REPUBLICA DE COLOMBIA.—DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Redactores: JUAN B. MONTOYA Y F.—JORGE TOBON

AÑO XI | Medellin, Julio 20 de 1902. | Nº Extraord.

ADVERTENCIA

A causa de la guerra que actualmente aflige al País, la Academia de Medicina se vio obligada á suspender la publicación de sus *Anales*. Hoy podemos asegurar que en breve reaparecerán éstos, debido al apoyo decidido y eficaz del Gobierno actual, quien ha mostrado vivo interés por el adelanto científico del Departamento, y quien ha prometido favorecer decididamente nuestra Corporación.

El presente folleto, cuya publicación se hace por cuenta del Gobierno, es una prueba de lo que acabamos de decir. Tiene por objeto dar cuenta de la labor ejecutada por la Academia durante la guerra, iniciar la continuación de los *Anales*, y tributar en este día un homenaje de gratitud á los Padres de la Patria.

LL. RR.

PERSONAL DE LA ACADEMIA

Dignatarios:

Presidente.....	Dr. Eduardo Zuleta.
Vicepresidente.....	Dr. José V. Maldonado.
Tesorero-Bibliotecario..	Dr. Francisco A. Uribe M.
Secretario.....	Dr. Teodoro Castrillón T.
Vicesecretario.....	Dr. Carlos de Greiff.
Redactores.....	Dr. Juan Bª Montoya y F. Dr. Jorge Tobón.

(Estos dignatarios fueron nombrados en la sesión del 10 de Julio de 1901).

MIEMBROS HONORARIOS

Dr. Manuel Uribe A. (Presidente honorario perpetuo).
Dr. Ricardo Rodríguez R.
— Juan de Dios Uribe G.
— Andrés Posada A.
— Julián Escobar.
— Emilio Alvarez.
— Ambrosio Viaud Grand Marais.
— Manuel M. Ponte.
— Federico Rivière.

MIEMBROS ACTIVOS

Dr. Francisco Arango.
— Ramón Arango.
— Tomás Bernal.
— Teodoro Castrillón T.
— Jorge Enrique Delgado.
— Antonio Mauro Giraldo.
— Carlos de Greiff.
— Nicanor González U.

Dr. Leopoldo Hincapié G.
— Juan Bta. Londoño.
— José Vicente Maldonado.
— Braulio Mejía.
— Carlos Mejía.
— Francisco A. Molina.
— Juan Bta. Montoya y F.
— Baltasar Ochoa.
— Vespasiano Peláez.
— Tomás Quevedo Alvarez.
— Julio Restrepo A.
— Avelino Saldarriaga.
— Jorge Tobón.
— Francisco A. Uribe M.
— Teodomiro Villa.
— Rodolfo Zea.
— Eduardo Zuleta.

MIEMBROS CORRESPONDIENTES

Dr. Antonio José Botero.
— Luis Cuervo Márquez.
— Jesús María Espinosa.
— Evaristo García.
— Juan S. Gastelbondo.
— Federico Gómez.
— Daniel Gutiérrez A.
— José Tomás Henao.
— Emiliano Henao.
— José Mª Hernández S.
— Manuel José Jaramillo.
— Jaime Mejía.
— Rafael Posada.

Dr. Joaquín Restrepo I.
— Ricardo Restrepo U.
— Juan C. Restrepo U.
— José Joaquín de la Roche.
— Eduardo Uribe R.
— Agapito Uribe.
— Ciro L. Urriola.
— Francisco Velásquez.
— Enrique Villa.

INFORME

del Secretario de la Academia de Medicina de Medellín, sobre la labor de dicha Corporación, en el año académico de 1901 á 1902.

SR. PRESIDENTE, SRES. ACADÉMICOS:

Habiéndoseme honrado con el alto puesto de Secretario de la Honorable Academia de Medicina de esta ciudad, en la sesión del 10 de Julio de 1901, cumplo gustoso con el deber reglamentario de rendiros el informe de los trabajos de dicha Corporación, en el año académico que expira hoy.

Ninguna ocasión mejor que la que nos brinda este día de tan grandes recuerdos históricos, para festejar con una sesión literaria y científica, el recuerdo imperecedero de nuestra emancipación política; y para depositar como pequeño homenaje á los padres de la Patria, el fruto de vuestra labor científica, en uno de los más importantes ramos del saber humano. Tanto más meritorio este homenaje, cuanto que vuestra labor se ha efectuado en época aciaga para la Patria, conmovida como ha estado por la guerra civil.

I

Señores Académicos:

Os habéis congregado por 10 veces durante el año á que se refiere este informe, y habéis tratado en este tiempo cuestiones altamente importantes no sólo de régimen interno, necesario para la buena marcha de la Corporación que representáis, sino también, muchos asuntos científicos de vital importancia; ya para afrontar epidemias que como la viruela y la disentería, han visitado nuestro suelo, ya para procurar el adelanto científico de la Medicina en general, y en particular el de dos de sus más importantes ramos: la Higiene y la Cirugía operatoria.

La Higiene pública os ha preocupado justamente de una manera especial. Habéis correspondido así á la bien fundada confianza que el Gobierno tiene depositada en vosotros. Varias consultas científicas emanadas de aquella entidad habéis resuelto, con la ilustración y elevado criterio que os distinguen, y habéis *iniciado, por vuestra propia cuenta*, medidas salvadoras de gran importancia en beneficio de la humanidad doliente.

La Cirugía ha ocupado también gran parte de vuestro tiempo, ya resolviendo cuestiones interesantes de anestesia y antisepsia quirúrgicas, ya discutiendo las operaciones de alta cirugía, practicadas en este lapso de tiempo por algunos de vosotros; operaciones algunas, que por primera vez se han practicado en Antioquia.

Desgraciadamente tánta labor ha quedado en la sombra, pues la suspensión de los *Anales de la Aca-*

demia por causa de la guerra, os ha quitado ese vocero de vuestros trabajos.

II

Apenas hechas las elecciones y posesionados los empleados, se dio parte al Gobierno departamental y á las Corporaciones científicas del País y del Extranjero, de la reanudación de los trabajos y de los nombres de los Dignatarios que habían sido electos. Al mismo tiempo se ofrecía de nuevo á aquellas entidades el concurso de la Academia, como antes.

Los Dignatarios fueron nombrados en votación secreta, y los escrutinios favorecieron los nombres siguientes:

Presidente.....	Dr. Eduardo Zuleta.
Vicepresidente.....	— José V. Maldonado.
Tesorero-Bibliotecario.	— Francisco A. Uribe M.
Secretario.....	— Teodoro Castrillón T.
Vicesecretario.....	— Carlos de Greiff.
Redactores.....	— Juan Bta. Montoya y F.
	— Jorge Tobón.

El servicio interior de la Academia lo ha prestado un Oficial escribiente con funciones de Portero, nombrado por la Presidencia.

Tanto el Gobierno como las sociedades científicas del País y del Exterior, recibieron con placer la noticia de que la Academia había recomenzado sus labores, bajo la dirección de los dignatarios arriba nombrados. Dichas entidades agradecieron los ofrecimientos hechos por la Academia, y así lo expresaron las más de ellas en notas galantes y expresivas.

III

El personal de la Academia se ha modificado un poco durante el año académico.

Han fallecido los Dres. Juan Clímaco Alvarez y Tomás Quevedo; y yá antes en el tiempo en que la Academia no se reunía por causa de la guerra, había dejado de existir el Dr. Julio Martín Restrepo. Para todos decretó la Academia los honores del caso y en tiempo oportuno.

El Dr. Ricardo Restrepo Uribe pasó á ser miembro correspondiente por haberse ausentado del País. En cambio el Dr. Antonio Mauro Giraldo pasó de correspondiente que era, á ser miembro activo, por haber fijado su residencia en esta ciudad.

Fue nombrado miembro honorario de la Academin, el Dr. Federico Rivière, de París, é ingresaron como miembros activos, los Dres. Braulio Mejía, Avelino Saldarriaga, Leopoldo Hincapié Garcés, Tomás Quevedo Alvarez y Nicanor González.

IV

Varios trabajos originales han sido presentados á la Academia en sus diferentes reuniones, y de los cuales voy á daros cuenta en el orden en que fueron presentados:

1º *Sarcoma embrioplástico de la cavidad orbitaria en un niño de 7 años y medio*, caso operado con éxito feliz por los Dres. Montoya y Flórez y Carlos de Greiff. (La observación detallada de este importante caso, se lee al fin de este informe. La pieza anatomo-patológica correspondiente, se conserva en el Museo de la Academia.

2º *Sífilis concepcional;* trabajo presentado por el Dr. Castrillón, y cuya relación puede leerse también *in-extenso* al fin de este informe.

3º *Bocio parenquimatoso enorme,* operado con buen éxito por el Dr. Montoya y Flórez, con la colaboración de los Dres. Eduardo Zuleta, Carlos de Greiff y Vespasiano Peláez. Esta importante operación está detallada al fin de mi informe. La pieza anatomo-patológica y las fotografías del paciente, antes y después de la operación, han enriquecido el Museo de la Academia.

4º *Un nuevo procedimiento de Histero-colpo-perineorrafia, para la curación radical de los prolapsus genitales inveterados,* trabajo elaborado por el Dr. Montoya y Flórez. Acompañan este trabajo, como puede verse por la lectura completa de la memoria del Dr. Montoya y F., tres observaciones alusivas al objeto, y cuyo éxito feliz pregona la bondad del nuevo procedimiento en cuestión.

5º *Talla hipogástrica* y *cistostomía de necesidad;* caso operado por el Dr. Montoya y F. en el Hospital de San Juan de Dios de esta ciudad, también con buen éxito.

La observación de dicho caso, tomada por su discípulo el Practicante Tomás Bernal Bravo, se halla al fin de este informe.

6º *Dermatitis polimorfa recidivante.*—Caso interesante de la práctica del Dr. Carlos de Greiff. (Véase la observación detallada al fin de este informe.

V

Durante las sesiones se pusieron al orden del día asuntos de actualidad, los cuales voy á delinearos á

grandes rasgos, para evitar ser demasiado prolijo y fatigante. En la discusión que provocaba naturalmente cada asunto nuevo, tomaban la palabra casi todos los socios, ya para emitir su concepto, ya para referir casos semejantes al tema propuesto, resultando de allí benefica é instructiva asociación de ideas que hacían amenas é interesantes las reuniones.

En la sesión del 10 de Julio de 1901 presidida por el Sr. Dr. Juan Bautista Londoño, después de las elecciones de dignatarios para el nuevo período reglamentario y de que he hecho mención al principio, el Dr. Montoya y Flórez presentó una hermosa radiografía de la mano, tomada en un individuo que había recibido un balazo en el dedo anular, y cuya bala se dividió en tres fragmentos, uno de los cuales estaba completamente incrustado en el hueso. Los otros fragmentos se colocaron cerca de la articulación metacarpo-falangiana del dedo medio. La operación facilitada por los rayos X fue sencillísima y dio éxito completo como era natural, dada la reconocida habilidad del cirujano.

En la sesión ordinaria del 5 de Agosto de 1901 os ocupasteis de la disentería hemorrágica, en atención á una proposición del Dr. Maldonado en que preguntaba á la Academia: "Cuál era el tratamiento que mejores resultados había dado, en los casos de disentería hemorrágica en la epidemia entonces reinante en la ciudad?"

Larga é interesante discusión suscitó esta pregunta en el seno de la Corporación, y cada uno, cuál más, cuál menos, aportó sus conocimientos en la materia.

Sustentada la proposición por su autor, declarando lo difícil que era combatir las hemorragias intestinales en los casos de disentería grave, esperaba oír la opinión de la Academia sobre el particular.

El Dr. Carlos de Greiff fue el primero que se apresuró á emitir su concepto, declarando que el tanino en enemas le había dado resultados favorables en casos semejantes; lo mismo que la infusión de ipeca administrada de la misma manera.

El Dr. Zuleta declaró en seguida que la ipeca no había correspondido á sus deseos en semejante caso, y que las inyecciones de suero artificial, fórmulas de Hayen y Cherón, sí le habían dado resultados satisfactorios y brillantes.

