminación de los síntomas diferenciales que separan la lepra de otras enfermedades, con las cuales ha querido confundírsela. Verdad es que ese trabajo habría pedido muchas páginas más que las ya harto copiosas que tiene el folleto, y habría pedido también mucha riqueza de lógica, de la cual no está desprovisto el autor, á juzgar por la manera como se conduce en la exposición de sus principios.

Por nuestra parte opinamos que la lepra griega

es una enfermedad específica, sola en su esencia, y diferente de todas las otras que puedan presentar con ella síntomas análogos, puesto que muchas de las afecciones de la piel deben, en nuestro concepto, su origen á perturbaciones del sistema nervioso, ya sean centrales ó periféricas, pero en todo caso distintas para nosotros de las que fijan su residencia en el sistema nervioso vaso motor, centro y origen de todas las manifestaciones leprosas.

Muchos autores piensan que el vitiligo ó lepra alba, la morfea ó lepra matizada, el ainún, la úlcera perforante, las deformaciones reumatismales, especialmente las del reumatismo nudoso, las mutilaciones producidas por la gangrena simétrica descrita por P. Maurice, el mal de San Antón—que acaso puede ser la misma cosa—la pitiriasis, las sífilides, la sífilis misma, especialmente en su forma tuberculosa, y otras alteraciones de la piel observadas en los Pirineos y en otros puntos del globo, no sean sino formas diferentes de la lepra griega, pero en realidad la lepra misma.

Con permiso de los autores que así piensan, nos atrevemos á creer que no están en lo cierto; pero en todo caso, como la última palabra, como la razón superior de los hechos, ahí está el microscopio para sacar de dudas, y él muestra bien la diferencia que existe entre el microbio tuberculoso y el leproso que tantas analogías han parecido tener entre sí. La siringomielia tenida por lepra, no lo es en concepto de muchos profesores; porque mientras que en la lepra el bacilo de Hanssen superabunda de un modo imponderable, en la otra falta absolutamente.

Cuando el escritor de la Tesis entra á tratar de las complicaciones, se muestra bastante erudito, y sobre el particular poco se nos ocurre qué decir, á no ser con

respecto á la complicación con la sífilis, de la cual hemos tenido un caso reciente de singular elocuencia. Tal complicación ataviada de los fenómenos que le son peculiares, ofrecía períodos en que amenazaba destruir completamente el organismo del enfermo; mas el yoduro de potasio en alta dosis, detenía como por encanto la destrucción orgánica y aun halagaba con la idea de que se había llegado á perfecta curación. Sin embargo, el hecho era ilusorio; porque la dolencia, después de un adormecimiento temporal, levantaba de nuevo la cabeza y seguía su marcha imperturbable con una rebeldía dominante.

En el pronóstico el Dr. Restrepo ha tenido poco qué hacer, porque cosa bien sabida es que hasta los *días que corren, la enfermedad ha sido indomable y mortal, si no en todos, en la inmensa mayoría de los casos.*

Cuando el autor trata del método curativo, expone con claridad mucho de lo que hasta la presente fecha se ha hecho para combatir la lepra; todo, es preciso decirlo, sin resultado satisfactorio. Hace mención especial de muchos métodos y de muchos medicamentos empleados para atacar la dolencia, y no importa para él que muchos de ellos sean de una vulgaridad despreciable; mas al tratar de otros que han llamado pasajeramente la atención de los sabios y del público, olvidó hablar de los efectos del huano, de la mordedura de las serpientes, del clorato de potasa y del procedimiento del Dr. Unna que tanto ha dado qué hablar en estos últimos tiempos.

El Dr. Restrepo hace mención del empleo del fuego contra los tubérculos y ulceraciones leprosas usado desde la más remota antigüedad, y ensayado últimamente por muchos profesores respetables, entre otros el Dr. Zambaco Pacha.

Nosotros entendemos que el fuego ha sido empleado para combatir los tubérculos y las ulceraciones, únicamente como un cáustico local, para modificar los tejidos alterados y provocar, por un estímulo poderoso, la absorción de los unos y la cicatrización de las otras.

Hemos ocurrido hace algunos años al fuego, pero con intención distinta. Hemos empleado el cauterio *recurrente* y el *cauterio en puntas*, pero sin ponerlo ni sobre las úlceras ni sobre los tubérculos, sino únicamente pasándolo con rapidez á lo largo de la columna vertebral, de los remos y del tronco, escogiendo particularmente los puntos anestesiados y aquellos en que manchas acrómicas ó hiperacrómicas tenían su sitio señalado.

¿Qué nos hemos propuesto conseguir apelando al cauterio en esta forma? Partiendo de la idea que tenemos de que el sistema nervioso vaso motor está paralizado en la lepra, hemos creído poder despertarlo de su letargo y darle movimiento con impresiones diastálticas producidas por el intenso dolor de la quemadura, y obligarlo á que lleve su acción á las arteriolas y sistema capilar de los puntos enfermos, y para que todos esos nervios provistos de energía, devuelvan la vitalidad perdida á los vasos sanguíneos.

B. L., natural de La Ceja del Tambo, entró al Hospital de Caridad de Medellín, enfermo de lepra tuberculosa, y llegaba yá al tercer período del mal. Las orejas, la frente, la nariz, las mejillas y la región maxilar inferior, presentaban muchos tubérculos, reblandecidos algunos de ellos y ulcerados otros. Los brazos, antebrazos y manos, exhibían el mismo síntoma; y la espalda, lomos, muslos y piernas, se hallaban en idéntica situación.



Para tratar de combatir el mal, principiámos por dar á este enfermo dos gránulos de atropina de un miligramo cada uno, en las veinticuatro horas; le cubrimos todas las partes libres de la cara con una mascarilla de tela vesicante D'Albespeires, y vimos con alguna sorpresa, que los tubérculos ulcerados manifestaban tendencia á cicatrizarse, y los que no lo estaban, señales evidentes de absorción.

Después de quitar el vejigatorio, curámos por algunos días todos los puntos cauterizados con unguento amarillo, y pasámos rápidamente por ellos un pincel empapado en ácido nítrico debilitado.

El dolor producido por esta terrible aplicación, fue intenso, pero cuando las cicatrices se mostraron, todos los tubérculos habían desaparecido, y las úlceras quedaron completamente sanas.

Animados por el resultado anterior, que nos pareció feliz, pasámos el cauterio recurrente á lo largo de la espalda y de todo el dorso, trazando una faja como de siete centímetros de anchura, y seguimos curando como lo habíamos hecho en la cara. Cosa idéntica practicámos en los brazos, antebrazos, dorso de las manos, muslos, piernas y pies, aunque en extensión proporcionada al tamaño natural de aquellas partes. Cicatrizados todos aquellos puntos, los tubérculos desaparecieron y la piel entró en condiciones normales.

Cuando procedíamos de la manera indicada, apoyábamos el tratamiento con el empleo alternado de esos medicamentos á los cuales el Dr. Vulpián atribuye efectos dilatadores de los vasos sanguíneos: atropina, estriquina, quinina, ergotina &c., y con algunas

corrientes eléctricas farádicas y algunos purgantes ligeros, á intervalos.

Un poco de edema que existía en los pies y algunas escamaciones farináseas desaparecieron en seguida, y nos dieron ocasión para presumir que el enfermo iba en vía de curación.

