REPUBLICA DE COLOMBIA.—DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Redactores: JUAN B. MONTOYA y F.—C. DE GREIFF

AÑO XII | Medellín, Octubre de 1903. | Nos. 3 y 4

ACTA

de la sesión del 7 de Agosto de 1903.

(Presidencia del Dr. Teodomiro Villa).

En Medellín, el 7 de Agosto de 1903, se verificó la sesión reglamentaria en el salón de la Asamblea. Asistieron á ella los miembros de la Academia Dres. Castrillón, Delgado, de Greiff, González, Hincapié, Maldonado, Mejía Carlos, Mejía Braulio, Montoya, Restrepo Julio, Ochoa, Saldarriaga, Uribe Angel, Uribe Mejía, Villa, Zea, Quevedo, Peláez, Zuleta, y los miembros honorarios Posada Arango y Ricardo Rodríguez R.

A la 1 p. m., en medio de numerosa concurrencia y en donde estaban representadas todas las clases sociales, el Presidente honorario, Dr. Manuel Uribe Angel, declaró abierta la sesión. Se leyó y aprobó el acta anterior.

Se dio principio á la ejecución del programa por la lectura del discurso del Presidente honorario. Hondamente impresionó al público en general, y más especialmente al Cuerpo médico, quien aplaudió con entusiasmo, ya por la importancia científica de aquella pieza, ya por las frases de cordialidad en que abundó.

El Dr. Villa, Presidente saliente, leyó un bien elaborado discurso que el auditorio acogió con señaladas muestras de satisfacción. Séame permitido interpretar la voluntad unánime de la Academia al presentar al Dr. Villa cumplidas felicitaciones por el tino con que supo dirigir los asuntos relacionados con la Presidencia, como por el interés que siempre tuvo en hacer prosperar nuestra Corporación.

En seguida se dio posesión á los empleados elegidos

para el nuevo período, que fueron los Sres. Dres. Delgado, Tobón, Londoño, Mejía Braulio, Restrepo Julio; Presidente, Vicepresidente, Tesorero, Secretario y Vicesecretario.

El Presidente entrante, Dr. Delgado, pronunció el discurso reglamentario. Fue escuchado con especial atención, y cada uno pudo apreciar el indiscutible mérito de aquel documento, en el cual se reconstituye hábilmente la historia de la Medicina y de la Cirugía en la última centuria.

"Valor médico" fue el tema escogido por el Dr. Uribe Mejía, para contribuír á la solemnidad del acto. En elegante estilo y de manera gráfica supo poner de manifiesto en cuánto debe estimarse esta cualidad, que tánto enaltece al Cuerpo médico y que desgraciadamente el público no aprecia en lo que vale.

Sobre educación leyó el Dr. de Greiff un interesante trabajo, en el cual prueba la deficiencia grande que existe entre nosotros en asunto de tánta trascendencia. Insiste muy especialmente sobre lo poco ó nada práctica que es por ausencia del método objetivo, elemento indispensable si se puede darle bases verdaderamente sólidas.

El Dr. Montoya presentó un corto pero interesante estudio sobre un específico contra la disentería, de D. José C. Mutis, estudio que durmió un siglo en empolvados archivos y que se verá publicado en los *Anales* de la Academia.

"Homenaje á la Academia" es el título del importante trabajo presentado y leído por el Dr. Castrillón. Versa sobre la lepra. Con pluma maestra describe su autor el cuadro material y moral de esta terrible enfermedad, de la cual ha hecho el Dr. Castrillón especial estudio, á juzgar por su fácil erudición en el asunto.

El Dr. Maldonado presentó un trabajo sobre lepra de la muy autorizada pluma del notable, cuanto modesto médico bogotano, Dr. Juan de D. Carrasquilla; se dispuso su publicación en los *Anales*. Igual cosa se hizo con el trabajo presentado por el Dr. Posada sobre carbón.

El Dr. Zuleta leyó dos observaciones: la una sobre gripe infantil de origen bulbar, y la otra sobre vegetaciones adenoides.

Sobre ambas hizo el Dr. Zuleta juiciosas apreciacio-

nes de notable importancia práctica, desde el punto de vista del diagnóstico y del tratamiento.

El acto terminó por la lectura de dos cartas de los Dres. Alejandro Londoño y Fabricio Villa, en que dan las gracias á la Academia por el nombramiento que les hizo de miembros honorarios de ella.

Se recibió excusa de los Dres. Giraldo y Londoño por no haber podido existir á la sesión. Esta se levantó á las 4 p. m.

El Presidente JORGE E. DELGADO.—El Secretario, *B. Mejía J.*

CLINICA DIARIA

Con este título propóngome consignar de tiempo en tiempo en las columnas de estos ilustres *Anales*, aquellos casos de mi práctica civil que ofrezcan algún interés semiológico, quirúrgico ó terapéutico digno de ser señalado, pero que al propio tiempo no se prestan á una larga y detenida exposición doctrinal. En la mayor parte de los grandes periódicos ingleses de medicina, hay una sección especial denominada *Memoranda*, en que se recogen todas estas observaciones, y recorriéndolas, el médico encuentra en forma práctica cómo tal colega resolvió en determinado caso un difícil problema obstetrical; cómo tal otro triunfó en un grave accidente quirúrgico, y, en fin, cómo obró esta ó aquella droga en tal complicación ó en tal enfermedad. Con el tiempo, el conjunto de todos estos hechos llega á formar un verdadero archivo práctico de nuestro arte.

I

Idiosincrasia por el yodoformo.

El 24 de Abril de 1902 practiqué en un enfermo la evacuación de un enorme absceso hepático, y con el fin de ahorrarle gastos al paciente, se le ordenó á la enfermera que después de la primera curación usase de nuevo los vendajes de lana, después de haber sido hervidos, lavados y planchados. Desgraciadamente, la enfermera, que tenía seis meses de preñez, entendió que la gasa yodoformada que se había empleado en la curación debía ser

lavada también, y así lo hizo. Durante el lavado de esta última, comenzó á experimentar una sensación de comezón en los brazos y antebrazos, y gradualmente la piel tomó un tinte rojo, acompañado de edema, la que se extendió con rapidez. Cuatro horas después, los dos miembros superiores hasta el codo aparecían como erisipelatosos y con flictenas en varios puntos, y pocas horas más tarde, la cara, hacia el ángulo externo de ambos ojos, la frente, alrededor de la boca y de la nariz, exhibían una erupción pruriginosa sobre una piel erisipelatosa. Esta última erupción se mostraba también por manchas en la espalda. El edema era muy duro y las flictenas muy confluentes en las manos y los antebrazos, y á causa de la hinchazón hubo necesidad de cortarle un anillo de oro que la enferma usaba. Sentía una sensación de quemadura sobre las partes afectadas. En los primeros días no hubo fiebre. La orina era de apariencia normal, y debido á una sensible equivocación fue ensayada con el ácido nítrico, y por tanto no pude apreciar si había habido absorción del yodoformo. No obstante, las aplicaciones locales de una solución débil de ácido prúsico, el edema y las flictenas continuaron extendiéndose de tal modo que el 26 de Abril los miembros afectados aparecían como gravemente quemados. Al quinto y sexto días hubo fiebre alta, 40°, probablemente malárica; y, á partir de esa fecha, los flictenas se fueron secando, el edema desapareció, y dos semanas después la curación era completa. (1)

II

Estrechez del esófago, simulada por un espasmo del mismo.

Mujer de unos 40 años de edad; multípara. No sabe leer ni escribir y tiene una escasa apreciación del tiempo.

Hace quince años tuvo ataques de histeria, típicos, los cuales se repitieron por varios años, y cinco años después del primer ataque, durante la comida, al tiempo de tragar el primer bocado, repentinamente y sin ninguna advertencia, el bocado se detuvo al nivel de la primera pieza del esternón, lo que fue seguido de la consiguiente

(1) Esta observación fue escrita originalmente en inglés y fue publicada en el *British Medical Journal*, correspondiente al 25 de Octubre de 1902.

sensación de sofocación y de agonía, fenómenos que no desaparecieron sino cuando el bocado fue arrastrado por medio de repetidos tragos de agua y de esfuerzos repetidos de deglución; el resto de la comida fue interrumpida por la repetición frecuente de la misma escena; y, á partir de entonces se viene quejando de una gran dificultad para tragar, aunque declara también que algunas veces puede beber el agua sin ninguna dificultad.

Estado actual.—A pesar de la larga duración de esta dificultad de tragar, esta mujer ofrece un aspecto sano y robusto. En mi consulta, le ordeno que se beba un vaso de agua: al primer trago se detiene, la cara se le congestiona, los ojos se le llenan de lágrimas, y hace esfuerzos por vencer un obstáculo, y, al cabo de un corto espacio, el líquido pasa sin ulteriores dificultades y con la emisión de burbujas de aire. A cada comida está obligada á forzar los alimentos con el auxilio de tragos repetidos de agua, y ocasionalmente un vómito violento desembaraza al esófago de todo su contenido.

La sensibilidad está afectada sobre toda la superficie cutánea en un grado más ó menos marcado. La anestesia es completa en las extremidades de los cuatro miembros, así como en la cara, é hipoestesia en el resto de la piel. El reflejo de la córnea no existe. Hay una estrechez concéntrica muy notable del campo visual.

Exploración con el tubo esofagiano.—En dos ocasiones distintas logré pasar, *sin la menor dificultad*, un tubo esofagiano bastante rígido y de tamaño ordinario. Después de la primera aplicación, no hubo cambio notable en los síntomas; con la última la enferma ha sido perdida de vista.

III

Gangrena parcial y arrastre del labio anterior del útero durante el trabajo del parto.

Primípara, de 38 años de edad. Los primeros dolores aparecieron el 30 de Agosto de 1902, á las 4 de la mañana, y la bolsa del agua se rompió á las cinco de la tarde de ese mismo día. Yo fui llamado á las 7 y 30 de la noche, debido á la detención de la cabeza de la criatura en la vagina y á la debilidad de los dolores que se repetían á largos intervalos. A mi llegada, veinte minutos des-

pués, compruebo que el bregma aparecía entre los labios de la vulva á cada dolor y se ocultaba en la vagina una vez pasado éste, y que este estado de cosas duraba yá por más de una hora. Procedí, en consecuencia, á excitar el útero por medio del masaje y de la administración de un vaso de agua muy azucarada. Oxitócico excelente que he ensayado con éxito varias veces en mi práctica. En menos de veinte minutos el niño había nacido y el perineo estaba intacto. Un cuarto de hora después, la placenta y las membranas fueron expulsadas espontáneamente y resultaron completas. Al hacer la *toilette* de la mujer, noté que algo sobresalía entre los labios de la vulva, lo que después de bien examinado resultó ser el labio anterior del útero completamente mortificado en varios lugares, los qué aparecían como coágulos; el resto de esta parte del útero que ocupaba la vagina era normal, tanto en su color como en su espesor.

En cuanto á la criatura, un varoncito, presentaba una cabeza de tamaño ordinario, con una deformación notable sobre el diámetro occipito-frontal, lo que le imprimía una forma larga y piramidal; esto es, un dolicocéfalo. El niño estaba vivo y comenzó á llorar después de una ligera maniobra.

De estos dos hechos—el arrastre con gangrena del labio anterior del útero y la deformación característica de la cabeza—debemos llegar á la conclusión que la pelvis ofrecía cierta contracción, y de ahí la debilidad de los dolores en la última parte del trabajo.

Secuela.—Al siguiente día—31 de Agosto—ni fiebre ni olor en los loquios. Septiembre 1º Apirexia. Olor ofensivo de los loquios, y en la servilleta cruzada algunos pedazos del labio mortificado. Ninguna retracción del labio en prolapso. En los días siguientes, la eliminación continuó con los loquios y gradualmente el prolapso se redujo. Durante todo el proceso de eliminación no hubo fiebre. Dos semanas después la parturienta se ocupaba en los quehaceres de su casa.

IV

Degeneración del músculo esterno-cleido-mastoideo izquierdo en un hidrocéfalo.

Niñita de 34 días de nacida. Su madre es una joven

primípara de una salud floreciente; su padre se me dice que es hombre robusto y de buena salud; pero como no le conozco personalmente, no insisto más en este detalle. Leucorrea durante la preñez. La niñita nació á término, después de un parto muy laborioso. Al nacer no lloró ni ha llorado después nunca.

(Yo fui consultado en este caso para combatir una diarrea producida por una dieta absurda).

Estado actual.—La apariencia es de un niño dormido ó muerto: palidez acentuada, ojos cerrados y hundidos en sus órbitas, respiración apenas perceptible y poco frecuente, extremidades frías y sin ningún movimiento en los cuatro miembros. La frente ancha, espaciosa y *bombé*, todas las fontanelas muy anchas, especialmente la anterior y la posterior; la cabeza de un tamaño más que el ordinario, porque el derrame no era muy abundante. Ambos ojos están afectados con oftalmía purulenta, y parecen demasiado pequeños. Pero lo que más me llamó la atención durante este corto examen, fue la degeneración del esterno-cleido-mastoideo izquierdo, el cual, á poca distancia, encima de la inserción externo-clavicular, se ensancha bruscamente y forma como un tumor de unos cinco centímetros de largo por uno de ancho, redondo, liso, duro, incorporado en el mismo músculo y con extremidades redondas y bien definidas; la piel no está adherida en parte alguna ni presenta coloración especial. El músculo homólogo es normal. La presencia de este tumor se notó desde que la niñita vino al mundo.

Algunos días después de esta consulta, la niñita murió por extenuación.

V

Grave accidente durante una uretrotomía interna que requiere la cistotomía supra-púbica.—Curación.

Hombre de 49 años de edad, padece de estrechez uretral, debido á una blenorragia contraída hace quince años. La estrechez es tan pronunciada, que el paciente tiene que tomar la posición en cuclillas para poder orinar gota á gota con grandes esfuerzos. A la exploración, la uretra no es franqueable por una sonda blanda número 1. La orina es pálida, apenas ácida, cargada de fosfatos que se precipitan espontáneamente, y de un moco trans-

parente que se adhiere al fondo del tubo de ensayo. El enfermo acepta la uretrotomía interna. Tres días antes de la operación le aconsejo que guarde la cama, y le prescribo la urotropina como el mejor antiséptico de la orina infectada, y baños repetidos de asiento. El once de Octubre pasado tiene un acceso de fiebre con violento calofrío. El 13 logro pasar la bujía y el conductor de un uretrótomo de Maisonneuve, construído por una Casa francesa muy conocida; y, al franquear la porción bulbosa, sentí un traquido y la sensación de algo que había cedido; no obstante esto, inserto en la ranura la lámina cuchillo y corto la estrechez; pero al sacar el instrumento sólo retiro la porción rectilínea del conductor, porque la bujía y la parte curva se habían quedado en la vejiga. Este accidente tenía lugar á las cinco de la tarde; y, juzgando inútil todo intento de extracción por las vías naturales, aplacé para el siguiente día una intervención más racional de esta inexperada complicación. El 14 de Octubre, después de vencer mil dificultades para poder transitar por las calles mis colegas y yo, porque las necesidades del orden público no permitían que los médicos de determinadas ideas políticas circulasen libremente en ejercicio de su profesión, según decreto vigente entonces, en una pieza obscura, cerca de una cocina, y en medio de las circunstancias más desfavorables, emprendí, á la una de la tarde, asistido por mis distinguidos colegas Dres. Julio Ycaza y J. Fornaselli, la cistotomía supra-púbica, con el fin de extraer la parte restante del uretrótomo. Abierta y fijada la vejiga con un hilo de seda en cada labio de la incisión, fueron infructuosas todas las tentativas de extracción con una pinza adecuada á este fin, lo que me obligó á ensanchar más la herida y á introducir el índice derecho en la cavidad vesical; y allá en el fondo de ésta y oculto entre dos columnas muy desarrolladas de la pared posterior, se encontraba el fragmento curvo del uretrótomo. Sutura á lo Lambert, con catgut sin *drain;* sutura de la pared abdominal con crin de Florencia. Sonda permanente de caucho blando.

El uretrótomo en cuestión venía sirviéndome de años atrás, y con él había efectuado yá once uretrotomías. Al examinar el punto de la fractura, se notaba que no todo el espesor de la parte curva ofrecía ese aspecto

granuloso y brillante azuloso de una barra de acero que se acaba de romper, porque la otra parte estaba yá oxidada y corroída hacía yá mucho tiempo.

Durante las veinte horas que esta parte del instrumento permaneció en la vejiga, ésta no dio ningún signo de intolerancia.

La convalecencia, á pesar de algunas complicaciones, debidas á la indocilidad del paciente en mantener la sonda permanente, no se prolongó más de dos semanas, al cabo de las cuales las heridas vesical y abdominal se cicatrizaron, y la orina siguió su vía ordinaria sin el auxilio de la sonda.

Hoy el paciente goza de una excelente salud.

CIRO L. URRIOLA.

CARBON

La enfermedad llamada en Veterinaria CARBÓN (entre nosotros *Peste*, bien que ésta sea denominación genérica que se aplica á todas las epizootias), lleva en patología humana el nombre de PÚSTULA MALIGNA. Tan impropio é inusitado es, pues, hablar de *carbón*, tratándose del hombre, como lo sería hablar de *pústula maligna* refiriéndose á los animales. Se la suele llamar también *carbunco, carbunclo* ó *carbúnculo*, á propósito de lo cual hay que notar que á pesar de que el último término sea gramaticalmente un diminutivo, no por eso se aplica á forma atenuada del mal, sino á la común ú ordinaria, cualquiera que sea su intensidad.

Aunque conforme á la etimología debiera ser esto lo mismo que *Antrax* (porque esta voz griega significa *carbón*), el uso ha reservado el último nombre para designar, con harta impropiedad por cierto, una tumefacción inflamatoria, y, aunque microbiana, *no carbonosa*, desarrollada en el espesor del dermis y constituída por una agrupación de *diviesos*.

Hecha esta exposición, bien podemos y debemos cambiar yá de epígrafe, y seguir tratando de la

PUSTULA MALIGNA

Definición. Se da este nombre á una lesión cutánea, de forma gangrenosa, provocada en la especie humana por la inoculación del virus del carbón.

Etiología. La afección ó peste carbonosa de los animales, que en otras partes suele llevar diferentes nombres, según la especie de que se trata, ataca particularmente á los ganados vacuno, lanar, caballar, cabruno y de cerda, y á los conejos. El perro y en general todos los carniceros, las aves, los reptiles y los peces, están exentos ó son bastante refractarios (1). Es siempre por contagio de un animal enfermo, rara vez de otra persona, que el hombre adquiere el mal, pues en la especie humana jamás se desarrolla espontáneamente.

Se la puede adquirir por inoculación accidental con algún instrumento, por picaduras de mosquitos, de tábanos, de abejas ú otros insectos, ó por simple contacto, en partes excoriadas ó aun á través de la epidermis delgada. Los que por razón de su oficio tienen que manejar carne fresca, pieles ú otros despojos de animales, tales como los matadores de ganado, los carniceros, las cocineras, los curtidores, los campesinos que desuellan las reses muertas, están particularmente expuestos á contraerla. Por eso es más frecuente en los hombres que en las mujeres, sin que se la deje de observar aun en los niños.

Se admite que el germen ó virus de la enfermedad puede encontrarse en la sangre, los músculos, la serosidad, el pus, la saliva, las mucosidades, el sudor, el pelo y la lana; aunque respecto á algunos de estos productos, el hecho no esté bien probado. Es enfermedad microbiana, es decir, que su virus está constituído por seres figurados, vivos, de la clase de los esquizomicetos, entre los hongos.

Descripción. La incubación, ó sea el tiempo transcurrido entre el momento del contagio y la aparición de la enfermedad, es generalmente de dos ó tres días; pero puede ser sólo de algunas horas ó extenderse á una semana. En el punto del contacto ó de la inoculación aparece una manchita roja, semejante á picadura de pulga, que se cambia luégo en una vesícula llena de serosidad límpida, blanca ó citrina, á veces sanguinolenta, y que causa

(1) Para producirla experimentalmente en las aves, hay que enfriarlas, porque el mucho calor de su sangre se opone al desarrollo ó multiplicación de los bacilos. (*Pasteur*). En los animales de sangre fría, al contrario, hay que elevar la temperatura del agua en que están. (*Gibier*).

En los animales son muy raras las manifestaciones cutáneas en esta enfermedad. Casi siempre mueren sin que se les note cosa alguna al exterior.

viva comezón ó prurito. Ella reposa sobre una parte infartada de la piel, que forma como un núcleo duro, móvil, circunscrito, que en sus principios sólo se percibe al tacto, pero que se eleva después sobre el nivel de los tegumentos, y va rodeado por un círculo ó *aureola* rojiza.

El enfermo, excitado por la rasquiña, rompe la vesícula, y debajo se muestra la piel mortificada, es decir, convertida en una escara delgada, de color obscuro ó negro, hundida y generalmente seca. Entonces el prurito se calma.

En el borde interno de la aureola, limitando por consiguiente la escara, aparecen nuevas vesículas, llenas de serosidad, formando un anillo ó collar, á veces incompleto, anillo que va alejándose del centro á medida que la escara crece. La pústula presenta entonces tres zonas distintas: la *escara* central, negra y deprimida; el *anillo ó corona vesicular*, que la rodea; la *aureola eritematosa* periférica, la cual se continúa insensiblemente con una inflamación edematosa, resistente, más bien fría que caliente, poco dolorosa, que se extiende con rapidez, en términos de comprender todo un miembro en pocas horas. Esta parte edematosa puede presentar también vesículas secundarias, mejor dicho flictenas, violetas ó negruzcas, á mayor ó menor distancia de la pústula inicial.

Este período, llamado de *erupción*, dura de tres á cinco días, y principia luégo el de *intoxicación*. El estado general, hasta entonces indemne, se afecta notablemente. Hay abatimiento de ánimo, postración de fuerzas, soñolencia, algo de fiebre y vértigos; se siente dolor en el epigastrio, la lengua se seca, el aliento se hace fétido; sobrevienen vómitos, diarrea, meteorismo, hipo, sudores fríos y coma, y llega al fin la muerte, en un espacio de cuatro á seis días, conservando el enfermo el conocimiento.

Hay casos en que, ó por la flacidez del tejido celular de la región afectada, como se observa en los párpados, ó por otras circunstancias, tal vez por absorción del virus por una de las mucosas que tapizan las aberturas naturales, la enfermedad toma otra forma, el edema es muy marcado y precoz, predomina sobre todas las otras manifestaciones, pues falta el grano ó pústula central; pero existen siempre las flictenas, más ó menos dispersas so-

bre la parte edematosa, debajo de las cuales la piel está mortificada. Esto, que los autores han llamado *edema maligno ó carbonoso*, y que algunos consideran como especie nosológica distinta, es simplemente una variedad del mal: su marcha es más rápida, el pronóstico más grave; pero la causa y el tratamiento son los mismos.