El Dr. Castrillón manifestó haber tratado con éxito dos casos de disentería hemorrágica, empleando una medicación mixta: enemas frecuentes de infusión de ipeca con fuerte dosis de sub. n. de bismuto, adicionados de algunas gotas de solución de ergotina de Ivón. Esto naturalmente sin descuidar el tratamiento clásico de la disentería, esto es, la ipeca bajo la forma de infusión brasilera, precedida de un purgante de calomel al vapor, y la dieta láctea de rigor en estos casos.

El Dr. Montoya y Flórez aprobó el tratamiento del Dr. Castrillón, y agregó además, que el calomel había hecho arrojar á un individuo atacado de disentería hemorrágica, gran cantidad de gusanos de monte. El remedio fue administrado á la dosis de 1 gramo 50 centigramos, y de una vez. Agregó que descon-

fiaba de las ipecas cuya acción es muy inferior á la del sulfato de soda.

El Dr. Montoya disertó después largamente sobre la etiología y tratamiento de la disentería en general. Entre las causas señaló como principal las malas aguas que se consumen en la ciudad, de las cuales se hace uso, sin filtrar, siquiera sea en filtros de barro, que al menos les quita parte de las materias orgánicas que tienen en suspensión y disolución. Señaló también como causas, el chocolate mal preparado, las frutas y en especial el aguacate.

Como tratamiento, sólo enumeró las substancias que obraban favorablemente, como las sales de bismuto, el polvo de Dower y sobre todo el electuario de diascordio, cuyos buenos efectos recomendó considerándolos superiores á los del polvo de Dower. Dijo que los enemas de nitrato de plata eran recomendables, pero llevados á la parte alta de la cavidad rectal por medio de una sonda, pues dicha sal se descomponía rápidamente al contacto de la mucosa intestinal.

El Dr. Maldonado declaró que en su concepto, el mejor tratamiento de la disentería era el sulfato de soda, á dosis fraccionada, y que de su empleo exclusivo se sentía muy satisfecho. Rechazó el empleo de las sales de bismuto, las que producían una fuerte constipación, dando tiempo á que el enfermo absorbiese gérmenes infecciosos, toxinas y fermentos, que agravaban su situación.

El Dr. Zuleta habló en favor del sulfato de soda y de la ipeca. Incriminó las frutas en general, como

que aumentaban la virulencia de las bacterías, como también las aguas del consumo diario en la ciudad, tan infectadas por falta de tuberías especiales de hierro para su distribución. Aconsejó por tanto y como medida de Higiene general, el uso del agua hervida.

VI

En la sesión ordinaria del 2 de Septiembre, presidida por el Dr. Zuleta, os ocupasteis del tema propuesto como materia de discusión, por el Dr. Carlos Mejía: "Conducta del cirujano en los casos de urgencia, si no tiene á su disposición los medios antisépticos necesarios."

El autor refirió, para sustentar su proposición, un caso que le había ocurrido inopinadamente y lejos de todo recurso, caso en que se vio forzado á practicar una amputación de una pierna, afectada de una úlcera infecciosa grave. Empleó el Dr. Mejía en su operación, tan sólo el agua hervida, ligaduras perdidas sin antisepsia y suturas con un hilo cualquiera, tratando sí de obtener la reunión de los colgajos por primera intención. Este resultado se consiguió, á pesar de haber dejado el paciente en manos inexpertas.

El Dr. Montoya y Flórez aprobó la conducta del Dr. Mejía, manifestando que para él la asepsia era superior á la antisepsia, y que empleando todo: hilos, instrumentos, apósitos &c., hervidos durante media hora, se podrían practicar con éxito, aun operaciones de alta cirugía, como laparotomías, kelotomías &c.

El Dr. Maldonado dijo que en los casos de urgencia, como cuando se llama al médico para ir á los campos, y que no se le suministran mayores datos so-

bre lo que debe hacer y puede ocurrir, ó que por la premura del viaje no se llevan todos los elementos necesarios para una operación científica perfecta, se debe á pesar de todo, operar siempre, si el caso es de urgencia. Refirió casos, en que la simple agua hervida le había bastado para obtener éxito completo; y en muchos de ellos, á pesar de que los ayudantes tomados entre los concurrentes, personas ignorantes por lo común, metían dedos y manos en el agua hervida que servía como único recurso para la asepsia del campo operatorio.

El Dr. Carlos de Greiff refirió varios casos que le habían ocurrido en la práctica obstetrical, y en que se había visto obligado á trabajar sin antisepsia ninguna. Uno de ellos fue la práctica de una versión podálica y extracción manual de la placenta, operaciones que practicó en asocio de su colega el Dr. Saldarriaga. Estas operaciones fueron practicadas en el campo, en lugar donde no había trapos limpios, ni siquiera vasijas para hervir el agua. La enferma tuvo solamente una pequeña fiebre de dos días y el éxito fue completo.

El Dr. Castrillón dijo que en los casos de urgencia, debían distinguirse algunos, que podían llamarse urgentísimos, y en los cuales las circunstancias del paciente no permiten ni proveerse siquiera de agua hervida. Refirió el caso de un herido á quien le habían roto los vasos femorales á su salida de la arcada de Falopio. Por temor de operarlo *in situ*, se le hizo trasladar al hospital, donde se contaba con elementos antisépticos suficientes. Este herido murió allí duran-

te la operación. Quizá, si se hubiera operado inmediatamente en el lugar mismo donde fue herido, se hubiera salvado á pesar de la falta de recursos antisépticos.

Después de que cada uno de los miembros de la Academia hubo dado su opinión sobre el particular, el punto quedó resuelto así:

Siempre que ocurra una operación de urgencia, y el cirujano considere que la abstención puede comprometer la vida del paciente, la operación debe practicarse, aunque no se tengan á la mano los medios antisépticos necesarios que la ciencia aconseja.

En la misma sesión la Academia se ocupó nuevamente del tratamiento de la disentería hemorrágica. Estabais justamente alarmados por las numerosas víctimas que diariamente hacía la epidemia que reinaba entonces.

El Dr. de Greiff refirió dos casos nuevos, en que el tanino al 4 por mil ($4°/_{oo}$), administrado en enemas le había dado muy buen resultado.

El Dr. Zuleta recalcó sobre los buenos resultados que había obtenido por medio de las inyecciones subcutáneas de suero artificial al $7\frac{1}{2}$ por mil. Refirió un caso tratado exclusivamente por éste medio, en el cual obtuvo en tres días un éxito sorprendente. El enfermo arrojaba por día cantidades enormes de sangre. Para ello inyectaba el Dr. Zuleta á mañana y tarde 150 gramos de suero. Refirió otro caso, aunque no tan grave, en el cual obtuvo el mismo resultado con el mismo exclusivo tratamiento.

En seguida el Dr. Mejía (Carlos), manifestó tener

una duda respecto á la acción del suero como hemostático, y preguntó á la Academia: ¿Cómo es así que el suero que, como es sabido, aumenta la tensión sanguínea, produce la hemostasis en lugar de aumentar la hemorragia? Todos sabemos, agregó, que cuando fenómenos congestivos se desarrollan del lado de un órgano cualquiera, lo cual no es otra cosa que una hipertensión sanguínea que va hasta la ruptura de los vasos en algunas ocasiones, ¿por qué en estos casos, disminuimos la masa sanguínea para hacer cesar los fenómenos congestivos y hemorrágicos; y por qué en el caso del suero aumentando la tensión sanguínea se consigue también la hemostasis?

El Dr. Maldonado pidió la palabra y explicó la acción del suero de la manera siguiente: Aumentando el suero la tensión sanguínea, obra sobre el sistema nervioso central y periférico; y á la acción vaso dilatadora que se produce al principio por el aumento de tensión, hace continuación un efecto vaso-constrictivo periférico que detiene la hemorragia.

El Dr. Zuleta dijo: el suero no obra propiamente como hemostático; su acción consiste en sostener las fuerzas, en tanto que reacciona el organismo contra la infección que paraliza el sistema nervioso vaso motor. Al mismo tiempo el suero hace eliminar las toxinas producidas por los gérmenes de la enfermedad.

El Dr. Castrillón dijo: la acción eliminadora del suero me parece perfectamente demostrada, como he podido convencerme en las complicaciones renales con fenómenos urénicos de algunas enfermedades, entre ellas la disentería. En el caso de que tratamos creo que deben tenerse en cuenta dos hechos impor-

tantes: 1º La acción del suero sobre la composición de la sangre, cuya fibrina quizá se aumenta por la excitación que el cloruro de sodio produce sobre la substancia fibrinógena; y 2º El aumento de la masa sanguínea que activa las funciones cardíacas, lo cual produce el paso de mayor cantidad de sangre en un tiempo dado por el punto lesionado, y por consiguiente la llegada á ese punto de los materiales coagulantes de la sangre en mayor cantidad. De la misma manera se explica y no de otra, el fenómeno al parecer empírico de la hemostasis nasal, levantando los brazos como lo aconseja Negrier. La posición de los miembros superiores en este caso, dificultando la circulación en esa parte del cuerpo, hace que la sangre se acumule en el resto del sistema vascular, y circule allí con más rapidez y en mayor cantidad, lo cual produciría los efectos indicados.

El Dr. Maldonado objetó las opiniones del Dr. Castrillón, manifestando que no eran del todo aceptables estas explicaciones en los casos infecciosos.

La discusión se cerró sin fijar conclusiones definitivas, dejando á cada uno la responsabilidad científica de sus aseveraciones.

VII

Fiel la Academia á su gloriosa tradición de amar y respetar á aquellos de sus miembros que han consagrado su vida y sus facultades al servicio de la humanidad, decidió honrar de alguna manera el aniversario del natalicio de uno de sus miembros más distinguidos. Con tal fin os reunisteis el 4 de Septiembre del año pasado en sesión extraordinaria, para acordar

la felicitación al decano de la medicina en Antioquia, Dr. Manuel Uribe A.; quien si es cierto, por amor á la ciencia, vive en la noche de la atrofia de sus órganos visuales, lo ilumina el fulgor, siempre palpitante en él, de su espíritu elevado y fecundo.

Con tal fin la Presidencia le dirigió, previo acuerdo con la Academia, la siguiente nota:

"*República de Colombia.—Departamento de Antioquia.—Presidencia de la Academia de Medicina.—Medellín, 4 de Septiembre de* 1901.

"Sr. Dr. Manuel Uribe Angel.—*Presente.*

"Cábeme la honra de comunicar á Ud. que la Honorable Academia de Medicina, que tengo el honor de presidir, se ha reunido extraordinariamente para felicitarlo en este día, fausto para las letras, y en que se conmemora el 79º aniversario de su natalicio.

"La Academia hace votos para que la Divina Providencia se digne concederle muchos años de vida, para honra de la Patria y consuelo de la humanidad.

"Con sentimientos de alta consideración y estima, me subscribo de Ud. muy atento y obsecuente servidor,

"EDUARDO ZULETA."

Esta nota le fue presentada al Dr. Uribe Angel, por el Dr. Carlos de Greiff y por mí, nombrados en comisión para tan honroso encargo.

Lo que pasó entre el Dr. Uribe Angel y nosotros, lo juzgasteis por el informe que os rendímos, el cual no puedo prescindir de consignar aquí *ad íntegrum*, por la satisfacción que producen las palabras de aliento que contiene, y que de tan autorizados labios escuchámos.

El informe dice:

Sr. Presidente de la Academia.

En cumplimiento de la honrosa comisión para que os dignasteis elegirnos, presentámos al Sr. Dr. Manuel Uribe A. el oficio en que la Honorable Academia, por vuestro respetable conducto, lo saluda en el día de su 79º aniversario. Al mismo tiempo lo informámos del personal y dignatarios de la Academia en el presente período reglamentario de dicha Corporación, significándole que quedaba él siempre reconocido como su Presidente honorario perpetuo.

Muy conmovido se manifestó el Sr. Dr. Uribe A. por esta atención de la Honorable Academia, y declaró con expresiones verdaderamente elocuentes, lo placentero que le era saber que, mientras los unos combaten en los campamentos, el Cuerpo Médico de esta ciudad, representado por la Honorable Academia, se ocupa en librar los combates de la ciencia.

Dijo, además, con verdadero entusiasmo científico, que para él sería muy placentero el saber siempre que la Honorable Academia, preocupada solamente de su alta misión, continuaba sus sesiones á despecho de todo, y aunque en el mismo momento estuvieran batiéndose los partidos beligerantes en las calles de esta ciudad.