Si se exceptúa el cauterio que no aplicamos sino una sola vez, debemos advertir que lo demás del tratamiento fue continuado durante un año bajo las mismas condiciones, y que al cabo de ese tiempo B. L. no volvió á presentar síntoma alguno de lepra, ni aun para personas inteligentes que lo examinaron atentamente á petición nuestra.

Dos años siguió este paciente tan sano que, como no infundía sospecha alguna, fue empleado en el Hospital para ejercer varios oficios.

Por desgracia, al cumplirse tres años de aparente curación, el sujeto fue atacado repentinamente de disentería maligna, de la cual murió con rapidez.

Hemos guardado silencio respecto á este hecho, porque hemos creído que no es demostración perentoria de curación de lepra; pues la disentería misma pudo ser reproducción de reincidencia tuberculosa, y porque si no hubiera muerto como murió, es posible que algún tiempo después, el mal hubiera reaparecido con su forma ordinaria y acaso más destructora que de costumbre.

Un joven de 17 á 18 años de edad, fue presentado hace como cuatro años á nuestra consulta por su señor padre.

Aunque el mal de este joven fuese incipiente y aunque los síntomas se mostraran con alguna vague-

dad, diagnosticamos lepra griega, opinión que fue confirmada por dos distinguidos profesores de la ciudad.

De acuerdo con uno de ellos y previo consentimiento del padre y del enfermo, emprendimos el tratamiento por el fuego y por la administración de los medicamentos indicados, cuando hicimos mención del enfermo anterior. Los tubérculos, las manchas, la anestesia y demás síntomas desaparecieron al cabo de catorce meses de tratamiento, y eso en tal manera, que el paciente, persona bien relacionada, ha continuado viviendo en sociedad durante dos años, sin que nadie haya llegado á sospechar que esté enfermo.

Hace un mes que el distinguido profesor, compañero en el tratamiento, vino á nosotros y nos expresó con pena que la enfermedad había reaparecido, y en esta vez con caracteres más alarmantes.

A. M., otro joven igualmente leproso, ha sido tratado de la misma manera, y con resultado tan favorable, que hasta hoy, pasados dos años, está bien; pero nosotros con la franqueza que pide la ciencia y amigos le la verdad, decimos que no tenemos confianza en la curación definitiva.

No hemos querido hacer antes mención pública de estos hechos, porque como se ve están muy lejos de ser satisfactorios; pero sí hemos querido aprovechar la ocasión de examinar la Tesis del Dr. Restrepo, para apuntar hechos que si algo tuvieren de animadores para lo porvenir, podrán ser seguidos y rectificados por otros profesores.

Los fundamentos que hemos tenido para llegar á pensar que el método indicado puede ser provechoso, pedirían más tiempo y espacio de los que disponemos, para ser explicados científicamente. Si nuestra exis-

tencia se prolongare un poco más de lo que pensamos, trataremos de llenar este vacío en artículo especial.

Para concluir su interesante trabajo, el Dr. Restrepo entra en importantes observaciones acerca del tratamiento de la lepra griega por la seroterapia, método propuesto por el Sr. Dr. Juan de Dios Carrasquilla, sabio eminente de Colombia, á quien el joven doctor califica en términos honrosísimos y á cuya sabiduría se rinde, como debemos rendirlos todos los que hayamos leído y meditado sus escritos.

Sin embargo, el Dr. Restrepo no cree á ojo cerrado que la curación de la lepra se haya alcanzado por este medio; si bien confiesa que los obstáculos encontrados hasta ahora pueden depender de la falta de aparatos convenientes para conseguir la asepsia completa del suero antileproso.

La Tesis está ilustrada con algunos grabados y con la relación de algunos casos clínicos estudiados por el autor.

En resumen, el trabajo que hemos criticado es un paso más hacia adelante en persecución de la verdad, que debe conducir á derribar de su pedestal de muerte á la enfermedad que el Dr. Ricardo de la Párra, llamaba en su lenguaje pintoresco y exaltado "La aterradora esfinge".

Nosotros que tenemos fe en la inteligencia del hombre, decimos sencillamente que la próxima centuria verá desaparecer este funesto azote de la humanidad.

Envigado, 16 de Noviembre de 1896.

M. URIBE A.

## MIASIS INTESTINAL

¿Cómo se explica la presencia varias veces repetida de larvas de mosca en las materias fecales?

Hace cerca de un año que un señor del Frontino vino á mi despacho á consultarme para *varias enfermedades* que diz que padecía desde 1884.

Me refirió él que en aquel tiempo había arrojado en las deposiciones un gusano semejante al que llaman *de monte*. (\*)

En 1885 á causa de haberle impresionado bruscamente con la noticia de la muerte inesperada de su padre, perdió la chabeta, y quedó padeciendo por algún tiempo de *delirio de persecución*, del cual mejoró, pero tuvo una recaída.

En 1888 tuvo nuevo acceso de locura con esta particularidad, me decía el enfermo, "que vio dos moscas un poco grandes que lo asediaban y oyó voces que le anunciaban que estos animales le harían mal." Desde entonces está sufriendo unos cólicos—que alguno ó algunos médicos han denominado hepáticos—los cuales se repetían al principio cada dos meses, después cada cuatro meses, que le duraban *cuarenta y ocho horas* y que en pos de ellos le quedaba ictericia.

Al mismo tiempo y también con intervalos poco más ó menos de dos meses, *arrojaba en las materias fecales unos gusanitos en número de 10 á 20 en cada deposición*.

Un tal Her. F. W. Taube le propinó para quitarle todos sus males un remedio el cual diz que le

(\*) Género *œstrum* ó *œstrus*, y que es *cutícola*. El hombre alimenta algunas larvas de estos estrídeos.

hizo arrojar muchas cosas del intestino, le causó borbachería y lo dejó viendo todo de color amarillo y verde. Al siguiente día tomó un polvito blanco que le quitó el viento que tenía en el estómago. Tomó después una cucharada como de miel y un purgante de aceite, el cual le hizo arrojar muchas *frialdades*.

Sin embargo, poco tiempo después volvió á arrojar los gusanitos con unas píldoras de Rose que tomó.

El Dr. Martínez (Juan Bautista) del Frontino, le hizo arrojar varios de estos gusanos con calomel, y después de examinarlos atentamente, le manifestó al paciente que eran distintos de todos los bichos intestinales conocidos.

El examen del paciente me produjo la persuasión íntima de que era un neurasténico; en efecto, padecía ó había padecido accesos de pseudo-angina de pecho, palpitaciones, venda frontal, placa dolorosa cervical, dolores neurálgicos y miálgicos, espermatorrea é impotencia después de un priapismo ó vigor genital un tanto exagerado, insomnio y pesadillas, amostenia que no se aliviaba con el reposo, debilidad en la memoria &c.; y los fenómenos gastro-intestinales y la psicopatía yá mencionados.

Hace algunos meses que aquel señor me trajo unos pocos gusanitos mal conservados en aguardiente, y por el examen que de ellos hice quedé persuadido de que se trataba de unas larvas comunes, tal vez no de mosca verde (*musca carnifex*) ni de otra un poco más grande, pero semejante á la mosca común (*musca doméstica*). Desde entonces investigo cómo ha podido penetrar en el tubo intestinal la supra-

dicha larva y cómo ha podido pasar por él sin sufrir la influencia de los jugos digestivos.