Anatomía patológica. Las partes principalmente alteradas en los sujetos muertos de enfermedad carbunculosa, son la sangre y el bazo. La primera es de color muy obscuro, viscosa, aglutinante; el segundo está muy aumentado de volumen, presenta una coloración de hez de vino ó negruzca, y está lleno interiormente, más que de sangre, de un jugo ó *pulpa* negra. Los otros órganos, particularmente las paredes del canal digestivo y los pulmones, suelen presentar lesiones secundarias poco características, como sufusiones equimóticas.

Examinando en el microscopio una gota de sangre ó, mejor aún, un poquito de la *pulpa esplénica*, se ven, al lado de los glóbulos sanguíneos aglutinados, multitud de corpúsculos alargados, como filamentos, negros, rígidos, inmóviles, de uno á dos milésimos de milímetro de grosor, y cuya longitud es próximamente doble del diámetro de los glóbulos de la sangre. Ya están libres, cruzados á veces entre sí, ya articulados por las extremidades, un poco ensanchadas, en series cortas, que tienen la apariencia de una cañita con sus nudos. En el punto de unión se nota frecuentemente una línea clara transversal.

Aquellos filamentos son los microorganismos productores de la enfermedad, el *Bacillus anthracis* de Cohn, llamado antes *bacteridia carbonosa* por Davaine. Sus esporas, verdaderos micrococos, son núcleos ovoides, refringentes, aislados, contenidos en el interior de los bacilos ó sueltos en el líquido en que aquéllos se hallan.

Cultivando dichos bacilos en suero ú otro líquido apropiado, se les ve multiplicarse en pocas horas. Son *aerobios*, es decir, que respiran como los animales, absorbiendo oxígeno y exhalando ácido carbónico; pero aquél no lo toman del aire, sino del humor que les sirve de vehículo. Esto había hecho suponer á Pasteur que mataban al paciente por una especie de asfixia, desoxigenando la sangre. Chauveau ha probado, sin embargo, que no es ese su solo efecto, pues producen también una toxina,

mejor dicho, una ptomaina, que es un alcaloide soluble, que se difunde en la sangre y que podría encontrarse ó aislarse ahí.

Diagnóstico. La pústula maligna, cuando ofrece sus tres zonas bien marcadas, escara central, anillo vesicular y aureola eritematosa, es fácilmente reconocida; pero como las cosas no se presentan siempre así, no es raro que se la confunda con otras enfermedades, ó, más claro, que se la desconozca. Se la distingue de los furúnculos ó diviesos y de los ántrax, en que en éstos hay verdadero tumor, que es más duro, va acompañado de dolores pulsativos, no produce escara, y picado en la cima con una aguja, según el consejo de Raimbert, da salida á unas gotas de pus, en vez de serosidad, como sucede en la pústula.

La forma edematosa podría confundirse con la erisipela y con el edema que ocasionan las abejas, avispas ú otros insectos con sus picaduras; pero la primera va precedida de fiebre, es ambulante, la piel está más roja, caliente y dolorosa, produce infarto en los ganglios, y se termina por un reborde; y las picaduras de los insectos se descubren al humedecer la parte hinchada con amoniaco, que ennegrece aquéllas, según Girouard.

Lo más grave, en tales circunstancias, es que se desconozca la naturaleza carbuncosa del mal y que se deje de aplicar en tiempo oportuno un tratamiento eficaz. Por eso, en todo caso dudoso, nosotros no vacilamos en aconsejar que se obre con energía, como si se estuviera cierto de la gravedad del mal.

No debe olvidarse que el examen microscópico del líquido que sale de la pústula, permite reconocer en muchos casos, si no siempre, la presencia de los bacilos específicos.

Pronóstico. Puede decirse que la enfermedad en que nos ocupamos es bastante grave, si se considera que abandonada á sí misma ó tratada por medios inadecuados, tiene frecuentemente un descenlace funesto. Cierto es que los autores refieren casos de curación espontánea; pero sería grande imprudencia confiar en eso. Sin embargo, merced á los recursos con que cuenta hoy la ciencia, bien puede afirmarse que si el médico es llamado á tiempo "la curación es la regla; la muerte la excepción". Esta sólo

sobreviene cuando se comete error en el diagnóstico, mejor dicho, cuando se desconoce la enfermedad.

Tratamiento. Antiguamente se empleaban, para combatir esta enfermedad, las sangrías generales, los vomitivos y purgantes repetidos, y otros medios semejantes, no sólo ineficaces sino aún perjudiciales. Yá hoy no hay por que hablar de ellos, sino es para rechazarlos. Todo lo que debilite al individuo, es un obstáculo á su curación.

La pústula maligna, á nuestro modo de ver, dejando aparte la mayor lentitud en su marcha, presenta bastante analogía con los accidentes causados por las mordeduras de las serpientes venenosas. De ahí el que el tratamiento, en uno y otro caso, deba obedecer á varios preceptos comunes, preceptos ó *indicaciones* que nosotros formularemos así:

1º Debe atacarse el virus en su punto de entrada, en su foco inicial; 2º Impedir ó retardar en lo posible su absorción, su difusión en el organismo; 3º Neutralizarlo ó descomponerlo en el torrente circulatorio; 4º Combatir sus efectos, remediar los síntomas mórbidos que ocasione; 5º Sostener las fuerzas del paciente. Veamos cómo pueden llenarse.

Lo primero que debe hacerse, lo más esencial, es destruír por completo la pústula ó las flictenas que recubren la parte hinchada, porque es ahí donde se elabora las materia carbuncosa. Para esto, nada hay tan eficaz como la cauterización por el fuego, ó sea por el hierro candente. Este ha sido para nosotros, en todos los casos graves, un medio heroico. Aquí más que en cualquiera otra circunstancia, aparece exacto el siguiente aforismo de Hipócrates: *Lo que los medicamentos no curan, lo cura el bisturí; lo que el bisturí no cura, lo cura el fuego, y lo que el fuego no cura, es incurable.*

Para practicar la cauterización no hay necesidad de hacer incisiones ni operación alguna previa, con instrumento cortante; pero sí debe procederse sin timidez, asentando bien el cauterio, calentado al blanco, sobre la pústula, y paseándolo luégo por la superficie del edema. De este modo, no sólo se destruye el foco, se ataca el mal en su raíz, sino que se obra también sobre los gérmenes que hayan principiado á dispersarse ó á penetrar en los tejidos inmediatos. Sabido es, en efecto, por las experien-

cias de Toussaint, confirmadas por Pasteur, que estos bacilos, sometidos á una temperatura de † 55°, se debilitan, se *atenúan*, se vuelven inofensivos, hasta el punto de convertirse la sangre que los contiene, en vacuna preservadora.

Conviene advertir que la cauterización con el hierro rusiente es entonces poco dolorosa, porque el edema carbuncoso embota notablemente la sensibilidad, y que, como lo ha hecho notar Verneuil, tampoco deja después muchas señales.

Este procedimiento tiene la ventaja de poderse aplicar en todas partes, y aun por personas extrañas al arte, porque donde no se encuentre cauterio no faltará algún cuchillo viejo ú otro instrumento ú objeto de hierro, que pueda calentarse; que tratándose de ciudades donde haya cirujanos bien provistos, deberá siempre darse la preferencia al termocauterio de Paquelín, por más cómodo y más elegante.

Después de la cauterización conviene aplicar sobre la parte apósitos mojados en agua fénica alcoholizada ó en glicerina, y recubrirla con cataplasmas emolientes, como si se tratara de una quemadura. Con esto la hinchazón disminuye rápidamente, y todo marcha hacia la curación; en caso contrario, habrá que repetir la cauterización.

Sólo cuando la enfermedad sea poco grave, limitada y superficial, ó el enfermo, por pusilanimidad, se resista á dejarse cauterizar con hierro, deberá apelarse á los cáusticos potenciales ó químicos, tales como el ácido sulfúrico, el ácido fénico disuelto en alcohol ó, mejor aún, el bicloruro de mercurio en polvo; pero en tales casos hay que hacer primero una incisión ó, por lo menos, romper bien la epidermis, para que el cáustico pueda obrar libremente.

En los casos muy graves puede ser necesario, además de la cauterización, hacer inyecciones hipodérmicas, de tintura de yodo ó de ácido fénico diluído (al $\frac{1}{10}$) alrededor de la aureola, en la parte edematosa.

Cuando la parte se preste para ello, puede ser conveniente, para llenar la segunda indicación, aplicar entre ese punto y el corazón una ligadura *elástica*, aunque sea temporariamente, como en los casos de mordeduras de serpientes. Este consejo, que damos sin haber tenido ocasión de aplicarlo, está fundado en observaciones enteramente

recientes (Septiembre de 1898), de Hamburger, que prueban que el éxtasis venoso destruye los bacilos.

Por poco que haya de síntomas generales, indicios de infección, deben administrarse interiormente los antisépticos, tales como el ácido fénico, el salicílico ó la tintura de yodo asociada al yoduro de potasio, á la vez que los tónicos; otros prefieren las preparaciones amoniacales (1).

La consideración de que los bacilos despojan á la sangre de su oxígeno, nos ha hecho pensar que el uso interior del clorato de potasa pudiera también ser útil, y aunque no lo hemos empleado, no vemos inconveniente en que se use á la vez que los otros medios.

En la generalidad de los casos, el tratamiento indicado es suficiente para que se obtenga éxito feliz: así nos lo ha mostrado la experiencia; pero cuando aquéllos sean muy graves, mejor dicho, cuando el período de intoxicación esté yá muy adelantado, cuando la infección se haya hecho general, el empleo de los antisépticos en la forma prescrita, en poción, no debe bastar. Entonces será preciso recurrir á medios más directos para llenar la tercera de nuestras indicaciones.

Creemos que no esté lejos el día en que se descubra una *antitoxina*, un suero que inyectado á los enfermos los cure de este mal, con la eficacia con que lo hace el suero de Roux respecto á la difteria. Tal vez la vacuna anticarbonosa, usada hoy en los ganados, llenará este objeto. No sabemos si en Europa se habrán hecho yá ensayos en ese sentido, es decir, como medio curativo; pero sea de ello lo que fuere, nosotros no dudamos que la *seroterapia* vendrá á ser en definitiva la verdadera terapéutica de esta enfermedad.

Mientras llega ese día, mientras se encuentra la antitoxina que buscamos, debemos emplear, en tales circunstancias, las inyecciones *intravenosas* de amoniaco. Este método, de origen peruano, dado á conocer en el Congreso Pan Americano de Wáshington, en 1893, por el Dr. Leonidas Avendaño, ha tenido en efecto, en manos de este Profesor, del Dr. N. Corpancho y de otros médicos de Lima, brillante resultado. Consiste en inyectar en las ve-

(1) El ácido fénico se dará, en poción, á la dosis de un gramo diario; el ácido salicílico, á la de tres gramos; la tintura de yodo, de uno á dos gramos, con igual cantidad de yoduro de potasio.

nas un gramo de una mezcla de amoniaco oficinal con agua destilada, á partes iguales, repitiendo la operación una ó dos veces en el día, según la gravedad. En casos menos alarmantes, se contentan con aplicar tópicamente el amoniaco concentrado, sobre la pústula, y administrarlo á la vez en poción.

¿Cómo obrará este agente? Si se considera que en las experiencias de laboratorio, el amoniaco ocupa apenas el 26° lugar en la escala de los antisépticos, permitido es pensar que aquí obre más bien química que biológicamente, fluidificando la sangre, desaglutinando los glóbulos, precipitando tal vez la toxina de alguna sal soluble en que se encuentre en el organismo; pero sea cual fuere la explicación que se adopte, el hecho clínico parece bien establecido.

Hay otro tratamiento, mucho más sencillo, preconizado también como infalible por el Dr. Alfredo Garcés, distinguido médico de Popayán, y que se reduce á la aplicación sobre la pústula, sin previa incisión, de hilas empapadas en glicerina fenicada, en la proporción de 6 por 1, y que se renuevan 2 ó 3 veces en el día. A la vez da pequeñas cantidades de ácido fénico al interior.

A pesar de los sucesos que él cita en su apoyo, no puede inspirarnos suficiente confianza. En un caso de edema carbuncoso en que comenzámos á emplearlo, la enfermedad seguía su marcha progresiva, y tuvimos necesidad de ocurrir al cauterio actual, que la detuvo.

Digamos algo, para terminar, sobre la profilaxis ó tratamiento preventivo.

Desde hace yá mucho tiempo se ha aconsejado, á los que tienen que manejar animales apestados, engrasarse previamente las manos, operar con sumo cuidado, para evitar el herirse, y lavarse inmediatamente después con un líquido desinfectante, como las soluciones de hipocloritos alcalinos, de ácido fénico ó de bicloruro de hidrargirio. No creemos que deba hacerse otra cosa: sería grande imprudencia, sin duda, aplicarle al hombre la vacuna anticarbonosa usada en los ganados, para prevenir un riesgo tan remoto como es el de contraer esta enfermedad, y más sabiendo que su acción preservadora se extingue al cabo de algun tiempo.

***

Algunos autores admiten en la especie humana una afección carbuncosa interna, sin manifestaciones cutáneas, que suponen causada por la introducción del virus, digamos mejor de los bacilos ó sus esporas, por las vías respiratorias ó digestivas. Tal afección debe de ser muy rara y, sobre todo, muy difícil de reconocer, porque sus síntomas, que serían los que mencionámos en el período de intoxicación de la pústula, nada ofrecen de característico. Sólo los conmemorativos, los antecedentes del enfermo, podrían poner sobre la vía del diagnóstico, hacer sospechar la naturaleza del mal. Ni creemos que el examen microscópico de la sangre pudiera dar alguna luz, sino en un período yá muy avanzado.

Si llegáramos á encontrarnos en presencia de un caso semejante, deberíamos, sin titubear, aplicarle el método peruano, las inyecciones intravenosas de amoniaco.

Bueno es recordar aquí, que desde hace mucho tiempe está bien comprobado, por las observaciones de Decroix y otros, que la carne de los animales muertos de carbón, suficientemente cocida, pueden comerse sin inconveniente.

Medellín, Junio de 1899. (1)

ANDRÉS POSADA ARANGO.

ALGO MAS SOBRE DISENTERIA

Las recientes discusiones en la Academia de Medicina de Medellín, acerca del mejor tratamiento de la disentería hemorrágica, y las observaciones hechas por mí en el curso de la última epidemia de esta enfermedad en Manizales, me sugirieron la idea de escribir algo alusivo al caso. Anuncié mi propósito al Dr. J. B. Londoño; mas como por entonces los ANALES de la Academia no circulaban, guardé mi artículo porque creo que publicaciones de índole puramente médica pierden su seriedad si se les somete á la vida efímera de nuestros periódicos. Hago

(1) Este artículo fue escrito en aquella época, á solicitud de dos colegas que pensaban publicar cierta obra de Medicina nacional. Habiendo fracasado su proyecto, á causa de la guerra, juzgamos conveniente darle hoy colocación en los ANALES.—A. P. A.

esta salvedad, porque posteriormente he visto algunas publicaciones en donde hay opiniones de las que yo participo, y se tomaría como plagio lo que es el producto de mi observación personal.

Por otra parte, celebro haber llegado á la discusión después de las opiniones de distinguidos Profesores, para apreciar mejor mis yá asegurados conceptos y los de aquellos que me han precedido.

El Ejército del Cauca, al trasladarse de Buenaventura á Panamá, tomando el río Magdalena (sic), marcó perfectamente sus estaciones y rutas con los enfermos de disentería que dejó á su paso. Desde la Costa del Océano Pacífico hasta Manizales, se extendía una verdadera *vía Appia*, sembrada de sepulcros. Los infortunados soldados, azotados por el paludismo y la viruela, eran diezmados por la disentería, que los hacía desaparecer rápidamente por la inminencia mórbida en que los sorprendía.

Los primeros casos de disentería que se presentaron en Manizales en esta ocasión, fueron de una gravedad pasmosa. Una niña asistía al Colegio el lunes por la mañana en estado eufórico perfecto; al medio día comenzaba á sentir ligeras perturbaciones intestinales; hacia la tarde del mismo día la disentería había asentado sus reales en aquel organismo en eflorescencia, y á las cuarenta y ocho horas moría en un estado de lipotimia, angustioso.

Dos días, tres días, seis días eran lo más que duraban las primeras víctimas de esta epidemia mortífera. El número de las deyecciones era incontable; el tenesmo rectal, vesical doloroso é intenso, y la vida se iba con la última gota de sangre de aquellas hemorragias intestinales.

Las variedades comúnmente observadas fueron: *la atáxica, la adinámica* y *la inflamatoria;* mas como para que nada faltase al cuadro, observáronse casos típicos de disentería *reumatismal* y *biliosa.*

Un hombre de unos 45 años fue atacado de una disentería franca; á las cuarenta y ocho horas de un tratamiento riguroso, por medio de los purgantes salinos y de los lavados rectales, cedieron los fenómenos disentéricos de la primera forma, pero fueron sucedidos de neuralgias lumbares y articulares, que sólo cedieron al salicilato y á

la antipirina. La disentería había despertado la diátesis reumatismal y la forma de Stoll estaba constituída.

Y para no citar sino un caso de forma biliosa, relataré el siguiente: Una dama de vigorosa constitución ocupó el lecho de su hija, muerta de disentería, y poco después fue atacada por la misma enfermedad. Con una medicación hábilmente dirigida por el eminente facultativo Dr. T. Henao, se modificaron las deposiciones hemorrágicas, pero no desapareció la enfermedad. Las deposiciones fueron entonces de un color verde amarilloso, y de un marcado olor sialógeno (1); la lengua se cubrió de un barniz seco, el pulso era rápido pero el estado térmico normal. Llamado en Junta Médica para ver este caso, juzgué que era una variedad clásica de disentería biliosa. Las inyecciones de suero quirúrgico y una revulsión abdominal fuerte, amén de algunos antisépticos, dieron por resultado la curación de la enferma. Desde los primeros casos que se me presentaron, comprendí que el tratamiento clásico por la ipecacuana no daba resultados satisfactorios. El estado nauseoso de los enfermos los hacía rehacios á la ipeca; el opio aumentaba la astenia nerviosa, y el calomel originaba estomatitis que eran una desgraciada complicación. Y cuando contaba con más de un fiasco, cambié de rumbo y me apliqué al procedimiento siguiente, de resultados heroicos:

Todos los días daba un purgante salino (muchas veces á mañana y tarde), que hacía administrar por cucharadas para evitar el vómito. Mas como el organismo se habitúa fácilmente á una misma sal, acostumbraba cambiar todos los días el purgante y alternaba el sulfato de soda, el sulfato de magnesia, la sal de La Rochela, los polvos de Seidlitz. Este cambio tiene además la ventaja de no cansar al enfermo con un sabor igualmente disgus-

(1) No sabemos qué olor será éste, ni si el autor alude al *cianógeno*, gas excesivamente venenoso, que se prepara por destilación del cianuro de mercurio, y que huele á esencia de mirbano ó de almendras, pero que si desgraciadamente se encontrara en el intestino se transformaría por la acción del hidrógeno, que éste contiene siempre, en ácido prúsico, veneno el más violento que se conoce y que mataría instantáneamente el enfermo, cosa que según parece no sucedió en el caso citado.

Tal vez la etimología de la palabra nos dé la clave. *Sialogeno* viene del griego *sialon* saliva, y *gennan*, engendrar; de manera que olor *sialógeno* sería el que produce saliva. Descubrimiento singular, aunque no se sabe si es al enfermo ó al médico al que pone á babear.—N. de la R.

tante, y de no aparecer el Médico como inepto ante la expectación ansiosa y regularmente fisgona de la familia en semejantes casos.

A esta medicación purgante, sostenida hasta cambiar en fecaloides las deposiciones disentéricas, he acompañado como feliz adyuvante la antisepsia rectal por medio de los lavados con soluciones de ácido salicílico unas veces y de ácido bórico otras. El primero de estos ácidos deja una sensación de quemadura que puede hacerse desaparecer con la aplicación de una lavativa de decocción de cebada, la cual es además astringente y disminuye el tenesmo del recto. A propósito del ácido bórico, es el caso de contestar la cuestión formulada por el Dr. Montoya y Flórez *¿ El ácido bórico es narcótico ?* La primera propiedad que descubrieron en el ácido de las *lagoní* de Toscana, fue la de ser sedativo del sistema nervioso; de aquí el nombre primitivo dado al ácido bórico; *Sal sedativa de Homberg*. De modo que no extrañamos que el Dr. Montoya y Flórez haya observado, con su aplicación, fenómenos antiespasmódicos y soporíferos. (1)

En algunos enfermos vigorosos sienta muy bien la aplicación de una inyección de morfina al atardecer. El insomnio y la frecuencia de las deposiciones se calman durante casi toda la noche; al siguiente día continúa la enfermedad su tarea dolorosa, pero el organismo ha tenido una tregua en la lucha.

Las cataplasmas laudanizadas y las fomentaciones en el abdomen, son siempre muy agradables al enfermo, porque distraen su atención y producen una ligera revulsión bienhechora.

Cuando las deposiciones se tornan diarreicas, acostumbro dar, asociadas en píldoras, la ipeca, el yodoformo y el opio, con magníficos resultados.

Creo que este tratamiento es racional y rigurosamente científico, porque él consulta el trípode terapéutico que debe sostener el médico en presencia de la disentería.

Tres son, en efecto, los objetos que persigue el práctico en la lucha con esta enfermeded: cambiar las depo-

(1) Que aún no están anotados en los tratados modernos de Terapéutica. N. de la R.

siciones, hacer la antisepsia de las vías digestivas, y sostener el estado general. A lo primero se llega por medio de los purgantes; lo segundo se consigue con los lavados rectales, y las fuerzas se sostienen con la hipodermoclisis y los tónicos.

Los polvos absorbentes son más perjudiciales que útiles, por la coprostasis que originan. Esto no parecerá exagerado, hoy que la antisepsia intestinal, por medio de los polvos inertes, va siendo batida en retirada.

Hecha la exposición del tratamiento que me ha dado mejores resultados, me permito tomar parte en la discusión de la Academia, y con el respeto que se merecen los distinguidos Profesores que han escrito sobre este tema, haré algunas observaciones.

Creo con el Dr. Zuleta, que hay casos fulminantes de disentería que se resisten á todo tratamiento; no dan tiempo á la medicación. Afortunadamente estos casos son raros y parecen constituír las primicias de la epidemia ó de su recrudecimiento.