Manifestó, además, el deseo de concurrir á las sesiones de la Corporación cuando el tiempo y la salud se lo permitiesen; no para ilustrarnos, dijo, con marcada modestia, pues que él yá nada tenía que enseñarnos, sino para ilustrarse él mismo en los nuevos adelantos de la ciencia médica, y de los cuales era depositaria la Academia.

Vuestra comisión, en atención á ese deseo, y considerando que la Academia tendría esto á mucho honor, prometió avisarle oportunamente el día y hora de las sesiones, y aun acompañarlo si él lo deseaba.

Al despedirnos, el Sr. Dr. Uribe envió un cordial saludo á los dignatarios y miembros de la Academia, manifestándonos que nada mejor podría mandaros decir, que la célebre frase de Guillermo Tell á sus soldados cuando tenían al frente los ejércitos del tirano Gessler: "*En avant.*"

Sr. Presidente.

U. de Greiff.—T. Castrillón T.

VIII

En la sesión del 7 de Octubre, la Academia se ocupó de asuntos relacionados con la alta Cirugía, tomando por base las dos comunicaciones del Sr. Dr. Maldonado. Se trataba de dos enormes tumores, uno del hombro izquierdo y el otro de la fosa supra-clavicular, que fueron operados hábilmente por dicho cirujano. Para la extirpación del tumor de la fosa, fue preciso hacer la gran operación conocida con el nombre de amputación interescápulo-toráxica, para la cual, como sabéis, es preciso tener la destreza que en tan alto grado posee nuestro ilustre colega.

En la misma reunión nuestro Presidente refirió un caso raro de pseudo-meningitis en un niño, curado súbitamente después de un tratamiento que se mostró ineficaz por algún tiempo. La relación extensa de tan interesante caso será publicada muy pronto en los Anales.

Vuelta la discusión á la epidemia de disentería, se refirieron nuevos casos de muerte acaecidos en la ciudad. En esa discusión os presenté un trabajo sobre la muerte en las disenterías, el que veréis publicado al final de este informe y en la cual me propuse exhibir mis ideas, sobre la manera diversa como tal enfermedad conduce á la muerte. (Véase el artículo "De la muerte en las disenterías" al fin de este folleto.)

En la misma sesión, el Sr. Presidente comunicó á la Academia los buenos resultados obtenidos por él en el tratamiento de la blenorragia, por medio de las bujías medicamentosas, llamadas *Crayóns sanitaires*, que una Casa de los Estados Unidos le había enviado como muestra.

Siendo esta comunicación asunto que se relacionaba directamente con las vías urinarias, me apresuré á comunicar á la Academia el procedimiento austriaco, que empleo frecuentemente en mi práctica civil, con excelentes resultados. Y digo austriaco, porque en las clínicas de Berlín, de Londres y París, no ha empezado á emplearse dicho sistema sino en estos dos últimos años, á juzgar por la correspondencia médica. Mi ilustre Maestro, el Profesor Neumann, de Viena, fue el iniciador del procedimiento en cuestión, y según sus enseñanzas lo practico yo. Debo observar que en la blenorragia aguda está contraindicado este procedimiento por razones que no se ocultan. En la blenorragia subaguda y crónica, la indicación es perfecta. Publicaré, en breve, en los ANALES, una relación suscinta de este procedimiento, así como del manual operatorio y aparatos empleados.

IX

En la sesión del 12 de Abril del corriente año, el Dr. Montoya y Flórez presentó á la Academia unas *tijeras-cizallas*, de su invención, para la ejecución rápida de la histerectomía vaginal, y, sobre todo, para el *morcellement* ó fraccionamiento de los fibromas operables por la vía vaginal.

En estas tijeras, de 22½ centímetros de largo, se han suprimido los tan incómodos anillos para los dedos, reemplazándolos con un mango elegante que presenta exactamente las curvas de la mano, pudiendo así cogerlas ó dejarlas con gran rapidez, como si se tratase de un bisturí. Luego, entre las dos ramas existe un poderoso resorte plegadizo, que cuando se abre da á las tijeras la fuerza de unas cizallas, y ahorra el esfuerzo muscular, con frecuencia considerable, que en las tijeras ordinarias se necesita para abrirlas á cada instante. De este modo la mano del cirujano sólo tiene que cerrar, y eso haciendo la mitad ó mucho menos del esfuerzo que se hace con las tijeras comunes, sobre todo si se trata de cortar un tejido grueso y resistente; pues no debe olvidarse que son unas verdaderas cizallas, y que como tales cortan con más facilidad tejidos gruesos ó indurados que delgados y sin resistencia.

El resorte es plegadizo, con el objeto de que se puedan guardar las tijeras, sin que ocupen mucho espacio, y para que no estén en pugna constante por abrirse, como algunas de las cizallas que se fabrican en el día, y á las cuales algunos fabricantes, más artistas, ponen un anillo corredizo que las obliga á es-

tar cerradas; pero como así mantienen el resorte en tensión constante, sucede que al fin lo fatigan y lo rompen. Estas nuevas tijeras del Dr. Montoya y Flórez presentan un aspecto de suma elegancia, vistas cerradas, cuando el resorte queda plegado y en reposo.

La hoja ó parte cortante tiene cuatro y medio centímetros de largo por cerca de uno de ancho. La articulación es la tan cómoda de Collin.

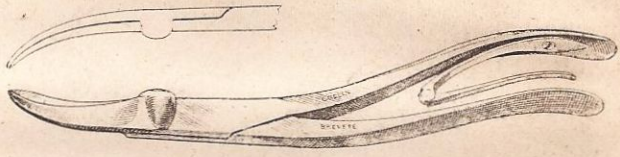
El inventor ha hecho construír unas tijeras rectas y otras curvas, como se puede ver en la figura adjunta.

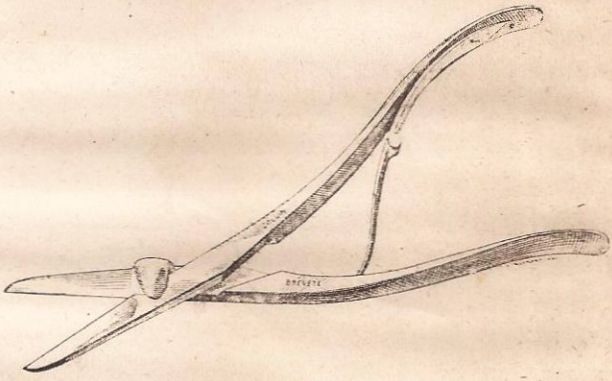
Las curbas son muy cómodas para la circuncisión del cuello uterino, y las rectas para la hemisección.

Estas tijeras las hizo fabricar el Dr. Montoya y Flórez, en 1900, en Casa de Collin, en París, donde pueden pedirlas los colegas que deseen llevar á cabo sus histerectomías vaginales con suma celeridad, en algunos minutos. La última histerectomía para un cáncer, operado con dichas tijeras, en el Hospital de San Juan de Dios, fue practicada en cinco minutos (reloj en mano) por el Dr. Montoya y Flórez.

En esta misma sesión se trató de los accidentes de la anestesia clorofórmica en los casos de grandes operaciones, asunto de actualidad por haberse presentado algunos muy graves, durante una operación practicada en el cuello (extirpación del bocio), por los Dres. Montoya y F., Zuleta, de Greiff y Peláez. (Véase la observación al fin de este folleto).

El Dr. Zuleta disertó largamente sobre la dmainistración del cloroformo, de una manera científica,







lo cual reclama el concurso de una persona hábil y que por sus conocimientos en la materia, sepa conjurar solo, y con serenidad y prontitud dichos accidentes, á fin de que el cirujano no se vea forzado á desatender la labor en que estuviese empeñado en ese momento. El mismo Doctor hizo notar los buenos efectos obtenidos, en el caso que trató el Dr. Montoya y F., del suero artificial en inyecciones y de la respiración artificial. Atribuyó los accidentes sobrevenidos, al *Shock* quirúrgico sobre la red de los importantes nervios que hay en la región del cuello, al nivel del punto atacado por el cirujano.

El Dr. Maldonado, sin negar la acción más ó menos eficaz del suero en estos casos, manifestó que para él la respiración artificial era más importante que las inyecciones seroterápicas, pues que en el estado sincopal, la absorción es casi nula.

El Dr. Montoya y F. manifestó que las inyecciones de éter antes tan en boga, y aun hoy para algunos cirujanos, debían evitarse por la mortificación celular que provocan, si no se ponen muy hondas; agregó que en ningún caso, por esta circunstancia, debía de ponerse más de una inyección en cada golpe de aguja.

El Dr. Maldonado opinó también como el Dr. Montoya y Flórez, por las razones apuntadas, y además, porque tales inyecciones contribuyen á aumentar la narcosis del enfermo; en su concepto considera, muy superiores las de brandy en semejantes casos.

X

Cerrado el debate de este importante asunto, el Dr. Montoya y Flórez refirió varios casos de curación

radical de hernias que había operado con muy buen éxito.

El primer caso se refiere á un señor de 28 á 30 años de edad, operado por el método de Basini y Barcker, en asocio de los Dres. Ochoa y Zuleta. El resultado inmediato fue brillante, pues el sujeto sanó completamente á los quince días. El resultado posterior fue también satisfactorio, pues el sujeto en cuestión es un hacendado que, sin braguero ni aparato contentivo de ninguna clase, ha hecho y continúa haciendo sin peligro alguno, toda clase de esfuerzos.

El segundo caso se refiere á un individuo de 45 años de edad, de robustez rayana en obesidad y muy dado á las bebidas alcohólicas. Este individuo sufría una hernia inguinal derecha, que había presentado varias veces fenómenos de estrangulamientos pasajeros. Al fin el braguero yá no le servía para contener la hernia, la cual se puso dolorosa é intolerable, por lo cual se decidió á la operación.

El Dr. Montoya la practicó en asocio de los Dres. Zuleta, Ochoa y de Greiff. A pesar de la aparente robustez del sujeto, los músculos de esa región eran en extremo delgados y estaban cubiertos de grasa. La hernia era epiploica, y en la operación se resecó gran parte de este órgano. La cicatrización se hizo en 25 días sin ningún accidente, y hoy el operado ha vuelto sin inconveniente á sus labores habituales.

El tercer caso, de que habló el Dr. Montoya y Flórez, fue el de una hernia congenital epiploica también, operada con buen éxito, en un joven de 20 años. En esta vez tuvo el concurso de los Dres. Zuleta y Quevedo Alvarez. Recalcó el Dr. Montoya y

Flórez sobre las ventajas de la resección del epiplón, entre las cuales, la más importante era el evitar la reproducción de la hernia.

El Dr. Jorge Tobón refirió cuatro casos semejantes operados por el Dr. Maldonado por el procedimiento de Duplay y con buen éxito también.

El Dr. de Greiff refirió un caso operado por él, en nuestro Hospital de Caridad, con la cooperación de los Dres. Ochoa y Uribe Mejía. Empleó el procedimiento de L. Champonier, y el resultado fue satisfactorio, á pesar de haberse supurado el plano superficial. En otro caso del mismo Dr. de Greiff se obtuvo el mismo feliz éxito, y por el mismo procedimiento. Se trataba de un niño de dos años de edad, afectado de una epiplocele complicada de hidrocele, afección más común de lo que generalmente se cree, y causa de muchas hernias que se revelan sólo á la época de la pubertad.

El éxito alcanzado por el Dr. de Greiff, anima á emprender estas operaciones desde temprano, y no esperar á que con los progresos de la edad, lo que era una lesión pequeña, simple, sin gravedad y fácil de corregir, se convierta en una afección grave, para cuya curación se necesite una intervención sangrienta, y quizá en circunstancias desfavorables, como cuando se hace urgente la operación, en caso de estrangulamiento, por ejemplo.

XI

En la misma sesión el Dr. Zuleta nos refirió la interesante historia de una enferma recetada por él, la cual se presentó en un principio atacada de fenó-

menos de asfixia, de disfonía y de accidentes bronco-pulmonares. Naturalmente en su calidad de buen clínico, nuestro Presidente la hizo varios exámenes laringoscópicos, con el rigor científico de tan delicada y en ocasiones difícil exploración.

De estos exámenes dedujo el Dr. Zuleta, con el buen criterio que lo distingue, que los signos laríngeos no eran simples fenómenos reflejos de afecciones lejanas que tuvieran resonancia en el órgano productor de la voz.

