REPUBLICA DE COLOMBIA. — DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

REDACTORES: EDUARDO ZULETA.—TOMÁS BERNAL

AÑO X. | Medellín, Enero de 1899. | Núms. 3º y 4º

HISTERECTOMIAS ABDOMINALES

(*Conclusión.*)

LAPAROTOMIAS PARA APENDICITIS

OBSERVACIONES

1.ª (1894). Cirujanos, Dres. Carlos Mejía, Delgado, J. de D. Uribe y Tobón.

X, 24 años. Después de una abundante comida hizo un ejercicio violento; á consecuencia de esto tuvo un cólico abdominal acompañado de constipación y de estado nauseoso. Mejoró un poco con el tratamiento médico hasta el tercer día, en que subió la temperatura á 38° y apareció un empastamiento en la fosa ilíaca derecha: diagnosticóse peritiflitis.

Operación.—Siguióse el método de Roux: se encontró una peritonitis enquistada, el ciego notablemente congestionado, el apéndice había desaparecido; después de vaciar el foco purulento y de lavar el peritoneo, se colocó un dren y la curación apropiada. A los 8 días se formó un *anus contra natura* que desapareció en poco tiempo.

Hoy goza de completa salud.

2.ª (1897). Cirujanos, Dres. Maldonado y R. Posada.

X, 18 años, célibe. Ha tenido 2 cólicos, probablemente apendiculares. Tres meses después del último, á consecuencia de un ataque de risa, sobrevino calofrío acompañado de dolor abdominal, agudo y constante; á pesar del tratamiento persistió el dolor. Al examen había: temperatura 37.4, pulso depresible (110 p.), extremidades frías, postración, lengua pastosa y saburral, náuseas, constipación, punto doloroso de Mac Burney y empastamiento de la fosa ilíaca derecha. El tacto rectal indicaba que había un empastamiento doloroso y tenso, que descendía hasta el fondo de saco rectovaginal y que hacía cuerpo con la cara posterior del útero.

Diagnosticaron apendicitis.

Operación.—Por el método de Roux: el apéndice había desaparecido; en la región pericecal se encontró un foco inflamatorio de peritonitis adhesiva que englobaba los anexos correspondientes; vaciado el foco, se desprendieron las adherencias y se hizo la curación con gasa, según el método de Mikulics. La cicatrización se hizo pronto.

Un mes después la joven se encontraba bien.

3.ª (1897). Cirujanos, Dres. Hincapié, F. Arango y Tobón.

X, 38 años. Tuvo un fuerte cólico de corta duración acompañado de lengua saburral, de estado nauseoso, de constipación y de apirexia; 12 horas después, el médico que lo examinó encontró: meteorismo, temperatura alta (39°5), precedida de calofrío y anu-

ria; el dolor volvió, era más intenso en la fosa ilíaca derecha y aumentaba por la presión. Diagnosticó apendicitis é instituyó tratamiento médico; éste no dio resultado, por lo cual propuso la operación.

Operación.—Se hizo á las 24 horas; el epiplón estaba inflamado y los intestinos presentaban manchas gangrenosas. El apéndice tenía en el punto de inserción una ruptura del tamaño de una arveja, sus paredes estaban gruesas y la cavidad dilatada; el peritoneo y los espacios intestinales estaban infiltrados de pus. Se seccionó el apéndice, se extirpó un gran pedazo de epiplón después de aplicar una sutura en cadena, lavóse la cavidad abdominal y se suturó sin dejar dren.

Los síntomas de infección duraron hasta la muerte, que se efectuó 24 horas después.

4.ª (1897). Cirujanos, Dres. Pérez, Quevedo, Delgado y Arango.

X, 41 años, reumático. Sufrió cólicos periódicos considerados como hepáticos. Ultimamente tuvo un cólico apendicular que persistió, á pesar de una medicación bien dirigida, durante 6 días.

Operación.—Cuando la hicieron había peritonitis generalizada. Abierto el abdomen se encontró el peritoneo recubierto de pus; había innumerables adherencias. Se suspendió la operación por el estado del enfermo y se suturó el abdomen. Muerte pocas horas después.

Autopsia.—Al nivel del ciego se encontraron muchas adherencias peritoneales y un gran foco purulen-

to; el apéndice, de color violáceo, estaba dilatado y tenía 2 perforaciones.

[Estas 4 observaciones las he resumido de la tesis del Dr. Ernesto Rodríguez].

5.ª [1898]. Inédita. Cirujanos, Dres. B. Ochoa y M. A. Angel.

X, 28 años. Tuvo un gran cólico acompañado de constipación, de náuseas, de vómito, de fiebre y de sudores; el dolor correspondía á la fosa ilíaca derecha y aumentaba por la presión. Se diagnosticó apendicitis y se propuso la intervención quirúrgica, la que no aceptó el enfermo hasta los 20 días, cuando el empastamiento era notable en la región enferma y la inflamación principiaba á invadir las paredes abdominales.

Operación.—Se hizo una incisión á un dedo encima de la arcada crural y paralela á ella; había un enorme foco purulento completamente enquistado, en cuyo centro estaba el apéndice suelto; se suturó la perforación cecal, se drenó y se puso la curación. La herida sanó sin incidente alguno, y un mes después el enfermo estaba curado.

LAPAROTOMIAS PARA TUBERCULOSIS PERITONEAL

OBSERVACIONES

1.ª [1895]. Cirujanos, Dres. T. Henao, Velásquez y Toro.