Pero creo que hacer de las inyecciones de suero el tratamiento único y racional de la disentería, sólo porque es un "estimulante celular," equivale á borrar de una plumada todo el arsenal terapéutico y á declarar el suero como rey absoluto. A tanto equivale esta proposición como á pretender que la medicación tópica ó la específica no dan resultado alguno sin el estímulo general. Hubiérase dicho que este estímulo es necesario y que es preciso conseguirlo de todos modos, y entonces firmaríamos la proposición; pero este absolutismo terapéutico del suero, prueba demasiado.

El Dr. Montoya y Flórez propone la "Adrenalina" en inyecciones y en lavativas para los casos de hemorragias alarmantes. Como esta substancia está recientemente introducida en la práctica médica y debe revaluarse científicamente, me permito emitir una opinión en desacuerdo con la del Dr. Montoya y Flórez, opinión fundada en la lectura de los últimos ensayos de esta droga.

La inyección de la adrenalina de Takamine, produce una hipertensión arterial y una hemostasis de pocos minutos, y una hipotensión con vasodilatación consecu-

tivas, que originan frecuentemente hemorragias alarmantes. Su empleo es contraproducente en la disentería. (1)

En cuanto al uso de las lavativas aconsejadas por el Dr. Montoya, diremos con E. Chevallier, que la adrenalina *"pierde todas las propiedades fisiológicas al contacto de los tejidos, y en particular de los tejidos glandulares.* (2)

(1) Para demostrar al articulista que está en un error, citamos, entre muchas, la observación siguiente del Dr. Williams, publicada en el *American Medical Compende:*

"Hemorragia intestinal en la fiebre tifoidea, dominada por el empleo de la solución de Cloruro de Adrenalina.

"La primera hemorragia se presentó á las 3 de la madrugada, y las sucesivas con intervalos de una á tres horas, respectivamente, lo que puso al enfermo en un estado verdaderamente crítico. El pulso estaba á 140, la piel pálida y húmeda, y el aspecto del paciente revelaba gran sufrimiento y ansiedad. A juzgar por las apariencias, cada hemorragia ocasionaba una pérdida de una ó tres pintas de sangre

"Inmediatamente administré por la vía hipodérmica una dosis de 5 gotas de solución de cloruro de adrenalina al 1 por 1000, inyección que repetí quince minutos después. A los veinte minutos de la primera inyección, el pulso había descendido á cien pulsaciones por minuto, y ocho minutos más tarde sólo daba 80 latidos. Entonces administré la cuarta parte de una solución salina normal, bajo la piel de la región hepigástrico-pectoral izquierda, y di mis instrucciones á la enfermera para que continuara propinando la adrenalina cada tres ó cuatro horas, ó más á menudo si era preciso, á fin de que el pulso se mantuviera á 80. Desde que se instituyó este tratamiento, ni en una sola evacuación se observaron vestigios de sangre. La adrenalina se siguió usando por espacio de tres ó cuatro días, con intervalos de cuatro horas, y el paciente recuperó su salud sin el menor contratiempo."

(2) Si esto fuera cierto, ¿cómo se explica el escrupuloso autor del artículo, que los oculistas y otorinologistas más distinguidos del globo, Lermoyez, de París, entre otros, usen para sus operaciones de las narices &c., embadurnar la mucosa con una solución de clorhidrato de adrenalina al 1 por 1,000?

Si la adrenalina pierde sus propiedades constrictivas al contacto de los tejidos ¿por qué ha sido tan eficaz en las hemorroides y tumores cancerosos, aplicada con un pincel ó tapón de algodón, ó en instilaciones, como se puede ver en los números 12 y 17 del *Journal des Praticiens* de 1903, en las páginas 187 y 259, *L' adrénaline dans le traitement des hémorrhoides et des cancers externes, &c.*?

No sólo puede usarse la adrenalina en inyecciones hipodérmicas, en instilaciones ó pequeñas lavativas y en unturas, sino también en pomadas, como la siguiente que aconseja el Dr. Mignón, de Niza: (*Journal des Praticiens*, número 33, de 15 de Agosto de 1903.)

"Adrenalina	0,03 cent.
"Aceite de vaselina	3 grmos.
"Agréguese:	
"Vaselina blanca	12 grmos.
"Esencia de geranio	3 gotas.
"Lanolina	15 grmos.

M.

"Esta pomada puede ser utilizada en los diferentes casos en que se use la adrenalina; ha sido yá empleada contra las hemorroides y

El precio elevado de esta substancia y las dificultades de su aplicación (se altera fácilmente), la hacen poco aceptable para tratamientos de esta clase.

Y para terminar diré que entre nosotros, el médico no debe limitarse siempre á dar la prescripción. Es necesario invigilar la medicación y obrar personalmente. De su intervención *inmediata* depende muy frecuentemente el éxito de sus indicaciones terapéuticas.

Yo no considero desdoroso para el médico la aplicación del enteroclisor ni la de ningún instrumento, con tal que su uso esté científicamente indicado y que sea en provecho del cliente. La sangría era operación de barberos en tiempo de Luis XIV, y sin embargo la cirugía la enseña como una de las operaciones que debe ejecutar siempre el médico.

Vivimos en un medio en que la profesión médica exige multiplicidad de energías y sacrificios, y tenemos que adaptarnos al medio.

Cuando tengamos la profesión bien reglamentada y contemos con enfermeros y ayudantes prácticos y que sean *fácilmente aceptados* en las familias, entonces diremos con nuestro ilustrado colega el Dr. de Greiff que los lavados del recto hechos por el médico "rebajan la dignidad de éste."

Manizales, Septiembre de 1903.

EMILIO ROBLEDO.

en rinología. Para utilizarla en rinología, el Dr. Mignón aconseja embadurnar la mucosa con un porta-algodón untado de la mezcla. La acción es un poco menos rápida que después del empleo de la solución al milésimo, pero es más durable y se prolonga mientras queda pomada sobre la *mucosa*.

"Se deberá preferir la pomada á la solución en muchos casos en que se desee obtener una izquemia persistente: rinitis agudas, congestivas, de repetición con ó sin hidrorrea. En los casos de cauterización de la mucosa nasal, esta pomada es ventajosa para impedir la congestión secundaria. En las intervenciones sangrientas, que podrían producir una hemorragia secundaria, es preferible comenzar por un embadurnamiento con la solución al milésimo, y se termina por una aplicación de pomada que continúa la acción izquémica."

De manera, pues, que no hay tal descomposición instantánea de la adrenalina al contacto de los tejidos, por acción catalíptica, como si dijéramos, pues de lo contrario no se podría usar, á no ser que se le mostrara al enfermo de lejos y obrara por sugestión á distancia! N. de la R.

HIGIENE DE LA BOCA

Nada hay generalmente tan descuidado como la higiene de la boca.

Esta es la causa de muchas afecciones, tanto locales como generalizadas, y contribuye á agravar las enfermedades infecciosas, de tal manera que podemos aplicar aquí, aunque no sea esa su significación genuina, aquel viejo refrán que dice, *por la boca muere el pez.*

Esa perniciosa influencia se explica fácilmente si se atiende á qué la boca es la puerta principal por donde penetran al interior de nuestro cuerpo todos los gérmenes que habitan el aire y los que pululan en alimentos y bebidas; y si se piensa en que ese vestíbulo de nuestro organismo es una verdadera estufa de incubación y un medio de cultivo de muchos organismos autóctonos, las más de las veces inocente, saprofitos que se tornan virulentos cuando alguna enfermedad, ó la simple escoriación de los órganos bucales ó la más mínima modificación en las propiedades químicas de la saliva, hacen perder el equilibrio orgánico, disminuyendo su resistencia. Muchas de las enfermedades infecciosas, tifo, neumonía, gripe, &c., son debidas al paso de esos microorganismos á las vías aeras ó digestivas, saprofitos inocentes *in situ*, pero que al cambiar de residencia se tornan bravíos.

La caries dentaria es producida por microorganismos, de los cuales hay más de seis variedades, encargados de taladrar los dientes, hasta destruír completamente la dentina y descubrir la pulpa dentaria, causando esos espantosos dolores que son el *modus vivendi* de los dentistas y el tormento de la humanidad.

Los niños abusan mucho de las substancias azucaradas con grave perjuicio para su salud, porque la saliva hace experimentar al azúcar la fermentación láctica, y por lo tanto ésta pierde su alcalinidad normal, condición necesaria para que los microorganismos, que normalmente existen en la boca, conserven su inocuidad. Aparte de esto los bombones, caramelos y demás golosinas azucaradas, pueden dar lugar á envenenamientos producidos por las anilinas con que los pintan. La acidificación de la saliva, proveniente de fermentación de los residuos alimenticios de que quedan impregnados los teteros de los

niños, es la causa de esa enfermedad, tan común en la primera infancia, conocida con el nombre vulgar de *sapitos*, enfermedad constituída por un hongo (oidium albicans), que no se desenvuelve sino en un medio ácido.

El abuso de frutas ácidas y de bebidas agridulces producen el mismo funesto resultado que los azucarillos: la acidificación de la saliva.

Cuando se olvidan las reglas de la urbanidad y se desconoce el uso del cepillo de dientes, las partículas alimenticias que quedan en los intersticios dentales, sufren la fermentación ácida, y por lo tanto alteran la saliva y despiertan la virulencia de los microbios.

Hay predisposiciones naturales, como la herencia, étnica ó familiar, ciertas diátesis y profesiones, entre las primeras el artritismo, y entre las segundas la industria azucarera, que desempeñan importante papel como causas predisponentes de las enfermedades de la boca, y cuya influencia podría atenuarse con una higiene bucal bien dirigida.

Repito que en todas las enfermedades graves influyen muy desfavorablemente las infecciones de origen bucal, por lo cual deben prevenirse practicando la antisepsia de la boca por medio de enjuagatorios repetidos con líquidos calientes, y con soluciones antisépticas, como la siguiente:

R.

Agua boricada.....	1 litro.
Acido fénico.....	1 gramo.
Timol.....	25 centigramos.

M.

Esta otra fórmula también es muy recomendable:

R.

Agua destilada.....	500 gramos.
Timol.....	50 centigramos.
Bórax.....	1 gramo.

M.

Para las personas sanas, el mejor dentífrico es el jabón fino y el agua tibia, pero es preciso ante todo ponerse en manos de un dentista hábil, no de cualquier sacamuelas, para hacerse extraer los raigones, curar los dien-

tes enfermos, raspar las incrustaciones de sarro y cuidar las gingivitis ocasionados por éste.

Cuando se quiera elegir algún dentífrico debe tenerse en cuenta lo siguiente:

1.° Que los dentífricos líquidos son los más adecuados á las necesidades de la hiegiene bucal;

2.° Que los dentífricos que contengan miel, como casi todas las pastas que vienen con este fin, deben rechazarse por la razón que yá sabemos;

3.° Que los polvos son peligrosos, porque en casi todos ellos entran como componentes el clorato de potasa, la quina y el carbón, mezcla que forma un producto detonante, y porque, prescindiendo de esto, los polvos, si no son impalpables, alteran el esmalte de los dientes, y

4.° Que los dentífricos no deben ser de reacción ácida sino cuando la alcalinidad de la saliva es exagerada, debiendo usarse de preferencia las aguas dentífricas neutras, ligeramente alcoholizadas, antisépticas y un poco astringentes.

Los padres deben acostumbrar á sus hijos, desde la primera dentición, á cuidar mucho su boca, para que adquieran el hábito de hacerlo siempre. Muchas enfermedades se evitarían si se tuviera más cuidado con la boca, y además se evitaría recibir esos vahos mefíticos que exhalan algunos prójimos de esos que se acercan demasiado para hablarnos, y ese repugnante aspecto que presenta una dentadura embotada por los residuos de una comida de fecha inmemorial.

¡Si quieres vivir sano, cuída tu boca!

¡Si quieres que la sociedad te aprecie, cuída tu boca!

Si no quieres verte en manos del dentista, cuída tu boca.

No olvides *que por la boca muere el peje*, y que en boca limpia no entra mosca, aunque esté abierta.

DR. C. DE GREIFF.

OVARIOTOMIAS

(Curacion).

(Servicio de Clínica quirúrgica del Dr. Montoya y Flórez en el Hospital de San Juan de Dios).

Observación 1ª—Eulalia Pulgarín, natural de la Amé-

rica; de cuarenta años de edad y dada á los oficios domésticos. Ha parido tres hijos, efectuándose el último parto hace cuatro años. No recuerda en qué época empezó á ser núbil, pero está cierta de que la función menstrual se ha cumplido siempre normalmente, durando su término medio siete días y no suspendiéndose sino durante el período de la lactancia, que era próximamente de un año. Sus antecedentes personales y hereditarios son por lo demás nulos.

Hace unos tres años experimentó disuria pero sin dolor, notando á los pocos días un pequeño tumor indoloro en la fosa ilíaca izquierda. A medida que aquél aumentaba de volumen, la dificultad para orinar desaparecía, pero en cambio se presentaban perturbaciones en la menstruación, consistentes en aumento de la cantidad de sangre, la cual, por otra parte, era, según expresión de la enferma, "muy clara", y además, pasados los siete días que, como en la época normal, era su duración, siempre quedaba un ligero flujo sanguíneo que se manifestaba por las pequeñas máculas rojizas dejadas sobre las ropas. Yá por este tiempo el tumor había aumentado considerablemente de volumen y empezó á hacerse sensible hasta el punto de causarle dolores en el flanco izquierdo que se exasperaban por la noche. Vinieron después el impedimento para sentarse ó ponerse de pie y un gran cansancio, aun después de cortas caminadas. Los fenómenos dispépticos y las perturbaciones gástricas se presentaban con frecuencia inmediatamente que la enferma ingería los alimentos.

Diagnosticó el Dr. Montoya y Flórez un quiste del ovario izquierdo, y decidió la operación, la cual efectuó así: se incisó sobre la línea blanca, capa por capa, hasta que se descubrió la bolsa quística; una vez ésta descubierta y favorecidos los bordes de la herida con compresas esterilizadas, se punctionó con el bisturí y salió un líquido de un verde obscuro como de botella, cuya cantidad se estimó en *diez y ocho litros;* en seguida la bolsa se desprendió de las muchas y fuertes adherencias que la unían á las partes circunvecinas, y luégo se separó de su pedículo, previa ligadura de éste. La bolsa abierta se halló que era pentalocular. Después se cerró sin dejar *dren* de ninguna clase en la cavidad abdominal. Los primeros

días la herida no tuvo la menor supuración, pero á los quince, como se le diera permiso á la enferma para levantarse, una pequeña separación de los labios de aquélla se hizo y hubo supuración, insignificante por demás, pues no hubo hipertermia y desapareció al poco tiempo. Al mes la enferma abandonó el servicio en perfecto buen estado.

Observación 2ª—Emerenciana Echeverri, natural de Bello. Sirvienta de profesión, soltera y virgen. De 26 años de edad poco más ó menos. No sabe cuánto hace que empezó á menstruar. Duraba esta función un día y la cantidad de sangre era muy poca. No dice nada de sus antecedentes hereditarios, y entre sus antecedentes personales sólo encuentro que hace unos seis años empezó á padecer fuertes dolores de cabeza, que le aparecían por la mañana para amenguar por la tarde, al mismo tiempo que una anorexia persistente. Por esta misma época parece que vino á notar un tumor, y eso porque yá había acrecentado el volumen del vientre: era completamente indoloro y no le molestaba sino para moverse. El tumor continuó creciendo, siempre indoloro, de un modo considerable. Apenas hace tres meses se le suspendieron las reglas.

Cuando vino al Hospital se le hizo el examen del caso, del cual resultó lo siguiente: La enferma se hallaba en un estado de enflaquecimiento y agotamiento extremos, con edema de las piernas y ligero dolor en la cintura. Experimentaba gran dificultad para los menores movimientos y no podía volverse boca–arriba, porque se sentía asfixiada, viéndose por esto obligada á permanecer en decúbito lateral. El tumor tenía de longitud 59 centímetros, medidos desde el pubis hasta cuatro dedos más abajo de la clavícula y un metro treinta y cinco centímetros de circunferencia, medida á nivel del ombligo. El corazón y los riñones funcionaban bien. Se hizo el diagnóstico de un quiste del ovario derecho y se decretó una operación.

El Dr. Montoya y Flórez practicó ésta el 24 de Agosto próximo pasado, del modo siguiente: Abrió el vientre por la línea blanca, y una vez descubierto el quiste lo punctionó, previa protección de los intestinos con compresas calientes, resultando de esto la salida de

cuarenta y ocho litros (tres baldes de 16 litros cada uno) de un líquido de un color amarillo terroso; después procedió á la extracción de la bolsa que se hallaba adherida fuertemente á la parte superior del ligamento falsiforme del hígado; antes de seccionar estas adherencias las ligó en cadena, lo mismo que el pedículo del grueso del brazo, que en un principio lo redujo, por medio del angiotribo de Doyen, al espesor de una hoja de papel de estraza; hecho esto retiró aún de la cavidad abdominal dos litros más de líquido. Pasados estos tiempos de la operación, sobrevino una gran hemorragia del lado del ligamento ancho derecho donde se hallaba el quiste, para cohibir la cual se procedió á la compresión de la base del ligamento; se vio entonces que lo que la producía era un tumor aneurismático de siete centímetros de largo por cuatro de ancho. Se enucleó éste y se ligaron sus vasos que eran del grueso del pequeño dedo; después se suturó el ligamento y se dejó en el interior una mecha de gasa con exteriorización por el ángulo inferior de la herida abdominal. En seguida se suturó el peritoneo con catgut y el resto de la pared abdominal con crin de Florencia y se colocó la curación apropiada. La gasa se retiró á las cuarenta y ocho horas. Los dos primeros días la temperatura, tomada á las 4 p. m., aumentó un grado y el pulso era rápido y fuerte; todo esto desapareció una vez retirada la gasa. A los cinco días se movió el estómago por medio de una lavativa purgante. Esta mujer abandonó el servicio en buen estado.

Llama la atención en estas observaciones: 1.° Las casi totales y fuertes adherencias del quiste de la primera observación y el colosal é inusitado volumen del segundo, con la rareza patológica de un aneurisma en el ligamento de implantación. Por otra parte demuestra cuán tolerantes son en ciertos casos de compresión lenta y gradual, los pulmones y el corazón, pues como dejámos dicho, aunque el tumor llegaba casi hasta las clavículas, el corazón funcionaba perfectamente y sin soplos, y el edema de las piernas parecía debido simplemente á la enorme compresión del tumor sobre las venas ilíacas. Como corolario se desprende que en ningún caso es tarde para operar un quiste del ovario por monstruoso que éste sea, ó por el enflaquecimiento cuasi esqueléctico de la

enferma ó sumo agotamiento y debilidad, pues la reposición es rápida después de la operación y se asiste á la verdadera resurrección de un moribundo.

ALFONSO CASTRO.

(Practicante de Clínica quirúrgica).

Medellín, 1º de Octubre de 1903.

TREPANACION

(Servicio Quirúrgico del Dr. Montoya y Flórez, en el Hospital de San Juan de Dios).

Gerardo Osorio, natural de Sampedro, soltero, 30 años de edad, agricultor.

De antecedentes hereditarios nulos; personales sin importancia.

Estado actual. Al examinarlo se nota una depresión infundibuliforme supurante sobre el lado izquierdo de la cabeza, depresión consecutiva á una pedrada que le rompió, hundiéndolo, un fragmento del hueso frontal del lado yá indicado. El tiempo que va corrido desde el día de la pedrada, es de un año. Al recibir el golpe, no cayó; pudo caminar en seguida y darse cuenta de lo sucedido. Ha padecido, durante este tiempo, de un dolor frontal que irradia hacia el oído del mismo lado izquierdo, vértigos al menor movimiento de la cabeza, un poco de sordera y zumbido de oídos, más marcados estos desórdenes, del lado de la lesión.

Entró al Hospital el 21 de Julio del año en curso, advirtiéndose, desde luego, en el físico del sujeto, una constitución vigorosa, músculos bien desarrollados y regularidad en el funcionamiento de sus órganos.

El líquido que corre de la depresión mencionada, hace suponer la profundidad que tiene ésta, pues muchas veces se ha cambiado el pus en una serosidad muy semejante al líquido cefalo-raquídeo.

El Dr. Montoya y Flórez resuelve trepanar al enfermo, suprimiendo de esta manera la supuración y las alteraciones producidas por la compresión que el fragmento óseo imprime al cerebro. El mismo practica la operación el 22 de Julio de este año, previa anestesia por el cloroformo. Después de hacer rapar la parte frontal donde se

va á operar, el cirujano hace un colgajo ovalar, de base inferior que mide 6 centímetros de ancho por 10 de largo. Alrededor de la depresión se abren agujeros con la fresa, los cuales se reúnen entre sí por medio del cincel de Doyen. Al levantar el fragmento óseo, se encuentran en la sima del hundimiento, pelos que entretenían indudablemente la supuración, obligando al enfermo á venir al Hospital. Para terminar, se sutura el colgajo y se deja como desagüe una correíta de gasa.

Al 3.° día se levanta este enfermo; la gasa se quita el 2.° día; los hilos el 6º y el 7.°, respectivamente. El 5 de Agosto, 14 días después de operado, sale del hospital en perfecto buen estado de salud. La cicatriz es completa; los desórdenes anteriores desaparecieron.

La observación que precede, sugiere la reflexión de que, á pesar de la compresión determinada por el traumatismo, compresión sobre la 2ª circunvolución frontal izquierda, el centro de la agrafia no se alteró, como lo demuestra el hecho de escribir, después de recibida la pedrada, sin inconveniente.

Medellín, 20 de Septiembre de 1903.

FRANCISCO BETANCOURT V.

EL ALCOHOLISMO

Entre los Aborígenes de Antioquia.

Hablando de los indígenas de la Provincia de Carrapa (hoy Filadelfia y Neira), dice Cieza de León, en *La Crónica del Perú:* "Son riquísimos de oro, porque tenían grandes piezas dél muy finas, y muy lindos vasos, con que bebían el vino que ellos hacen del maíz, tan recio, que bebiendo mucho priva el sentido á los que lo beben. Son tan viciosos en beber, que se bebe un indio de una asentada una arroba y más, no de un golpe, sino de muchas veces. Y teniendo el vientre lleno de este brebaje, provocan á vómito y lanzan lo que quieren, y muchos tienen con la una mano la vasija con que están bebiendo y con la otra el miembro con que orinan. No son muy grandes comedores, y esto del beber es vicio envejecido en costumbre que generalmente tienen todos

los indios que hasta agora se han descubierto en estas Indias."