Una persona que no fuese de las condiciones sociales de su pacienta, y, si por otra parte, algunos antecedentes hubiesen terciado en el caso en cuestión, para inducir al observador en una vía determinada de diagnóstico, el Dr. Zuleta no habría vacilado desde el primer momento. Consideraciones de aquella naturaleza, y la falta de antecedentes específicos lo hicieron fluctuar en los primeros días, entre una tisis laríngea, de cuyos síntomas nos dio un cuadro tan completo el inmortal Trousseau, y la sífilis; pues la imagen laringoscópica demostraba lesiones que se parecían á una y otra de estas dos entidades mórbidas.

Decidióse el práctico, colocado en el dilema de que he hecho mención, á emplear un tratamiento mixto y activo que con rapidez lo edificara mejor sobre este caso interesante. Eligió, pues, la vía hipodérmica, la más rápida para llevar á la sangre los agentes terapéuticos que debían combatir la afección, cualquiera que fuese.

Ponía, con tal objeto, y de una manera alternada, inyecciones de aceite biyodurado y de guayacol yodoformizado. Cinco inyecciones bastaron para que el

problema se resolviera. Un brote ó *poussée* de placas mucosas, efectuado en la lengua, despejó la incógnita, y la naturaleza específica de la afección se reveló al observador con gran satisfacción.

Y observad este hecho: ¿las inyecciones fueron la causa del nuevo brote ó *poussée* que desenmascaró el carácter insidioso con que se presentó la enfermedad? Es posible pero no probable.

Dije que el clínico observó con satisfacción que la naturaleza de la enfermedad se le revelaba. Debo explicar esta frase para evitar ciertas interpretaciones á que se presta mi aseveración.

Debió ser satisfactorio el resultado, por la razón sencilla de que la duda es para el médico la más chocante de las dificultades con que tropieza en su delicada misión. Además, cuán satisfactorio es para el observador, el hecho de encontrarse en presencia de una dificultad, y cuando teme hallarse, quizá, á las manos con un enemigo á quien no se sabe combatir, se encuentra al frente de otro á quien se conoce, no sólo en su manera de atacar, sino también, el modo de vencerlo. Porque si para la tisis las inyecciones de guayacol con yodoformo, la creosota, los hipofosfitos, el bacalao &c., no satisfacen plenamente al terapeutista, la sífilis es hoy del dominio de la medicina contemporánea. Satisfactorio es, pues, batirse con quien se tiene la seguridad de vencer.

El caso del Dr. Zuleta es doblemente interesante para el médico, pues si de una parte prueba, como lo dijo Ricord, que la sífilis ha invadido todo el campo de la Patología, como en este caso, hasta el punto de simular afecciones bronquicas, pulmonares y so-

bre todo, laríngeas de otra especie, la sífilis, se debe agregar con tristeza, está invadiendo también todas las capas sociales.

Uno de los más grandes males de la guerra actual es, sin duda, la invasión de la sífilis á regiones hasta ahora inmunes. Nuestros soldados la han aportado de otros puntos de la República y la han llevado á nuestras montañas, donde yá han aparecido casos graves.

En adelante el médico debe poner, en tela de juicio, en casos como el que nos relató nuestro Presidente, la posibilidad de la presencia del virus específico, para llegar rápidamente á la solución de los problemas con que tropiece en su carrera.

La conducta del Dr. Zuleta es encomiable, por cuanto en casos dudosos, vosotros sabéis, se opta por el tratamiento mixto, si este es posible; y antes de diagnosticar la naturaleza de una úlcera que se disfraza con los síntomas de varias enfermedades, es preciso eliminar su naturaleza venérea por la aplicación de un tratamiento específico, considerado y aplicado no pocas veces como único medio de diagnóstico. Inútil me parece agregar que el caso del Dr. Zuleta curó perfectamente.

XII

Al principio de este yá largo y desaliñado informe, os dije que la Higiene había preocupado seria y largamente á la Academia.

Yá os he relatado á grandes pinceladas las discusiones sobre la profilaxia de la disentería, conexionada íntimamente con la etiología de tal enfermedad. No me extenderé, pues, más sobre dicho asunto.

Quiero solamente detenerme á referir los trabajos de la Academia, sobre la viruela.

En repetidas ocasiones la cuestión ha sido abordada por vosotros. Habéis publicado medidas sanitarias generales y consejos especiales de salubridad pública. Habéis resuelto las consultas que la autoridad os ha hecho sobre el particular. En vuestro afán por extirpar este flagelo, que como una pandemia se cierne y amenaza la sociedad entera, habéis recurrido al Gobierno pidiendo el establecimiento de una oficina oficial de vacunación.

En efecto. En la sesión extraordinaria del 28 de Mayo, dedicada exclusivamente para este importante negociado, se dirigió por la Presidencia al Sr. Gobernador de entonces, una nota en que le suplicaba, en nombre de la Academia, arbitrara, á la mayor brevedad, los recursos necesarios para la propagación de la vacuna; pero que como ésta no existía, era preciso pedirla, sin demora, á Bogotá ó al Exterior, y establecer una oficina de cultivo y vacunación, lo que era muy fácil para el Gobierno; y vacunar permanentemente, ó algunas horas al menos. Que sólo así, distribuyendo ampliamente vacuna entre los médicos, no sólo de la ciudad, sino también de las poblaciones del Departamento, se lograría el objeto apetecido.

La contestación del Gobierno, en que aseguraba haber dictado todas las medidas necesarias para propagar la vacuna en el Departamento, no satisfizo por entonces á la Academia.

Hoy esta Corporación confía, y con motivos fundados en el nuevo Gobernante de Antioquia, quien

por su ilustración y talento, no desatenderá este asunto que entraña una necesidad urgente.

Y digo que la Academia espera mucho de los actuales gobernantes en materia de Higiene y salud pública, por cuanto que yá desde que el digno Secretario de Gobierno, Sr. Macía, se encargó de la Gobernación, la Academia sintió la influencia favorable del Gobierno para todas sus decisiones. Grato es, pues, y justo consignar aquí el nombre del Sr. Macía, quien desde el primer momento comprendió la importancia de la labor de la Academia y se asoció á ella. No menos nos prometemos y esperamos también del Sr. Giraldo y Viana, conocidos como son por todos sus relevantes prendas, y su decidido apoyo por todo lo que signifique adelanto científico y salud pública.

En la misma sesión del 28 de Mayo, el Dr. Montoya y Flórez refirió varios casos de viruela grave acaecidos en esta ciudad.

El Dr. Castrillón manifestó, por su parte, que se veía claramente que la viruela de epidemia benigna se convertía en endemia maligna. Que antes casi todos los casos se curaban, no obstante el abandono inexplicable de los infelices variolosos en el local destinado para aislarlos. Que yá se registraban casos mortales, y, entre otros muchos, graves complicaciones.

Refirió dos de éstas: una, en una mujer en quien se desarrollaron, pocos días después de la descamación, accidentes de nefritis aguda, con edemas generalizados y albuminuria. En otro caso se supuraron los ganglios profundos del triángulo de Escarpa y los del rombo poplíteo, y para los cuales se necesitó la intervención quirúrgica. En el mismo individuo se des-

arrollaron fenómenos de miositis del tríseps sular, y de los músculos posteriores del muslo, amén de un enorme flegmón de la nuca que terminó, lo mismo que las miositis, por resolución, agotando para ello todos los recursos terapéuticos que en casos semejantes se aconsejan.

Refirió también el Dr. Castrillón, un caso curioso de generalización de la vacuna. Lo singular en esta generalización consistió en que las pústulas vacínicas estaban yá en período de regresión. Se establecieron 24 pústulas más, 15 de ellas en el brazo vacunado, y el resto en la cara y el cuerpo, todas benignas y que siguieron sus estadíos sin gran molestia para el enfermo.

Para evitar la repetición de este accidente, que por lo demás es posible con toda clase de vacuna activa, propuse á la Academia atenuar el virus muy fuerte, asociándolo con el de la vacuna suiza, cuya debilidad ha hecho despreciar su uso.

XIII

Como veis, vuestra labor, Sres. Académicos, á juzgar por este mal zurcido informe, ha sido fecunda; y en este año de tareas, habéis compensado en cierta medida, la deficiencia que en los dos períodos anteriores os ha impuesto la situación del País.

La correspondencia con el Extranjero y con las Sociedades científicas del interior, se ha sostenido en la medida de las circunstancias. En lista aparte os presento los canjes de los ANALES DE LA ACADEMIA, sostenidos por la correspondencia de la Secretaría. Casi todas las Repúblicas Hispano-americanas, la Re-

pública federal de los Estados Unidos y Europa, os envían sus luminosas gacetas. España, además, os invita á concurrir por delegación, á la fiesta del XIV Congreso internacional de medicina, que se reunirá en Madrid del 23 al 30 de Abril del año entrante. Por demás sería hacer reflexiones sobre la benéfica influencia de estas reuniones científicas, que generalizan los conocimientos humanos, dan incentivo al progreso de los pueblos, y no pocas veces contribuyen á la confraternidad universal.

La Facultad de Medicina, formada por un grupo de jóvenes entusiastas y decididos por abrazar vuestra carrera, ha asistido á los debates que he relatado, con lo cual se han hecho éstos más solemnes, y se ha estimulado así vuestro espíritu de trabajo para nuevos estudios y tareas.

Quiera Dios que el nuevo año que comienza hoy, sea de mayores frutos, á favor de la paz que no tardará en lucir sobre el horizonte de la Patria, y que marchéis sin tropiezos ni zozobras por la senda luminosa que habéis seguido en el que hoy termina, y que dentro de un año, nuevos y gloriosos triunfos vengáis á ofrendar en aras de la Patria, con la satisfacción del deber cumplido, y en un día como éste de tan gratos recuerdos patrióticos.

Señores académicos.

SARCOMA EMBRIOPLASTICO

de la cavidad orbitaria, en un niño de 7½ años de edad. Operado el 1.° de Julio de 1901 por los Drs. Montoya y Flórez y de Greiff.

Ezequiel Valderrama, natural de Sopetrán, de siete años y medio de edad, sin antecedentes hereditarios de ninguna clase, no había sufrido ninguna enfermedad hasta el mes de Diciembre de 1900 en que la familia comenzó á notar una exoftalmía derecha, sin que el niño se quejara de dolor ni notara alteración alguna en la visión. La exoftalmía siguió progresando hasta que un médico le enucleó el ojo yá procedente, dejando intacto el tumor.

El 1.° de Julio de 1901 le operámos un tumor del tamaño del puño poco más ó menos, el que había perforado yá profundamente la arcada orbitaria y el hueso malar. El tumor lo enucleámos rápidamente y casi sin hemorragia. Se rellenó la órbita de gasa yodoformada, se cubrió con algodón y se la aplicó un vendaje. Esta curación la renovámos al tercer día por haberse inoculado, reemplazándola por otra que dejámos intacta por 5 días. Cuando quitámos esta segunda curación encontrámos la incisión completamente cicatrizada y la órbita en muy buen estado, lo mismo que los párpados. En la apófisis orbitaria del hueso malar observámos una exostosis, indudablemente originada por el tumor.

Examinado al microscopio un fragmento del mencionado tumor resultó ser un sarcoma embrioplástico.

Presentamos á la Academia el tumor para que lo conserve en su Museo de Anatomía patológica.

Medellín, Julio 10 de 1901.

J. B. Montoya y F.—Dr. C. de Greiff.

SIFILIS CONCEPCIONAL

SRES. ACADÉMICOS:

Me propongo en esta pequeña memoria, resumir mis ideas sobre el asunto que propuse como tema de discusión en la última sesión de la Academia, sobre la sífilis concepcional y hereditaria, así como sobre los corolarios que de tales cuestiones se desprenden.

Es sabido que de acuerdo con las ideas dominantes en la actualidad, las enfermedades microbianas se han considerado como no hereditarias, y esto en atención á que las leyes biológicas reniegan de la participación de agentes extraños en el acto misterioso de la concepción de los seres. Estas leyes van sobre todo dirigidas á negar en absoluto la participación del padre en la transmisión de las enfermedades por la concepción; pues en cuanto á la de la madre, se apela comúnmente al hecho con frecuencia observado, de la facilidad de tal transmisión, por el paso á través de la placenta, de los gérmenes infecciosos de que pueda estar contaminada la sangre maternal

En este último caso se dice que ha habido *heredo-contagio*, declarando así que los pretendidos casos de herencia de las enfermedades no son otra cosa que verdaderos contagios durante la vida intrauterina; y que las enfermedades hereditarias, sobre todo las microbianas, en el sentido propio de la palabra herencia, no existen.