X, de 37 años, 11 hijos. Presentaba signos probables de tuberculosis pulmonar. En su último puerperio (2 meses antes de operarla) tuvo ligero calofrío,

dolor agudo en el flanco izquierdo que poco después se generalizó á todo el abdomen, vómito, supresión de los *loquios*. Pocos días después al examinarla se notó lo siguiente: demacración, respiración muy frecuente y sacudida, macicez en las 2 cimas pulmonares, expiración prolongada en la parte media del pulmón derecho, tos quintosa y seca, esputos poco abundantes y blanquecinos; del lado del abdomen, dolor agudo en el hipocondrio izquierdo, meteorismo en la región umbilical y zona de macicez que se extendía próximamente hasta la mitad de los flancos, en el decúbito dorsal; se hicieron 2 punciones por las que salieron únicamente gases fétidos. Diagnosticóse peritonitis tuberculosa.

Operación.—Incisión media abdominal que dio salida á gases fétidos primero y luégo á una gran cantidad de líquido sero-purulento de muy mal olor; los anexos, el epiplón y la parte del peritoneo parietal que se pudo explorar, estaban llenos de granulaciones; se lavó el peritoneo con agua boricada, se drenó con gasa yodoformada y se suturó. Al quinto día apareció una supuración verdosa; á los 19 días se hizo nuevo lavado que se repitió en los 20 días siguientes; 83 días después de la operación cicatrizó la fístula.

El estado general ha mejorado notablemente, las lesiones pulmonares subsisten.

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

2.ª (1898). Inédita. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, mujer de 26 años, llevada de la Reclusión al servicio interno del Hospital en donde se le diagnosticó tuberculosis pulmonar en primer período. Pocos días después tuvo fenómenos inflamatorios del lado del

peritoneo: se diagnosticó peritonitis tuberculosis crónica de forma granulosa.

Operación.—Hecha la incisión media se halló el peritoneo grueso y muy adherido á las paredes abdominales; salieron de 6 á 8 litros de líquido cetrino, y explorando la región se vio que tanto el peritoneo parietal como el visceral estaban completamente llenos de granulaciones; se secó con esponjas, se expuso al aire y se pusieron tres planos de sutura.

La mejoría ha sido notable: 28 días estuvo en el Hospital después de operada, y durante ellos no se reprodujo el líquido.

LAPARATOMIA EXPLORADORA

OBSERVACIÓN

(1897). Cirujanos, Dres. T. Henao, Restrepo, Toro y Velásquez.

X, 39 años. Hace 9 principió á sentir un dolor fijo en la fosa ilíaca derecha, dolor que coincidió con la aparición de un pequeño tumor en la misma región; durante este largo período ha enflaquecido notablemente, ha tenido edema en los miembros inferiores y ha visto crecer su tumor. Actualmente la enferma está pálida y demacrada, su vientre muy aumentado tiene una forma regularmente ovoide de gran diámetro vertical; el tumor es duro, con fluctuación vaga, inmóvil, las paredes abdominales se mueven sobre él, llega hasta los hipocondrios; al tacto vaginal, el cuello uterino, muy levantado, está en el centro y un poco hacia adelante de la excavación; el histerómetro penetra 12 centímetros en la cavidad del útero, el tacto combinado con la palpación no permite hallar ova-

rios, trompas ni tumor; los movimientos impresos á éste no descolocan el hocico de tenca. Diagnosticóse quiste ovárico.

Operación.—Abierto el abdomen y dominada la fuerte hemorragia que la incisión produjo, se encontró: un tumor liso, de color de carne, muy vascular, de consistencia firme y elástica, sin fluctuación, casi inmóvil y sin adherencias; no tiene pedículo, pues está sentado en el estrecho superior, comprendiendo en su base el útero, los ovarios y las trompas. Se enjugó la superficie, se pusieron 2 planos de sutura y se dejó un dren de gasa yodoformada en el ángulo inferior.

La herida sanó por primera intención. El tumor es hoy más pequeño y más móvil.

PIELOTOMIA

OBSERVACIÓN

[1883]. Cirujanos, Dres. R. Pérez, J. B. Londoño y V. Peláez.

X, hombre de 30 años. Ha sufrido de cólicos nefríticos seguidos de la expulsión de cálculos. Ultimamente después de un cólico no seguido de expulsión de cálculos, vinieron calofríos, fiebre alta [40°], sudores, insomnio, delirio, convulsiones, y apareció un tumor que se extendía desde el hipocondrio derecho hasta la fosa ilíaca correspondiente; la orina era escasa y muy limpia. Podía tratarse de un flegmón perinefrítico ó de una pielonefritis calculosa con obstrucción del uretero, y éste fue el diagnóstico.

Operación.—Por la región lumbar se abrió: la atmósfera renal estaba sana y el bacinete muy dilatado. Con el bisturí se hizo una incisión al bacinete; se

ensanchó ésta con los dedos, dando salida á una cantidad enorme de orina purulenta y se sondeó la parte superior del uretero, pues el catéter no pudo penetrar más profundamente. No se encontró cálculo; se puso una sonda en el uretero y se suturó la herida. *Por la sonda siguió saliendo la misma cantidad de orina que por la vejiga.*

Algunos días después se cerró la fístula urinaria; con el termo-cauterio la volvieron á abrir y se intentó sondear de nuevo el uretero, lo que se hizo en mayor extensión que en la primera vez, pero no en todo el trayecto del órgano. En un momento parecióle al cirujano que el *catéter había tropezado con un cuerpo extraño.*

En las 24 horas siguientes, el enfermo arrojó 18 cálculos; ocho días después cicatrizó la fístula.

El enfermo quedó radicalmente curado.

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

RESECCION DE LOS CANALES DEFERENTES

OBSERVACIONES

1.ª (1897). Inédita. Cirujanos, Dres. R. Pérez y F. A. Uribe M.

X, 60 años. Tiene una gran hipertrofia total de la próstata que varias veces ha producido retención de orina.