Las borracheras de los aborígenes de Colombia eran proverbiales, y para ello tenían mil y un motivos. Entre los principales se cuentan: por muerte de un cacique ó personaje principal, y duraban ocho y más días; en los casamientos; para celebrar el triunfo después de una batalla; la víspera de la batalla; en sus rondas ó bailes á la luz de la luna y al són del tamboril, en que bailar, cantar y beber todo era uno, como en los dominios de Tacurumbí, en la Provincia de los Quimbayas, en que hombres, mujeres y niños después de bebidos en sus solaces se separaban en escuadrones similares y á la voz lenta y monótona de: *batatabati, batatabati!* (ea! juguemos): se apaleaban de lo lindo con sus macanas en un simulacro de combate, en que se ventilaban muchas veces las ofensas personales, quedando en el campo muchos heridos y no pocos muertos, aparte de que los vencedores dormían en seguida con las mujeres que más les agradaba; lo que sin duda originó la costumbre general entre los indígenas, de que al morir uno de sus señoretes ó caciques, lo heredara el primógenito de su principal mujer, y á falta de éste, el de su hermana, porque los demás parientes no se podía asegurar fuesen de la misma sangre del soberano.

Los licores de los aborígenes de Colombia eran sólo bebidas fermentadas, hechas generalmente de maíz, yuca, mortiños, uvitas silvestres *(Thibaudia)*, ó del corazón de algunas palmeras; plátanos, y probablemente miel de abejas.

Los conquistadores españoles eran tan temperantes como valerosos y audaces, pues muchas veces sólo diez españoles desbarataron y pusieron en fuga vergonzosa á mil y más indígenas.

Medellín, 20 de Septiembre de 1903.

MONTOYA y F.

MEDICOS DE LOS INDIGENAS

Dice D. Ernesto Restrepo en su estudio sobre los aborígenes de Colombia:

"Desde que el indio enfermaba gravemente, sus compañeros le consideraban como un sér nulo, inútil yá para la guerra y estorboso para la sociedad.

"Muchas veces le daban muerte para que dejara descansar á los suyos; otras lo sacaban á despoblado y lo abandonaban en un rancho con pan y agua. Los Chibchas hacían oraciones y sacrificios á sus dioses para conseguir la salud; los Carrapas se encomendaban al demonio.

"En todas las tribus de raza caribe, y en aquellas en que el mohán era médico y herbolario, le llamaban á la cabecera del enfermo. Las enfermedades, según ellos, provenían de espíritus maléficos que se posesionaban del cuerpo del individuo; al arrojar á éstos debía sanar.

"El mohán iba á casa del moribundo disfrazado con máscaras grotescas, cubierto con pieles de animales ó con alas de plumas; pintábase el cuerpo con figuras aterradoras, y se proveía de algunos fetiches, de un atambor sonoro y de instrumentos de agudos sonidos.

"Conjuraba á los espíritus malos que abandonaran el cuerpo del paciente, y pedía á sus fetiches ó al Demonio le ayudaran en la tarea. Tocaba el atambor, las flautas, gritaba, corría y hacía el mayor ruido posible para obligar á los espíritus á salir. Muchas veces con tanto estruendo sólo el alma del enfermo abandonaba su cuerpo.

"Estos mohanes eran muy farsantes, y acostumbraban en ocasiones llevar algún gusano, una piedra ú otro objeto. Después de la conjuración chupaban la parte adolorida del individuo, y con mucha destreza le presentaban aquello que traían, haciéndole creer que pronto sanaría, pues que le había extraído la causa del mal.

"Los indios poseían yerbas de efecto maravilloso para sus curaciones. Conocían el contraveneno de casi todas las picaduras venenosas; sanaban con facilidad toda clase de heridas, y tenían método para curar las fiebres, las bubas, &c."

OVARIOTOMIA

Rosa Arboleda, de 18 años, histérica, profundamente emaciada, se presenta á mi consulta con un enorme crecimiento del abdomen, y dice que por consejo de su *médico* (un empírico) viene á que yo "le extraiga el agua

del estómago". Esta mujer tan joven, representaba por lo menos cuarenta años de edad, tál era su enflaquecimiento y tan marcado su *facies* ovariano.

La hice un examen cuidadoso y encontré perfectamente sanos sus aparatos circulatorio y respiratorio. La orina no contenía albúmina. Del hígado y el bazo, por la distensión abdominal, no fue posible obtener datos precisos. Acostada en decúbito dorsal, se presentaba el vientre uniformemente distendido, liso y simétrico; á la palpación era renitente y daba la sensación de flote, que se transmitía de un lado al otro del abdomen, como en la ascitis; se sentía alguna dureza hacia el flanco derecho. A la percusión había macicez en toda su superficie, excepto en una pequeña extensión al nivel del ombligo, cuya sonoridad era más marcada hacia la izquierda y arriba de éste. Colocada la paciente en decúbito lateral, se observaba invariablemente igual resistencia, macicez y sonoridad en los mismos puntos del abdomen.

No había ningún trastorno en las funciones del recto y la vejiga, pero sí de la función renal, pues la cantidad de orina era escasísima. La alimentación y la respiración se desempeñaban muy mal: la enferma apenas podía tomar medio pocillo de leche ó de otro líquido cualquiera, y se veía obligada á pasar las noches sentada, debido al impedimento producido sobre los pulmones por efectos mecánicos de compresión.

No obstante la falta del examen vaginal, al que se opuso la enferma con su escudo de virgen; á pesar de que por los conmemorativos que pude obtener, el crecimiento del vientre se había efectuado rápidamente en pocos meses; de la fluctuación que se obtenía muy distintamente, y del área de sonoridad de que se hizo mención; pero teniendo en cuenta la ausencia de edema de las piernas, la invariabilidad en el sitio de la macicez y de la sonoridad en las diferentes posiciones de la paciente, me incliné á creer que se trataba de un quiste del ovario, y no de una ascitis que, después de eliminados por exclusión otros tumores abdominales, era lo único con que pudiera haberse cometido un error de diagnóstico, error que, por lo demás, es muy posible, pues lo han tenido cirujanos de gran nombradía, como Atlee, Spencer Wells, Litten, Tillaux, &c., cuando los quistes adquieren

grandes dimensiones y llenan totalmente el abdomen, sobre todo si, como rarísima vez sucede, hay sonoridad en la parte anterior del tumor.

Le propuse, en consecuencia, á mi enferma la laparotomía, y la rechazó en absoluto. Quería que se le diese alivio con la simple punción como se lo habían aconsejado. Accedí á ello, sobre todo por cerciorarme del diagnóstico, y al día siguiente, con el Dr. Lázaro Escobar, le extrajimos ocho litros de un líquido espeso, del color y la consistencia de miel de caña, de apariencia netamente quística. Sin embargo, el abdomen quedó muy abultado: habíamos vaciado una gran celda, pero al lado de ella quedaron otras más pequeñas que formaban una masa dura en el flanco derecho, perfectamente apreciable después de extraído el líquido.

Insistímos sobre la operación propuesta al principio y la enferma volvió á negarse á ella. A los ocho días, viendo que su estado no mejoraba como lo creyó, y á reiteradas instancias de su familia, resolvió dejársela practicar.

En asocio de mis colegas, Dres. Duque y Escobar, procedí á la operación: incisión clásica sobre la línea blanca; se presenta el quiste con sus paredes de color blanco azulado característico, el cual, puncionado con un grueso trócar, da salida á un líquido muy espeso, que se derrama con mucha lentitud. Después de haber extraído bastante cantidad de él y de haber prolongado la incisión de la pared abdominal algunos centímetros hacia arriba, contorneando el ombligo, y hacia abajo hasta el pubis, el tumor que no tenía sino una adherencia que ligámos y cortámos oportunamente, no podía extraerse por las grandes dimensiones que le daban sus celdas adyacentes, llenas de un líquido coloide. El Dr. Duque avisa que la operada está en muy malas condiciones y que el pulso es miserable, y le aplica unas inyecciones de éter y de brandy. Retirámos el trócar, obturámos la abertura que dejó éste con unas pinzas de Kocher y prolongámos la incisión con tijeras hasta el apéndice sifoides. Todavía con semejante incisión cuesta algún trabajo desalojar el tumor, que al fin sale y deja aparentemente vacía la cavidad abdominal, pues los intestinos, atrofiados, parecen tripas de gallina pegados á la columna vertebral. El pedículo, de unos tres ó cuatro dedos de ancho, lo ligámos rápidamente en ca-

dena, desprendimos el tumor y cerrámos la pared abdominal en dos planos.

El cloroformo se suspendió casi del todo desde el momento del alarma, y al terminar la operación la enferma había vuelto del sueño anestésico con un pulso débil pero regular y no muy acelerado.

La curación tuvo lugar por primera intención, y á los diez días retirámos las suturas. Al día siguiente la operada presentó algunos síntomas de enajenación mental, que fueron agravándose hasta llegar á verdadera locura. En este estado siguió durante dos ó tres meses. Hoy está completamente buena, robusta, *joven* y entregada á sus quehaceres domésticos.

OBSERVACIONES:

El área de sonoridad que se notó sobre una parte del tumor la daba probablemente alguna celda quística que contenía gases, pues no podía tener origen en una asa intestinal, porque, como se vio en la operación, los intestinos estaban vacíos y totalmente colocados detrás del tumor.

¿Convendría la punción y extracción de esa gran cantidad de líquido en los días antes de la ovariatomía? Contrario á lo aceptado hoy de no puncionar los quistes que se han de operar, quizá convino lo que se hizo en esta vez, pues de otro modo el tiempo empleado en extraer todo aquel líquido durante la operación, hubiera prolongado ésta demasiado, lo cual, unido al restablecimiento brusco y violento del equilibrio circulatorio, tal vez hubiese contribuído á un resultado funesto. Además, después de dicha punción, la respiración y el pulso mejoraron notablemente; los riñones volvieron á funcionar muy bien y se colocó á la enferma, por esto, en condiciones favorables de eliminación para el caso de una infección, que felizmente no se presentó.

Los cirujanos alemanes se sirven generalmente del bisturí para vaciar los quistes en la ovariotomía, porque no temen el contacto de su contenido con el campo operatorio ó el peritoneo, cuando no es séptico. Yo no creo que sea siempre posible reconocer en un momento dado esta inocuidad del líquido quístico, y por eso hago uso del trócar, prefiriendo ensanchar la incisión cuando el tumor es

muy grande, pues opino que las incisiones amplias en cirugía abdominal (por supuesto no tan grandes como en el presente caso) son más bien ventajosas y no aumentan el peligro de la intervención; al contrario, le permiten al cirujano hacerse dueño de la situación y *ver* lo que está haciendo.

Dado el notable adelanto que ha hecho la cirugía en Antioquia en estos últimos años, parece que no mereciera la pena la publicación de observaciones como la presente, por ser yá bastante comunes; pero es conveniente que quede constancia de ellas por vía de estadística, y se vea cómo se cumple ciertamente la descentralización científica de que nos habló en alguna ocasión el Dr. Zuleta en estos ANALES, como lo comprueban las importantes operaciones practicadas por algunos médicos de los pueblos del Departamento, cuya relación se ha dado á luz en las columnas de este periódico; las que yá hemos publicado nosotros en el mismo, y otras que tenemos inéditas de talla hipogástrica; cistotomía supra-pubiana, ú operación de Poncet; extirpación de los anexos del útero; colecistostomía; laparatomía para oclusión intestinal, &c. &c., operaciones practicadas con buen éxito, en esta ciudad, en asocio de nuestro amigo y colega, Dr. Mauro Giraldo, y que publicaremos próximamente.

Rionegro, Julio de 1903.

JOSÉ J. DE LA ROCHE.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA LEPROSIS

por Juan de Dios Carrasquilla.

Continuación.

Para que sirvan de fundamento los razonamientos en que voy á apoyar mi teoría de la infección por medio de las pulgas, quiero dejar consignados algunos hechos que creo importantes.

El Dr. Beaven Rake, Superintendente del Asilo de leprosos de Trinidad y miembro que fue de la Comisión de la India para el estudio de la lepra, presentó al Congreso Pan-Americano, reunido en la ciudad de Wáshing-

ton, en 1893, una comunicación (1), en la cual expone con mucha claridad y sano criterio todo lo relacionado con la contagiosidad de la lepra, tánto que puede decirse que es un resumen de los conocimientos que hasta entonces se tenían sobre este asunto. De dicha comunicación tomo lo siguiente:

"1. *Evidencia bacteriológica.*—Se admite ahora que la lepra coexiste con la presencia de un bacilo específico que puede hallarse en alguno de los períodos del curso de la enfermedad. Si este bacilo no se halla, esto se debe más bien á la imperfección de los medios de examen, ó bien á que en algunos casos de larga duración de la enfermedad, el bacilo ha podido desaparecer de los tejidos. Numerosas tentativas se han hecho para cultivar este bacilo por Hansen, Neisser, Bordoni-Uffreduzzi, Giantuico, Campana, Arning y los miembros de la Comisión de la India, pero en ningún caso se obtuvo resultado satisfactorio. El cultivo de Uffreduzzi fue aceptado por Baumgarten, pero ni este cultivo ni ninguno de los otros tuvieron éxito cuando fueron inoculados á los animales. De modo que sólo el primero de los cuatro postulados de Koch—la dependencia de una enfermedad de un microorganismo especial—se ha llenado en el caso de la lepra; y aunque por analogía con otras enfermedades nos vemos conducidos á la conclusión de que la enfermedad es debida á un bacilo, no tenemos todavía ninguna prueba para aceptarla.

"2. *Inoculaciones en los animales.*—Muchas y muy diferentes clases de animales han sido inoculados con productos leprosos por Neisser, Damsch, Vossius, Köbner, Hansen, Campana, Thia, Kansic, Arning, Leloir, Bordoni-Uffreduzzi, y muchos otros observadores en varias partes del mundo, pero hasta hoy sin buen éxito. Neisser describió un crecimiento local en un perro, pero no hubo desarrollo general de tubérculos leprosos. Yo hice inoculaciones experimentales en animales, en Trinidad, en el Asilo de leprosos, durante cerca de nueve años, pero los resultados fueron negativos. Algunos de

(1) *Transactions of the First Pan-American Medical Congress. Part* III. Vol. 3. Section XV. The question of the communicability o Leprosy, by Beaven Rake M. D. of. London. p. 1,708. Section XVIII. The communicability of Leprosy, by Beaven Rake. p. 2,050.

los animales estuvieron en observación más de cuatro años, y uno duró ocho años, contados desde el día de la inoculación hasta el de su muerte, y no hubo desarrollo de lepra. También he alimentado gallinas y palomas con productos leprosos en períodos de uno á dos años, y los resultados en estos animales fueron igualmente negativos. Melchen y Ortman describieron diseminaciones de nódulos en las vísceras de conejos, después de inoculaciones de tubérculos leprosos; pero Wesener y Huppe creen que dichos nódulos son de tuberculosis, aunque Arning y Ruffer los aceptan como leprosos. En suma, nosotros debemos considerar la prueba derivada de las inoculaciones en los animales como negativa, y esto está de acuerdo con lo que cree Beriner, á saber: que la lepra es una enfermedad esencialmente humana y que no puede ser transmitida á los animales.

"3. *Inoculaciones en el hombre.*—Arning inoculó á Kenau, sentenciado á muerte en las Islas Sandwich, con lepra, y la enfermedad se le desarrolló tres años después; pero como la lepra está en extremo esparcida en esas islas, Kenau pudo haberla obtenido de otras fuentes. Se descubrió posteriormente que tres de sus parientes fueron leprosos, de modo que parece que en esa familia había particular aptitud para contraer la enfermedad. Si un criminal de un país tal como Inglaterra se hiciera leproso después de la inoculación, esto sería prueba científica de la inoculabilidad de la enfermedad. Profeta, en Italia, se inoculó á sí mismo y á muchos individuos sanos, con lepra, pero en ninguno de ellos se desarrolló la enfermedad. Un médico de Noruega practicó igual experimento en sí mismo y en otras muchas personas, pero aquí también el resultado fue negativo. Holst é Irtah también encallaron en inoculaciones en personas sanas. Hansen inoculó leprosos anestésicos con material de lepra tuberculosa, sin ningún resultado. Yo inoculé cuarenta leprosos anestésicos en el Asilo de Trinidad con material de leprosos tuberculosos, pero este hecho no tiene valor absoluto, porque la lepra anestésica ha sido descrita por Leloir como ocasionalmente tuberculosa. De modo que el resultado de las inoculaciones en el hombre puede considerarse como negativo, con excepción del caso de Arning, y éste está sujeto á graves dudas.

"4. *Vacunación.*—Hardner, en 1887, refirió un caso en las islas tropicales, donde un muchacho se hizo leproso después de haber sido vacunado con linfa de otro niño, en quien se desarrolló la lepra algún tiempo después. Danbler, en el Cabo de Buena Esperanza, también hace mención de dos casos en que él cree que la lepra fue transmitida por la vacunación. Más recientemente, Chew, en Calcuta, refiere algunos casos en que él cree que la lepra fue transmitida por la vacuna. Pero todos estos casos ocurren en lugares donde la lepra es endémica, y están, por consiguiente, sujetos á la misma observación que el condenado á muerte, Kenau, esto es, que la enfermedad pudo haber sido derivada de otras fuentes. Si un niño de un país libre de lepra fuera inoculado con linfa de un país donde reine la lepra, y después de tal inoculación se le desarrollara la lepra, podíamos considerar que la proposición había sido científicamente probada. Un experimento que se acerca algo al hipotético antedicho fue practicado en la India, donde durante un período de unos veinte años, el cirujano mayor Pringle tuvo la costumbre de tomar la linfa vaccinal de los distritos montañosos del Garhwal británico, localidad en que el tanto por ciento de lepra es muy elevado, para vacunar niños en las llanuras entre el Ganges y el Jumna, donde la lepra es mucho menos común. Los censos levantados á intervalos de diez años en dichos Distritos, no muestran que hubiera habido aumento en la lepra en el Garhwal británico, como tampoco en los Distritos vacunados en las llanuras. Arming y Simpson descubrieron los bacilos de la lepra en la linfa vaccinal de los leprosos, pero los exámenes practicados en cuarenta muestras en el Asilo de Trinidad y en cerca de ciento que hizo la Comisión de la India dieron, resultado negativo. De donde podemos concluír que en ningún caso se ha probado que la lepra haya sido transmitida por la vacuna.

"5. *Experiencias prácticas.*—Entiendo por tales las historias de contagio que nos han dado los pacientes, ó los casos referidos por otros. En la India examinámos unos 2,000 casos leprosos, y se nos dieron muchas historias de contagio; pero examinados atentamente todos, con excepción de un caso, el de un sirviente del Asilo

leproso de Calicut, que contrajo la enfermedad después de haber vivido algunos años en el Asilo, todos quedaron anulados. El caso del Padre Damián se cita á menudo como ejemplo de contagio, pero éste como el de Calicut citado precedentemente, y como todos los referidos de los países infeccionados de lepra, están sujetos á la objeción de que la enfermedad pudo haberse derivado de otras fuentes extrañas. Para eliminar esta causa de error, debemos considerar sólo los casos de contagio en lugares exentos de lepra. Hay dos casos indubitables: el uno fue relatado por el Dr. Hawley Benson, en Dublín, de un hombre que al volver del servicio de la India, se le desarrolló la lepra; su hermano, que nunca había estado fuera del Reino Unido, dormía en la misma cama, y al cabo de dos años después de su hermano, se hizo también leproso. Estos casos fueron presentados á la Sociedad Médica de Dublín, y allí parece que no dudaron del diagnóstico, pues había médicos que conocían bien la lepra. El segundo caso ocurrió en Maryland, y fue referido por el Dr. Atkhinson: una mujer que no había estado fuera del país, se volvió leprosa algunos años después de haber estado en contacto con un leproso. Sabemos que en Maryland la lepra no es endémica. De todos modos podemos admitir dos casos positivos contra gran número de negativos, pues debe recordarse que hay centenares de médicos, nodrizas y asistentes en constante contacto con leprosos, en quienes jamás se ha desarrollado la enfermedad.

"6. *Pretendido aumento de la lepra.*—Se ha dicho que la lepra ha aumentado extensamente en los últimos años. Los datos publicados muestran que esta aseveración es inexacta en la mayor parte del mundo, donde se levantan censos anuales de los leprosos. En Noruega ha habido una curva descendente no interrumpida en los últimos treinta años, á pesar de que en dicho país la segregación no ha sido nunca absoluta. Hasta 1885 hubo una ley que obligaba á los leprosos al aislamiento, y aun entonces sólo establecía que podían estar separados del resto de la familia, de acuerdo con el inspector sanitario. Si éste no consentía, debían llevarlos al Asilo. El Dr. Ransia, de Molde, hace constar que sólo 14 entraron al Asilo desde 1885, por razón de la nueva ley. En Irlan-

da también hubo notable decrecimiento en los últimos cien años. Allí no hubo segregación. En la India, los censos de 1881 y 1891, muestran un decrecimiento absoluto como de 4,000 leprosos, y esto á pesar del hecho de que en Burmah, Rajpootana, Travancore y en los Estados de la Provincia Central, no se levantó el censo en 1881; mientras que, en 1891, se formó un censo completo, que hizo ver que muchos miles sufrían la enfermedad. Es por lo demás casi cierto que el decrecimiento en la India es mayor de lo que se anota en el censo oficial. En la India ninguna tentativa se ha hecho para aislar los leprosos. En los Estados del Noroeste de los Estados Unidos de América, cerca de 160 noruegos llegaron hace muchos años; sólo quedan ahora unos trece leprosos. La enfermedad no se ha desarrollado en sus descendientes, ni en ningún noruego, ni en otros que han estado en contacto con ellos en este país; la segregación no se practica estrictamente entre ellos. En Trinidad la proporción de leprosos respecto de la población ha permanecido casi estacionaria; allí no hay aislamiento obligatorio. En las Islas Sandwich el aislamiento es obligatorio; pero, á pesar de esto, el censo oficial muestra que en los últimos veinte años el número de los enfermos casi ha cuadruplicado. En Memel, Rusia, hubo un pequeño aumento de lepra en los últimos años; no se ha señalado contacto con leprosos. Aparece, pues, que en Noruega, Irlanda, India y Estados del Noroeste de la América del Norte, ha habido un decrecimiento absoluto y grande de la lepra, sin segregación; que en Trinidad, la relación entre los leprosos y la población en general, ha permanecido prácticamente estacionaria; mientras que en las Islas Sandwich, donde la segregación obligatoria ha sido practicada por muchos años, ha habido enorme aumento. Parece que en ciertos Distritos la enfermedad puede aumentar en razón de ciertos factores locales que no conocemos, como, por ejemplo, en Memel.