Esto sentado, conviene distinguir, si es posible, los virus de las bacterias. Esta distinción existe para algunos, el sifilítico por ejemplo, microbiológicamente hablando: pues mientras que tal microbio no se ha

podido cultivar, ni reinocular experimentalmente por faltar un animal reactivo, aquéllos (las bacterias), en muchos casos se ha logrado conseguir ambos resultados. No tienen, pues, de común estos dos agentes morbíficos, sino la tercera condición de entre las necesarias para caracterizar una entidad como microbiana, cual es la de reproducir la enfermedad en un terreno apropiado.

Empero, se concibe, que si no se comportan ciertos virus como las bacterias, en las experiencias de laboratorio, respecto de la participación que pudieran tomar en la procreación de los seres, sí son comparables perfectamente. En efecto, lo mismo da, que sea virus ó que sea bacteria el elemento extraño, para que las células madres se desembaracen previamente de ellos durante la concepción, y por consiguiente, estos dos agentes deben considerarse como semejantes en este caso.

Ahora bien: observando lo que pasa respecto á las enfermedades hereditarias, especialmente con la sífilis, vemos hijos de padres sifilíticos, afectados por herencia—por verdadera herencia—de la misma enfermedad de su padre, sin que la madre haya presentado ni presente nunca la menor señal de infección propia. Este hecho de observación diaria, deja comprender inmediatamente que hay una contradicción flagrante entre la Biología y la Clínica.

Para dar cuenta de esta evidente transmisión paterna, y para no vulnerar los derechos de estas dos ciencias, se ha recurrido á una explicación, que desgraciadamente no es práctica, cual es, el que la madre, previamente infectada por su esposo, transmite la

infección al feto por la vía placentaria. Se descubre inmediatamente cuántos flancos quedan libres á la crítica en esta manera de ver.

Y para no citar sino un ejemplo, ¿cómo podría entonces explicarse que una madre, que sirve de intermedio á la transmisión paterna de la sífilis, no se encuentre por esta singular función contaminada ella misma á su vez? O bien ¿su inmunidad collesiana puede, y en este caso casi siempre sucedería, convertirse en fuente de infección para su hijo, pues rara vez faltan en él las manifestaciones de la heredo-sífilis cuando el padre está sólo contaminado? Pero entonces, ¿qué límite asignar á la inmunisación, y qué línea ó frontera sintomática, si así me puedo expresar, la separa netamente de la infección?

Como se ve el problema es embrollado.

Yo creo que no se necesita ni se debe romper con la Biología (cuyos grandes problemas como el de la génesis de los seres, deben darse por resueltos), para explicar los hechos clínicos que al parecer contradicen los resultados que aquella ciencia pregona.

No se necesita tampoco apelar á una explicación, que á todas luces es improbable, cual es, que debe ser por conducto de la madre, previamente inficionada por su esposo, como se hace indirectamente la transmisión paterna de las enfermedades heridatarias.

Por que entonces, una de dos: ó la madre recibe el virus de su consorte, y lo guarda en la sangre sin que la ofenda durante la vida, y se lo transmite al feto por la placenta, para dar lugar más tarde á la sífilis hereditaria, en sus múltiples manifestaciones, ó el agente infeccioso va con el espermatozoario á tomar

parte en la evolución y desenvolvimiento del óvulo. Lo primero es inverosímil, lo segundo inaceptable.

¿Qué pensar, pues, en medio de tántas ideas contradictorias? ¿Cómo hacer la luz y salir de apuros en la interpretación de tan variados fenómenos? ¿Será pura teoría eso de las doctrinas Wasmanianas, y sí hay enfermedades hereditarias aun en las microbianas?

La Clínica en mi concepto es la sola capaz de resolver con hechos bien observados, lo que puede pasar en estas delicadas cuestiones. Y obrando por indución en los casos que he visto, y meditando sobre lo que pasa en el curso de una sífilis heredada *á patre*, me siento inclinado á aceptar, á despecho de la Biología y refiriéndome á esta entidad mórbida, que el óvulo que ha de dar origen al sér humano, sí admite en su fecundación y desenvolvimiento agentes infecciosos. Observamos, en efecto, que un sér, sobre el cual pesa la desgracia de semejante herencia, puede tener largos períodos de existencia normal y fisiológica, y tan sólo ver las manifestaciones heredadas estallar un día, en épocas determinadas y aun sin causa eficiente de otra naturaleza. ¿Qué pasa entonces? ¿Dónde está el germen que debe ocasionar los desastres? Oculto misteriosamente en las profundidades del sér, va acompañando la vida sin perturbarla, en tanto que el organismo no se ponga en condiciones favorables á la ecloción de los síntomas. Pues lo mismo debe acontecer en el óvulo; y si la Biología niega la participación de virus, bacterias y gérmenes espolulares en el acto de la concepción, puede aceptarse al menos que agentes especiales, ó mejor, específicos, se mezclan allí, ya bajo la forma de fermentos solubles, ya en la

de toxinas ú otros agentes, desconocidos aún, que han de influenciar ulteriormente el producto de la concepción, y capaces de reproducir los gérmenes figurados que han de originar la enfermedad.

Si, pues, un fermento de esta naturaleza se mezclase en la concepción, con capacidad ó nó de reproducir el virus de que deriva, pero que al menos puede detener el desenvolvimiento del óvulo, resultarán, en primer lugar, esos fetos abortados, en maceración ó contrahechos, que todos hemos visto en la práctica; esas monstruosidades informes y horribles, que con sus múltiples variedades enriquecen á diario el campo de la Teratología. Por otra parte, si por la poca actividad de estos fermentos, el óvulo alcanzase su completo desarrollo, y sólo más tarde se reprodujeran en forma de virus, resultarán en segundo lugar, sea las manifestaciones en los recién nacidos, de la sífilis heriditaria precoz, sea, más tarde, las formas, tardías de la heredo-sífilis, como esto lo vemos también frecuentemente.

Finalmente, si estos mismos fermentos, toxinas ú otros productos similares, aún mal estudiados como he dicho, permanecen en estado latente durante la vida, y sólo toman parte en ciertos períodos de la existencia del nuevo sér, resultarán aquellas detenciones en el desarrollo, precoces ó tardías, que conducen al raquitismo, al cretinismo, á la imbecilidad, á la miseria fisiológica &c., constituyendo esos tipos variados que se conocen con el nombre de tipos heredo-sifilíticos, y de los cuales el inmortal Parrot nos dejó tan clásicas descripciones. Estos estados patológicos constituyen otras tantas pruebas de una tara orgánica, de

naturaleza sifilítica, como sucede con los hijos de los tuberculosos, de los leprosos, de los alcoholizados &c. De esta manera se puede mejor cohonestar los hechos clínicos con las doctrinas biológicas sobre la concepción de los seres, en lo que se refiere á la transmisión paterna de las enfermedades microbianas y sin apelar á explicaciones forzadas é improbables.

De tal suerte que pasando, como parece pasar lo que acabo de exponer, la Clínica prueba que la madre sí puede ser infectada por su feto, y que es de esta fuente más bien que de la de su esposo, de donde obtiene la infección (inmunidad collesiana si queréis), infección levísima generalmente, sifilización á pequeña dosis, sífilis imperceptible como la llama Diday, y que no se manifiesta casi nunca, pero que casi siempre la confiere inmunidad.

Me permito decir casi siempre, porque así como todos sabemos, la viruela, la escarlatina, la fiebre tifoidea &c., pueden recidivar perfectamente; lo mismo puede deducirse que acontece con la sífilis. Y no es esta solamente una idea teórica é inductiva: yá han aparecido trabajos en apoyo de esta aserción, en cantidad tal que casi me atrevo á llamar numerosos. Tales trabajos prueban evidentemente que existen sífilis dobles y aun triples, esto es, que sobre un mismo individuo ha habido inoculaciones repetidas, en tiempos más ó menos lejanos.

De estos trabajos hechos en Inglaterra, en Alemania y en Francia, la mayor parte parecen concluyentes. En Alemania han aparecido, además, algunas tesis notables sobre el particular. No obstante y para ser imparcial, debo agregar que no se me oculta

que estos casos deben ser aceptados con extrema reserva, pues á mi modo de ver, deben ser extremadamente raros; Ricord, por ejemplo, durante toda su vida no observó un solo caso, y Fournier y Mauriac buscan todavía uno que sea concluyente. La Escuela de Viena, cuya autoridad en estas materias es de todos conocida y de todos respetada, ha usado de una extrema reserva en sus fallos sobre esta materia. A pesar de todo, nada prueba que la sífilis haga excepción á lo que pasa, y que todos sabemos, en las enfermedades que, como lo virulentas, les son perfectamente similares.

Por otra parte, salta inmediatamente á la vista la discusión de otro punto relacionado íntimamente con estas altas cuestiones, cual es el sentido en que debe interpretarse la ley de la inmunidad de la madre, ley formulada desde 1844 por el sabio inglés Colles, y sobre la cual me permito dar mi opinión, aunque no sea sino para señalar las reflexiones que despierta y los corolarios que de ella se desprenden.

La ley de Colles, como sabéis, se ha enunciado así:

Ningún niño heredo-sifilítico de origen paterno, podrá infectar á su propia madre, aunque el seno de ésta, cuando lo alimenta, presente escoriaciones que favorezcan la inoculación, y aunque la boca del niño tenga úlceras venéreas en actividad; en tanto que dicho niño infectará seguramente á una nodriza sana, encargada de su lactancia, en condiciones análogas. La recíproca, de la madre al niño se ha reconocido también exacta dentro de ciertos límites.

Ahora bien, esta ley, que está en vigor, como sabemos todos, á pesar de los casos que contra su doctrina se han publicado (casos de Arning, Obtulovietz, Weil, Grunfeld &c.), merece que nos detengamos á estudiarla un poco, para darle la interpretación que merezca, relacionando con ella los hechos prácticos que observamos en esta materia, casi todos los días.

Desde luego la inmunidad que pregona dicha ley debe aceptarse con las correspondientes reservas, comoquiera que se han levantado serias protestas respecto de su infalibilidad, y del modo como se comprenda la frase *inmunidad materna*, esa inmunidad misteriosa de la madre de un niño heredo-sifilítico *á patre*, y de que informa la consabida ley de Colles.

En efecto, creo que todos hemos visto madres en apariencia sanas, que alimentan con su leche á su hijo recién nacido, no obstante que éste lleva la boca llena de úlceras netamente sifilíticas, heredadas de su padre; y todo esto, sin peligro alguno para ella, aun cuando en el mamelón se noten grietas y escoriaciones propicias en extremo á la vacunación específica. Entonces nos contentamos con decir: la madre está inmunizada, y en nombre de la ciencia, no vacilamos en autorizar la lactancia materna en semejante caso.

Creo que estas ideas son de recibo para todos en el estado actual de la ciencia.

Yo por mi parte, lo digo desde ahora, así las profeso, considerando que debieran usarse como sinónimas las frases: *madre inmunizada* y *madre sifilizada*. Pero esta última expresión debe distinguirse netamente de madre sifilítica, pues hay razones para ello, y así entendiéndonos en los términos, el problema se

hará sencillo y fácil. Digo que hay razones para que debamos distinguir aquellos dos términos, porque los límites de la misteriosa inmunidad materna han sido yá franqueados también en algunos casos, y una madre sifilizada se ha convertido en un tiempo más ó menos largo, en una madre sifilítica, sin poder invocar para ello una reinfección, previa, por contagio. Este hecho está probado por observaciones importantes publicadas en Francia por Barthelemy, al parecer concluyentes. Todas estas observaciones prueban el contagio de la madre por concepción, ó si se quiere, que su inmunidad Collesiana no la ha defendido suficientemente á nuevas implantaciones del virus sifilítico.

He dicho, y creo estar probado por la observación, que el feto sí puede ser influenciado directamente por el padre en el acto de la concepción. Desde luego es más probable que la madre reciba de él, y no de su esposo, el principio inmunizante. Porque pregunto: ¿si una madre sifilítica puede contaminar al sér que lleva en sus entrañas á través de la placenta (como esto es incontestable), porqué la recíproca no puede tener lugar? Sería necesario suponer para ello una construcción de la placenta (perdonadme la frase) maravillosa y rara, que ciertamente no tiene ni se concibe.