Operación.—Resecáronse los dos canales deferentes en una extensión de 3 centímetros. La herida curó *per primam.*

El enfermo no ganó nada absolutamente con la operación.

2.ª (1897). Inédita. Cirujanos, Dres. Londoño, Ochoa y Juan de D. Uribe.

X, 65 años. Ha tenido varias veces retención de orina que ha combatido por el cateterismo con una sonda sucia; se le desarrolló una cistitis aguda. Al examen se encontró una cistitis crónica y una ligera hipertrofia del lóbulo medio de la próstata.

Operación.—Se trató la cistitis con lavados vesicales y la hipertrofia prostática con la resección de 5 centímetros de los dos canales deferentes. La herida cicatrizó por primera intención.

Al principio mejoró algo.

CURACIONES RADICALES DE HERNIA

OBSERVACIONES

1.ª (1892). Cirujano, Dr. Maldonado.

H, 60 años. Al hacer un esfuerzo se le formó una hernia inguinal.

Doce horas después, que lo vio el médico, encontró una hernia inguinal izquierda, oblicua externa, y estrangulada; abierto el saco se vio que el asa intestinal tenía un color violáceo y que á un centímetro de la estrangulación había un erosión de dos milímetros. Se desbridó hacia arriba y afuera; pero siendo insuficiente el espacio para reducir la hernia, se desbridó directamente hacia afuera. Se resecó un pedazo del saco por presentar mal aspecto y el resto se suturó al nivel del cuello y contra los pilares. Se cosió la herida y se puso la curación. Por descuido del enfermo se infectó la herida y supuró. Hoy está radicalmente curado.

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

2.ª (1897). Inédita. Cirujanos, Dres. L. Hincapié G. y J. B. Londoño.

X, 16 años. Tenía una hernia inguinal derecha, oblicua externa con ectopia del testículo correspondiente, que se encontraba al nivel del anillo; el año pasado se estranguló la hernia y no se pudo reducir.

Operación.—Kelotomía con curación radical siguiendo el procedimiento clásico. La herida sanó por primera intención. Hubo éxito completo.

3.ª (1897). Inédita. Cirujanos, Dres. B. Ochoa, J. B. Londoño y F. A. Uribe.

X, 65 años. Tenía una hernia inguinal derecha, oblicua externa. Dos veces se había estrangulado, pero habían logrado reducirla. Ultimamente se le estranguló y se hizo todo lo posible por reducirla, inútilmente.

Operación.—Kelotomía con curación radical, siguiendo á Lucas Championière en su modo de proceder. El testículo estaba al nivel del anillo y no pudiendo bajarlo á las bolsas, se introdujo al abdomen. Sanó *per primam*. Quedó radicalmente curado.

4.ª (1898). Inédita. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, 25 años. Tenía una hernia inguinal derecha, oblicua externa. A consecuencia de un esfuerzo se le estranguló y no pudiendo redúcirla se resolvió la

Operación.— Se hizo 38 horas después. Había una brida fibrosa bastante fuerte en el cuello: cortada, se pudo reducir el intestino que estaba congestionado. Para hacer radical la curación se empleó el procedimiento de *Duplay Cazin* : disecado el saco se anudó sobre sí mismo y luégo se pusieron 2 planos de sutu-

ra, uno profundo que cogió el nudo y las partes profundas ampliamente, y uno superficial que interesó únicamente los tegumentos. Se emplearon hilos metálicos. No supuró sino uno.

Quedó radicalmente curado.

5.ª [1897]. Cirujanos, Dres. Henao, Gutiérrez y Toro.

X, 24 años, hacendado, sifilítico. Con motivo de un esfuerzo le apareció una hernia inguinal derecha, oblicua externa. Como su profesión le exigía estar frecuentemente á bestia, y en muchas ocasiones lidiando ganados, le sucedía que algunas veces no podía reducir oportunamente su hernia y se le ponía muy dolorosa. Aconsejósele la curación radical y la aceptó con la condición de que no lo cloroformizaran.

Operación.—Localmente se anestesió con cocaína y cloruro de etilo. Abierto el saco, se encontró vacío, se disecó completamente y se le puso una ligadura en cadena lo más profundamente posible: más acá de la ligadura se resecó y el muñón se perdió en el abdomen. Se pusieron hilos de seda de uno á otro pilar y con crin se suturaron totalmente las paredes, dejando un dren de gasa en la parte inferior. La herida supuró, pero al mes estaba completamente cicatrizada.

El porvenir dirá si la curación fue radical.

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

6.ª [1898]. Inédita. Cirujanos, Dres. Maldonado y Peláez.

X, 21 años, militar. Vino al Hospital con una hernia inguinal derecha, oblicua externa, reductible y del tamaño de una naranja. Le apareció hace 5 años

á consecuencia de un gran esfuerzo; pero su crecimiento no había sido notable hasta hace 3 meses. La hernia producía dolores locales aumentados con la estación de pies y la marcha.

Operación.—Curación radical siguiendo el procedimiento de *Duplay-Cazin.* La herida supuró. La cicatrización se hizo y hasta hoy [5 meses después] la curación se sostiene.

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

X, 30 años. Hace 8 que le apareció una hernia inguinal derecha.

Cuando hacía esfuerzos crecía mucho y producía ligero dolor.

Operación.—Curación por el procedimiento de *Duplay-Cazin.* La herida cicatrizó después de supurar. Hace 2 meses que se operó y la hernia no ha reaparecido.

LIGADURA DE LA ARTERIA ILIACA EXTERNA

OBSERVACIÓN

[1894]. Cirujanos, Dres. R. Arango, F. Arango, C. Mejía y Peláez.