Aunque me es imposible demostrarlo, yo creo que las tales larvas pertenecen no á las moscas comunes, sino á alguna especie de *estro*, tal vez gástricola como el del caballo.

Copio aquí lo que sobre el particular he encontrado en el Diccionario de Medicina de E. Litré (artículo, LARVE):

“Las larvas de los dípteros causan en general, en el intestino, dolores violentos que producen convulsiones ó accidentes hysteriformes; ellas son expulsadas con las materias diarreicas..... Su tegumento *chitineux* no deja pasar los principios del jugo gástrico &c., y atraviesan el intestino sin morir ó se fijan en él, como sucede en el caballo, cuando han sido introducidas intactas con los alimentos.”

Esto es cuanto he podido hallar sobre el asunto. Olvidaba decir que mi enfermo no supo darme razón de la calidad del agua que usaba, pero sí me dijo que en las personas de una familia vecina á su casa había alguna ó varias que arrojaban las mismas larvas.

J. B. LONDOÑO.

---

### ABSCEOS DEL HIGADO

No vamos á introducir novedad en el yá bien conocido método que hemos dado en llamar de las *amplias incisiones* en el tratamiento de los abscesos hepáticos, método que ha llevado en derrota continua al de la punción capilar evacuadora hasta el punto de que para algunos cofrades es hoy un adefesio

proponerla como medio curativo. Queremos hablar de las indicaciones de este último método.

Estamos hoy bajo el reinado de la Terapéutica analítica, y preciso es que extendamos sus dominios, esto es, los dominios del análisis clínico, á la Cirugía. Si para prescribir un medicamento cualquiera, sobre todo si es activo, deben interrogarse con todo esmero uno á uno todos los órganos sanos y enfermos, con mayor razón debe procederse así cuando el remedio es de aquellos que por su naturaleza causa males irremediables, en cuyo caso están casi todas las intervenciones quirúrgicas.

En los abscesos hepáticos, *intratorácicos*, una vez hecha la punción exploradora, no evacuadora, ¿debe adoptarse *siempre* el método de Little, es decir, debe hacerse la amplia incisión que este autor recomienda se haga, siguiendo la dirección de la aguja exploradora, ó debe hacerse la incisión *prudente* que recomiendan Defontaine, Trélat, Perier, Bouilly, Peyrot y V. Leblond? (1) ¿No habrá caso *alguno* en que la punción *capilar* evacuadora sea suficiente?

Tal fue la pregunta que hubimos de resolver á la cabecera de un enfermo el Dr. Rodolfo Zea y yo, y para indicar lo que hicimos voy á referir, aunque

(1) Si el absceso es profundo y si se juzga que no existen adherencias pleurales, debe hacerse la incisión del espacio intercostal, la resección de una ó de dos costillas, cinco á seis centímetros, la incisión de las hojas pleurales que deben suturarse la una á la otra, sección del diafragma y descubierto el hígado, la evacuación del pus, la sutura del tejido hepático y del peritoneo al diafragma, la abertura amplia del absceso, el lavado de la cavidad, poner dren doble y curación antiséptica (Galliard. *Thérapeutique des maladies du foie*, página 113.)



á la ligera, la historia de la enfermedad del paciente á que aludimos.

Tratábase de un individuo casado, de 38 años, que había permanecido por temporadas en una finca situada en la hoya del Cauca, de donde tuvo que venir á pie en la revolución de 1895. Al estropeo del viaje se agregó una malísima alimentación y haberse dejado largo rato los vestidos humedecidos por una lluvia, circunstancias todas favorables para la explosión de las fiebres palúdicas, cuando se ha permanecido largo tiempo en clima caliente, y se pasa á otro frío, como sucedió en el presente caso. En efecto, fiebres de carácter continuo, remitente é intermitente estallaron y fueron dominadas con el específico; pero reaparecían á cortos intervalos como suele suceder aquí, hasta que la fiebre tomó un carácter crónico, ó de heticidad, se tornó remitente, lenta, poco intensa, y al propio tiempo el paciente quejaba cierto *peso ó dolor sobre el hígado*. Acompañaban este ligero movimiento febril perturbaciones gastrointestinales que revelaban una digestión laboriosa y difícil, á saber: anorexia, ó mejor dicho, repugnancia por los alimentos, lengua saburral y seca, fetidez del aliento, náuseas, borborigmos, constipación, dolor epigástrico é intestinal y sed. La orina no era abundante. La piel estaba seca, de color subictérico. Los pies se enfriaban á menudo y el enfermo se quejaba de un dolor poco intenso en la cabeza y la nuca.

Estos síntomas se desarrollaron con bastante irregularidad en el transecurso de un mes, durante el cual se le administraron al enfermo quinina, quina,

arsénico, ruibarbo, alcalinos, eupépticos, antisépticos intestinales y algunos colagogos; pero no se le dio la ipecacuana en lavado.

El paciente, que al principio venía á la consulta, dejó de hacerlo porque el mal tomaba incremento. A los síntomas mencionados se agregaron el dolor de costado hepático, tos seca, escalofríos, sudores y demacración considerable; fiebre de 37°5 y 38° de temperatura, con 100 á 110 pulsaciones.

El Dr. Zea y yo hicimos con mucho cuidado el examen local de este señor, y comprobamos un ligero abultamiento esplénico y notable crecimiento del hígado. Las perturbaciones digestivas persistían, pero los demás órganos funcionaban bien.

La orina no contenía ni albumina ni azúcar ni materias colorantes biliares.

En una segunda visita hicimos la demarcación completa del hígado, buscámos el punto más doloroso, comprobámos el más culminante sobre la pared costal derecha, hallámos un ligerísimo edema cutáneo, y puncionámos con la aguja del explorador en el punto más sospechoso que nos pareció quedar en el 8° espacio intercostal y en la dirección de la línea axilar. Puesto el enfermo en decúbito lateral derecho, la aguja penetró de fuera hacia adentro y de arriba hacia abajo y un poco de atrás hacia adelante, y cayó sobre un foco purulento el cual vaciámos completamente con el aspirador, y contenía 13 onzas de pus rojizo (pus hepático), inodoro y poco grumoso. La piel y los instrumentos, el estómago y los intestinos, todo había sido aseptizado lo mejor posible; se hizo una oclusión de la herida con colodión, y se puso

algodón antiséptico y un vendaje. El enfermo permaneció, por orden nuestra, dos horas en la misma posición y veinticuatro sin levantar la cabeza ni el tronco. Se continuaron administrando quinina (2) y antisépticos (3), eupépticos y antisépticos, éstos particularmente en lavativas, una de las cuales causó un recio cólico intestinal con retención de orina, para combatir el cual apelamos al cateterismo y á los analgésicos. Quedóle al enfermo un dolor epigástrico, y como en esta región había abultamiento y macidez y se repitió el calofrío y quedaba un ligero movimiento febril de medio grado, convinimos el Dr. T. Villa y yo en hacer, ocho días después de la primera punción, otras punciones exploradoras, la una en el lóbulo anterior del hígado sobre la pared abdominal, y la otra en el lóbulo posterior en la vecindad del foco vaciado, y no obtuvimos sino unas pocas gotas de sangre.