Si las dos sangres, fetal y maternal se mezclan allí, se revuelven, se confunden más íntimamente en la placenta, que las sangres venosa y arterial, en los pulmones, durante la hematosis, no hay razón para que la madre pueda inficionar al feto de las enfermedades de su sangre, y se escape por sí misma, de

las infecciones que el producto de la concepción pueda transmitirle, ya sea por medio del virus en naturaleza, ya por medio de fermentos solubles, toxinas ú otros productos del mismo origen y aun mal estudiadas todavía.

Por otra parte ¿cuál es el límite entre la infección y la inmunización, quedando siempre como aceptada que la inmunidad es el resultado de una infección en extremo atenuada? ¿Cuál es, digo, la línea de demarcación entre los signos que caracterizan estos dos estados? O más claro ¿en qué clase de fenómenos termina la infección y comienza la inmunidad, considerando que hay un límite que separa el uno del otro, estos dos estados mórbido el primero y fisiológico el segundo? En una palabra ¿cuándo se dice que una madre está sifilizada sin estar sifilítica?

Difícil cuestión esta en mi concepto, pero de la cual me prometo exponer aquí mis ideas. En efecto. Sabemos que está generalmente aceptado el que un primer ataque de sífilis confiere inmunidad casi absoluta, por levísimo que sea dicho ataque, como sucede también con todas las afecciones virulentas y eruptivas. Según esto, y reflexionando sobre los términos en que está concebida la ley de Colles, parece claro aceptar que lo que prueba dicha ley, es tan sólo que la madre ha sufrido únicamente una sífilis tan atenuada, que no ha alcanzado á manifestarse por los signos ordinarios que caracterizan esta afección en sus formas regulares; pero que sí la precave casi siempre de otro ataque *á posteriori*, para que pueda autorizarse la lactancia de su niño enfermo sin peligro alguno para ella.

Esta infección levísima, que la inmuniza, le viene probablemente por conducto de la sangre fetal; pues no habiendo presentado síntomas de infección anterior por parte del marido, á pesar de la cohabitación frecuente con él, y el hecho de resultar inmune después de la gestación, es natural aceptar que fue el feto, y no el esposo, quien la ha contaminado, aunque en cantidad mínima, en cantidad mitigada, insuficiente para manifestarse, pero sí para concederle esa inmunidad misteriosa que sanciona la ley de Colles.

Esta sangre fetal sería en cierto modo el suero inmunizante de la sífilis respecto de su madre. Quien sabe si lo sería para otros, y si una inyección hipodérmica de esta sangre fetal, extraída del recién nacido, de la placenta ó del cordón, daría idénticos resultados para los demás. La experimentación sólo podría decirlo; pero cuántas dificultades para emprenderla, faltándonos, como nos falta, un animal reactivo.

En resumen, pues, reduzco á 6 puntos principales mis ideas sobre este embrollado problema.

1º Que al paracer, ciertos virus son distintos de las bacterias, pues no se comportan como ellos ni en los medios de cultura, ni en el organismo, ni en su influencia sobre los gérmenes que han de constituír el sér humano por su desarrollo ulterior. Sin embargo, no se puede negar por esto sólo sus grandes analogías;

2º Que según parece, ciertos gérmenes de naturaleza sifilítica, sí pueden tomar parte en la evolución del óvulo, contrario esto hasta cierto punto con

las leyes biológicas, pero que parece poder explicarse, aceptándolos en calidad de fermentos solubles, capaces de producir esos fetos macerados y llenos de sifílides cutáneas, dados á luz por madres sanas, y producidos por la herencia paterna únicamente;

3º Que observándose muchos casos en los cuales no aparecen los fenómenos sino algunos días después del nacimiento de un niño, sano en apariencia, ó muchos años después bajo la forma de sífilis terciaria, es razonable aceptar que el germen pasó, ó acompañó, mejor dicho, la evolución del embrión en un estado latente, bajo la forma de fermento soluble, capaz de reproducir los virus que le dieran origen, un día ú otro, y dar nacimiento á las múltiples manifestaciones que todos conocemos con el nombre de sífilis hereditaria, precoz y tardía;

4.º Que en otros casos, cuando nada revela que el embrión está infectado, ni tampoco el niño, vénse desarrollar á la época de la pubertad estados particulares, detenciones de desarrollo que van á constituír el tipo heredo-sifilítico, con sus diferentes modalidades, prueba inequívoca de una tara orgánica, que entrabando el desarrollo natural del organismo, va á producir esas múltiples distrofias de que nos habla Parrot. Es preciso invocar entonces la ingerencia de toxinas que han venido ocultamente con el sér, y que sin haberse podido revelar en la primera y segunda infancia, se aprovechan de la gran actividad que toman los elementos anatómicos en aquella época especial de la vida, y vienen á hacer su aparición en la escena con los desastres consiguientes que todos conocemos. Quizá sea efecto de una perturbación fisio-

lógica en el funcionamiento de las células constituyentes del sér, quizá una perturbación imprimida originariamente á la célula generadora, por el espermatozario de un padre minado en su constitución, por la presencia en su sangre del virus ó de sus toxinas.

Esta perturbación en la función elemental dependería á su vez de modificaciones en el arreglo molecular de los elementos del protoplasma, del núcleo de los leucitos &c., con producción de un cambio debido á esos venenos orgánicos en la constitución química de la célula viviente. Así creo podría explicarse lo que pasa en los hijos de individuos minados en su constitución por el abuso del alcohol, del tabaco, la morfina &c. ó aniquilados por alguna afección general debilitante, como la tisis, el cáncer, la lepra &c.

5.° Que al parecer estos males del sér, causados por un padre infectado ó caquectizado, no pueden evolucionar con absoluta indiferencia en el laboratorio materno, sin influenciarlo aunque sea en parte por la vía de la placenta, órgano donde se mezclan y se hacen solidarias las dos sangres materna y fetal, venosa y arterial. Esta concepción hace inútil la idea inverosímil de que el padre inficiona previamente á la madre, lo que no se puede probar ciertamente.

6.° Que la ley de Colles, interpretada como lo he expuesto apenas en bosquejo, dejaría desprender un corolario práctico de alta importancia social—el tratamiento materno durante la gestación y la lactancia, desde el primer embarazo;—tratamiento que influyendo sobre el niño presunto sifilítico *á patre*, lo preserve (al menos en parte), de las manifestaciones ulteriores de que está amenazado.

Además, aquella madre mercurializada influiría probablemente sobre las posteriores generaciones que en ella puedan desarrollarse, y así quizá se corregiría en gran parte por la depuración de la raza (depurando de antemano la cepa que ha de producir los renuevos), los desastres que agotan lentamente familias enteras, cuando un germen morbífico toma participación en las más altas funciones que han de producir nuestras sociedades.

La Europa científica, justamente preocupada por estos grandes problemas sociales, discute á la hora presente cuestiones de la más alta importancia, respecto á las generaciones sucesivas que originariamente han tenido una fuente de infección. Este será otro punto que propondré *in extenso* á vuestra ilustrada consideración con posterioridad.

En efecto, en nota reciente de mi ilustre maestro y colega el Dr. Jullien, se me pide mi concurso sobre las manifestaciones sifilíticas en la tercera generación, es decir las taras y miserias que puedan presentar los hijos de los hijos de sifilíticos, cuando estos últimos han obtenido su enfermedad por la vía del contagio, y sus hijos hayan heredado malformaciones, ó lesiones indudables de naturaleza sifilítica. Como esta respuesta no hubiera podido darla á causa de mi inexperiencia, habría consultado antes las luces de la Honorable Academia, si no lo hubiese impedido la guerra actual, que cerró sus sesiones por tánto tiempo.

Las ideas contenidas en este memorial, señores, no son otra cosa que reflexiones sobre asuntos doctrinales en cuestiones escabrosas en extremo, y que

en muchos puntos me guardaría bien de sostener á capa y espada por falta de armas con que defenderlas. Por tanto desearía que cada uno de los Sres. Miembros de la Academia viniese aquí á decir lo que sabe sobre el particular, ayudado de su grande experiencia y de su vasta erudición.

Cuán provechosas serían entonces estas veladas, y haríamos parte del concurso universal, que estudia actualmente al hombre degradado por tántas taras, como pesan sobre él, taras que de generación en generación se van propagando y que hacen pensar con horror lo que será nuestra sociedad en el porvenir.

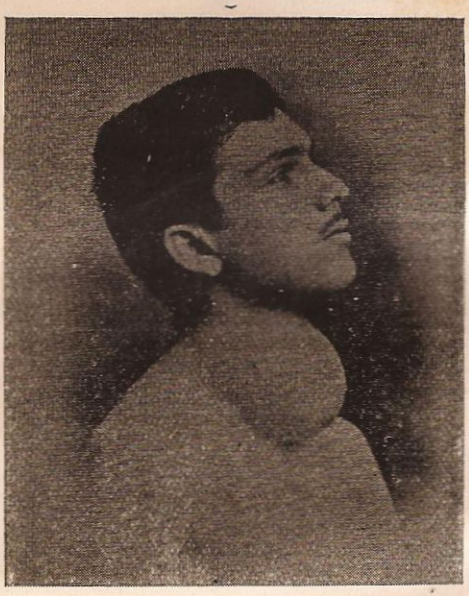
Señores Académicos.

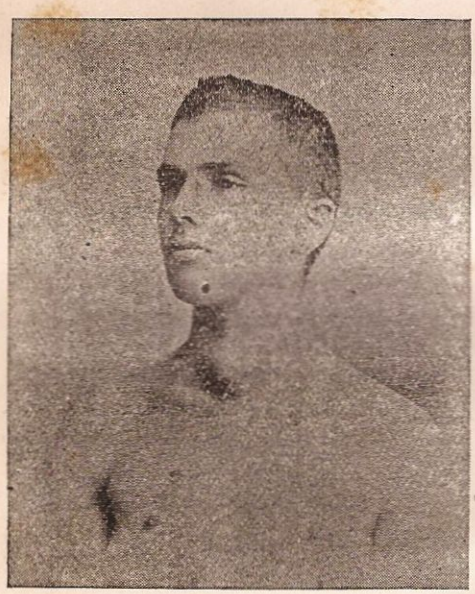
T. Castrillón T.

BOCIO PARENQUIMATOSO

enorme, operado el 2 de Enero de 1902.—Curación.

Gustavo A., de 21 años de edad, natural de Popayán y de una familia distinguida, comenzó á notar en el cuello, por los años de 1891 á 92, una protuberancia á la cual su familia no dio importancia al principio. Paulatinamente fue creciendo el tal tumor, á pesar de los medicamentos que le han propinado varios médicos. Entre éstos se cuentan la tiroidina, las pomadas yodadas, las píldoras anticotales y las inyecciones intersticiales de yodoformo. Es de notarse que su madre y una tía, que tenían bocio, mejoraron rápidamente con unas píldoras anticotales y con la flor de azufre. En su familia tienen bocio, además, su abuela materna y una parienta lejana que habita en el Departamento de Antioquia y que nunca ha vivido en el del Cauca.





Dice que en su niñez fue muy anémico; que sufrió sarampión, viruelas y de una papera á los nueve años de edad.

En ninguna época ha sentido fastidio ó malestar por causa del tumor, pudiendo en ciertas ocasiones entregarse á rudas labores del campo sin inconveniente alguno.

En cierta época, el baño frío le producía urticaria con fuerte rasquiña.

ASPECTO EXTERNO

Joven, de constitución delicada y un tanto anémico, que presenta en el cuello un enorme bocio total, es decir, que ocupa no solamente los dos lobos del cuerpo tiroide sino también el ismo. Este tumor es esférico y bastante movilizable; la piel que lo cubre se ve surcada de innumerables venitas. El cuello mide cincuenta y cinco centímetros de circunferencia.

Se decidió á la operación, no sólo por asunto de estética, sino porque en estos últimos meses el volumen del tumor aumentaba de un modo alarmante.

OPERACIÓN

Con la colaboración de mis colegas E. Zuleta, V. Peláez y C. de Greiff procedí á operarle el 2 de Enero del presente año.

Incisión en corbata de Kocher, doble ligadura de las venas, hemorragia moderada. Incisión de la cápsula y enucleación del tumor, bastante difícil, á consecuencia de las adherencias que habían producido las inyecciones intersticiales que le pusieron en otra época. Sutura de la cápsula con catgut, se dejó un dren de vidrio de los de Doyen y se suturó la piel.