X, 26 años. Hace 6 que notó un tumorcito en la parte superior é interna del muslo, debajo del triángulo de Scarpa; á los dos años el tumor tenía el tamaño de una naranja y producía fuertes dolores, más marcados de noche. Un año después, los dolores fueron mayores y la marcha difícil. Se aplicó la banda de Esmarch que hubo que quitar por el dolor que producía, y se ensayó inútilmente la compresión digital en

sesiones diarias durante 2 años. Al cabo de este tiempo la marcha se hizo imposible, los dolores fueron terribles y el miembro se entumeció. Al examen se encontró: un tumor ovoide, de vértice inferior que se extendía desde el anillo de Hunter hasta 2½ centímetros debajo del triángulo de Scarpa, blando, fluctuante, ligeramente reductible, de paredes delgadas y que presentaba pulsaciones isócronas con el pulso, las que desaparecían comprimiendo la arteria femoral encima del tumor; el movimiento de expansión era marcado, el *fremissement* vibratorio no era muy notable.

Operación.—Incisión de 4 dedos á través, á un centímetro encima de la arcada crural y paralela á ella, que interesó los tegumentos, la aponeurosis del grande oblicuo y el *fascia transversalis*; introducción del índice hasta el lugar de elección y ligadura de la arteria con un grueso hilo. La operación duró una hora. Los latidos y el soplo desaparecieron inmediatamente. Se calentó el miembro &c. &c.

Durante los 12 primeros días hubo entumecimiento, enfriamiento y dolor en el miembro, síntomas que desaparecieron.

42 días después había disminuído el tumor: 13 c. c. en longitud, 17 en latitud y 10 en circunferencia. *Exito terapéutico completo.*

[Resumida de la tesis del Dr. J. C. Restrepo].

TREPANACIONES CRANIANAS

OBSERVACIONES

1.ª El Sr. D. J. V. A., uno de los jóvenes más distinguidos del comercio de esta ciudad, como de 35 años de edad, casado y padre de familia, alto de cuer-

po, blanco, con evidente asimetría encefálica y facial, exoltálmico en grado apreciable, gozaba en el año de 1893 de salud aparentemente completa. Hasta esa época hay en la historia de su vida vagos, vaguísimos signos anamnésticos específicos de toda especie, así como nada notable se acusa respecto á enfermedades sufridas por él y por sus parientes más cercanos. A fines del año mencionado, estando dormido, sufrió un primer ataque, no convulsivo, con pérdida absoluta de conocimiento y relajación del sistema muscular motílico, acompañado de visible congestión pulmonar, ataque que terminó, felizmente, sin dejar huellas profundas, pues sólo fue seguido de no muy intensa cefalalgia. Comoquiera que estos accesos se repitiesen con frecuencia con algunas variantes en su forma, en el primer año, el paciente se sometió durante ese tiempo al tratamiento aconsejado por un médico militar que gozó entonces de gran boga, y que diagnosticó epilepsia esencial. Observando el enfermo que iba de mal en peor y que el régimen indicado [bórax] era sostenido con tenacidad y sin ningún provecho, resolvió, de acuerdo con la familia, consultar á varios facultativos, quienes emitieron cuatro opiniones distintas [goma específica, reumatismo cerebral, epilepsia primitiva é histerismo]. Al efecto, bajo su dirección, se ensayaron otros tratamientos con completa ineficacia, lo que hizo pensar al paciente y á sus deudos que tal vez se habría cometido error en el diagnóstico. Fue entonces cuidadosamente examinado por el Dr. Quevedo, quien diagnosticó un tumor cerebral izquierdo, probablemente un glioma, que localizó anatómicamente, pronosticando de antemano el curso que seguiría la afección, con especialidad lo referente á los fenó-

menos paralíticos, en caso de tener él razón en sus opiniones. Desde entonces indicó la urgencia de una operación, cosa, como se sabe, muy ocasionada á discusiones y demora, sobre todo en casos como el presente, en que nada podía prometerse, y únicamente se exigía como medio de ratificación de diagnóstico y en probabilidad remotísima, para tratar de extraer el neoplasma. La circunstancia de haberse presentado en el curso de la enfermedad todos los síntomas anunciados como ineludibles en su progresiva marcha, y ya en extrema gravedad el enfermo, con ausencia completa de facultades y violenta retracción braquial, enteramente paralizado, hizo aceptar la intervención quirúrgica aludida. En consecuencia, con antisepsia rigurosa y siguiendo los métodos modernos, practicó el Dr. Quevedo, con colaboración de los Dres. Londoño y A. Peláez, la primera trepanación practicada en Antioquia, con éxito inmediato, pues tanto la parálisis como las retracciones y la afacia, desaparecieron en el instante, y las facultades recobraron su lucidez hasta el punto de haber podido hablar y confesarse el paciente. Con la operación quedó confirmado, plenamente demostrado, el diagnóstico hecho por el Dr. Quevedo, y que fue muy controvertido. En la autopsia se halló el glioma como incrustado en la región ascendente de la tercera circunvolución frontal, ejerciendo enorme presión en las partes vecinas, hasta el lóbulo paracentral, y dificultando la circulación del respectivo hemisferio cerebral, atrofiando éste hasta el punto de quedar en volumen en la proporción de 1 es á 4—y su coloración profundamente alterada &c. &c. —Los vasos representaban ligeros lineamientos, apenas perceptibles. El neoplasma pesó 22 gramos y fue

visto y examinado por los principales médicos de la ciudad.

2ª (1896). Cirujanos, Dres. Montoya y Flórez, V. Peláez y J. de D. Uribe.

X, hombre de 22 años. Recibió una pedrada en la región frontal izquierda que le produjo un hundimiento óseo de 2 c. c. de profundidad, por 4 c. c. de superficie; la herida supuró. A los 14 días sobrevinieron convulsiones intermitentes en el brazo izquierdo que duraron ocho días; pesantez y hemianestesia incompleta en los miembros derechos; disfasia, disgrafia, irritabilidad de carácter y cefalea izquierda.