Desde este día la fiebre desapareció, el apetito por alimentos mejoró, la digestión se restableció, y aun cuando el enfermo entró en convalecencia, fue lentamente como recuperó las fuerzas y la salud de que había gozado antes.

*Conclusión* : Los abscesos hepáticos que aún están comprendidos dentro de la masa del órgano, si-

(2) Dicen los autores que los abscesos hepáticos *nada tienen de común con el paludismo*. Eso podrá ser absolutamente cierto, pero en estos países no podemos prescindir de la quinina cuando tratamos individuos que han permanecido en climas de alta temperatura y en donde reina el paludismo.

(3) Bien que el pus hepático sea aséptico, y que en el presente caso no haya habido ulceración intestinal, creímos indispensable hacer la antiseptia del tubo digestivo.

tuados en la cara superior ó en la parte posterior del hígado, en vez de abrirlos como lo indica el Sr. V. Leblond, deben tratarse, al menos como *pis aller*, por la punción sin inyección; pero antes debe hacerse con rigor la antisepsia gastrointestinal, prescribir un régimen alimenticio bien adecuado, de alimentos sanos, digeribles, suaves, puros y hasta donde sea posible esterilizados, y esperar. La operación de Leblond no está indicada sino cuando el absceso es muy grande, ó cuando se reproduzca después de la punción evacuadora.

J. B. LONDOÑO.

### EL CARATE

Nuestro colega el Dr. Montoya y Flórez ha hecho á la Academia de Medicina de Medellín dos importantes comunicaciones acerca del *carate*, especialmente sobre los hongos productores del mal. Con el permiso de él (\*) extractamos las mencionadas comunicaciones, con el fin de dar á los lectores de los *Anales*, particularmente á los que se interesen en los estudios bacteriológicos, una idea de los progresos que á la etiología del carate ha hecho nuestro estudioso profesor.

De sus pacientes y laboriosas investigaciones resulta que sobre las placas de carate hay poco más ó menos una veintena de hongos *morfológica y hereditariamente distintas*, las cuales, según él, pertenecen á los géneros *Tricophyton*, *Dermatophyton*, *Aspergillus*, *Botriidion* y *Penicillium*, de la familia de las bo-

(\*) El Dr. Montoya y Flórez se ha reservado el derecho de publicar este trabajo para enviarlo inédito á la Academia de Medicina de París.

*triteas* y *mucedíneas*, respectivamente. De estos hongos "unos son parasitarios y desempeñan un papel muy activo en la dermatosis caratosa, y otros son simplemente *saprofíticos*".

La inoculación de varios de estos hongos ha reproducido las placas caratosas ó caratejas, violetas, negras y diserómicas. Dichas inoculaciones han sido hechas en hombres y animales. Los retrocultivos del carate artificial han reproducido el hongo inoculado.

Los microbios hallados en la piel de los *caratejos* son los siguientes: "3 bacteridias voluminosas, 2 bacilos, 5 micrococos y 1 megalococo".

La mayor parte de estos microbios se hallan también en la piel sana.

"En la piel de individuos afectados por ciertas dermatosis parasitarias como el eczema, el ectima, el liquen y el soriasis, se hallan los mencionados saprofitos, pero en ninguna de ellas los hongos".

El Dr. Montoya y Flórez ha tratado de investigar el papel que desempeñan los mosquitos, las chinches y otros bichos semejantes en la propagación del carate. El cultivo de unos mosquitos (género *Simulium*) le dio varios hongos de los hallados en las placas y además "una bacteridia rosada". Los del género *Culex* le dieron, lo mismo que las chinches (*Acanthia*), varios hongos, semejantes á los anteriores. Parece, pues, que por las picaduras de estos insectos puede hacerse la inoculación del germen productor del mal, cosa ya admitida por varios autores, mucho antes de que se demostrara la naturaleza parasitaria del carate.

La Memoria que extractamos está acompañada

de varias microfotografías que representan, según el autor, el *micelio* y las *gonidias* del hongo; además, tiene varios dibujos *á la aguada*, que muestran con bastante exactitud la disposición y el color de los diferentes cultivos de los hongos, hechos en gelosa simple y en gelosa glicerinada, lactosada y manitada y en papas, caldos y gelatino-gelosa.

Damos las gracias al Dr. Montoya y Flórez por su bien interesante trabajo y por haber querido que seamos nosotros los primeros en conocer el resultado de sus investigaciones. Acatamos su resolución de no publicar aquí su Memoria *in extenso* y le suplicamos nos la envíe cuando haya sido publicada en el Exterior.

J. B. LONDOÑO.

---

## INSERCIONES

### PERTURBACIONES

#### DIGESTIVAS EN LOS HISTÉRICOS.

Las perturbaciones digestivas manifestadas en los histéricos, presentan la particularidad de sobrevenir aisladamente, sin ser acompañadas de otras manifestaciones de la neurasia; hay en la sintomatología tanta variedad, que hacen el diagnóstico de estas afecciones particularmente difícil. M. el Dr. Verhoogen acaba de dedicar á este asunto un estudio notable en los *Anales de la Sociedad de Ciencias Médicas de Bruselas*, del cual analizamos extensamente algunos puntos, pues nos parece esencialmente instructivo para el práctico.

M. Verhoogen estudia en primer lugar, las alteraciones de la sed y del hambre. Se sabe que son muy frecuentes di-

chas alteraciones en los histéricos ; pero las que presentan mayor interés son sus formas atenuadas. La sensación de la sed en los histéricos existe en alto grado : se quejan los enfermos, sea de que están realmente sedientos, sea de tener seca la garganta, ó bien de tener en la faringe una sensación de constricción que les obliga á beber y que, en efecto se atenúa ó desaparece cuando la persona toma algunos tragos de líquido. Habría un error en creer que cuando la sensación de la sed existe como tal, depende de una muy activa eliminación de agua : muchos histéricos anúricos beben en gran cantidad, sin transpirar, á pesar de esto, de una manera anormal. Es este un fenómeno digno de notarse.

Las perturbaciones del apetito no son menos frecuentes, desde su exageración hasta su completa desaparición.

Es notable que cuando hay inapetencia (lo que es á menudo uno de los primeros síntomas de la afección), nosca la falta de apetito lo que hace que el enfermo no coma ; sucede también que el bolo alimenticio determina la aparición de un dolor más ó menos vivo detrás del esternón, ó que la comida sea la ocasión y causa de vómitos y de dolores gastrálgicos ; se ve en este último caso que el enfermo, á causa del temor que experimenta por estos accidentes, reduce la cantidad de alimentos que toma y termina por no comer nada.

M. Verhoogen describe con éste un síntoma que designa con el nombre de *aguecía* \* histérica. Se aplica este nombre á cierto estado que los enfermos explican con notable uniformidad de expresión.

A él aluden cuando dicen al médico : “No me sabe lo que tengo en la boca ; cuando cómo pan es como si comiera arena”. La comparación es la misma siempre y en todas partes ; y cualesquiera que sean los alimentos que tomen, les parece que comen tierra ó arena.

(\*) *Aguecía* : ausencia del gusto.

Sucede que la persona pierde bruscamente el gusto; se admira de no poder distinguir, de un día á otro, el gusto de la sal ni el del vinagré; los alimentos se hacen insípidos de pronto y la comida causa fastidio y disgusto.