En medio de la operación hubo un instante de alerta, porque la respiración se suspendió algunos minutos, pero pronto se restableció, merced á la respiración artificial.

Alguno de mis colegas le puso varias inyecciones de éter, que más tarde produjeron cada una sendas escaras circulares, que se eliminaron, supurando algunas semanas.

Al otro día de la operación se cambió la curación por estar maculada de sangre. El enfermo sentía mucho malestar y desasociego, calambres en los miembros, sed ardiente, vómito y delirio.

En los días siguientes hubo fiebre moderada, mucha debilidad, y por el dren salía un líquido de color de chocolate, de un fuerte olor fecaloide. Los síntomas de tetanía cesaron. Quince días después se levantaba, pero la herida supuró durante un mes.

Yá va para siete meses que se operó y su inteligencia y estado general no dejan que desear. La cicatriz es muy discreta y queda perfectamente disimulada por el cuello de la camisa. La cápsula tiroidea forma aún una ligera proeminencia en el centro de la cicatriz.

Los dos fotograbados adjuntos muestran al paciente antes y después de la operación.

Medellín, 1.° de Julio de 1902.

J. B. Montoya y F.

HISTERO-COLPO-PERINEORRAFIA

Un nuevo procedimiento de Histero-colpo-perineorrafia, para la curación radical de los prolapsus genitales invetarados, por J. B. Montoya y F.

HISTERECTOMÍA

1.° Circuncisión del cuello uterino con mis tijeras curvas.

2.° Separación de las conexiones del recto á la matriz con el índice derecho hasta el fondo de Douglas. Si es posible, separación con el índice de las adherencias del útero á la vejiga de fuera hacia dentro, y si no:

3.° Hemisección posterior del útero é inversión progresiva de éste con las pinzas de Musseux escalonadas y separación de las adherencias vesico-uterinas del fondo hacia el cuello, ó sea de adentro hacia afuera, y, hemisección uterina anterior con mis tijeras rectas.

4.° Ligadura por transfixión de los ligamentos anchos con seda trenzada, número 5.

5.° Separar con las tijeras rectas las dos mitades del útero de los ligamentos anchos.

COLPORRAFIA ANTERIOR

6.° Poner una pinza de Musseux á un centímetro abajo del meato urinario; otras dos pinzas serán colocadas, á ocho ó diez centímetros de distancia entre sí, hacia atrás, en el borde del colgajo de mucosa vaginal anterior que adhería al cuello uterino. Mientras un ayudante pone tenso el colgajo triangular, tirando de las pinzas, el cirujano destruye con el índice las adherencias de la mucosa vaginal á la vejiga, y luégo con las tijeras rectas corta el colgajo de *cima externa* limitado por las tres pinzas.

En casos de gran flaxidez conviene hacer la cima externa bastante obtusa, de modo que se extirpe toda la mucosa exuberante y tallando así un colgajo de forma elipsoidal de pequeño diámetro anterior.

COLPORRAFIA POSTERIOR

7.° Colocar una pinza de Musseux en la horquilla y dos más en el borde vaginal interno que adhería al cuello uterino, á una distancia entre sí de cinco á ocho centímetros. Se separa la mucosa vaginal del recto y se corta el triángulo de *cima externa* limitado entre las tres pinzas.

SUTURAS

8.° Suturar *en surget* con catgut fino cogiendo con el hilo, no solamente los dos labios de la mucosa vaginal, sino también una ó dos veces el tejido celular de la vejiga, pero superficialmente sin penetrar en ésta con la aguja. Esto con el objeto de no dejar espacios muertos y que la adherencia de la mucosa á la vejiga se haga pronto.

De la misma manera se efectuará la sutura posterior, cogiendo con el hilo, no sólo los bordes de la mucosa vaginal, sino también una ó dos veces el tejido celular recto vaginal, pero sin penetrar en las túnicas del intestino.

PERINEORRAFIA

9.° Se hace por desdoblamiento según el procedimiento de Lawson Tait.

CURACIÓN

10.° Después de limpiar con tapones de algodón embebidos en una solución al 1 por mil de sublimado, se coloca una tira delgada de gasa yodoformada en el

fondo de la vagina, y luégo otra tira más ancha hacia adelante. Se cubre la vulva con algodón sublimado sostenido por un vendaje en T, y se pasa la operada al lecho, sondeándola durante los dos ó tres primeros días.

Difiere este procedimiento del de Pozzi, en que nuestro maestro talla los colgajos vaginales primero, y luégo hace la histerectomía. Su procedimiento necesita, además, la introducción de una sonda de hombre en la vejiga para separar la mucosa vaginal sin herir ésta, cosa que presenta varios inconvenientes.

El resultado final es semejante al de mi procedimiento; pues su losange equivale á los dos triángulos de base interna que yo corto aisladamente después de la histerectomía.

Mi colporrafia posterior difiere del procedimiento de Hegar, en que yo hago lo contrario de lo que él indica, es decir: un triángulo de *base interna* y no externa como él lo preconiza y los libros clásicos encomian.

Nuestro procedimiento está más en armonía con la forma anatómica y mayor amplitud de la vagina en el interior. No usamos los hilos de plata que aconseja Hegar, sino que hacemos una sutura continua simple con catgut fino, que es más rápida y menos complicada que la sutura continua en tres planos superpuestos que aconseja Pozzi.

Yo no suturo el peritoneo como lo hacen Martin y Doyen, porque lo creo inútil, pues el proceso cicatricial, dado lo virtual de la cavidad vaginal, aisla rápidamente la gran cavidad peritoneal.

Todo lo que tienda á simplificar y hacer más rápida una operación, dando plena seguridad, es un progreso.

A continuación damos el resumen de tres casos operados por este procedimiento en nuestro servicio del Hospital de San Juan de Dios.

1ª OBSERVACIÓN. Curación.

María P., de 35 años de edad, natural de Amagá, cocinera. Desde la edad de 16 años sufre de un prolapso uterino que lentamente rechazó el himen hasta producir una desfloración completa, pues á los 20 años de edad, época en que tuvieron lugar las primeras relaciones sexuales no hubo dolor, ni hemorragia, como tampoco la más ligera dificultad para la intromisión del órgano viril. Es de notarse que nunca ha sentido la menor señal de embarazo, y su esterilidad es completa á pesar de que sus épocas menstruales han sido normales y se suceden regularmente. El examen pone de manifiesto un prolapso uterino inveterado, acompañado de cistocela y rectocela. La cavidad uterina mide siete centímetros, alargamiento supra-vaginal del cuello, cuerpo uterino pequeño, infantil. La matriz parece un pene turgecente y en semi-erección.

La operé el 9 de Abril, y 28 días después abandonaba el servicio en perfecto buen estado.

2ª OBSERVACIÓN. Curación.

Dolores Ruiz, de 54 años de edad, sirvienta, natural de Antioquia, pero avecindada en Medellín hace largo tiempo. Su madre tuvo el primer hijo á los 12 años. Reglada desde los 15 años, la menstruación

ha sido normal. Hace un mes la atropelló un coche, y desde entonces ha tenido fuertes metrorragias.

Tiene cuatro hijos. Hace 20 años comenzó á notar que la matriz se le salía cuando caminaba ó hacía algún esfuerzo.

Sufre de constipación habitual, y para orinar tiene qué introducirse la matriz con la mano, pues la cistocela es enorme lo mismo que la rectocela. La cavidad uterina mide 13 centímetros y hay manifiesta hipertrofia supra-vaginal del cuello, y del cuerpo, que después de operada, se veía sembrado de pequeños fibromas intersticiales.

La operé el 13 de Mayo, y el 6 de Junio abandonaba el servicio en perfecto buen estado.

3ª OBSERVACIÓN. Curación.

M. J. Rubles, de 48 años de edad, natural de la ciudad de Antioquia y cocinera de profesión. Su abuela sufrió un prolapso genital inveterado hasta su muerte, y una su hermana padece de igual cosa. Tiene tres hijos y los partos han sido felices.

Mujer de complexión fuerte, pero caratosa.

Hace un año—10 después del último parto—la menstruación, normal hasta entonces, se hizo muy abundante y le duraba hasta 15 días; al mismo tiempo sentía pesantez en el hipogastrio y notó que la matriz se le salía; poco después se suspendieron las reglas y el prolapso fue en aumento.

Hoy se ve un enorme prolapso del útero con gran cistocela y rectocela.

La operé el 18 de Mayo. Siguió muy bien hasta el octavo día en que después de hacer un esfuerzo para orinar, sobrevino una hemorragia vaginal inquie-

tante, que cesó tan pronto como se aplicó el espéculo bivalvo de Collin, sin que se pudiera ver qué vaso la ocasionaba. Se hizo un lavado vaginal con agua á 45° y se taponó. Veintiocho días después abandonó el servicio. Resultado perfecto.

TALLA HIPOGASTRICA

y cistostomia de necesidad.

Jesús María Mejía, natural del Santuario, tiene 35 años de edad poco más ó menos, es de constitución atlética, alcohólico consumado y ha ejercido varios oficios.

El 23 de Febrero recibió á *boca de jarro* dos balazos.

Los balazos penetraron: el superior, á unos dos centímetros hacia adelante y abajo de la espina ilíaca anterior y superior del lado izquierdo, la bala no salió; el inferior penetró hacia la parte superior y media del triángulo de Scarpa, del mismo lado izquierdo, un poco hacia afuera de la vaina de los vasos femorales y salió hacia la parte media del surco pelvi-trocanteriano de Smirnoff.

Interrogado, indicó síntomas peritoneales intensos (poco después de recibir los balazos), síntomas cuya intensidad decreció rápidamente. Los cateterismos hechos en todos esos días no dieron sino cantidades mínimas de una orina sanguinolenta. La pierna izquierda se fue poniendo poco á poco dolorosa, blanca, lustrosa y aumentada de volumen.

Doce días después vino á este Hospital, y al examen se observó que los orificios de entrada y el de salida grandes, pero no desgarrados, estaban en vía

de cicatrización y no supuraban. Pulso fuerte y lento, ligero movimiento febril (38°). La cavidad prevesical de Retzius, estaba enormemente dilatada en forma de un tumor elipsoidal, parecía un útero á término é iba desde el pubis hasta el apéndice xifoide y se extendía lateralmente hasta la región de los hipocondrios. Edema en la región hipogástrica. Pierna izquierda, con síntomas y signos inequívocos de *flegmatia alba dolens;* facies hipocrática; estado general, grave.

Hecho el diagnóstico de herida extra-peritoneal de la vejiga, fue operado al siguiente día por el Dr. Montoya y Flórez, quien después de sondear y lavar la vejiga, hizo en la pared abdominal la incisión de la talla hipogástrica, abriendo anchamente la cavidad de Retzius, y dando así paso á la orina que se hallaba en estado de putrefacción ó fermentación muy fétida y purulenta, rodeada por todas partes de falsas membranas que aislaban la gran cavidad peritoneal. Por la supuración y mal estado de la pared vesical no se hizo la sutura de la vejiga; se dejó abierta la cavidad de Retzius, se le drenó con gruesos tubos de caucho, se hizo la sutura de parte de la pared abdominal y se puso un apósito antiséptico. La pierna fue puesta en posición declive. Los síntomas fueron disminuyendo de intensidad, cayó la fiebre y el estado general se hizo bastante bueno. Por la herida se iban eliminando enormes falsas membranas (10 X 5 centímetros y más), algunas eran tan grandes que creíamos estar sacando por la herida el peritoneo. Al poco tiempo no se necesitaron los tubos de caucho y se drenó con gasas; pronto cerró completamente la herida abdomi-

nal. Poco después aparecieron síntomas de cuerpo extraño en la vejiga, é introducido el explorador de Guyon en ésta, se encontró la bala que se creía incrustada en la fosa ilíaca, caso raro, siendo el balazo á *boca de jarro* y el calibre de la bala 45. Es probable que la vejiga estaba llena de orina y sirvió de cojín embotando y amortiguando el choque de la bala, por lo cual no pudo romper la otra pared vesical. Algún tiempo después, cuando el estado general era excelente, se hizo la operación de la talla hipogástrica: después de poner la sonda de llave y fijarla con un tubo de caucho, se inyectaron en la vejiga 200 gramos de agua boricada, se aplicó el globo rectal de Pétersen, llenándolo de agua. Se hizo la anestesia y se puso el enfermo en la posición de Trendelenburg, luégo se hizo la incisión de la pared abdominal que estaba convertida en dicho punto por la cicatriz anterior en un bloque fibroso, duro y resistente y la vejiga completamente adherida; el espesor de la pared abdominal estaba aumentado considerablemente. Había un pequeño absceso entre la parte inferior de la vejiga y la pared abdominal. Se extrajo la bala que estaba incrustada de sales calcáreas; no pudo hacerse la sutura vesical por las adherencias contraídas por la vejiga con la pared abdominal. Se drenó la vejiga con tubos de 15 centímetros y se colocó en la uretra una sonda en permanencia. A los 4 días se quitaron los tubos, se colocó una gasa yodoformada y se siguieron las curaciones con algodón fenicado. Al mes estaba completamente curado, y sólo hubo ligeros síntomas de cistitis, que cedieron rápidamente á

unos lavados hechos con solución de nitrato de plata, al uno por mil.