Operación.—Se hizo en la región correspondiente un colgajo de base alta y se ligaron las arterias que dieron sangre; las esquirlas se habían soldado, por lo cual se colocó la corona en el centro; se rasparon las irregularidades y se suturó dejando un dren de gasa. La herida sanó por primera intención, menos en los puntos donde estaban las ligaduras y el dren de gasa, que supuraron 30 días.

Todos los síntomas debidos á la compresión cerebral desaparecieron.

[Resumida de los *Anales* de la Academia, 1896].

3.ª [1896]. Cirujano, Dr. Montoya y Flórez.

X, 22 años, agricultor. Sin antecedentes para el caso. Hace tres años que recibió una puñalada en la región parietal izquierda: parece—según dice—que perdió el conocimiento por algún tiempo y que estuvo loco furioso 3 meses. Estado actual: ánimo apocado, nivel intelectual muy bajo, carácter voluble, ninguna iniciativa, cefalea permanente, le dan ataques convul-

sivos durante los cuales pierde el conocimiento y cae como cuerpo inerte; en ocasiones su furia es terrible y tienen que amarrarlo porque es muy peligroso. Entra en letargia hipnótica con facilidad, quedando completamente inerte y analgésico en grado sumo. Diagnosticóse histero-epilepsia.

Operación.—Por el procedimiento de la Salpetrière se sumió en letargia profunda [mientras lo motilaron y afeitaron se perdió media hora del mejor sueño nervioso]; se hizo un colgajo suficiente, se ruginé el hueso, y cuando se le iba á aplicar el trépano, pero sin tocarlo, despertó, no por el dolor, sino porque diz que se iba á morir de la operación. Diósele cloroformo para terminar. La herida cicatrizó por primera intención.

El enfermo no mejoró absolutamente nada.

4.ª (1897). Inédita. Cirujano, Dr. Montoya y F.

X, 15 años, idiota, macrocéfalo. Desde su niñez le dan ataques epilépticos, que espaciados al principio, han aumentado en número hasta darle muchos diariamente.

Operación.—En dos sesiones se le quitaron 6 coronas de trépano, 3 en la región parietal derecha y 3 en la izquierda. Después de la primera trepanación mejoró bastante por 8 días, pero los ataques reaparecieron en mayor número y más fuertes que antes de trepanarlo.

5.ª (1897). Cirujano, Dr. Montoya y F.

X, 20 años, hombre bullicioso y pendenciero. El Dr. Montoya y F. le diagnosticó epilepsia larvada y procedió á trepanarlo.

Operación.—Se le quitaron 2 ó 3 coronas del gran trépano en la región parietal derecha. La herida sanó *per priman.*

Creo inútil decir que el enfermo no mejoró absolutamente nada.

6.ª (1897). Cirujanos, Dres. Montoya y F., Delgado, Maldonado, Hincapié y V. Peláez.

X, 25 años. Recibió un balazo (rifle de salón) en la región temporal derecha, encima y hacia atrás del conducto auditivo. El proyectil siguió un trayecto oblicuo y de arriba hacia abajo; "á su paso destrozó el lóbulo temporal que la sangre batió en gran parte; luégo hirió puntos muy importantes de ambos hemisferios, rompiendo algún ramo (silviana?) de la carótida interna, si no la carótida misma". El enfermo se desplomó con pérdida absoluta del conocimiento y de la sensibilidad. Diagnosticóse hemorragia y compresión enorme del cerebro.

Operación.—Se hizo con el objeto de descomprimir el cerebro y de detener la hemorragia. Quitáronse 3 coronas de trépano hacia arriba del punto de entrada de la bala [para evitar el seno lateral]. Por el orificio del proyectil se cortó la dura madre y se encontró un ramo de la meníngea posterior que se ligó sobre la marcha. Libre la masa encefálica, fue expulsado con violencia un gran coágulo que se había formado en el orificio hecho con el proyectil, dejando ver una hemorragia de fuerza y cantidad imponentes. Se comprimió la meníngea media á su entrada, pero en vano, pues la hemorragia venía del centro; entonces rápidamente se puso un tapón en la base del cráneo y se logró contener la hemorragia.

Se colocó gran cantidad de algodón aséptico sobre el cráneo y un vendaje encima. Treinta y seis horas después murió.

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

7ª (1897). Inédita. Cirujanos, Dres. Maldonado y R. Posada.

X, 24 años. Hasta los 18 años era inteligente, estudioso, de aspiraciones, pero muy iracundo. A esta edad recibió una palmada en la cabeza y pocos días después vinieron ataques con pérdida del conocimiento, rigidez de todo el cuerpo y convulsiones. Al fin se anunciaban los ataques por convulsiones que recorrían el miembro superior derecho; algunas veces no perdía el conocimiento. Cuando se le examinó tenía el miembro superior derecho casi paralizado, estupidez marcada, carácter irascible. Se le sometió á un tratamiento bromurado intenso, y durante mes y medio desaparecieron los ataques, pero después volvieron acompañados de manía suicida.

Se le propuso entonces como medio terapéutico la trepanación y la aceptó con mucho gusto.