"7. *Conclusiones.*—Creemos que la lepra es debida á un bacilo específico, y que, por consiguiente, debemos admitir la posibilidad de su transmisión. La demostración, empero, derivada de las fuentes antes mencionadas muestra que, si acaso es comunicable, lo es en tan raros casos y con tales dificultades que, en la práctica, podemos

no hacer caso de su posibilidad. Coloco la lepra y la tuberculosis en una clase. Creo que los bacilos de ambas se encuentran en el polvo de ciertas localidades, y que los habitantes de tales localidades se ponen constantemente en contacto con los bacilos. Solamente en aquellos que se encuentran debilitados por varias causas, puede el bacilo hallar terreno apropiado para su desarrollo, y aquellos individuos se hacen receptibles á la lepra ó á la tuberculosis. Las pruebas reunidas conducen á mostrar que la lepra es más bien menos comunicable que la tuberculosis, y que, si aislamos á los leprosos, deberíamos *a fortiori* separar á los que sufren de tuberculosis."

De esta comunicación del Dr. Rake, deben retenerse, como premisas, las siguientes proposiciones: 1.º Se acepta que la lepra es debida á un bacilo específico, pero sin pruebas que la confirmen; 2.º La enfermedad es esencialmente humana y no ha podido ser transmitida á los animales; 3º Las inoculaciones de productos leprosos al hombre, han dado resultados negativos; 4º No se ha podido comprobar que la lepra se transmita por la vacunación; 5º Excepto dos casos comprobados de contagio, los demás no pueden aceptarse; 6º En varios países ha decrecido la lepra, sin segregación; en otros ha aumentado, á pesar de la segregación; 7º Debe admitirse la posibilidad de la transmisión de la enfermedad, por ser microbiana; pero, si acaso es comunicable, "lo es en tan raros casos y con tales dificultades, que, prácticamente, puede prescindirse de dicha posibilidad", y, en todo caso, es menos comunicable que la tuberculosis.

En el año de 1888 promovió el Dr. Gabriel J. Castañeda, en la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá, una discusión sobre la etiología de la lepra, en la cual tomaron parte varios de sus miembros, sosteniendo unos que la enfermedad es contagiosa, otros que es hereditaria, y unos pocos que es contagiosa y hereditaria; presentando casi todos ejemplos ú observaciones más ó menos conducentes al fin que intentaban hacer prevalecer en la discusión, ó á servir de apoyo á sus ideas.

Fundándome en argumentos tomados de la embriología y de la fisiología, sostuve entonces la contagiosidad

y rechacé la heredad (1). Mis argumentos fueron calurosamente impugnados por el Dr. J. David Herrera, con análogos razonamientos; el Dr. Castañeda apoyó, en parte, mis conclusiones. De tántas discusiones resultó que el asunto no se esclareció en lo más mínimo, excepto en lo que se refiere á la heredad, que perdió mucho terreno.

Al primer Congreso Médico, reunido en la capital de la República el 20 de Julio de 1893, se presentaron varios trabajos (2), en los cuales se sostenían asimismo la contagiosidad y la heredad, ora con ejemplos de casos prácticos, ora con argumentos de diversa naturaleza; en el curso de las sesiones se discutió ampliamente el mismo tema, y sólo dio por resultado que en la última sesión se aprobara una proposición, por medio de la cual se optaba por la contagiosidad, pero sin demostración, exactamente como se hizo más tarde en el Congreso de Berlín, como queda dicho.

El Dr. Zambaco, uno de los leprólogos más notables, que ha hecho estudios muy importantes sobre la propagación de la lepra y cuyas obras son de un mérito reconocido en todo el mundo, ha sostenido y sigue sosteniendo que la lepra es hereditaria en Constantinopla, donde ha hecho principalmente sus observaciones, y que no es contagiosa. Dice así (3): "Pero, además de que la lepra ha sobrevivido siempre, esporádicamente en toda la Europa, no debemos desconocer que, en todo tiempo, sus estragos se han exagerado en exceso. La mayor parte de

(1) Disertación sobre la Etiología y el contagio de la lepra, por Juan de D. Carrasquilla L. Revista de Bogotá. Serie XIII. Nº 137, p. 441. Discusión sobre herencia, por el Dr. Juan David Herrera. Revista Médica de Bogotá. Serie XIII. Nº 141, p. 581. Las enfermedades microbianas no pueden ser hereditarias, por Gabriel J. Castañeda. Revista Médica de Bogotá. Serie XIII. Nº 142, p. 635.

(2) Profilaxis de la Lepra, por el Dr. Manuel Uribe Angel. Anales de la Academia Nacional de Medicina. Tomo I. Entrega Primera, p. 70. Origen de la Lepra griega en Lebrija, por el Dr. Luis E. García. Idem, p. 79. Contribución al estudio sobre herencia y contagio de la Lepra, por el Dr. Isaac Flórez. Idem, p. 81. Observaciones sobre la Lepra griega, sus causas y comarcas donde es más frecuente, por el Dr. Heráclito Gómez. Idem, p. 84. Estudio sobre la Lepra en Colombia, por el Dr. Gabriel J. Castañeda. Idem, p. 151. Contagio de la Lepra, por el Dr. Manuel Uribe Angel. Idem, p. 131. Estudio clínico sobre algunos casos de Lepra nerviosa de los países tropicales, por el Dr. Miguel Rueda Acosta. Idem, Entrega segunda. p. 199. Lepra en Popayán, por el Dr. Alfredo Garcés. Idem, ídem, p. 213.

(3) *Lepra-Conferenz.* III. *Abtheilung. Des rapports....par Zambaco-Pacha, p. 80.*

los leprosos de la Edad Media eran sifilíticos, empezando por los hombres de pro, que no eran leprosos, sino galicosos hasta la medula de los huesos. De donde proviene la exageración, en todos los casos, de la espantosa contagiosidad, exageración que persiste siempre en las creencias populares, proclamada como lo fue por los libros religiosos escritos cuando no se conocía la sífilis y se decía que estaba confinada en América, su primer cuna (!) Los partidarios de esta contagiosidad exagerada, no necesitan más que venir á Constantinopla para ver leprosos de diversas procedencias circulando por todas partes libremente, alojarse en medio de las familias de todo linaje, como empleados de todas las clases, con toda promiscuidad, sin que ellos le hayan jamás transmitido la lepra á un solo constantinopolitano. Las más bellas teorías deben retroceder delante de los hechos; y los hechos que anunciamos son patentes y muy faciles de verificar."

El Dr. Besnier dijo, en la Conferencia de Berlín, que durante muchos años ha habido en el Hospital de San Luis, en París, casos de lepra, y que no se ha empleado ninguna separación entre estos enfermos y los demás que hay en el Establecimiento, sin que haya observado jamás un caso de contagio. Tuve ocasión de verificar esto, en lo que se refiere á la falta de separación de los enfermos, durante mi permanencia en París, en 1897, pues vi, en mis frecuentes visitas al Hospital de San Luis, varios enfermos de lepra allí en contacto con enfermos de otras afecciones, sifilíticos particularmente, sin ninguna clase de precauciones, sin el menor cuidado de evitar la contaminación.

El Dr. Hallopeau, médico del mismo Hospital, dice: (1) "Es notable que, desde el principio del siglo, ningún caso de transmisión de lepra se haya producido en el Hospital de San Luis, aunque ha habido constantemente sujetos afectados de esta enfermedad en relación con los otros enfermos, viviendo con ellos, durmiendo en las mismas salas, participando de las mismas ocupaciones, haciendo uso de los mismos utensilios para su nutrición y á menudo también para su *toilette*. Si se considerasen estos hechos aisladamente, pudiéramos inclinarnos á sostener la teoría de la no contaminación; pero deberíamos entonces

(1) *Lepra-Conferenz. Tom. II. p. 66. Zweit Sitzung-Hallopeau.*

hacer lo mismo respecto á la tuberculosis y la sífilis, porque un médico puede recorrer toda su carrera hospitalaria sin ver estas enfermedades transmitirse una sola vez en su servicio. Tenemos que confesar que estos hechos tienen cierto valor negativo; ellos muestran, en efecto, que el bacilo de la lepra evidentemente no se transmite por el aire atmosférico, y que, por consiguiente, á pesar de su abundancia, comprobada por los Sres. Jeanselme y Sticker en los productos de la secreción de las vías respiratorias y la gran frecuencia de las alteraciones de la pituitaria, no es en estos órganos donde hay que buscar la puerta de entrada de la enfermedad. Tenemos la pena de estar á este respecto en contradicción con nuestros muy honorables cofrades Sticker y Petersen, porque si la invasión por la pituitaria fuera habitual ó siquiera posible por los polvos atmosféricos, no se comprende cómo nuestros enfermos, viviendo durante años en un medio cargado de estos polvos infectados, permanecen indemnes. Hay que buscarla en otra parte. ¿Por qué las personas que viven con nuestros leprosos de San Luis no se afectan, cuando los casos de transmisión familiares en las leproserías de los países de lepra parecen tan frecuentes? ¿Puede considerarse para los casos de transmisión familiares los contactos prolongados, la promiscuidad; pero este medio de propagación no es admisible respecto de las religiosas, de las cuales muchas se han contaminado, según sabemos. ¿Acaso habrá que admitir la transmisión por la ropa? Como lo indicámos en nuestra comunicación sobre los leprosos de París, la ropa de nuestros enfermos de San Luis se encuentra suficientemente desinfectada por la lejía, lo que no sucede en todos los países de lepra, por lo menos en algunos de ellos. En Haití, por ejemplo, la ropa de muchas familias se lava junta en el río, después se seca al sol, y se concibe que en tales condiciones el bacilo de la lepra pueda transmitirse de una á otra, y que aquella ropa, así contaminada, venga á ser para un sujeto, cuya piel presente alguna erosión, causa de infección."

En términos análogos se expresaron todos los miembros del Congreso de Berlín que tomaron parte en la discusión, en la sesión en que se trató de la etiología de la lepra; holgaría aquí la acumulación de citas. Respecto de

Colombia, yá queda dicho cuál era el estado de la cuestión cuando se discutió en la Sociedad de Medicina y en el Congreso Nacional; á esto pudiera agregar varias tesis de doctorado y algunos pocos folletos; pero me abstengo de hacerlo, porque en todas estas publicaciones sólo se encuentra el mismo desacuerdo de opiniones y la falta absoluta de demostración; todo se reduce á presentar casos de contagio y casos de heredad, todos objetables, y sujetos exclusivamente al criterio del autor.

Presento, no obstante, para terminar esta relación, los hechos siguientes, que tienen alguna significación: En Tocaima, á donde concurrían los lazarinos antes de la fundación del Lazareto de Agua de Dios, aseguran personas muy verídicas y honorables que vivieron allí, que jamás se vio un solo caso de contagio, que ninguno de los habitantes de Tocaima enfermó de lepra. En Agua de Dios aseguran lo mismo los habitantes sanos de esa localidad, y el Dr. Luis Arcadio Gaitán, médico que fue durante algún tiempo del Lazareto, me escribió no hace mucho diciéndome que no se ha observado ningún caso de contagio en las muchas personas que concurren al Lazareto para traficar en víveres ó viven allí con diversidad de oficios ó negocios. En un folleto que publicó después (1), sostiene lo mismo. El Dr. Roberto Azuero dice (2) que, en el Lazareto de Caño del Loro, donde él estuvo empleando el tratamiento seroterápico, como comisionado del Gobierno, le aseguraron que no se conocía ningún ejemplo de contagio, lo que él dice que comprobó durante su permanencia allí tomando observaciones. "Es cosa sorprendente, dice, y que impone reservas y meditación, el hecho muy notable de que en el caserío de Loro, que cuenta con cerca de mil habitantes, no se registre en más de ochenta años que lleva de fundado el Lazareto como una prolongación del caserío, donde llevan vida muy cordial y cultivan buenas relaciones de amistad los enfermos con los sanos, no se registre, digo, un solo caso de contagio inmediato, y hasta el presente no ha sido herido de lepra nin-

(1) Contagio de la Lepra, por Luis Arcadio Gaitán, Medico oficial del Lazareto de Agua de Dios.—Bogotá.-1899.

(2) Consideraciones generales sobre la Lepra y su tratamiento por suero antileproso, por el Dr. Roberto Azuero.—Cartagena 1897.
Lepra Griega y Lazaretos circunscritos, por el Dr. Roberto Azuero.—Bogotá.-1899.

guno de los hijos de aquel caserío, no obstante estar muy familiarizados con ella y no guardar precauciones de ningún género."

Ahora bien: ¿por qué tánta diversidad de opiniones acerca de la contagiosidad de la leprosis? Si fuera una enfermedad contagiosa á la manera de la viruela, por ejemplo, no habría ocasionado tántas controversias, tántas afirmaciones contradictorias; la viruela es para todo el mundo enfermedad contagiosa, y nadie puede negar que se transmite por contagio del enfermo al sano. La tuberculosis, considerada antes como hereditaria, se sabe hoy, por numerosos y bien comprobados experimentos, que es contagiosa, del mismo modo que la viruela. La sífiles se propaga por infección, por contacto de las mucosas afectadas con las del individuo sano, máxime cuando hay alguna efracción del epitelio, y esto se ha demostrado experimentalmente, de tal modo que nadie abriga la menor duda respecto de esta manera ó modo de hacerse el contagio.

No sucede lo mismo respecto de la leprosis. Los párrafos que he citado antes del informe del Dr. Rake, hacen ver que la comisión de la India, de la cual él formaba parte, y sus propios trabajos y experimentos en Trinidad, los condujeron á estas conclusiones: que la leprosis no se había podido transmitir al hombre ni á los animales, empleando los productos leprosos y variando hasta el infinito los medios de proceder; que la vacuna no transmite tampoco la enfermedad; que el contacto de sanos y enfermos no causa en aquéllos la infección, y que, como consecuencia, la segregación de los enfermos no ha conducido á la disminución del número de leprosos en muchos países donde se ha empleado, mientras que, sin segregación, se ha visto decrecer, todo lo cual conduce á declarar que, si acaso la enfermedad es contaminable, lo es en tan raros casos y con tales dificultades, que viene á ser, por decirlo así, imposible.

Para que todos estos experimentos, indudablemente bien practicados durante mucho tiempo y por personas muy competentes, hayan conducido á estas conclusiones, para aseverar que la leprosis no se contagia á la manera de las otras enfermedades, real é indudablemente contagiosas, como la viruela, la tuberculosis, la sífilis, &c., es pre-

ciso convenir en que existe alguna causa que se opone á la aceptación del contagio de esta enfermedad, en que hay algún fundamento para sostener que no es contagiosa, ó por lo menos, que si lo es, requiere circunstancias excepcionales, difíciles de satisfacer en la práctica. Y, como por otra parte, es indudable la propagación de la leprosis por infección, porque así lo demuestran todos los hechos bien comprobados en todo el mundo, desde la más remota antigüedad hasta nuestros días, forzoso es llegar á esta conclusión: La leprosis no es contagiosa á la manera de la viruela, de la tuberculosis, de las fiebres eruptivas en general; no es infecciosa á la manera de la sífilis, porque no se ha podido probar que se transmita del enfermo al sano por contacto de las mucosas; no es inoculable por medio de los productos leprosos directamente aplicados al hombre sano por la vía hipodérmica, ni por el aire introducido en la respiración, cargado de bacilos, ni por la vía estomacal, ni por ninguno de los medios empleados con tal objeto; luego debe tener una manera especial de contaminarse.

Esta manera especial de contaminarse la leprosis, es la picadura de las pulgas. El hallazgo del bacilo de Hansen en el contenido intestinal de las pulgas que han chupado la sangre de un leproso, y la circunstancia de ser cultivable este bacilo en otros medios, como el caldo, y la más importante aún, de transmitirse la enfermedad á los animales por inoculación de estos cultivos, explica satisfactoriamente la diversidad de opiniones acerca del contagio, la dificultad de hacerse éste y todas las circunstancias que antes eran inexplicables y hacían dudoso todo lo relativo á la indudable transmisión de esta enfermedad. El bacilo de Hansen necesita, para transmitir la enfermedad al hombre y á los animales, sufrir una modificación—que ignoro cuál será—en un medio de cultivo, y esto es lo que hace la pulga que, con la linfa que chupa del leproso, introduce el bacilo y lo multiplica, dándole al mismo tiempo la facultad de reproducirse en el organismo humano receptible, lo que no sucede cuando se inoculan los productos leprosos directamente del hombre enfermo al sano ó á los animales. Los tubérculos emulsionados ó triturados, la secreción nasal, el exudado de los lepromas, todos los productos leprosos,

en una palabra, inoculados al hombre y á los animales, han dado resultados negativos; pero el cultivo del bacilo en caldo los ha dado positivos en los conejos. De donde concluyo que tiene necesidad de sufrir alguna modificación para ser virulento, para poderse luégo desarrollar en otro organismo. Ejemplos de hechos análogos tenemos en los culicidos que transmiten la fiebre amarilla, la filiarosis, el paludismo, en los arágnidos que transmiten la ranilla ó fiebre de Texas al ganado vacuno, y la renguera ó mal de caderas, á los equídeos, el carcéag, á los ovídeos, &c. Los experimentos practicados en la Habana enseñan que el agente de transmisión, el *culex infestans,* no transmite la enfermedad antes de doce días, transcurridos desde el momento en que el insecto hematófago ha picado á un individuo afectado de fiebre amarilla; las garrapatas no transmiten la ranilla sino en estado adulto, después de haber sufrido las mudas, según M. Mangnin; los anofelos se cree que le hacen sufrir al hematozoario de Laverán una modificación especial en su interior para poder transmitir el paludismo, aunque esto no está probado; y así de los demás agentes de transporte de las infecciones.

Prescindiendo, empero, de hechos análogos, podemos atenernos al experimento directo, que es fácil de practicar. Recomiéndese á un enfermo (de preferencia á una mujer) que capture una pulga en el momento en que le haya picado; tómese esta pulga con una pinza y exprímase una gotita de su contenido intestinal en una laminita cubre objeto del microscopio, extendiéndola muy bien para que forme una capa delgada; trátese esta laminita por la técnica usual—fijación, al calor ó con una mezcla de alcohol y de éter, partes iguales, coloración con el Ziehl en caliente, descoloración con la solución de ácido nítrico al 30 por 100, ó sulfúrico al 25 por 100; secar y dar la doble coloración con azul fenicado de Kuhne; lavar, montar al bálsamo de Canadá al xilol y examinar al microscopio con objetivo de inmersión ocular número 5, objetivo 1, 16 de Leitz, y se verá allí el bacilo de Hansen, colorado en rojo sobre fondo azul. Si se quiere hacer el cultivo, se prepara un poco de caldo simple de buey, que se deja en la estufa durante 24 horas, para cerciorarse de su pureza, y se siembra con una gotita de la pulga

que ha servido para la preparación microscópica; se pone en la estufa á 37 grados C., y se verá que pocas horas después el caldo se enturbia y ofrece copos rojizos que flotan en el líquido; examinados al microscopio dan abundancia de bacilos con los caracteres del bacilo hallado en la laminita. Con este cultivo se practican inyecciones en conejos, y, después de un período de incubación, aparecen enfermos y mueren con lesiones en la piel y en los órganos, en donde se vuelve á encontrar el mismo bacilo inoculado y susceptible de volverse á cultivar y reproducir las mismas lesiones.

Es evidente, pues, que la pulga toma del leproso el bacilo de la enfermedad, lo cultiva y lo hace apto para reproducir la infección en el conejo y probablemente en el hombre, y que esta es la manera de contaminación de la leprosis. Y digo probablemente, porque falta la prueba experimental, la cual, como yá dije, no me creo autorizado á practicar. Por hoy me limito á señalar este medio de contaminación como probable, para que otros experimentadores indaguen el valor que pueda tener, y quede definitivamente esclarecida la verdad y se funde en hecho real lo que hoy es mera presunción; pero presunción muy probable, porque tiene en su apoyo muchos fundamentos, como se verá por las siguientes consideraciones.

(Continuará).

EL CARBUNCLO

El estudio de esta terrible enfermedad fue el primer paso decisivo de progreso en las ciencias biológicas, pues investigando su origen y naturaleza fue como el ilustre sabio Pasteur descubrió el método de *cultivar*, método que aplicado después á todas las enfermedades epidémicas, rompió el velo que hasta entonces encubría su origen en profunda y misteriosa obscuridad.

Conviene hacer notar que hay dos especies de *carbunclo:* el esencial y el *sintomático* ó *enfisematoso.*

En este artículo hablaré únicamente del primero y nó del otro.

Ambos son *microbianos*, pero sus microbios son distintos, como lo son sus síntomas y su tratamiento.

El origen del microbio del *carbunclo* es tan antiguo como el de todos los gérmenes patógenos. Pero más que el estudio de su origen, interesa saber cómo se establece el microbio en el animal sano, de qué manera se transmite de éste al no infectado aún, y conocer sus síntomas característicos, á fin de aislar oportunamente los animales enfermos y ocurrir en tiempo á los conocidos medios profilácticos.

Aunque el *carbunclo esencial* reconoce siempre un mismo *micro-organismo*, no presenta uniformemente iguales síntomas, ni idéntica gravedad en todos los animales, debido á que el *micro-organismo* no exhibe en todos los casos la misma virulencia.

Cuando el microbio alcanza su mayor grado de infección y toxicidad puede decirse que la enfermedad evoluciona sin que se noten síntomas visibles.

El animal así atacado da súbitamente un fuerte quejido, cae y muere. Se han visto bueyes uncidos al yugo en el arado, detenerse de pronto en medio del surco y agitados por ligero temblor echarse y expirar. Este accidente, que llaman los hacendados *rayo*, acaece ordinariamente en las épocas en que reinan epidemias.

En situaciones normales, la enfermedad evoluciona con menos tenacidad, y pueden observarse en ella diversos síntomas que varían según la especie animal.

En una finca infectada se sabe cuándo empieza la epidemia explorando la temperatura de los animales, ya sea al tacto, ó mejor con el termómetro. La fiebre es el primer fenómeno visible, pues no hay síntomas de incubación. El animal atacado yá de la fiebre carbuncosa no deja de comer, como si estuviese sano, y sólo pierde el apetito cuando aparecen otros síntomas. A medida que la fiebre aumenta en intensidad el aspecto exterior del animal cambia por completo; se pone triste, abatido y somnoliento de ordinario; á veces agitado é inquieto; el cansancio es extremo, y el animal se echa por momentos; el pelo se eriza; sobrevienen grandes calofríos seguidos de abundante sudor y de palpitaciones tumultuosas del corazón. Si la enfermedad evoluciona hacia la muerte, estos síntomas se acentúan, aparecen hemorragias por los orificios naturales (fosas nasales y el recto), y ocurre la parálisis del tren posterior.