Sin embargo, la aguecía restringe á veces singularmente estas manifestaciones y se suelen ver casos en los cuales se limita á la percepción de tal ó cual sabor particular, ó no existe sino en ciertos momentos del día. Un enfermo dice no tener el gusto del pan sino en la comida de la mañana; durante el día le parece que "es arena" lo que come. Otro no siente el gusto de la carne: "es como tierra". Estos caracteres son debidos á un verdadero estado psíquico que domina la anorexia propiamente dicha; estado sobre el cual se han publicado numerosos trabajos.

Los vómitos son ciertamente uno de los fenómenos más frecuentes en los histéricos, pues M. Verhoogen los ha encontrado en casi la mitad de sus enfermos. En su forma más común, el vómito histérico se presenta con los caracteres siguientes:

Independiente de todo estado dispéptico apreciable, toma ordinariamente origen de una manera imprevista. Bajo la apariencia de una salud perfecta, el enfermo vomita sin saber por qué ni cómo y sin que nada le anuncie que tal cosa va á suceder. Desde entonces el síntoma se establece, y por su tenacidad y por la gran resistencia á los medios empleados para hacerlo desaparecer, contribuye desde luego á desesperar á la persona. Pero acostumbrado bien pronto á la situación, no tarda en despreciarlo y desde ese momento vomita con una indiferencia que admira.

Lo contrario es á veces frecuente y entonces el enfermo no pierde el apetito, come como otro cualquiera y goza en alto grado de los placeres de la mesa. Pero terminada la comida y pasados apenas algunos momentos, sin esfuerzo, sin nauseas, algunas veces, á causa de un ligero *calambre* del estómago el enfermo vomita.



Estos vómitos son á veces compatibles con las apariencias de una perfecta salud; sin embargo, sucede que terminan por causar la muerte á consecuencia del obstáculo absoluto que oponen á la alimentación.

Existe otra forma en la cual, haya ó no tomado alimento el enfermo, los vómitos no son ni provocados ni impedidos. Determinan la expulsión de una masa muy grande de líquido mezclado con bilis y, por consiguiente, de un grado de acedía variable en la cual no se encuentra sino muy poco ácido libre; sin embargo, el líquido no es alcalino y su acedía se eleva hasta 1.0/10

El principio de la crisis se manifiesta por la aparición de un dolor en la cavidad epigástrica, semejante al de la enfermedad de Reichman, pero que no alcanza nunca la intensidad ni la violencia que en esta última. El estómago parece distenderse y hacerse pesado hasta el momento en que expulsa su contenido. Se ve entonces la salida de una gran cantidad de líquido, lo que momentáneamente pone término al dolor, pero éste reaparece bien pronto, y entonces se reproducen los mismos fenómenos. Las materias vomitadas se mezclan con bilis y poco tiempo después toman un color verde-prado.

En fin, los vómitos pueden contener sangre, y estas hematemesis histéricas presentan caracteres muy variables.

Pueden también observarse otras perturbaciones importantes del estómago; no nos detendremos en su consideración, para insistir acerca de algunos fenómenos intestinales estudiados por M. Venhoogen y que no son bien conocidos.

Se sabe que la constipación es común en los histéricos, quienes pueden permanecer 8 á 10 días sin ir al excusado.

Bernutz cita el caso de una mujer que estuvo constipada de la manera más absoluta durante dos meses completos; bien que es cierto que esta enferma sufría de vómitos incoer-

cibles y no se alimentaba sino por medio de lavativas nutritivas.

En todos los casos de este género, la constipación no influye de ninguna manera en el estado general; el vientre no está dilatado, no hay dolor, y la persona parece no resentirse de una situación considerada como eminentemente desagradable. Por otra parte, estos fenómenos están hasta cierto punto en relación con la reducción que la persona hace en su alimentación.

Pero hay otra forma, mucho más rara sin duda, que afecta al enfermo de un modo bien distinto, la cual merece, por los caracteres que presenta, que se le designe con el nombre de *ataque de constipación*. Sucede que la defecación se suprime bruscamente, y que la persona, á quien esto no había inquietado al principio, no tarda en preocuparse por una situación que le ha creado una constipación de día en día más terrible; toma un purgante ligero, luego uno drástico, los cuales quedan sin producir su acción. Continúa comiendo, pero á medida que los residuos alimenticios se acumulan en el tubo digestivo, el abdomen se infla, se distiende y se pone enorme; las lavativas administradas en cantidad más ó menos considerable, son retenidas al principio, absorbidas y eliminadas por el riñón; el intestino sin fuerza, sin resistencia se deja distender por el líquido que se introduce y parece herido de parálisis absoluta. Algunas veces hay vómitos fecaloides.

En vano se recurre á todos los medios imaginables. Feliz el enfermo á quien no se le trate por el método quirúrgico...!

El enfermo continúa, como antes, reteniendo los medicamentos que toma. Esta situación puede durar semanas; el médico no sabe ya qué aconsejar y de buen grado recurre á los medios extremos, cuando bruscamente y con una rapidez extraordinaria sobreviene un formidable *debacle*.

Difícilmente se da uno cuenta de lo que pueda contener el intestino en semejante caso y la fetidez del excremento

igual a su abundancia. En uno ó dos días todo desaparece y las cosas entran en la normalidad.

En la serie de las perturbaciones intestinales de la histeria, la diarrea ocupa también un puesto importante. Es paroxística y muy comparable á la de la enfermedad de Basedow y se muestra fácilmente bajo la influencia de las emociones; pero hay otro fenómeno curioso que aparece bajo la influencia de la alimentación. La ingestión de los alimentos determina durante una hora poco más ó menos, la aparición de cierto número de deposiciones líquidas acompañadas de una abundante emisión de orinas; el reposo de media hora poco más ó menos, después de la comida, basta para prevenir la reaparición de estos síntomas desagradables.

Además, las deposiciones no son nunca acompañadas de cólicos ni de dolores de ninguna especie; su consistencia es líquida.

Esta diarrea parece debida á la insuficiencia del píloro; estos enfermos en efecto, beben generalmente mucho y el contenido del estómago, diluido en gran manera, es precipitado con velocidad en el intestino. De allí la influencia favorable del reposo que permite á una parte del líquido absorberse.

La diarrea de la mañana, más rara que la precedente, pero que también se ha encontrado en los enfermos de M. Verhoogen está caracterizada por la evacuación de una ó dos deposiciones líquidas, que sobrevienen por la mañana antes de que la persona haya tenido tiempo de comer, algunos momentos después de levantado ó mientras está en el tocador.

Señalada por Gueneau de Mussy, Olive, ha sido también mencionada por Mathieu. Esta diarrea no constituye en realidad sino una variedad de la precedente, porque resulta de la ingestión de una gran cantidad de líquidos durante la comida de la tarde ó después de ella.

M. Verhoogen consagra también un capítulo importante á ese fenómeno tan curioso en los histéricos, caracterizado por el timpanismo y el meteorismo abdominales, dos síntomas que debe no confundirse pues tienen una causa muy diferente. El meteorismo, en efecto, es debido á una acumulación de gases en el intestino, mientras que el timpanismo reconoce por causa principal la actividad contractil del diafragma.