Operación.—Se hizo en dos sesiones. En la primera se quitaron tres coronas: sobre el centro motor del miembro superior derecho, delante y encima y detrás y encima del mismo punto;—la 1ª rueda ósea tiene un espesor de 11 milímetros, la 2ª y la 3ª casi del mismo grueso de la 1ª en el punto en que se tocan, van adelgazándose á medida que se alejan de él—y taparon la herida.—Al día siguiente se descubrió, se hizo un colgajo de la dura madre de base superior y se encontró un foco de reblandecimiento del

tamaño de un corozo; por la depresión que dejó éste se introdujo un trócar en la dirección del ventrículo lateral y del seno frontal, y nada anormal había; se suturaron los tegumentos y se puso una curación apropiada. La herida sanó por primera intención. La parálisis del miembro superior derecho, desapareció casi por completo: con la mano, antes inhábil, manejó las bridas de la bestia en un viaje de varias leguas. Las facultades recobraron su lucidez. Pero algunos meses después tuvo un fuerte disgusto, se tomó algunas copas, anunció que se iba á suicidar; al día siguiente lo encontraron tetanizado en el baño y unos gránulos de estricnina que se le habían prescrito, desaparecieron.

8ª (1897). Inédita. Cirujanos, Dres. Maldonado, Delgado, Hernández, Lince y Sáenz.

X, 14 años. Estuvo bien hasta la edad de 10 años, en que se cayó de una bestia y recibió una descalabradura en la región frontal izquierda, cerca del cuero cabelludo. Entonces tuvo cefalalgia, desvanecimiento y adormecimiento de los miembros, más notable del lado derecho; 16 meses antes de operarlo, aparecieron convulsiones en la cara, el brazo y la pierna derechos. Al examen se encontró: hemiplegia total derecha con ligera hemianestesia, diplopia y ptosis del párpado derecho; el estado general, pésimo, el carácter irritable, hemicrania tenaz con irradiaciones al lado derecho. Los médicos que lo vieron diagnosticaron tumor cerebral en la zona rolándica izquierda; sospechando sífilis congenital se le sometió al tratamiento yodurado, inútilmente.

Operación.—En 2 sesiones: 1º se quitaron 4 coronas y se cubrió la región; al día siguiente por la tarde se cortaron las meníngeas que estaban adheridas al cerebro; éste se hernió inmediatamente dejando ver una superficie irregular como granulosa, pigmentada; se quitó la parte herniada, se exploró inútilmente con un trócar y se suturaron los tegumentos. Los fenómenos jacksonianos se modificaron poco.

La herida iba cicatrizando muy bien hasta el tercer día, en que el Dr. Maldonado tuvo que abandonar el enfermo; entonces se infectó, los bordes se separaron para dar salida al pus, la masa encefálica se hernió, parte se eliminó, y el 8.° día, que fue el Dr. Maldonado á ver el enfermo, le quitó la parte cerebral herniada, con una trenza de catgut cubrió la pérdida de substancia y disecó la piel para poder reunir los bordes de la herida.

15 horas después murió el enfermo.

No se hizo autopsia.

9ª (1898). Inédita. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, 30 años, bebedor. Recibió un golpe en la región parietal derecha que produjo hundimiento óseo y herida de los tegumentos. Esta supuró varios meses, salieron esquirlas óseas; cuando cesó la supuración vinieron ataques de epilepsia jacksoniana sin modificación de las facultades síquicas. Localmente se notaba el cuero cabelludo deprimido y adherido á las partes profundas.

Operación.—Se aplicaron al rededor las pequeñas coronas y se levantó el hueso hundido, que me-

día 3 centímetros de longitud por 1½ de latitud. La herida cicatrizó *per primam*.

Pocas horas después de operado tuvo 11 ataques; éstos fueron desapareciendo paulatinamente.

El enfermo salió radicalmente curado del Hospital.

10ª [1898]. Cirujanos, Dres. Mauro Giraldo y José J. de la Roche.

X, cuando tenía veinte años recibió un golpe en la parte superior del parietal derecho con exéresis ósea del tamaño de una moneda de cinco reales: inmediatamente perdió el conocimiento y la pierna y el muslo se flejaron; la herida supuró 6 meses, durante los cuales se paralizó el miembro inferior izquierdo y se paresió el miembro superior correspondiente. Agotada la supuración recuperó la inteligencia y los movimientos. 16 años después del traumatismo aparecieron ataques de epilepsia jacksoniana cada 2 ó 3 meses, al principio, fueron aumentando y al fin hubo hasta 3 ataques diarios.

Operación.—Se quitaron 2½ coronas sobre la exostosis compresora interesando necesariamente el seno longitudinal superior, cuya hemorragia se contuvo por compresión. En otra sesión, 2 días después, se suturaron los tegumentos. A las 5 horas de operado tuvo un ataque. Desaparecieron el entumecimiento y la paresia de los miembros izquierdos, y el enfermo es más consciente y reflexivo.

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

RESECCIONES OSEAS

1ª [1897]. Inédita. Resección de 3 costillas. Cirujano, Dr. R. Pérez.

X, 25 años, agricultor. Entró al Hospital con una bronconeumonía; estando convaleciente de ella le apareció una pleuresía con derrame. Se le hizo la toracentesis y se extrajeron 1,200 gramos de líquido sero-purulento.

Operación.—Resección de 3 costillas en una extensión de 5 centímetros, abertura de la cavidad pleural, que se lavó muy bien y sutura de la herida dejando un dren, por el cual se siguió lavando la pleura. La supuración se fue agotando paulatinamente y la fístula cicatrizó.

2ª [1897]. Inédita. Resección de una costilla. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, 50 años. Entró al Hospital á tratarse una estrehez uretral. Se le hicieron tentativas de cateterismo con el conductor de Maissonneuve, sin resultado: al día siguiente apareció una extensa infiltración urinosa á consecuencia de la cual se gangrenaron los tegumentos de la verga y gran parte del escroto. Cuando la gran ulceración principiaba á cicatrizar apareció una pleuresía izquierda con derrame seropurulento.