Dicha parálisis es causa de que algunos de nuestros arrieros confundan esta enfermedad con la llamada por ellos *renguera*.

Al fin baja la temperatura, la raíz del cuerno se muestra fría al tacto, la respiración es anhelosa y la muerte sobreviene pocas horas después en medio de accesos convulsivos.

En las bestias caballares se nota antes de la fiebre una alegría insólita que suele tomarse por un estado fisiológico satisfactorio, siendo por el contrario, preludio de la grave enfermedad que ha de matarlas pocos días después.

Una vez establecida la fiebre carbuncosa, sobrevienen por lo general fenómenos intestinales, consistentes en la frecuente expulsión de estiércol en poca cantidad, envuelto en una secreción viscosa y transparente como clara de huevo, circunstancia que tiene algún valor para hacer el diagnóstico de la enfermedad.

Como se ve, estos síntomas nada tienen de característicos, y para conocer mejor la enfermedad es preciso el análisis microscópico.

Unas placas de vidrio, un microscopio, materias colorantes, y algunos minutos consagrados al examen de cualquier fragmento del cadáver, permiten ver fácilmente el microbio con sus caracteres morfológicos.

El examen microscópico demuestra que el microbio no se distribuye igualmente en todos los órganos; se encuentra especialmente en los ganglios linfáticos vecinos al punto por donde los gérmenes penetraron. En esos ganglios parece que se detiene un tiempo la infección, y allí se opera la primera multiplicación del microbio, y éste, á medida que la reproducción aumenta su número, invade los órganos glandulares, de suerte que todas las secreciones y excreciones del animal vienen cargadas de gérmenes y son contagiosas.

El cadáver se descompone con una rapidez especial, de modo que existiendo aún el calor animal, los gases acumulados en el tubo digestivo amenazan ruptura de la cavidad abdominal.

El animal enfermo transmite, pues, el contagio por la baba que destilan sus labios al comer, infectando así el pasto. Lo transmite además por la orina, por el sudor,

por la sangre que arroja, y por las materias fecales. Quedan asimismo infectados el cuero y la cerda, cuyo manejo es peligroso para el hombre, especialmente cuando hay herida en las manos.

La receptividad de los animales para el germen varía según la especie animal. El perro es refractario hasta cierto punto; las aves lo son también, y es conocido el curioso artificio de que se valió el gran Pasteur para infectar á la gallina sumergiéndole las patas en agua fría hasta rebajar la temperatura normal.

Hoy se consigue inocular las aves haciendo uso de inyecciones hipodérmicas con diversas substancias, como la antipirina, por ejemplo, que rebaja también la temperatura ordinaria del animal.

Las bestias caballares se infectan, y el microbio se atenúa en parte al pasar por el caballo.

Entre las condiciones que favorecen la receptividad en los ganados, debo mencionar en primer lugar las heridas hechas en el tubo digestivo con los pastos y abrojos que las reses recogen en los campos infectados; de modo que es útil impedir que en las fincas vegeten plantas ó yerbas armadas de púas con que pueden herirse los animales. Por esta razón se ha observado que las epizootias aparecen ordinariamente cuando hay una brusca transición de un verano largo á una nueva estación lluviosa, debido sin duda á que los pastos naturales, maduros y secos por la estación, cortan más fácilmente el labio del animal por las dos especies de sierras de que está armada siempre la hoja de la grama.

No hay para la peste de que hablo tratamiento alguno *curativo:* el mejor consejo que puede darse al hacendado que tenga en su finca el *carbunclo* es llevar los animales enfermos que aún caminen al sitio cercado, escogido para cementerio, y darles muerte allí sin más tardanza, pues el animal infectado es un peligro para la especie humana, por lo contagioso de las secreciones y excreciones, y porque mientras más trajine los pastos más microbios deja en ellos, y por lo tanto más fuerza cobra la epidemia sobre los animales no apestados.

El tratamiento *preventivo* sí existe, y todo hacendado debe conocerlo, saber en qué principios se funda, y cómo se practica. La vacunación carbuncosa está basada

en la propiedad que poseen los gérmenes de atenuar su virulencia cuando al cultivarlos artificialmente se cambian las condiciones físicas de su vegetación, ó se modifica ligeramente el medio químico en que se desarrollan.

Por lo que se refiere al virus carbuncoso su atenuación prácticamente es oficio de la temperatura: el cultivo del microbio á una temperatura comprendida entre cuarenta y dos y cuarenta y tres grados durante cierto tiempo, da una escala de virulencia entre la cual se escoge la que se necesita para la vacunación. Lo que en realidad se hace al vacunar es inyectar bajo la piel del animal el microbio vivo y atenuado artificialmente, de modo que produzca una fiebre ligera que pasa por lo general inadvertida y que no mata la bestia.

En la práctica son necesarias y suficientes dos vacunas: la primera la constituye el microbio menos virulento, y tiene por objeto preparar el animal para que resista la segunda, que es más virulenta y eficaz, y que podría matarlo si se hiciera uso de ella directamente. Las dos vacunas se aplican con doce días de intervalo, y sólo doce días después de practicada la última vacunación está el animal realmente vacunado, es decir, se ha vuelto refractario al virus carbuncoso.

Al animal vacunado puede alimentársele con pastos contaminados, y aun inyectársele virus de cualquier toxicidad sin ningún peligro para él, pues el microbio no nace ni vegeta en aquel organismo refractario.

Las nuevas propiedades conferidas á los microbios por su atenuación son pasajeras en lo general, y al reproducirse éstos libremente, vuelven á su antigua virulencia.

Mas, el virus carbonoso no es así, y la bacteridia atenuada reproduce microorganismos atenuados en generaciones sucesivas, porque la modalidad impresa en el microbio persiste y se perpetúa. Los laboratorios de Europa ofrecen semillas para que se cultiven donde deben usarse, fundados sin duda en esa propiedad del bacilo carbuncoso.

La duración del estado refractario conferido al animal por la vacunación carbuncosa es larga, pero la práctica adoptada en Europa es vacunar cada año. Nuestros hacendados no deben esperar para la vacunación á que la peste aparezca en sus fincas, porque para obtener

la inmunidad de los animales por medio de la vacuna hay que aguardar veinticuatro días después de la primera operación, y en ese tiempo son muchos los animales que se pierden, y sus cadáveres siembran á perpetuidad los gérmenes dejando la finca infectada.

La vacuna es tratamiento preventivo y eficaz hasta la evidencia, como lo ha demostrado plenamente la práctica europea. En consecuencia, el hacendado debe vacunar sus reses aunque no haya peste, para atrincherarse así contra el mal y estar listo contra cualquier asalto inesperado.

Las fincas donde el surtido de animales se renueva frecuentemente, son las más expuestas á infectarse porque los ganados que viajan recogen los gérmenes en los diversos corrales en que se les encierra por la noche.

El gasto que ocasiona la vacunación se recupera prontamente con el valor de las pérdidas que se evitan.

No tengo á la mano datos estadísticos exactos sobre la influencia de la vacunación en Francia y en los demás países europeos, pero sé que existen esos datos y que en sólo uno de los Departamentos de la República francesa la pérdida de animales en los campos infectados, era de 20.000,000 francos anuales, pérdida que se redujo rápidamente á unos pocos miles de francos cuando la práctica de la vacunación se introdujo felizmente en las costumbres agrícolas de aquel país.

No conozco prácticamente el gasto que un laboratorio suficientemente dotado pueda ocasionar, pero sí afirmo, sin temor de errar, que el beneficio recogido en el primer año de su funcionamiento con el valor de los animales arrebatados á la peste, indemnizaría con creces el capital de instalación y produciría un gran beneficio al país.

Por lo demás, nada más fácil que solicitar del Instituto Pasteur los datos prácticos para una instalación satisfactoria.

El cuerpo médico de esta ciudad cuenta en su seno jóvenes educados en las ideas científicas modernas, y ellos ayudarán con sus luces al estudio y fundación de un Laboratorio Bacteriológico, que es útil y necesario entre nosotros, y qué juzgo de fácil planteamiento.

La práctica de la vacunación es bien sencilla, y es hábil para verificarla quien haya visto poner inyecciones hipodérmicas. Las precauciones precisas son; aseo riguroso del operador, del animal operado y de la jeringa que se use.

La inyección se aplica en el punto vulgarmente llamado "tabla del pescuezo"; la primera se pone en un lado y la segunda en el otro. Si el animal es de tiro, procúrese que la inyección no quede en el punto en que aprieta el collar.

No requiere dieta el animal vacunado, el cual puede continuar sus trabajos.

La inyección se pone entre el cuero y el tejido celular subcutáneo, del modo siguiente: se hace un pliegue en la piel, se hunde la aguja por la base de aquél y se gradúa la jeringa cargada por medio del tornillo movible de que está provisto el pistón, de modo que éntre la dosis que debe ponerse, se aprieta la jeringa, y luégo se retira ésta y la aguja sin ejercer presión sobre el punto inoculado.

Hay que admitir, en mi humilde opinión, que la vacuna se altera al pasar á la zona tórrida, ya sea por el calor de nuestras costas, ya por el tiempo transcurrido desde su fabricación hasta el momento en que se emplea.

¿Qué remedio hay para esto? A mí no se me ocurre otro que el de establecer un Laboratorio Bacteriológico, destinado á la formación de vacuna fresca; puesto éste bajo la dirección y responsabilidad de un hombre competente, de modo que se fabriquen vacunas á medida que los propietarios las necesiten. El asunto carbón en los ganados es hoy de grande interés; todos sabemos que esta enfermedad se ha extendido mucho en estos últimos tiempos, debido á prácticas ignorantes de titulados veterinarios que no han conseguido otro resultado que el de cultivar virus y propagarlo inconscientemente.

¿Qué hacer con los animales que mueren en las fincas para evitar que rieguen el contagio? Hay dos prácticas que seguir: la una consiste en enterrarlos á tres metros de profundidad para que las lombrices no alcancen á descender cada año en la estación de las lluvias y vuelvan después cargadas de esporas á infectar de nuevo el pasto; la segunda se reduce á quemar el cadáver. El pri-

mer sistema es bastante costoso en una finca grande, y casi imposible de practicar por falta de personal suficiente. La cremación ó incineración de los cadáveres puede hacerse en las fincas dotadas de bosques, que no son muchas; en las otras nó, por ser excesivo el gasto de combustible. Lo más económico, y á la vez lo más racional, es establecer para ello un lugar cercado, donde los animales no vuelvan á pastar, aislar el cadáver para que lo devoren los perros y las gallinazas, animales que son refractarios á la infección carbonosa; los restos que queden, como huesos, &c. &c., recogerlos y depositarlos en sitio donde no puedan infectar; y la superficie del terreno *quemarla* ó *chamuscarla* con un poco de paja.

Las fincas antioqueñas infectadas son hoy bastante numerosas y se han convertido en verdaderos semilleros de donde saldrá próximamente virus para infectar al mundo entero.

Lo único que queda de riqueza al Departamento está en peligro de irse á pique si no se toman medidas serias para que el contagio no se extienda más, y para proveer á los hacendados de vacuna fresca y eficaz. Se sabe que los terrenos infectados no tienen más camino de mejora que dedicarlos á la agricultura por largos años; mas, en países montañosos como el nuéstro, las fincas tienen muy pocos pedazos que puedan soportar los gastos y dar algún rendimiento sometiéndolos al cultivo.

Creo que es tiempo de pensar en contener un mal tan grave y amenazador. La potencia germinativa de las esporas carbuncosas dura por más de veinte años, según experiencias hechas en Europa en los cementerios de carneros muertos de carbunclo. Si se juzga por analogía se puede pensar que la duración de tal potencia germinativa es indefinida: los gérmenes de la viruela, por ejemplo, no se sabe cuándo cesarán de ser activos, puesto que momias desenterradas en Egipto han sido causa en nuestros días de epidemias de viruela que han devastado el país, aunque esos sepulcros fueron sellados hace por lo menos dos mil ochocientos años.

Medellín, 16 de Julio de 1902.

AVELINO SALDARRIAGA.

FISIOLOGIA E HIGIENE
AL ALCANCE DE TODOS
¿QUE ES ESTA OBRA?

No abrigamos la pretensión de escribir un libro del todo original: no aspiramos á tanto. Vámos solamente á resumir en un corto Manual, al alcance de todos, los pocos conocimientos que hayamos podido adquirir, relativos á la Fisiología y á la Higiene, agregando algunas observaciones prácticas que nos pertenecen y que tal vez tengan alguna utilidad.

Procuraremos sacrificar el tecnicismo á la claridad, pues no escribimos para médicos, sino para legos en el arte de curar; pero como no todos los términos técnicos tienen su equivalente vulgar, habrá casos en que sea preciso emplear aquéllos; en semejante ocurrencia, trataremos de explicar el término ó emplearemos alguna paráfrasis.

No se crea que vamos á aumentar el arsenal de tratados de Medicina Doméstica que llenan los anaqueles de los libreros. Este no es un libro de esa clase; pues tenemos para nosotros que los tales libros son más perjudiciales que útiles. Nos proponemos tan sólo vulgarizar la Fisiología y la Higiene, es decir, la ciencia de la vida y el arte de conservarla, no porque nos figuremos *que con solo propagar en las escuelas estos* estudios, *ha de conseguirse que desaparezcan enteramente las enfermedades, y que todos lleguemos á vivir cien años,* sino porque *generalizando estos estudios, se sigue el único camino que lleva al mejoramiento.*

Daremos, además, algunos principios de Patología general, consagrados especialmente á la etiología de las enfermedades y á su profilaxis; indicaremos también á los enfermos la manera como deben dirigirse á los médicos, cuando por estar lejos de todo centro, se ven obligados á solicitar por escrito los consejos de los facultativos, pues para hacer un buen diagnóstico es preciso reunir una infinidad de datos, que los enfermos no están al cabo de suministrar cuando hacen sus consultas por escrito, lo que hace que el médico se encuentre perplejo para recetar, por no saber de qué se trata.

La importancia de estos conocimientos á nadie se oculta: ellos hacen parte de los ramos especulativos del saber humano, y superan en utilidad práctica á muchos otros conocimientos casi inútiles que se enseñan en las escuelas.

EL AUTOR.

CAPÍTULO I

PRENOCIONES

I

Importancia de la Fisiología y de la Higiene. Conexión de estas dos ciencias

El estudio de la Fisiología y de la Higiene es de suma importancia, no solamente para los que se dedican á la carrera médica, sino también para todas las personas que quieran saber cuándo se encuentran en estado de salud completa y cuándo enfermos; (1) pues no conociendo la manera como el organismo se comporta en el estado normal, mal podrán darse cuenta de las alteraciones que experimenta este mismo organismo cuando alguna dolencia perturba su regular funcionamiento. Por otra parte, como bien lo dice Figuier "la Fisiología es el guía natural y obligado de la Higiene"; cuya importancia á nadie se oculta. Yá que hemos citado á Figuier, creemos oportuno hacer algunas citas más, relacionadas con el asunto que estudiamos. "Si las madres conociesen exactamente el mecanismo de las funciones de la vida, y las atenciones que reclaman los órganos de los niños, siempre tan delicados, prodigarían á estos tiernos seres cuidados más razonables"..... "Una madre instruída cría hombres sanos y robustos". "Si las jovencitas supieran el gran papel que desempeña en el organismo el sistema nervioso, sabrían dominar su excesiva impresionabilidad, y por un ejercicio conveniente del sistema muscular evitarían esos *ataques de nervios* que, después de haber atormentado su juventud, serán el azote de la edad madura."

(1) Véase nota A.

Muy censurables son las madres que no informan oportunamente á sus hijas respecto á la función mensual que están llamadas á desempeñar cuando llegan á la edad núbil. Muchas son las niñas que han granjeado graves dolencias por este descuido de las madres. Fuera de esto, la mujer, generalmente, descuida por ignorancia, las reglas que la Higiene aconseja en tales casos, de cuyo descuido resultan mil enfermedades que no saben después á qué atribuír. Quizá no ofendamos el pudor de las damas, haciendo á su tiempo algunas observaciones á este respecto; por el contrario, creemos prestarles un positivo servicio que muchas sabrán agradecer.

"Si los institutores—continúa el autor citado más arriba—poseyeran conocimientos biológicos sabrían hacer alternar de una manera conveniente los ejercicios corporales, con el cultivo espiritual de sus discípulos."

"Las enfermedades, dice Youmans, pueden engañar la penetración del médico y desafiar su habilidad para curarlas; pero la ciencia de la Higiene nos provee de recursos para *evitarlas*, lo que es mucho más importante."

La Higiene influye, más que todo, en el bienestar humano; es, por tanto, un estudio de grande utilidad, una ciencia práctica. No solamente nos sirve para conservar la salud física, sirve además, para perfeccionar las facultades mentales y, en muchos casos, tiene valor como medio curativo, siendo siempre poderoso auxiliar del tratamiento médico.

Fácilmente se comprende, por lo dicho, que la vulgarización de estas ciencias prestará al público importantes servicios. Si nuestra labor contribuyere en algo, para ello, nuestros esfuerzos quedarán bien recompensados.

Hemos asociado la Fisiología con la Higiene, por la íntima relación que hay entre estas dos ciencias, pues la primera estudia el funcionamiento regular de los órganos, y la segunda nos da las reglas para conservar este regular funcionamiento, existiendo entre ellas tan estrecha unión que la una depende, hasta cierto punto de la otra.

II

EVOLUCIÓN DE LA HIGIENE

La Higiene, como todas las ciencias, como todas las artes, como todos los conocimientos humanos, ha seguido en su desenvolvimiento progresivo una marcha paralela á la evolución de los destinos, de tal manera que sus leyes han ido naciendo al par que las necesidades han aparecido. Antes que la Higiene viniese á ser un arte científico, existió la Higiene espontánea, si así podemos llamarla, nacida del natural instinto de conservación. Luégo existió como precepto religioso, y más tarde como prescripción civil. Hipócrates, dictando sus preceptos en nombre de la naturaleza, es el representante de la cuarta faz por que ha atravesado la Higiene en su marcha evolutiva. En los siglos XIII y XIV, gracias al genio de Galeno, el arte de conservar la salud tomó ancho vuelo. De las observaciones de este sabio tomó la Escuela de Salerno sus notables máximas. A fines del siglo XVI y principios del XVII, Sanctorio, Bacon, Galileo, Copérnico, Keplero y Descartes hicieron avanzar esta ciencia con sus trabajos y conocimientos astronómicos y meteorológicos, á lo cual contribuyeron con sus conocimientos médicos Harvey, Boerhave, Hoffmann y Stall. En el siglo XVIII Bayle, Halles, Vic D'Azir, Parent Duchatelet, &c. &c. hicieron importantes adelantos que prepararon el campo á las notables investigaciones hechas en la época actual por Becquerel, Fonsangrives, Pasteur, Chamberlan y otros.

III

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

La Fisiología, llamada con justa razón ciencia de la vida, tiene por objeto el estudio de las funciones de los órganos y de los aparatos que constituyen al sér organizado. Es un ramo de la Biología, ciencia que estudia la materia viviente en todas sus formas, y que nos proporciona los medios de entender nuestra propia naturaleza. La Fisiología se divide en ANIMAL y VEGETAL, y la primera se subdivide en HUMANA y COMPARADA.

La ciencia que nos enseña á conservar el recto funcionamiento de esos órganos y aparatos, es decir, el arte de conservar la salud, es lo que constituye lo que se ha llamado Higiene, palabra griega que significa salud, cuya raíz es SANO. Cuando la Higiene se aplica al individuo en particular, recibe el nombre de HIGIENE PRIVADA. Se llama HIGIENE PÚBLICA, cuando se refiere á la salud colectiva de las agrupaciones sociales. Esta última está basada en la DEMOGRAFÍA, que no es otra cosa que la estadística médica, aplicada al estudio colectivo del hombre.

IV

ÓRGANOS Y APARATOS

Dijimos atrás que la Fisiología estudiaba las funciones de los órganos, es decir, las acciones que ejecuta todo sér viviente. Se llama ÓRGANO cualquier parte de un cuerpo vivo que desempeña alguna función ú oficio. El conjunto de órganos que concurren á una misma función, ha recibido el nombre de APARATO ORGÁNICO ó simplemente APARATO. Los principales aparatos del cuerpo humano son los siguientes:

Aparato digestivo. Aparato respiratorio. Aparato circulatorio. Aparato muscular. Aparato cerebro espinal, &c. &c.

Al estudiar la función de cada uno de ellos, indicaremos los órganos de que se componen, y á la vez la función particular de cada uno de los componentes.

CAPÍTULO II

DIGESTIÓN

V

Definición de alimento.

Se llama ALIMENTO toda substancia que, introducida en el organismo vivo, pueda servir para la nutrición, es decir, para reparar las pérdidas que éste experimenta por la orina, los excrementos, el sudor y la respiración. Se ha calculado que el hombre, en estado de salud y en condiciones normales de vida, experimenta una pérdida diaria de 1,800 gramos, calculados en materia seca, líquidos y gases. Para conservar el equilibrio fisiológico, es preciso reparar

esas pérdidas de algún modo. Disponemos para ello de dos funciones orgánicas: la RESPIRACIÓN, que nos proporciona en las venticuatro horas 1,000 gramos de oxígeno; y la ALIMENTACIÓN, que debe suministrarnos los 800 restantes. (Véase nota B.)

VI

CLASIFICACIÓN DE LOS ALIMENTOS

Podemos dividir los alimentos en dos grandes grupos: ORGÁNICOS É INORGÁNICOS. Los alimentos ORGÁNICOS se dividen en dos clases: alimentos AZOADOS y alimentos NO AZOADOS. Los primeros son las substancias que contienen albúmina y gelatina y ciertos alcaloides. Los alimentos NO AZOADOS comprenden las grasas y las substancias llamadas HIDRATOS DE CARBONO, que son el azúcar y los cuerpos que en ella se transforman, como el almidón. Los alimentos INORGÁNICOS están constituídos por las sales minerales y el agua.

Como ejemplo de alimentos AZOADOS, tenemos la carne; entre los NO AZOADOS, llamados también HIDROCARBONADOS, la manteca, y, entre los minerales la SAL DE COCINA (Cloruro de sodio).

Podemos también dividir los alimentos en ESENCIALES y ACCESORIOS, siendo los primeros llamados PROTEICOS ó AZOADOS, que pueden servir constantemente de alimento, y colocando entre los ACCESORIOS, las GRASAS y los AMILOIDES.

Las bebidas se dividen en ACUOSAS, AROMÁTICAS y ALCOHÓLICAS.