En este último caso, la masa intestinal, rechazada hacia la parte inferior del abdómen, rechaza de dentro hacia fuera las paredes del vientre las cuales distiende. En este caso el músculo se hace aparentemente inactivo desde el punto de vista del funcionamiento respiratorio. El tórax se encuentra en inspiración diafragmática y sólo los músculos costales continúan funcionando de una manera visible; el juego regular del diafragma ha cesado.

La cloroformización moderada quita esta contracción muscular. El diafragma recobra su funcionamiento, la masa intestinal cae de nuevo y todo queda normal; al despertar el enfermo, los fenómenos aparecen con la misma intensidad. En este caso la función intestinal no da, ni puede dar, ningún resultado, no estando el intestino distendido por gases.

Muy distinta cosa es el meteorismo que Cadet llama con razón la neumatosis gastro-intestinal. La acumulación de gases puede ser debida á causas diversas: insuficiencia del píloro, deglución del aire, inercia intestinal. Sea cual fuere el factor que intervenga en el génesis de esta acumulación de gases en el conducto digestivo, se comprende que los síntomas á los cuales da lugar son en definitiva muy distintos de los que constituyen el timpanismo. Aquí el abdomen distendido queda elástico, más ó menos susceptible de deprimirse por la mano, y la sonoridad es del todo timpánica. La respiración se hace de una manera normal, á menos que el meteorismo, por lo considerable, rechace violentamente el diafragma y los

órganos que sostiene, produciendo así accesos más ó menos durables de opresión y de palpitaciones cardíacas.

El intestino contractil, al menos en la mayor parte de los casos, expulsa violentamente su contenido cuyo desalojamiento da lugar á borborigmos resonantes; los esfínteres no resisten siempre á la presión que soportan; de aquí los eructos incesantes y la flatulencia que tanto atormentan al enfermo.

La punción capilar del intestino ó la introducción profunda por el recto de una sonda de Faucher, ayudadas de la compresión del abdomen, determinan entonces la evacuación de una gran cantidad de gases, y se ve que el vientre se desinfla, que el enfermo se alivia, se cura y queda libre, como por encanto, de una situación penosa, la cual, si no se interviene, puede prolongarse indefinidamente.

Sin embargo, con frecuencia desaparece el meteorismo espontáneamente con la expulsión de gases intestinales.

Esto sin contar con que el meteorismo y el tímpanismo pueden algunas veces coexistir en un mismo sujeto, sea que el peso soportado por el diafragma determine una contracción refleja del músculo, sea que los dos fenómenos existan independientemente el uno del otro. La situación en este caso, es mucho más embarazosa para el enfermo.

*La fiebre histérica* —M. Moyroud da en el *Loire Médicale*, una curiosa observación de esta afección aún discutida. En este caso y en este enfermo, la temperatura fue notable desde dos puntos de vista: por su elevación y por su irregularidad. Subió á 44,05; ha permanecido durante tres días en 43° con un termómetro que no alcanzaba sino á este número. No se tuvo si no muy tarde el instrumento necesario y es probable que si se hubiese tenido á tiempo un termómetro que marcase 50° por lo menos, se habrían observado temperaturas aún más elevadas. Estas, en efecto, aunque excepcion-

den encontrarse en la histeria, así como de la influencia recíproca que pueden tener las dos afecciones.

Resumimos un capítulo relativo á uno de los síntomas pseudo-cardíacos más comunes en la sintomatología de la histeria.

Las *palpitaciones* se observan frecuentemente en los histéricos. En circunstancias aparentes la menor causa las produce; algunas veces basta la marcha un poco acelerada, una ligera emoción; á menudo aparecen sin causa aparente y sorprenden al enfermo en el lecho.

Son un fenómeno casi constante en el áura histérica. Al mismo tiempo que las temporales son el sitio de latidos dolorosos, que los enfermos comparan á violentos golpes de martillo, las contracciones del corazón se suceden con violencia y determinan palpitaciones dolorosas cuya realidad es fácil de probar objetivamente. "Son sentidas por los enfermos en todo el pecho y aun en la región cervical". (Gilles de la Tourette). Algunas veces adquieren una violencia extrema y van acompañadas de un dolor precordial paroxístico que semeja la angina de pecho. Suelen ser uno de los elementos constitutivos del acceso de angina de pecho histérico. Sucede á menudo que los movimientos del corazón son no sólo sentidos, sino también oídos por el enfermo. Hay entonces una verdadera obcecación y un insomnio muy penoso.

En ciertos casos los enfermos tienen la sensación de un *choque violento*; el corazón palpita "como rompiendo el pecho" y con tal fuerza que el cuerpo del enfermo es sacudido por estos movimientos, lo mismo que el lecho sobre el cual reposa.

Esta sensación puede ser verdadera ó falsa, según que por la palpación se sienta el impulso violento del corazón, ó al contrario, se le encuentra casi normal ó menos que normal.

"Las palpitaciones pueden aun ser dolorosas de una manera indirecta, á consecuencia de la existencia de una neu-

ralgia intercostal izquierda y de la hiperestesia de la pared precordial" (Huchard). Los enfermos sienten latir el corazón sin que por esto las contracciones cardíacas sean ni más fuertes ni más frecuentes. Esas *falsas palpitaciones* desaparecen con el estado de hiperestesia ó de neuralgia de la pared..... Una emoción moral, una impresión física desagradable sobre un punto cualquiera del organismo, especialmente sobre el estómago ó en los órganos genitales internos, puede determinar en los histéricos *palpitaciones*, pero las más frecuentes son los dolores del corazón mismo.

Las palpitaciones y los dolores de la región cardíaca también están ordinariamente asociados sin que haya sin embargo relación absoluta de intensidad entre los dos fenómenos.

Algunas veces son determinadas mecánicamente por el desarrollo del *timpanismo abdominal* (G. Sée), que muy á menudo se observa en los histéricos y que obra rechazando el diafragma. En estos casos, son aún palpitaciones de origen histérico, pero la neurosis que los ha de producir ha tomado un camino distinto y ha afectado los músculos de la pared abdominal, del estómago y del intestino en lugar de tocar directamente el corazón.

Otra causa de error existe en la producción, en los histéricos, de sacudidas ó de *tremulaciones* que tienen lugar en los *músculos* de la pared torácica y determinan sensaciones subjetivas susceptibles de hacer creer á los enfermos que tienen palpitaciones.

Lo primero que debe saberse para el diagnóstico de las palpitaciones histéricas es si son *verdaderas* ó *falsas*. El examen objetivo da la solución del problema. Si no se encuentra ni aceleración ni crecimiento de intensidad real de las pulsaciones cardíacas, los latidos penosos que siente el enfermo no corresponden sino á una percepción sensorial exagerada: falsas palpitaciones.

Al contrario, si en la palpación se observa un impulso cardíaco violento, si en la auscultación los latidos cardíacos toman una intensidad extrema hasta el punto de ser oídos de alguna distancia, si las pulsaciones de la aorta y de los gruesos vasos son enérgicas y algunas veces acompañadas de ruidos de viento (Stokes), se trata de las palpitations verdaderas.

Establecido esto, es preciso hacer el diagnóstico de las palpitations histéricas con las palpitations de otro origen.

(Traducido por Emilio Robledo, alumno de la Escuela de Medicina).