Operación.—Resección sub-perióstica de 1 costilla en una extensión de 6 centímetros, abertura y lavado de la cavidad pleural y sutura de la herida cutánea dejando un dren. La supuración por el dren fue abundante, por lo cual se le hicieron varios lavados pleurales con cloruro de zinc al 1/300. Cuando

abandonó el Hospital, había disminuído mucho la supuración.

3ª [1889]. Inédita. Resección de la extremidad superior del fémur. Cirujanos, Dres Londoño, R. Zea y F. A. Uribe M.

X, niña de 13 años. Se dio un golpe en la cadera á consecuencia del cual quedó claudicando, vino fiebre y apareció un fuerte dolor acompañado de pastosidad en la periferia de la articulación coxo-femoral. Pocos días después vino el cortejo sintomático de una coxalgia y se notó que el tercio superior del fémur estaba interesado.

Operación.—Hecha en 2 sesiones: en la 1ª se resecó un pedazo del fémur que comprendió el gran trocánter, y se pusieron inyecciones de cloruro de zinc; quedaron varias fístulas, y á los pocos días se encontró una gran colección purulenta, por lo cual se procedió á desarticular el hueso y á hacer una resección sub-perióstica de su tercio superior. La herida se suturó dejando un dren.

Quedaron 2 fístulas que después de supurar algunos días, cicatrizaron.

A la palpación se nota dureza ósea al nivel de la región operada.

4ª (1892). Inédita. Resección de varios huesos de la cara. Cirujanos, Dres. L. Hincapié G., M. Uribe A., J. C. Alvarez y R. Zea.

X, 24 años. Tenía un gran osteo-sarcoma del maxilar superior izquierdo y de los huesos limítro-

fes, que por su parte interna obstruía casi por completo la fosa nasal correspondiente y la garganta.

Operación.—Se resecaron: todo el maxilar superior izquierdo, parte del derecho, los huesos nasales, parte de la apófisis zigomática izquierda, el malar y los cornetes.

La operación dio éxito completo.

5ª [1898]. Inédita. Resección total del maxilar superior derecho. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, mujer de 17 años. Hacía 2 que sentía dolor y fastidio al nivel del maxilar superior y que había notado un levantamiento que crecía de día en día en la misma región. Al examen se encontró un tumor del maxilar de apariencia sarcomatosa que ocupaba el antro de Higmore, que había adelgazado notablemente las paredes anterior y posterior y que principiaba á afectar la pared superior; el pómulo estaba levantado, la mejilla deformada y el surco naso-geniano borrado, la bóveda palatina deprimida, los dientes irregulares y levantados, la fosa nasal correspondiente estrechada; del lado del ojo no había nada.

Operación.—Se tapó con un algodón la fosa nasal correspondiente para evitar que la sangre penetrara en las vías aéreas. Se empleó el procedimiento de Gensoul modificado así: la incisión de los tegumentos se detuvo al nivel del extremo inferior del surco naso-genio, luégo se disecó el colgajo triangular así formado, se desprendió el periosto de la órbita, se seccionó el malar y después se hizo lo mismo con la apófisis montante; luégo se terminó la incisión de los tegumentos, &c. &c.

El resultado fue inmejorable.

6ª [1898]. Resección total del maxilar superior. Inédita. Cirujano, Dr. Maldonado.

X, niño de 12 años—hermano de la enferma anterior.—Tenía un sarcoma del maxilar superior izquierdo con la misma sintomatología del tumor anterior. Se le hizo la misma operación con igual resultado.

7ª [1897]. Inédita. Resección total del radio. Cirujanos, Dres. Montoya y F. y B. Ochoa.

X, 20 años. Vino al Hospital con una *tumefacción* de la parte externa del antebrazo, que había supurado varias veces. Al examen se notó que todo el radio estaba alterado y que le quedaban dos fístulas por las que salía un pus de origen óseo. Se le diagnosticó osteomielitis de los adolescentes.

Operación.—Por una incisión hecha en la cara externa del antebrazo se le extrajo el radio íntegro. La cavidad que dejó el hueso se rellenó con gasa, se pusieron suturas y una curación apropiada.

La herida sanó por primera intención y las dos fístulas que dejó la gasa estaban casi cicatrizadas el día que el enfermo salió del Hospital.

RECTOTOMIA

[1891]. Inédita. Cirujanos, Dres. Hincapié G., Quevedo, F. Arango y R. Zea.

X, 50 años. Sufría del recto hacía 20 años. Tenía fenómenos dispépticos, meteorismo marcado, el enflaquecimiento era extremo y gastaba 3 ó 4 horas

para evacuar. La exploración rectal era dificilísima, pues estando el enfermo completamente anestesiado, no se le pudo introducir por el ano sino el dedo pequeño.

Operación.—Con el termocauterio se cortaron el esfínter externo y todos los músculos hasta la punta del coccix, luégo se hicieron las rectotomías anterior, posterior y laterales, y finalmente se raspó completamente toda la mucosa esclerosada.

El éxito fue superior á lo que se esperaba, pues el enfermo está hoy completamente curado.

TRAQUEOTOMIAS

OBSERVACIONES

1ª [1896]. Cirujanos, Dres. Londoño, F. Arango y C. Mejía.

Un niño sano, comiendo cañafístula dio un traspiés, y al llorar, un grano que tenía en la boca desapareció é inmediatamente vino un acceso de sofocación que calmó, pero que instantes después se repitió varias veces, amenazando la vida del niño.

A la auscultación se confirmó el diagnóstico de cuerpo extraño en la tráquea.

Operación.—Abierta la tráquea, al tratar de coger el cuerpo extraño atravesó la glotis y salió por la boca. A la media hora quiso llorar el niño y el aire penetró con tal fuerza en el tejido celular, que si el médico no quita las suturas, probablemente habría muerto asfixiado. Al día siguiente se cerró la herida con cerrafinas que se reemplazaron 36 horas

después con bandas de esparadrapo. La herida cicatrizó, quedando completamente bueno el enfermito.