VII

VALOR NUTRITIVO Y GRADO DIGESTIVO DE LOS ALIMENTOS

Se llama NUTRIBILIDAD ó VALOR NUTRITIVO, la cantidad de principios reparadores, que encierra cada alimento, principios calculados en ÁZOE, CARBONO Y SALES.

La digestibilidad ó grado digestivo del alimento, se calcula por el trabajo de fuerzas digestivas que necesita para digerirse, es decir, para ponerse en estado de ser absorbido y de entrar al torrente circulatorio.

VIII

DIGESTIÓN

Para comprender mejor lo dicho en el parágrafo anterior, conviene decir de una vez lo que entendemos por DIGESTIÓN. Se entiende por tal el conjunto de modificaciones que experimentan, en el interior de nuestro cuerpo, las substancias alimenticias, para poder servir á la nutrición, pues los alimentos no ceden nada al organismo, sin experimentar antes ciertas modificaciones, que estudiaremos en el curso de este capítulo.

IX

APARATO DIGESTIVO

Las partes que comprende el tubo digestivo son:

La boca, la faringe, el esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso.

Hay otros órganos accesorios que son auxiliares indispensables en la función digestiva; tales son:

Las glándulas salivares, el hígado, pancreas.

X

FENÓMENOS QUE SE VERIFICAN EN LA BOCA

Dos series de fenómenos se verifican en la boca, cavidad que podemos llamar VESTÍBULO DEL TUBO DIGESTIVO, los unos MECÁNICOS, los otros QUÍMICOS.

Los FENÓMENOS MECÁNICOS consisten en la MASTICACIÓN y la INSALIVACIÓN, lo que tiene por objeto dividir y disociar los alimentos, reduciéndolos á una especie de pasta semi-sólida, impregnada de saliva y dispuesta á ser tragada y conducida al resto del tubo intestinal, en donde ha de completarse el acto digestivo.

Los agentes de la MASTICACIÓN son las MANDÍBULAS, provistas de sus dientes, la lengua, los labios y las mejillas.

La MANDÍBULA SUPERIOR hace cuerpo con el cráneo, y permanece fija, durante la masticación; la INFERIOR, por el contrario, es movible, con movimientos de elevación y descenso, producidos por los músculos llamados masticadores, que son un núme-

ro de siete, de cada lado. También tiene la mandíbula inferior ligeros movimientos de lateralidad, producidos por la contracción de un músculo especial.

La LENGUA, las MEJILLAS y los LABIOS, están encargados de colocar entre las arcadas dentarias las partículas alimenticias que se hayan escapado hacia afuera ó hacia adentro de dichas arcadas; pero el más importante de estos agentes es la lengua, que sirve también para comprimir los alimentos más blandos, contra el paladar.

Los alimentos, después de masticados, y reducidos á una masa blanda impregnada de saliva, toman el nombre de BOLO ALIMENTICIO.

XI

LA SALIVA

Veamos, ahora, el papel químico de la saliva, para terminar lo relativo á las funciones de la cavidad bucal.

La SALIVA es el producto de secreción de las glándulas salivares, esto es, de ciertos órganos que tienen la propiedad de extraer de la sangre ese líquido especial llamado SALIVA, y que reciben los nombres de PARÓTIDAS, SUBMAXILARES y SUBLINGUALES.

La SALIVA MIXTA, es decir, la que resulta del conjunto de los tres grupos de glándulas anotadas, es un líquido espumoso, filante, opalino, ordinariamente de reacción alcalina, pero que se hace ácido en los intervalos de las comidas, cuando se descomponen las partículas alimenticias que hayan quedado en la boca.

La cantidad de SALIVA secretada en las veinticuatro horas varía de 500 á 1,500 gramos. Contiene un fermento especial llamado PTIALINA ó DIASTASA SALIVAR, que es el primer agente de la acción química de la saliva. Esta acción consiste en la transformación de los alimentos llamados FECULENTOS en GLUCOSA, pues dichos alimentos no pueden ser absorbidos, es decir, no pueden entrar en el torrente circulatorio sin esta transformación previa. La saliva, pues, á virtud de la PTIALINA, transforma los alimentos que contienen almidón, que son los llamados

FECULENTOS, en DEXTRINA, substancia que á su vez se transforma en GLUCOSA Ó AZÚCAR DE UVA.

XII

DEGLUTICIÓN

Una vez formado, del modo dicho, el BOLO ALIMENTICIO, es transportado al estómago atravesando el istmo de la garganta, la faringe y el esófago. Estó es lo que constituye la DEGLUTICIÓN, función que, aunque se efectúa con extrema rapidez, podemos dividirla en tres tiempos:

1º El bolo alimenticio, yá formado, se coloca en el dorso de la lengua, la cual lo aplica primero contra el paladar y, después, elevándose, lo hace deslizar hasta el istmo de la garganta. Este primer tiempo es voluntario, mientras que los siguientes yá no dépenden de la voluntad.

2º Llegado á este punto, la faringe se eleva y atrapa, por decirlo así, al BOLO ALIMENTICIO, y por las contracciones circulares de la faringe, es conducido al esófago. Este segundo tiempo de la deglutición se llama DEGLUCIÓN. Durante la deglución puede extraviarse el BOLO ALIMENTICIO, bien retrocediendo á la boca, ó bien pasando á las fosas nasales, ó, finalmente, introduciéndose en las vías respiratorias. Empero, la naturaleza previsora ha sabido custodiar estas falsas vías que puede tomar èl alimento. Así, la vuelta á la boca es impedida por la contracción de los pilares del velo del paladar que se pone horizontal, tapando con su cara superior las fosas nasales, impiden el paso del alimento á las mencionadas fosas. El velo del paladar es una especie de cortina carnosa, de cuya parte media nace lo que el vulgo conoce con el nombre de GALILLO, que algunos llaman GALLITO, y cuyo verdadero nombre es ÚVULA. Las partes laterales de este velo son las que constituyen los pilares, entre los cuales están colocadas las AMÍGDALAS, llamadas comúnmente glándulas. El paso á las vías respiratorias es impedido por el descenso de una especie de válvula llamada EPIGLOTIS sobre el orificio superior de la laringe.

3º Durante este tiempo el bolo alimenticio recorre el esófago y penetra en el estómago, demorándose de 15 á 20 segundos en el orificio de entrada llamado CARDIAS.

XIII

DIGESTIÓN ESTOMACAL

Tenemos los alimentos en el estómago. Veamos las transformaciones que experimentan en este reservorio.

Como en la boca, también en el estómago, se verifican FENÓMENOS MECÁNICOS y FENÓMENOS QUÍMICOS.

Cuando los alimentos caen al estómago, producen cierta excitación en la membrana que interiormente cubre esta cavidad, llamada MEMBRANA MUCOSA; esta excitación produce, por ACCIÓN REFLEJA (véase más adelante el sistema nervioso), la contracción de otra de las membranas del estómago, llamada TÚNICA MUSCULAR. En virtud de esta contracción se producen movimientos en el estómago, llamados PERISTALTICOS, movimientos dirigidos de arriba hacia abajo, es decir, del CARDIAS ú orificio de entrada al PÍLORO ú orificio de salida y que tienen por objeto agitar la masa alimenticia y conducirla al intestino.

La permanencia de los alimentos en el estómago, varía según la naturaleza de ellos.

Hay ocasiones en que las contracciones de la túnica muscular producen movimientos en sentido contrario, es decir, del PÍLORO hacia el CARDIAS; estos movimientos llamados ANTIPERISTALTICOS, son los que producen el VÓMITO.

Hay en el estómago dos órdenes de glándulas, unas muy numerosas, llamadas glándulas PÉPSICAS ó de JUGO GÁSTRICO: las otras, menos abundantes, llamadas glándulas DEL MOCO. Las más importantes son las PÉPSICAS que secretan el principal agente de la digestión, es decir, el JUGO GÁSTRICO.

El estómago vacío no contiene JUGO GÁSTRICO, pues éste no se forma sino cuando algún alimento se encuentra en contacto con la MUCOSA ESTOMACAL. Este jugo es ácido, acidez debida al ácido clorhídrico y

contiene una materia orgánica llamada pepsina, que es el principal agente de la QUIMIFICACIÓN DE LOS ALIMENTOS. Este fenómeno consiste en la transformación de los alimentos en una substancia semilíquida, fácilmente absorbible, llamada QUIMO.

La principal acción de dicho jugo tiene lugar sobre los alimentos ALBUMINÓIDEOS, los cuales se transforman en PEPTONAS, haciéndolos así aptos para ser absorbidos. Para llegar á esta PEPTONIZACIÓN definitiva, el alimento sufre una serie de transformaciones sucesivas, que no nos importa conocer ahora. La composición de las PEPTONAS no es la misma siempre, pues varía con el origen y la naturaleza de los alimentos.

XIV

DIGESTIBILIDAD

Ahora sí podemos aclarar la definición de DIGESTIBILIDAD que dimos al principio, diciendo que es el tiempo que gasta un alimento para convertirse en peptona. Más abajo veremos el grado de DIGESTIBILIDAD de algunos alimentos.

XV

QUIMO

El jugo gástrico no produce ninguna acción sobre los demás alimentos; pero éstos sí continúan modificándose en el estómago, así: La SACARIFICACIÓN de los amiláceos continúa gracias á la saliva tragada, y las substancias grasas pierden las células que las contienen, quedando en forma de GOTITAS. El QUIMO es, pues, un producto mixto, compuesto de alimentos completamente disueltos; otros que no se han disuelto por completo y, finalmente, de otros que no han sufrido ninguna alteración. Esta masa informe pasa al intestino, donde se completa la digestión del modo que vamos á estudiar.

XVI

DIGESTIÓN INTESTINAL

El QUIMO encuentra en el INTESTINO DELGADO tres líquidos que sirven para transformarlo en QUILO. Esta transformación dura de dos á tres horas, duran-

te las cuales la masa alimenticia recorre el intestino, pero no de una manera continua, sino intermitente hasta llegar á la válvula ÍLEO-CECAL, que es un repliegue membranoso que se encuentra entre el intestino delgado y el grueso.

Los líquidos de que hemos hablado, son: la BILIS el JUGO PANCREÁTICO y el JUGO INTESTINAL.

XVII

LA BILIS

La bilis es un líquido secretado por el hígado y conducido al intestino por el canal HEPÁTICO, que la lleva primero al CANAL COLÉDOCO, del cual pasa directamente al intestino durante las digestiones; pero en el intervalo de éstas las paredes intestinales comprimen la desembocadura del canal, y obligan á la bilis á dirigirse por el CANAL CÍSTICO á la vesícula biliar ó VEJIGA DE LA HIEL.

La bilis contiene un quince por ciento de principios sólidos, más de la mitad de los cuales están constituídos por sales y ácidos biliares; una cuarta parte por COLESTERINA, y el resto por materias colorantes y por sales minerales.

Mucho se ha discutido para saber el verdadero papel de la BILIS en la digestión. Hoy está comprobado que la bilis desempeña, á este respecto, las siguientes funciones:

1.ª Se opone á la fermentación pútrida de las materias en el intestino;

2.ª Tiene una acción depuradora; y

3.ª Limpia el intestino después de la absorción.

Advertiremos de paso que, además de la secreción de la bilis, el hígado desempeña otros oficios de los que en otra parte hablaremos.

XVIII

JUGO PANCREÁTICO

Otro de los jugos digestivos que encontramos en el intestino delgado, es el PANCREÁTICO. Este es elaborado por el PANCREAS, que es una glándula de la misma contextura que las glándulas salivares; es lo que conocen los carniceros con el nombre de JUANAS.

El líquido secretado es conducido al intestino por un canal llamado CANAL WIRSUM. En término medio

el hombre produce en veinticuatro horas de 250 á 350 gramos de este líquido. Es un líquido alcalino, que contiene diez partes de substancias sólidas, por noventa de agua. Las partes sólidas son, unas del reino mineral, como el cloruro de sodio, y otras del reino orgánico. Contiene, además, tres fermentos, cuya reunión constituye la PANCREATINA.

El JUGO PANCREÁTICO, en virtud de la pancreatina, ejerce sobre los amiláceos una acción sacarificante, semejante á la de la saliva; licua, peptonizándolas, las substancias albuminóideas y, finalmente, reduce las grasas á un estado de división tal, que son fácilmente absorbidas: esto es, emulsionarlas.

XIX

JUGO INTESTINAL

El jugo intestinal es otro ayudante de la digestión. Es secretado por unas glandulitas esparcidas en toda la superficie del intestino y divididas en tres grupos principales: glándulas de Lieberkühn, glándulas de Peyer y de Brunner.

Por medio de este líquido las substancias alimenticias acaban de experimentar las últimas transformaciones que necesitan para convertirse en QUILO, que es el resultado final de la digestión del intestino, así como el QUIMO es el último resultado de la digestión del estómago.

XX

ULTIMOS FENÓMENOS DE LA DIGESTIÓN

El QUILO penetra en la circulación para nutrir los tejidos por tres vías diferentes, que son: LAS VENAS, LOS VASOS QUILÍFEROS y LAS BELLOSIDADES INTESTINALES.

Creemos innecesario dar más detalles á este respecto, pues lo dicho basta para formarse una idea del objeto de la digestión. Nos resta agregar que las materias que no han sido digeridas y las que no han sido absorbidas, pasan al intestino grueso, en donde toman el carácter de materias fecales, y se acumulan en la S ilíaca, para ser expulsadas.

CAPITULO III

HIGIENE ALIMENTICIA

XXI

Necesidad de una alimentación mixta.

El hombre necesita, para no enflaquecer, que en los alimentos de que haga uso entren los elementos necesarios para reparar las constantes pérdidas que experimenta, de las cuales hablámos yá en el capítulo anterior. Para lograr este fin debemos asociar á los alimentos azoados los hidrocarbonados. Hay, sin embargo, dos alimentos que á la vez reúnen las propiedades de los unos y de los otros, por cuyo motivo se les ha llamado alimentos completos: LA LECHE y LOS HUEVOS. [Véase la nota C.]

XXII

LA LECHE

En la leche, por ejemplo, tenemos la CASEÍNA, ó sea el queso, alimento azoado; la manteca, hidrocarbonado; los principios inorgánicos y el agua se encuentran en el suero. La leche tiene la ventaja de digerirse con mucha facilidad, siendo contados los estómagos que no la digieren. En los tiempos de epidemias debe tomarse hervida, porque puede contener gérmenes de enfermedades que se destruyen por la ebullición.

Hay substancias que se eliminan por la leche, es decir, que salen mezcladas á ella cuando han sido ingeridas, tales como el yodo, el mercurio, la quinina, &c. Esto debe tenerse en cuenta cuando se administran estos medicamentos á las madres que están dando el pecho á sus hijos.

XXIII

LOS HUEVOS

Son también muy nutritivos y se digieren fácilmente. Empero, esta digestibilidad de los huevos varía con el grado de cocción y con la manera como se preparen. Los huevos pasados por agua se digieren más fácilmente que los cocidos; el huevo frito ó estrellado es más difícil de digerir que el tibio [*en la coca*]. En fin, los huevos crudos son de fácil diges-

tión y de mucho poder nutritivo. Esta variabilidad del poder digestivo de los huevos depende de una ley general que se extiende á todos los alimentos, y que dice así: UN ALIMENTO ES TANTO MÁS DIGESTIBLE CUANTO MÁS DÉBIL ES SU COHESIÓN [1]. En virtud de esta ley, la carne de animales tiernos se digiere más fácilmente que la de animales viejos.

Por el mismo motivo se digieren más fácilmente los alimentos que más se mastican, porque con la masticación se desagregan sus moléculas, es decir, se debilita la cohesión. De allí depende que los individuos que tienen malos dientes estén muy predispuestos á la dispepsia. Los malos dientes tienen, además, el inconveniente de dar origen á algunas enfermedades provenientes de las fermentaciones que en ellos se producen, fermentaciones que se transmiten á la cavidad bucal y al estómago. Con mucha razón se ha dicho que para curar las enfermedades del estómago es preciso, ante todo, curar la dentadura. Hay quien asegure que la neumonía infecciosa puede provenir de la penetración en las vías aéreas de los microbios que se desarrollan en la caries dental, pues ha de saberse que la caries dentaria es de origen microbiano.

XXIV

LA CARNE

La digestibilidad de la carne varía con la edad de los animales que la suministran, según su estado de salud ó de enfermedad, las partes de donde se toma, la manera de dar muerte al animal, la manera de preparación, y, naturalmente, según el animal de que provenga. Vamos á aclarar esto con algunos ejemplos.

La carne de los animales muy tiernos se digiere con mucha facilidad, aunque es poco alimenticia; la de animales flacos y maltratados, es de difícil digestión.

La parte de los animales que se digiere con más facilidad es la que propiamente llamamos CARNE, que es el tejido muscular. Después vienen las vísceras, como el hígado, los riñones, &c.

El procedimiento de matar los animales por sangría da una carne menos nutritiva que los otros pro-

(1) Se llama COHESIÓN la fuerza que une entre sí los átomos ó las moléculas de que se compone un cuerpo.

cederes, pues la sangre priva á la carne de muchos principios nutritivos.

La carne cruda fue la primera que usó el hombre. Después, cuando conoció el fuego, principió á usarla asada. Cruda, se digiere con mucha facilidad, siempre que se use reducida á pulpa; es, además, muy útil para curar algunas enfermedades, como la DIARREA INFANTIL, pero tiene el inconveniente de producir tenia ó LOMBRIZ SOLITARIA. Por otra parte, la cocción hace desarrollar en la carne un principio aromático llamado OSMAZOMO que incita al apetito. Cuando quiera usarse cruda, puede ocurrirse á la siguiente preparación, que no es desagradable y que es muy conveniente para niños y para enfermos: Se principia por cortar la carne en pequeños pedazos, teniendo la precaución de quitarle todo lo que tenga blanco, todo lo que el vulgo llama ÑERVOS, que son los tendones, aponeurosis, las venas y los nervios. Luégo se maja en la piedra y se pasa por el cedazo. Puede también prepararse, raspándola con un cuchillo romo en diferentes sentidos y recogiendo el RASPADO en una mesa para después cernirlo. Para consumirla se procede de la siguiente manera: se deslíe una cucharada de esa carne, así molida, en un pocillo de caldo frío, después de estar bien disuelta, se vierte sobre ella, poco á poco y revolviendo constantemente con una cuchara, una taza de *colada* de almidón de yuca ó de sagú.

Siguen en orden de digestibilidad y de nutribilidad los POLVOS DE CARNE; pero no la carne pisada que se acostumbra en Antioquia, sino polvos finos preparados por procedimientos especiales, los que solamente sirven para enfermos; pues su uso es repugnante. Para prepararlos se pone á secar la carne en un baño-maría, que puede improvisarse poniendo una vasija cualquiera dentro de otra que contenga agua que se hace hervir. Después se seca la carne, y cuando yá esté fría, se muele en una máquina especial ó en la piedra; pero es preferible la máquina, porque la carne no pierde su jugo ni se impregna de partículas desprendidas de la piedra. Después de molida, se pone á secar de nuevo en una lata ó tiesto á fuego lento, y luégo se pasa por un tamiz ó cedazo.

Ocupan el tercer lugar las carnes asadas. Las de

más fácil digestión son las asadas en parrilla, porque el asado es más uniforme; después siguen las asadas en asador, y finalmente, las directamente asadas en las brasas. En estas últimas sucede que el fuego se reparte desigualmente, y mientras que unas partes quedan casi completamente carbonizadas, otras partes quedan medio crudas.

La carne cocida es menos digestible y menos nutritiva, porque la cocción en el agua le quita el osmazomo, la gelatina y las materias grasas, por lo menos en parte.

La carne frita no es de fácil digestión, porque la fibra muscular se impregna de grasa.

Las carnes saladas, secas y conservadas, son de digestión muy difícil y no convienen á las personas de estómago delicado.

Respecto á la carne de cerdo, diremos que es muy nutritiva, pero se digiere mejor la de buey. Esta carne tiene algunas veces un parásito llamado TRIQUINA, que produce una enfermedad particular, llamada triquinosis, enfermedad febril, parecida á la fiebre tifoidea, y acompañada de fuertes dolores musculares. La carne que contenga estos parásitos da una especie de crujido al corte. Contiene otros parásitos de que hablaremos en el parágrafo siguiente.

Las aves son de muy fácil digestión, pero son poco nutritivas.

La carne de caballo, aunque no se acostumbra entre nosotros, es muy nutritiva y de fácil digestión.

Prescindiendo de las variaciones anotadas, las carnes tienen una composición muy semejante, cualquiera que sea su procedencia, y todas ellas contienen muchos principios nutritivos concentrados en poco volumen.

La importancia de este asunto hará que incurramos en algunas repeticiones en el parágrafo que sigue.

XXV

CARACTERES DIFERENCIALES DE LAS CARNES

Nada hay más importante para un pueblo que quiera conservarse sano y vigoroso que divulgar los conocimientos de la higiene pública, mayormente en lo que se refiere á la alimentación, de lo cual depende

la fuerza orgánica de un pueblo y la resistencia al trabajo.

Entre las substancias alimenticias ocupa lugar preferente la carne, siendo el número que indica la cantidad que de ella se consume, uno de los dos principales elementos de que dispone la higiene pública para juzgar del grado de civilización de un pueblo. Mas no ejerce tánta influencia sobre la salud colectiva de un pueblo y sobre la salud individual, la cantidad de carne que se consuma, como su calidad. En efecto, el poder digestivo de las carnes y el grado de nutritividad varían según una multitud de circunstancias que influyen, ora favorablemente, yá de una manera desfavorable. Por eso la Policía debe vigilar activa y eficazmente la administración de las carnes, para que no se haga comer al consumidor carnes de mala naturaleza, bien sea porque provengan de animales enfermos y por defectos en la preparación de ellas, para darlas al consumo.

Como entre nosotros casi no se consume otra carne que la de buey ó la de cerdo, á ellas solamente nos referiremos en las observaciones que vamos á hacer en este trabajo, con la intención de prestar un servicio positivo, tanto á los consumidores como á los encargados de la administración municipal.

A lo primero que debe atenderse, antes de sacrificar un animal que ha de entregarse al consumo público, es al estado de salud de éste. La veterinaria es cosa desconocida entre nosotros y apenas nuestros sedicentes albéitares saben si á un animal debe dársele sal de Glauber, azufre ó arsénico para curarle de la renguera, la secadera ó el curso negro. Nosotros no abrigamos la pretensión de creernos veterinarios, ni pretendemos escribir una disertación sobre todas las enfermedades que pueden afectar al ganado vacuno ó cerduno; esto exigiría más instrucción de nuestra parte, más espacio y más tiempo. Vamos solamente á hacer una ligera descripción del aspecto que presentan los animales enfermos. Las enfermedades de que están afectados hacen las carnes insalubres, por ser aquéllas de naturaleza contagiosa ó por pertenecer al grupo de las enfermedades infecciosas. Indicaremos después los caracteres de la carne alterada y los de la buena; para ocuparnos en seguida de las condiciones

que debe llenar el matadero, de los medios de transporte, y, finalmente de esos focos de infección que hay en algunas partes á guisa de carnicería.