---

\* \* Creemos utilísimo para Antioquia, donde tanto se abusa del vejigatorio, el siguiente artículo del Dr. Huchard:

### AUGE Y DECADENCIA DEL VEJIGATORIO

Hemos visto en la ciencia dividirse los prácticos en detractores y partidarios del vejigatorio. Necesario es ya poner una conclusión y fijar claramente las indicaciones y contraindicaciones de este revulsivo, si no se quiere merecer los reproches que podrían dirigirse á la Medicina de cambiar á menudo de ideas.

El uso intempestivo é inmoderado de los vejigatorios aplicados unos en pos de otros, produce accidentes; pero ¿qué medicación algo activa deja de producirlos?

Si en manos torpes é inexpertas, la digital—medicamento heroico sin el cual la cardiopatía no existiría—ha determinado accidentes mortales, ¿sería este motivo para desterrarla de la terapéutica? Si actualmente tanto se abusa de la antipirina, de la medicación yodurada y de los antisépticos internos; si en otro tiempo se abusaba de la sangría hasta el punto de que Chirac quería “acostumbrar” las viruelas á la emisión sanguínea; si el método evacuante estaba tan de moda que de 1647 á 1715 Luis XIV recibió más de dos mil purgantes de precau-



ción ó de urgencia, ¿serán estas razones para renunciar al uso de tales remedios? En fin, si se abusa á veces de asociaciones medicamentosas en las cuales, desde el punto de vista fisiológico, vense reunidas las más disparatadas substancias, ¿habrá que condenarlas absolutamente, sobre todo cuando estas asociaciones encierran agentes sinérgicos?

Debe no confundirse la acción tóxica con la acción terapéutica, y obsérvese que el efecto de un vejigatorio dejado durante cuatro días sobre la piel de un animal no puede compararse con el efecto de un vejigatorio pequeño que se deja seis ú ocho horas en el hombre y que se venda cuidadosamente con todas las precauciones antisépticas.

Cuando se aplica, como algunos prácticos lo hacen aún, gran número de vejigatorios, uno en pos de otro, bien puede afirmarse que el efecto terapéutico buscado confina con la acción tóxica ó nociva.

La cantárida no anemiza el pulmón, pero congestiona los órganos y puede determinar, aunque rara vez, una impermeabilidad renal más ó menos completa por nefritis difusa. La llaga cutánea que produce, sobre todo cuando está mal vendada y reavivada en demasía, puede convertirse en puerta de una infección del organismo. Al ver los accidentes más ó menos graves que las infecciones de origen cutáneo producen en niños menores, según ha demostrado la reciente tesis del Dr. J. Hulot, al considerar los casos de endocarditis ulcerosas sobrevenidas á consecuencia de un callo irritado, de un panadizo (Greenhow), de un divieso (Gerber y Birch-Hirschfeld), de una simple ulceración de los labios (Weichselbaum), de una quemadura (Kandrat) y de una operación de fimosis (Lancereaux), nos preguntamos si el método vesicante no debe sujetarse á reglas fijas y precisas.

Confieso que estos hechos dan lugar á meditar. Cuatro años hace que en el Hospital Bichat veía yo un enfermo de unos treinta años que padecía de estrechez aórtica muy considerable, cuya etiología no pude encontrar ni en reumatismo,

enfermedad infecciosa, sífilis ni en paludismo. Pero ocho años antes el paciente había tenido una pleuresía izquierda, contra la cual le aplicaron sucesivamente diez vejigatorios muy anchos. Me pregunté entonces si estas llagas repetidas no habrían sido la puerta de entrada de los microbios patógenos de una endocarditis aórtica; y si no habría lesiones valvulares que no tendrían otro origen. Esto no es más que una hipótesis, pero me parece bastante fundada, tanto más cuanto que llevo observados varios hechos semejantes.

Sin duda, y con justa razón digamos, mis contradictores se apresurarán á objetarme que estos accidentes no son de temer para ellos ni para cuantos observan en la aplicación del vejigatorio las rigurosas reglas de la antisepsia. Estas observaciones no van dirigidas á ellos mismos, y aunque esta discusión no diera otro resultado que ilustrar al práctico en los peligros de los vejigatorios *de repetición*, á menudo mal vendidos, no habríamos perdido el tiempo.

A propósito de la enferma cuya historia narré, y que poco faltó para que sucumbiera de uremia subaguda consecutiva á la aplicación de un simple vejigatorio, se admite en algunos individuos cierta susceptibilidad renal; ¿y no es esto una razón más para no usar sino moderadamente de este revulsivo?

Se dice también que la cantárida es diurética; sin duda lo es: así lo han probado Cruveilhaer, Reyer y Lancereaux; pero ¿se han contado los hechos, más numerosos, en que cierra el riñón y produce la anuria? En todo caso, el vejigatorio, considerado como agente diurético, es un medio muy aleatorio y peligroso, pues que la cuestión está en la dosis y no se sabe cuándo empieza ni cuando acaba su acción diurética.

Por estas razones deben proponerse, para la aplicación del vejigatorio, las reglas siguientes:

1.<sup>a</sup> El emplasto vesicante debe no dejarse en el adulto más de seis á ocho horas; en los niños, sólo dos á tres horas.

2.<sup>a</sup> El emplasto debe ir cubierto de una hoja de papel fino, aceitado, con el fin de evitar el contacto prolongado de la cantárida y la piel después de quitado el emplasto.

3.<sup>a</sup> Quitado el emplasto, para favorecer el levantamiento de la epidermis, puede aplicarse una cataplasma de fécula por espacio de veinte ó treinta minutos.

4.<sup>a</sup> Tanto cuanto sea posible debe no quitarse la epidermis; Stoll, á fines del último siglo, recomendó esto, particularmente para las perineumonías, en las cuales "los supurativos causan dolores y aumentan la fiebre".

5.<sup>a</sup> Debe no repetirse con mucha frecuencia y á intervalos cortos la aplicación del tópico; de lo contrario, sería colocarse en las condiciones tóxicas señaladas en las experiencias de Galippe (congestiones viscerales, nefritis cantaridianas repetidas, que pueden determinar aunque rara vez el mal de Bright).

6.<sup>a</sup> El vendaje del vejigatorio debe ser un vendaje oclusivo de algodón, el cual debe cambiarse cuando se manche.

Si ponemos ahora las indicaciones y contraindicaciones del vejigatorio es para reconocer su utilidad y no su proscripción absoluta, como erróneamente se nos ha atribuído.

A. El vejigatorio debe aplicarse con la mayor circunspección: en la primera infancia, en la cual casi siempre está contraindicado, dada la facilidad de absorción por la piel de los gérmenes patógenos capaces de determinar septicemias mortales; en los niños mayores que padecen enfermedades eruptivas á causa de la excitación y fiebre que frecuentemente producen, y también porque las llagas vienen á ser las puertas de entrada para las infecciones secundarias; en los ancianos y personas de cierta edad atacadas de afecciones de los órganos génito-urinarios ó solamente de esclerosis cardiorenal.

Debe no olvidarse que esta esclerosis en sus primeros períodos de evolución, á menudo permanece oculta para el médico.

Estas observaciones se refieren igualmente al diabético.

B. El vejigatorio está contraindicado en todas las enfermedades infecciosas y tóxicas, por las razones siguientes:

1.ª Porque la Urea es frecuentemente un manantial de infecciones secundarias generales & de accidentes locales.