Esta observación fue tomada por mi discípulo Tomás Bernal Bravo.

Medellín, Junio 7 de 1902.

J. B. Montoya y F.

En 1891, el Sr. J. V. Uribe, al pasar un cerco con un rifle en la mano izquierda, dicho rifle se disparó hiriendo la extremidad inferior de la primera falange del dedo anular de la mano derecha.

Como esto pasó en Nueva York, al siguiente día dos cirujanos americanos buscaron la bala por una incisión hecha en la parte dorsal de la mano, y no hallándola, declararon que el proyectil no estaba allí.

El dedo quedó flejado en gatillo de escopeta.

El 4 de Julio de 1902 le hice la radiografía que muestra lo siguiente (véase el fotagrabado):

Fractura oblicua en la extremidad inferior de la primera falange del anular, viciosamente consolidada sobre varios menudos pedazos de plomo.

A continuación de la fractura y hacia el repliegue interdigital, se ve un pedazo de plomo. Al nivel de la articulación metacarpo-falangiana y entre los dedos anular y medio, se ve otro fragmento voluminoso de plomo.

El día 7 de Julio, con la cooperación del Dr. Agapito Uribe, le extraje dos fragmentos de plomo por una incisión hecha en la cara palmar.

Medellín, Julio 18 de 1902.

J. B. Montoya y F.

DERMATITIS POLIMORFA REINCIDENTE

Me permito referir á la Academia un caso de dermatología que considero muy curioso, tanto por la misma naturaleza de la enfermedad, como por su larga duración. Se trata de un niño de un año de edad más ó menos, que enfermó hace 7 meses, es decir, cuando sólo contaba 5 meses de edad. Este niño fue muy robusto desde su nacimiento y muy sano hasta la época á que me refiero. Sus padres son igualmente sanos, aunque han tenido algunos hijos un poco linfático-escrofulosos. El niño á que me refiero presentó un día, hace yá 7 meses, un eritema morbilloso generalizado aunque no confluente al principio. Este eritema apareció sin causa apreciable y sin ser precedido de prodromos. En pocos días este eritema tomó el aspecto de sarampión granular ó alfombrilla, que los alemanes llaman rœtheln. En efecto, sobre las mismas placas de eritema apareció una erupción papulosa distinta en todas partes, tanto por su forma, como por su color y su confluencia: en unas regiones las pápulas eran muy pequeñas, en otras más gruesas &c. Al principio de la erupción hubo ligera elevación de temperatura (34.5). Al cabo de muchos días las pápulas se convirtieron en vesículas más ó menos transparentes, porque cuando tenían algunos días se enturbiaron, pero sin convertirse en verdaderas pústulas. La enfermedad tomó entonces el aspecto de una viruela confluente. A los dos meses de haber empezado la enfermedad, el cuerpo del niño era un verdadero mosaico dermatológico: en unas partes, placas de eritema simple; aquí, pápulas en vía de formación ó yá bien formadas; más allá, vesículas perladas,

herpetiformes; acá, acne varioliforme; en otras partes, granos de ectima; y en otras, finalmente, las huellas de estas diferentes lesiones. El estado general del niño no ha tenido nada digno de observar: los riñones funcionan bien, los pulmones en buen estado, del lado del intestino hubo una ligera diarrea sin importancia. En el curso de la enfermedad se verificó la evolución dental. Lo que tiene este caso de raro es su extremada duración y la aparición frecuente de brotes nuevos, cuando apenas van desapareciendo los primeros. Todas estas erupciones han sido pruriginosas. Hoy hace casi un año que ese niño está sufriendo y la enfermedad continúa casi en el mismo estado. Desaparece por completo la erupción en algunos sitios, y de la noche á la mañana reaparece con furor. Ha sido rebelde á todo tratamiento interno ó externo. Cualquier medicación lo calma momentáneamente al principio, pero al cabo de tres ó cuatro aplicaciones, es completamente inactiva. Hoy la enfermedad tiene el aspecto de un ectima generalizado, pero al lado de las placas ectimatosas hay todavía otras de distinto aspecto. El niño se ha enflaquecido un poco, pero no tiene ninguna alteración patológica en el estado general. El polimorfismo de esta enfermedad, así como su larga duración y el buen estado general del niño, inducen á creer que se trata de una dermatitis polimorfa reincidente y como tal la he tratado. He hecho relación de este caso, porque es una enfermedad muy rara entre nosotros y muy rebelde á todo tratamiento.

Medellín, Junio de 1902.

C. DE GREIFF.

DE LA MUERTE EN LAS DISENTERIAS

1º Hemorragia interna, súbita y fulminante. Este caso puede presentarse aunque es raro. Lo vi acontecer en una joven del Hospital de Caridad de Bogotá, y comprobar por la autopsia.

2º Enterorragias sucesivas hasta el agotamiento. Aunque no muy frecuente también, lo es más que el anterior. Lo vi en un niño que traté en asocio de mi colega el Dr. de Greiff. En la epidemia que en 1901 visitó esta ciudad, fueron numerosos los casos ocurridos de esta clase, por lo cual la Academia se ocupó mucho de ellos.

3º Por abscesos del hígado. Poco frecuentes desde que se sabe tratar mejor esta enfermedad; eran anteriormente la regla, ya acompañando, ya precediendo, ya haciendo continuación á la enfermedad; y no pocas víctimas hacía entonces cuando las amplias incisiones eran desconocidas ó poco menos.

4º Por perforación intestinal. Rara complicación, pero que existe ciertamente, para producir casi siempre la muerte por peritonitis generalizada, si la perforación se hace hacia la cavidad abdominal. Otras veces la peritonitis es localizada y puede curarse, como las perforaciones que producen sólo un flegmón limitado, como sucede en aquellos puntos en que la ruptura no comunica con el peritoneo, v. g., al rededor del ciego ó del recto.

5º Disentería infecciosa grave. Puede suceder que una disentería se presente desde el principio con signos de infección grave, y que no reaccione al tratamiento mejor dirigido. Varios casos se me presenta-

ron en la epidemia de 1901, en los cuales se agotó la terapéutica. Las deposiciones sólo fueron modificadas de sanguinolentas que eran en una especie de *colada* extremamente fétida. Sobrevino algidez, sobre todo de la cara y las extremidades. La temperatura, que fue un poco elevada en un principio, hasta 38½ centigrados, bajó á 35 en las mismos puntos. En cambio el pulso se hizo frecuentísimo, hasta 140 (signo importante de infección gravísima y mortal). Se relajaron los esfínteres y la muerte cerró la escena.

8º Disentería de repetición que condujo á la infección mortal. Un caso reciente de esta clase traté en mi práctica civil. 5 disenterías que calmaban á maravilla en 3 ó 4 días á favor de la ipeca y el sulfato de soda. En la última se acudió al sistema demasiado tarde, y el enfermo se agotó en pocos días. Apareció la diarrea albuminosa fétida y el desequilibrio entre el pulso y la temperatura; luégo la algidez, consunción extrema, relajación esfinteriana y muerte.

8º Uremia. Niño de 12 años observado *in extremis*. Anuria, delirio calmado, relajación del esfínter rectal. Nada de fiebre, vómitos con expulsión de muchas lombrices, agitación de la cabeza, pandiculaciones convulsivas, diarrea líquida (como agua sucia), que hizo continuación á las flemas sanguinolentas del principio. Muerte en 2 días.

9º Por último relataré un caso de muerte por obstrucción intestinal, causado por una disentería anterior, en la cual fue expulsada la mucosa intestinal completamente, en la forma de un tubo, al nivel de la S ilíaca y en una extensión de varios centímetros. Propuse como único tratamiento la práctica de un

ano contra natura, pero no se llevó á cabo por las circunstancias del paciente. A la autopsia se veía claramente la estrechez cicatricial al nivel de la S y una sigmatitis aguda que estrechó más el tubo en aquel punto. Hubo fenómenos de cólico de miserere subagudos, vómitos fecaloideos, timpanismo, pulso miserable, facia gripada abdominal é hipo terrible, que precedieron á la muerte.

Medellín, 1902.

Dr. T. Castrillón T.

ESTATUTOS

de la Sociedad Protectora de la salud de la mujer.

Entre las obras recibidas por la Academia figuran los Estatutos cuyo rubro encabeza estas líneas. Se ve por el contenido del folleto, que se aspira á una grande obra, esto es, á la fundación de un Hospital para el tratamiento de las enfermedades especiales á la mujer.

El reglamento, en el cual están consignados de una manera general los puntos más importantes de tan loable empresa, es obra de nuestro ilustre colega el Dr. Montoya y F. y se publicará in extenso bien pronto en los *Anales*.

Patrocinado este proyecto, que cuenta yá con algunos fondos, por tan respetables matronas y distinguidos caballeros, no dudamos en su ejecución tan pronto como termine la guerra, única causa que creemos para no habérsele dado desarrollo.

El Consejo Directivo lo componen los siguientes dignatarios:

Presidenta	Sra. Dª Filomena B. de Lalinde.
Vicepresidenta....	— — Mercedes S. de Botero.
Recaudadora.....	— — Ana Angel de R.
Secretario.....	Sr. D. Francisco J. Lalinde.
Banquero.....	— — Carlos Botero.
Síndico-Cirujano..	Sr. Dr. Juan B. Montoya y F.

Felicitamos á nuestro amigo el Dr. Montoya y F. por la iniciativa de tan laudable empresa, y sentimos no hacer por ahora un análisis detenido de sus Estatutos.

T. CASTRILLÓN T.,
Secretario de la Academia.

CANJES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA

3	números de	"Sur de México", de.....	México.
6	—	de "El Porvenir", de.....	Cartagena.
12	—	"Anales de la Universidad Central del Ecuador, de.....	Quito.
3	—	de "El Parlamento Médico", de.	Madrid. (España).
4	—	"Archives de Medicine et de Chirugie Speciale", de.....	París.
9	—	de la "Gaceta Médica", de.....	México.
7	—	de la Gaceta Médica", de.....	San José de Costarrica.
34	—	de "La Crónica Médica", de	Lima.
9	—	de el "Boletín del Consejo Superior de Salubridad", de.....	México.
4	—	de el "Bulletín de Medicine et de Pharmacologie", de.....	París.
16	—	de "La Clínica", de.....	San Salvador.
6	—	del "Observatorio Meteorológico Central", de.....	México.
2	—	"Anales del Círculo Médico Argentino", de.....	Buenos Aires.
6	—	"Anales del Instituto Médico Na-	

		cional", de.....	México.
		"Datos para la materia Médica mexicana", de.....	—
2	—	"Boletín del Consejo Superior de Salubridad", de.....	San Salvador.
5	—	"Revista Médico Farmacéutica", de.....	—
4	—	"Boletín de Minas", de.....	Lima.
2	—	"Jornal de Farmacia", de	Lisboa.
		"Archivos de Oftalmología Hispano-americanos", de.....	Madrid. (España).
		"Revista de Tribunales", de....	Barcelona. (España).
		"Lexicón Tecnológico", de.....	Cincinati.
		"Anales de Ingeniería", de.....	Bogotá.
2	—	"El 28 de Mayo", de.....	Quito.
		"Anales Médicos Gaditanos", de	Cádiz.
5	—	"Boletín del Colegio Provincial de Medicina", de.....	Valladolid.
2	—	"Memorias de la Sociedad Científica Antonio Alzate", de.....	México.
		"Sesiones del Consejo Superior de Higiene Pública", de.....	Santiago de Chile.