Los animales enfermos ó muy fatigados (que tampoco deben darse al consumo), caminan con dificultad, con la cabeza inclinada y en la mirada inquieta se observa cierta tristeza ó languidez que á primera vista deja comprender que el animal sufre. El movimiento de los ijares es frecuente durante la marcha y aun en el estado de quietud, frecuencia que denota que el animal respira con trabajo. Una baba espesa se escurre por la boca y la nariz, á la vez que sale por estos orificios un aire caliente que contrasta con el frío exterior de dichos órganos y con el de las orejas. La sed es intensa, la leche se suprime y el animal rehusa los alimentos y no vuelve á rumiar. Las venas se inflan y los pelos se erizan. La gestación (preñez), altera sus carnes también, y las vacas que se encuentran en semejante situación deben considerarse como enfermas, y por lo tanto, no deben darse al consumo. Con los caracteres apuntados puede cualquiera impedir que se den al consumo carnes nocivas para la salud.

(Continuará.)

REVISTA DE LA PRENSA

¿Deben ser feas las enfermeras?—Según parece, la belleza es perjudicial al buen servicio de las enfermerías. Pruébalo el hecho que durante el sitio de Roma (y de otros muchos lugares sitiados ó nó) los médicos observaron un recrudecimiento de fiebre en todos los heridos cuidados por la princesa Belgiogoso, cuyos hermosos ojos, por más que yá hubieran visto cuarenta primaveras, conservaban, según se dice, su atracción magnética.

Por muy perjudicial que pueda ser la atracción magnética---- y otras, las enfermeras prefieren no ser feas, y los que ellas cuidan son en general del mismo parecer.

(*Gaceta Médica del Norte.*)

Vegetarismo.—Hay en la actualidad corrientes vegetarianas muy generalizadas---- Nacidas al calor de las teorías químicas, más que arrancadas de la observación, juzgan innecesario el uso de los alimentos de origen animal---- sin tener en cuenta que la constitución anatómica

enseña palmariamente que el hombre debe alimentarse de gran profusión de substancias animales. (*Idem.*)

La anestesia cocaínica.—La vía raquídea encuentra en los cirujanos de Norte América verdadera resistencia. Emplean en su lugar inyecciones intratronculares, las que consisten en inyectar en el espesor de los troncos nerviosos una solución de cocaína al 1 por 100 que paraliza el influjo nervioso é impide su propagación más allá del punto en que la cocaína ha penetrado, haciendo el efecto de una verdadera sección fisiológica del nervio. Esta inyección anula todo acto reflejo, de manera que se puede operar su segmento periférico sin repercusión nerviosa, de modo que se evitan los reflejos respiratorios y cardio-vasculares, cuyo conjuuto es designado con el nombre de Shock quirúrgico. (*Idem*).

Profilaxis.—Si gastáis en carnes lo que gastáis en vinos, si frecuentáis el campo en vez de los casinos, cafés, teatros y tabernas; si buscáis las energías perdidas en la luz del sol y en el reposo, en vez de buscarlas en el alcohol industrial y en las diversiones nocturnas; si preferís el placer del aire libre al del tabaco quemado; si no escupís en los suelos ni en los pañuelos; si preferís las habitaciones soleadas de fácil ventilación á las casas de sitios céntricos; si propendéis por tener las ventanas y los balcones más abiertos que cerrados; si substituis en la limpieza de vuestras casas, la escoba por el lienzo mojado; si gastáis en limpieza y en desinfección lo que gastáis en alfombras, cortinas y muebles superfluos y nocivos; si reclamáis los auxilios del médico para todo lo que dure más de ocho días, *no tendréis la tisis*, la cual más que el *el tifus* y la *viruela* y juntamente con ellos, arruina al individuo, agota la especie, aniquila la raza, despuebla el planeta, esteriliza la existencia, haciendo de lo que debe ser fuente de alegría, verdadero valle de lágrimas. (*La Clínica Moderna*).

Bromhidrosis.—Contra los sudores fétidos de los pies el Dr. Creutz emplea, desde hace mucho tiempo, el siguiente tratamiento: Cada 2 días pediluvio muy caliente con 2 gramos de alumbre; todas las mañanas espolvorear los espacios interdigitales y el interior de las medias y del calzado con *ácido bórico porfirizado.*

En 8 días los más tenaces sudores de los pies curan con este tratamiento. (*Le Journal des Praticiens*).

Corteza de sauce.—El Dr. Liegeois ha empleado, con muy buenos resultados, la corteza de sauce para combatir las dispepsias hiperclorhídricas. Administra: 5 gramos de polvo, media hora antes de las principales comidas, ó bien un vaso de cocimiento al 20 por 1,000 ó un vino preparado por maceración durante 8 días de 30 gramos de corteza en un litro de vino tinto. (*Journal des Praticiens*).

Dormiol.—Es un hipnótico que reemplaza con ventaja á los otros hipnóticos, pues no provoca ningún desorden circulatorio ni respiratorio. Se prescribe á la dosis de 50 centigramos de una sola vez. Químicamente es el *dimethylethyt carbinot-cloral.* (*Idem*).

Antídoto de la morfina.—El Dr. Moor, de Nueva York, recomienda el permanganato de potasa como el mejor antídoto contra el envenenamiento por los opiáceos, debido á sus propiedades oxidantes. Se administra de la manera siguiente: una inyección de un cent. cúbico de una solución al 5 % cada media hora hasta que desaparezcan los síntomas alarmantes. Al interior se prescribe un gran vaso de agua con tanto permanganato como morfina se haya tomado. (*Idem*).

Contraveneno del cianuro de potasio.—Inyecciones hipodérmicas de agua oxigenada, la cual, al combinarse con el ácido cianhídrico, da un compuesto inofensivo, la oxamida: $^2HCAz + H^2 O^2 = C^2 O^2 : [Az H^2]^2$

[*Boletín de Minas*].

La digital.—Este precioso medicamento no siempre produce los buenos efectos que el médico se propone obtener al prescribirlo, porque á ello se oponen varias circunstancias á las cuales consagra Ernesto Barié una lección clínica publicada en *La Presse Médicale*. Una de ellas es el embarazo gástrico, por lo cual debe administrarse un *purgante suficiente*, salino ó drástico, antes de dar la digital. Otra de las condiciones que deben observarse es hacer que el enfermo permanezca en cama, en reposo completo, para disminuir el trabajo activo que todo movimiento impone al miocardio. Debe también someterse el enfermo al régimen lácteo absoluto, que es un poderoso adyuvante de la acción diurética de la digital, á la vez que obra como elemento completo, desde que se administren tres litros en las 24 horas. Los eczemas y las hidropesías oponen un obstáculo á la circulación periférica, imponiendo un gran

trabajo al corazón para vencerlos, que la digital no puede remediar; en este caso es preciso disminuir esas resistencias por medio de una sangría previa de 300 gramos de sangre y practicando en las partes edematosas picaduras con una aguja flameada que se introduce á dos ó tres centímetros de profundidad, renovadas con frecuencia. No obra tampoco la digital en los casos de *astenia* cardíaca caracterizada por la *cardiataxia* y la *cardioplexia*, falta de acción que indica en este caso que el enfermo ha llegado al último período de su cardiopatía. La mala calidad del producto y su administración defectuosa son otras dos causas de inéxito; las mejores preparaciones son la maceración y la infusión de hojas frescas, que debe administrarse por cinco ó seis días consecutivos seguidos de un largo intervalo de reposo antes de volver á darlos, si acaso el edema persiste. Lo mejor es dar la dosis máxima el primer día y seguir disminuyéndola progresivamente, como lo aconseja Ptaff, salvo en los casos de hiposistolia con insuficiencia tricúspide y en las afecciones mitrales orgánicas compensadas, pero acompañadas yá de aritmia. En estos casos debe darse el medicamento á dosis pequeñas y repetidas. Hay que tener el cuidado de no asociar la digital al opio, el alcohol, el yoduro, los estimulantes, el tanino y las sales de hierro que son sus antagonistas. [*La Presse Médicale*].

Remedio contra las mordeduras de culebras.— El suero antivenenoso del Dr. Calmette, parece un remedio seguro y eficaz contra la mordedura de toda clase de culebras [1]. Lo despachan de su laboratorio en ampolletas de vidrio de 10 c.c., cantidad que debe inyectarse en el tejido celular lo más pronto posible después del accidente; esta dosis es en lo general suficiente, lo mismo para el niño que para el adulto. Si la culebra es muy grande pueden inyectarse hasta 20 c. c.

Estas ampolletas de suero Calmette deben tenerse al abrigo de la luz y del calor para que se conserven indefinidamente.

Si la inyección no está á mano, debe ligarse el miembro arriba de la herida para evitar la difusión del veneno, y si la mordedura no sangra abundantemente aplicar una ventosa y sacar dos ó más copas, luégo lavar con una solución reciente de hipoclorito de cal al 1 por 60 de agua her-

[1] *Journal des Praticiens* número 30, de 25 de Julio de 1903.

vida. Dicho suero sirve para el ganado y otros animales domésticos.

Todo médico, caucbero, minero, hacendado y negociante, &c., establecido en regiones infestadas de culebras, como el Chocó, río Cauca, río Magdalena, &c., debe mantener una provisión de este suero y la jeringa apropiada.

Sobre las hemoaglutininas de la sangre humana y hematología de la "enfermedad de Carrión".— El Dr. Ugo Biffi, de Lima, ha enviado á la Academia, por intermedio de la redacción, un interesante trabajo así titulado.

Sus conclusiones son las siguientes :

1.ª En la sangre humana normal pueden existir isoaglutininas en cantidad muy notable.

2.ª Tratándose de sangre humana normal, se observa el hecho de que, en una misma sangre, el poder aglutinante del suero, con respecto á los glóbulos rojos de otras sangres, está en razón inversa del poder de aglutinarse de los eritrocitos por la acción de otros sueros. En una misma sangre, á un suero muy aglutinante corresponden glóbulos poco aglutinables.

3.ª Las isoaglutininas de la sangre humana normal difieren entre ellas en la cantidad, pero no en la calidad.

4.ª En casos patológicos, puede comprobarse la formación en la sangre de una auto-aglutinina. Entre la aparición de esta aglutinina y la coagulación de la sangre no existe ninguna relación.

5.ª El tipo de la sangre, por lo que toca á la cantidad de aglutininas de su suero y á la aglutinabilidad de sus glóbulos, queda en los distintos individuos sanos constante por mucho tiempo.

6.ª Es posible, dado el concurso de circunstancias favorables, resolver por medio de la aglutinación el problema médico-legal de si una determinada mancha de sangre pertenece á un individuo de la especie humana más bien que á otro.

7.ª A producir el fenómeno conocido bajo la denominación de "disposición en rollo de monedas de los glóbulos rojos", contribuye una hemoaglutinina ; pero ésta es distinta por calidad de las demás aglutininas que pueden encontrarse contemporáneamente en la sangre.

8.ª Las hemoaglutininas de la sangre humana no corresponden á sensibilizadoras de hemolisinas.

A los datos hematológicos de la "enfermedad de Carrión" [1] deben añadirse los siguientes:

Tanto en la fiebre grave como en la forma eruptiva, pueden encontrarse en la sangre periférica glóbulos rojos nucleados; dentro de algunos eritrocitos se observan corpúsculos especiales, cuya principal característica consiste en colorearse intensamente con los colores nucleares; el diámetro de los glóbulos rojos varía de 4 á 12 micrones, midiendo los gigantocitos por término medio 9 micrones y los microcitos 5; el suero de la sangre, muy rico por lo general en aglutininas, no tiene acción hemolítica apreciable sobre los glóbulos rojos del hombre sano.

La adrenalina. *Acción fisiológica.—Circulación.* Localmente la adrenalina en solución al 1 por 2,000 ó 3,000 es un vaso constrictor tal que, aplicada sobre la *mucosa* de la nariz, ésta palidece, se retrae y "parece desaparecer" [M. Lermoyez]. Durante media hora se puede cortar los tejidos sin que la sangre corra. Bates, Barrand y Dor habían yá insistido anteriormente sobre las propiedades *vaso-constrictivas* del extracto de cápsula supra-renal y sobre la utilización de sus propiedades en oftalmología. Darier ha empleado la adrenalina en las *conjuntivitis, queratitis, hepiscleritis*, el *glaucoma* y para la *hemostasis.* Las instilaciones no son dolorosas.

Según Lermoyez la adrenalina está destinada á adquirir una importancia capital, notablemente en rinología, pues *anula la hemorragia* y facilita al más alto grado las intervenciones sobre la MUCOSA nasal. Se puede asociar á la cocaina y realizar el desiderátum "sin dolor ni sangre". [Dr. A. Manquat. Traité élémentaire de Thérapeutique, &c. 1903].

Hacemos este extracto de la mejor obra de terapéutica francesa, porque nos parece oportuno, y advertimos que en el largo y concienzudo artículo que allí se consagra á la adrenalina, no se habla en parte alguna de vaso dilatación ó hipotensión vascular consecutiva al uso de esta substancia; á lo más se colige que la constricción cesa al cabo de cierto tiempo [como con la ergotina] y que se puede sostener una vaso-constricción enérgica, repitiendo la dosis de adrenalina á intervalos convenientes. El es-

(1) Denominación de la fiebre de la "Verruga peruana", en honor de nuestro desgraciado amigo y condiscípulo Carrión, que murió en París á consecuencia de haberse inoculado dicha enfermedad con un objeto experimental y para escribir su tesis de doctorado.—M. y F.

tímulo de la adrenalina sobre los vasos y el corazón parece tal, que autores serios la aconsejan para los accidentes clorofórmicos en que el corazón ha dejado de latir.

La vida médica.—*Noticias sobre la clientela.* [Tomado del *Journal des Praticiens* de 1903, número 34].

Para triunfar, el médico necesita muchas cualidades, y entre éstas el saber no es la más indispensable. Eso es triste pero palpable diariamente. Un poco de ciencia, y mucho aplomo inspiran más confianza á la clientela que una ciencia sólida, pero que duda.

La timidez, es lo que no se perdona al médico. Las palabras en su boca son oráculos: debe pronunciarlas con fuerza. Y véase por qué el éxito en la clientela es en gran parte un asunto de temperamento. Son los neuro-ártricos los que hacen la más bella carrera. En su casa pueden encontrarse profundamente abatidos: pero en presencia del enfermo se despavilan, se excitan, pronuncian palabras que penetran, que forzan la confianza. Los flemáticos, los flojos, los lentos, por el contrario, hallan más dificultad para formarse un camino. Su sistema nervioso no es excitable; el ejercicio de la profesión no es la chispa que hace surgir sus cualidades; lentos y pesados en su domicilio, así permanecen delante del cliente. Y por este motivo su ciencia puede adornarse de los títulos más envidiables; jamás tales hombres alcanzarán una alta posición. Serán estimados por el cuerpo médico, pero el público les rehusará su confianza.

Buscad los médicos más conocidos, los que la clientela se disputa, éstos son siempre nerviosos ó artríticos. Su nerviosidad puede disimularse bajo una aparente frialdad y la impasibilidad del rostro. La frecuentación de la gente corrige los rasgos exteriores del temperamento, la vivacidad de las impresiones, la movilidad de la fisonomía. El hábito de la sociedad no llega á impedir que las impresiones nerviosas sean sentidas y amortiguada la reacción de esas impresiones, reacción siempre fuerte en el neuro-artrítico. La calma puede encontrarse en la superficie, pero la tempestad sacudirá el fondo.

Los neuro-artríticos son los únicos temperamentos que, en presencia de una situación imprevista, encuentran la actividad, la iniciativa, el vigor necesarios.

El empleo del cloroformo á título de tenífugo.—(Léger, *Archives de médicine navale*).—Según el Dr.

Léger, médico de las tropas coloniales francesas, el cloroformo ejerce una acción tenífuga por lo menos tan eficaz como la de los antelmínticos usuales (extracto de helecho macho, cuso y peletierina). Véase cuál es el procedimiento adoptado por nuestro compañero: estando el paciente á dieta láctea y habiendo recibido durante la tarde una lavativa purgante, se le hace tomar, al día siguiente por la mañana, en cuatro veces, y con tres cuartos de hora de intervalo, la poción siguiente:

Cloroformo.....	4 gramos.
Jarabe de azúcar.....	30 —
Agua	120 —

Entre la tercera y cuarta toma se le dan 30 gramos de aceite de ricino, ó 35 gramos de aguardiente alemán.

El Dr. Léger ha tenido la ocasión de tratar de esta manera once negros sudaneses portadores de tenia inerme: la expulsión fue completa siete veces y cuatro no se encontró la cabeza en la masa helmíntica expulsada. Estos malos resultados parece por otra parte haber obedecido á la falta de paciencia del enfermo y los tirones más ó menos bruscos ejercidos á fin de activar la salida de la lombriz.

CRONICA

Para evitar polémicas ociosas.—La Redacción no publicará en lo sucesivo en los ANALES sino aquellos trabajos que á su juicio deba conocer el público, devolviendo el original al autor sin otra explicación, aunque éste crea haber descubierto el movimiento perpetuo ó el punto de apoyo que solicitaba Arquimedes para su palanca; pues lo que muy á menudo sucede es que ciertos articulistas se pasan de listos. Por otra parte, obrando así no hacemos sino ceñirnos al reglamento de la Academia, que dice: "Sólo se dará cabida en los ANALES á lo que la Academia haya mandado publicar y á lo que á juicio del Consejo de Redacción y Censura, merezca darse á luz. El fallo de éste es inapelable."

¡Mucho ojo!—En este mismo periódico [entregas 11 y 12 correspondientes al mes de Julio] hicimos notar la URGENTE NECESIDAD de reglamentar, como en todos los países civilizados, el ejercicio de las profesiones Médica y Farmacéutica. Posteriormente dictó el Sr. Fiscal del Juz-

gado 1.° Superior la Circular que en seguida copiamos del *Repertorio Oficial*, número 702:

"*Circular.—Ministerio Público.—Fiscalía 1.ª Superior.—Medellín, Agosto 11 de 1903.*

"Sr. Alcalde de....

"Tiene conocimiento el subscrito Fiscal, de que en esta ciudad y en varias poblaciones del Departamento, ejercen la profesión de médicos y cirujanos personas que carecen de los conocimientos científicos necesarios, causando con ello graves perjuicios á los que los ocupan, y no son pocos los casos de muerte que se registran; y visto el Capítulo 1.°, Título 6.°, Libro 2.° del Código Penal, este Ministerio excita á Ud., de una manera formal, á fin de que impida, en lo sucesivo, que la medicina sea ejercida por los que no tengan los títulos académicos, ó comprueben, en su defecto, la idoneidad que la ley exige.

"Dios guarde á Ud.

"JESUS MARIA TRESPALACIOS."

Esta Circular no ha impedido el mal, pues en estos días acaba de pasar á mejor vida una señora de esta ciudad, á quien, con muy buenas intenciones indudablemente, pero tal vez con demasiada ligereza ó por ignorancia, propinó uno de nuestros aficionados una cantidad de morfina mayor que la dosis terapéutica apropiada al caso. La autoridad está haciendo las averiguaciones necesarias para esclarecer el asunto. Sirva esto de escarmiento para evitar en lo sucesivo mayores males. Afortunadamente yá el Congreso dictó una ley reglamentando el ejercicio de la profesión, la cual publicaremos en el próximo número.

"Revista Jurídica".—Esta importante publicación periódica, que está llamada á ser el órgano de la Sociedad de Jurisprudencia, nos ha sido enviada como canje, canje á que correspondemos con agrado, felicitando muy sinceramente á sus Redactores, á quienes, de todo corazón, deseamos prosperidad en su empresa, que, verdaderamente, honra al Foro antioqueño.

Tesis.—Hemos recibido las de los jóvenes Dres. Tomás y Luis Bernal, quienes acaban de coronar con lucimiento sus estudios universitarios. La tesis del primero versa sobre *Ulceras de los miembros inferiores* y la del se-

gundo sobre *Hipno-anestesia.* Nuestros parabienes á los nuevos colegas.

Terminación de la apendicitis de Colombia por gangrena y eliminación.—Panamá se separa, esta es su voluntad hace tiempo, y los yanquis la protegen. ¿Qué debe hacer Colombia? Dejarse de quijotadas y vender á los norteamericanos (1) el territorio panameño del extremo norte ó sea del Canal para arriba, que en definitiva quedará materialmente separado del resto de la República por el Canal y de muy difícil administración, por no decir imposible, para una Nación débil y sin marina como la nuéstra.

Colombia está en la situación de ciertos vástagos de familias ricas que han venido á menos por la imprevisión y la pereza, que se hallan sin con que vivir y cuyo único patrimonio se reduce á un inmenso caserón, del cual no ocupan sino la octava parte y lo demás se arruina y se cae á pedazos. ¿Qué hacen las buenas señoras? ¿Se mueren de hambre? ¿Dejan de ir á la iglesia por falta de ropa, ó venden parte de la casa paterna, lo más independiente y aislado por naturaleza, para poder atender al resto del edificio que amenaza ruina y repararlo y continuar viviendo? ¡Claro que lo primero es vivir y aprovechar la venta de un pedazo del ruinoso edificio antes que se caiga y un montón de escombros sirva de tumba á sus orgullosos y degenerados moradores!

Sí, señores, la conducta anticolombiana decidida de los panameños nos autoriza á tomar una resolución desesperada, pero salvadora para el resto de la Nación colombiana; esta decisión del pueblo colombiano no será, por otra parte, sino el justo castigo de los separatistas.

Si no tomamos una resolución suprema en este sentido, la catástrofe prevista por el visionario de El Cabrero, será total é irremediable, perdiéndose todo el Departamento de Panamá, por ahora, y luégo el mal ejemplo nos llevará á la disolución total, si continúa el centralismo imperialista de los Moscas ó Muiscas.

Se llama la atención de los nuevos miembros de la Academia, así activos como correspondientes, hacia el artículo 5º del Reglamento que dice así:

(1) Si aún es tiempo.

"Art. 5.° Será deber de todos los miembros activos ó correspondientes, contribuír con una cuota de cuatro pesos oro para el Tesoro de la Academia, el día de su entrada, y con una obra sobre algún ramo de la Medicina, para la biblioteca que ha de formarse.

"Cada obra llevará la firma autógrafa del donante."