2.ª Porque, como dijo Stoll, "se opone al curso normal de la orina" y tiende á cerrar el riñón, órgano depurador por excelencia, salvaguardia del organismo enfermo.

3.ª Porque á menudo algunas de estas afecciones tienen complicaciones renales (fiebre tifoidea, escarlatina, neumonía). Las observaciones de Causade han demostrado la existencia de la nefritis en esta enfermedad, nefritis que puede sobrevenir alguna vez, aunque rara, antes de la afección pulmonar, muchas veces durante su curso y á veces después de ella: nefritis preneumónica, neumónica, meta-neumónica.

En esta última enfermedad, la aplicación del vejigatorio es siempre inútil y frecuentemente peligrosa, sobre todo en el período agudo: inútil, porque la neumonía no es simplemente una inflamación, y en ella la revulsión violenta es un contrasentido terapéutico; peligrosa, por las razones indicadas enantes. Lasège pronunciaba á menudo su caprichosa frase: "la pleuresía no es una enfermedad de la pleura"; con mayor razón puede decirse, la neumonía no es una enfermedad del pulmón, puesto que entra en el cuadro de las enfermedades generales é infecciosas.

Véase cómo los progresos de la patogenia han modificado, si bien lentamente, los métodos terapéuticos. En otro tiempo, los vejigatorios se aplicaban sistemáticamente en todas las fiebres malignas que "no podían curar sin su intervención": en las viruelas, sarampión, fiebre tifoidea y hasta en el reumatismo articular agudo, en las cuales los vejigatorios eran considerados como capaces de prevenir las complicaciones cardíacas. ¿Quién habla hoy de esta terapéutica? Lo

que ha sucedido con estas diversas enfermedades sucederá con la neumonía, la pleuresía y numerosos estados mórbidos.

En la tisis pulmonar se abusa de los vejigatorios, particularmente en el último período, en el cual no sólo son de ineficacia absoluta, sino que pueden complicar el mal con infecciones secundarias que en dicho período son tan frecuentes como temibles, y además, provocan en el riñón complicaciones graves.

En las pleuresías debe no aplicarse vejigatorios, ni al principio, ni en su curso, ni al fin; pues pueden retardar la operación, la cual, hecha en malas condiciones de anti-sepsia, al nivel de una llaga en supuración, puede transformar una pleuresía simple en pleuresía purulenta, de lo cual se han citado casos. Si las pleuresías son con frecuencia una complicación de la tuberculosis, según lo ha demostrado Landouzy ¿para qué aplicar el vejigatorio? Su poder es nulo contra la bacilosis, nulo también contra el derrame líquido, y mucho tiempo hace que Cullen dijo: "se ha creído que la evacuación líquida producida por el vejigatorio era muy eficaz, pero nunca es bastante considerable para afectar todo el sistema." Si el derrame es abundante y amenaza por las funciones respiratorias la vida del enfermo, lo que debe hacerse es la toracocentesis.

En los niños también tiene contraindicación absoluta, mayormente en las enfermedades febriles é infecciosas: sarampión, escarlatina, difteria, laringitis ó anginas sospechosas, angina diftérica que se oculta bajo el disfraz de simple angina herpética, lo que elocuentemente demostró Mr. Dieu-Jafoy á la Academia de Medicina, y de lo cual yo mismo le he dado un ejemplo de los más convincentes.

En la meningitis tuberculosa, los vejigatorios que cubren el cráneo son inútiles, y los casos de curación citados en la ciencia, se refieren á las pseudo-meningitis de que se ha ocupado últimamente la Sociedad Médica de los Hospitales.

*C.* Los vejigatorios están indicados: 1.º En ciertas afec-

ciones quirúrgicas; salpingitis inveteradas, hidartrosis crónicas, &c.

2.º En las afecciones dolorosas, en las neuralgias, como Catugno, Arloing de Nevers y Valleix lo han demostrado. En 52 casos Mr. Valleix obtuvo con el vejigatorio 39 curaciones, siete con alivio manifiesto, y seis sin resultado; de ahí el que este autor dijera con justa razón: "el vejigatorio es uno de los mejores remedios que puede oponerse á la neuralgia."

Por mi parte, no acudo á este medio sino después de haber empleado las pulverizaciones de cloruro de metilo.

3.º En todas las inflamaciones de resolución lenta, cuando la fiebre ha desaparecido.

4.º En ciertas enfermedades nerviosas en las que la acción estesiógena del vejigatorio ú otro revulsivo ha sido demostrada por diversos autores, por Grasset de Montpellier en un interesante trabajo, y por mí mismo.

No formulamos nuestros ataques contra la revulsión, ni queremos proscribir del todo el vejigatorio; lo que debemos condenar es su abuso, recordando la frase de Sydenham: "En las enfermedades, ciertos síntomas son menos el efecto del mal que de los remedios." Sin duda, para ciertas enfermedades los prácticos van á encontrarse privados de un medio medicamentoso bastante cómodo, y sabido es que en terapéutica es más difícil no hacer nada que hacer ó simular hacer algo.

Se ha dicho: "La Sociedad de Terapéutica parece estar en obra de demolición." Esto es inexacto: de veinticinco años acá algo ha cambiado la Medicina; los cuadros nosológicos se desmembran, la inflamación no reina soberana, y no es obra de demolición sino de revisión la que la terapéutica debe continuar sin descanso. La lucha contra las enfermedades ha modificado los utensilios y medios terapéuticos, y, sin renegar completamente la enseñanza del pasado ni de la medicina tradicional, el arte de curar debe seguir la revoluc-

ción que la ciencia patogénica le impone. El vejigatorio líquido constituye un progreso, pero no es el progreso.

Tiempo era, pues, de discutir y resolver quizás esta cuestión, lo cual he emprendido tomando por excusa y esperanza la frase de J. J. Rousseau:

“Aunque mis ideas fueran malas, si lograra que otros las tuvieran buenas, no habría yo perdido completamente el tiempo.”

DR. HUCHARD.

(*Journal des Praticiens*, 30 de Mayo de 1896.)

## DE TODO

**La Hialina.**—Se compone esta substancia de colofonia, laca, copal, resina damar y trementina. Es sucedáneo del celuloide.

**Solución contra el orín.**—M. Maréchal (D'Angeres) aconseja para evitar el orín de los instrumentos de cirugía, colocarlos en una solución de borato de soda al 2 %; y M. le Dr. H. Nortinger de Francfort, recomienda una mezcla ó emulsión de aceite de higuera en un fenol adicionado de una pequeña cantidad de álcali y agua. Se tomará, por ejemplo:

Fenol.....	27 partes.
Soda cáustica.....	3½ —
Agua.....	6 —
Aceite de higuera..	64 —

Para facilitar la disolución se calienta ligeramente. Esta composición preserva del orín muy bien las partes del metal no barnizadas.

**Modo de limpiar piezas niqueladas.**—La mancha azul ó verdosa que suele aparecer en los objetos niquelados, se quita fácilmente con un baño de alcohol rectificado, adicionado de ácido sulfúrico (2 %). Basta sumergir los objetos en este baño; luégo se limpian con agua clara y alcohol puro antes de secarlos con aserrín de madera.