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

2ª [1897]. Cirujanos, Dres. Mauro Giraldo y Maldonado.

Un niño de 5 años, comiendo *guamas*, tuvo un acceso de sofocación seguido de varios quintos de tos. El niño estuvo muy bien durante los 5 días siguientes, y al 6.º hubo fiebre y reapareció la tos. Dos médicos que lo vieron diagnosticaron, el uno bronquitis y el otro bronconeumonía y lo trataron durante algún tiempo.

A los 20 días que lo examinó el Dr. Giraldo, encontró: fiebre constante con remisiones cortas, enflaquecimiento, tos frecuente, estertores ruidosos á distancia, *cornage*, *tirage*, sonoridad de todo el pecho y disminución del murmullo vesicular en el pulmón izquierdo.

En un espacio cuadrilátero, debajo de la clavícula, hacia la articulación condrocostal de la 2ª costilla izquierda, pasaban todos los síntomas mórbidos. Aplicando la pulpa de los dedos se sentía vibrar algo extraño; auscultando se oía un estertor sonoro de baja tonalidad, y comparando con el lado opuesto se obtenía la seguridad de que el aire luchaba con un obstáculo. Diagnosticóse: cuerpo extraño en el bronquio izquierdo.

Operación.—Abierta la tráquea se comprobó con una cureta el diagnóstico; en un acceso de tos se presentó en la herida el cuerpo extraño—después de haberlo movilizado con la pinza de Collin,—pero en

la inspiración siguiente cayó otra vez al bronquio, del cual se extrajo con un gancho. El niño quedó sano.

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

NEURORRAFIA

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

X, 32 años, presidiario. Recibió—hace 11 años—una herida que interesó el nervio cubital en todo su espesor: perdió la sensibilidad de la región de la mano animada por este nervio, y los músculos correspondientes se paralizaron y se atrofiaron.

Operación.—Se hizo la sutura de las dos extremidades del nervio y se suturó la piel. La herida sanó *per primam.*

La sensibilidad volvió, pero en la cara interna de la 1ª falange del auricular hay hipoestesia, y cerca del borde interno de la región palmar hay hiperestesia. La parálisis y la amiotrofia persisten.

NOTA

Entre las operaciones importantes que no publico, citaré: una ovariotomía hecha en 1898 con buen resultado; una laparotomía para oclusión intestinal, también de este año, con curación; una laparotomía exploradora con mejoría; una histerectomía abdominal con muerte, y una kelotomía con curación. Estas observaciones no figuran en mi tesis, á pesar de haber hecho cuanto me ha sido posible, porque los Cirujanos *no han querido* suministrarme los datos.

El Dr. Mauro Giraldo ha tenido la amabilidad de ofrecerme varias observaciones, de las cuales re-

cuerdo en este momento: una histero-ovariotomía, una enucleación de un fibro-mioma, una extirpación de un fibroma poliposo *in extremis* y en estado puerperal, una pleurotomía y una kelotomía.

Siento profundamente que la premura del tiempo no me permita publicárselas y le doy mil gracias por su galantería.

La 1ª observación de trepanación la publico tál como me la dio el Dr. Tomás Quevedo.

CONCLUSIONES

De las operaciones precedentes se han hecho en el Hospital:

3 histerectomías abdominales, con 2 curaciones.
14 — vaginales, con curación.
2 ovariotomías, con curación.
3 curaciones radicales de hernia, con curación.
1 laparotomía para tuberculosis, con curación aparente.
1 histeropexia.
2 resecciones del maxilar superior, con curación.
1 resección del radio, con curación.
1 resección de 3 costillas, con curación.
1 resección de 1 costilla, con mejoría.
5 trepanaciones, con 2 curaciones.

A consecuencia de la operación no ha muerto sino un enfermo.

Las 4 histerectomías abdominales *totales con pedículo intraperitoneal* que figuran en esta tesis, son las primeras de Antioquia.

Creo, pues, que la cirugía está mejor servida en Antioquia y sobre todo en el Hospital de Medellín, que en el resto de la República: se opera con más

frecuencia y con mejor resultado. Esto se debe: á la habilidad de nuestros cirujanos, que es proverbial en Colombia, á la latitud y á la altura, á la pureza de la atmósfera y *á las mejores condiciones higiénicas del Hospital de San Juan de Dios, de Medellín.*

Hablaré brevemente de las operaciones más importantes.

La histerectomía abdominal es una operación excesivamente grave, muy larga, dificilísima; que requiere de parte del cirujano grandes conocimientos y que está *contraindicada* cuando hay muchas adherencias ó cuando éstas son muy resistentes, lo que desgraciadamente se ignora muy á menudo hasta que se ha abierto el abdomen.

La histerectomía vaginal no requiere mucha habilidad, se hace generalmente en pocos minutos y casi siempre cura los enfermos.

La tuberculosis peritoneal cuando no se cura, mejora mucho con la exposición al aire del órgano enfermo.

La laparotomía exploradora debe entrar de lleno en nuestra práctica, con mayor razón ahora que hemos visto neoplasmas inoperables disminuír de volumen con esta operación tan sencilla.

La laparotomía en casos de oclusión intestinal, es salvadora cuando se hace pronto. "Raras veces tiene uno que arrepentirse de haberla practicado; pero se arrepiente á menudo de no haberlo hecho ó de haberla practicado demasiado tarde."

Estas palabras de Dieulafoy se aplican con tanta exactitud á la laparotomía lateral en la apendicitis, como á la operación anterior.

La curación radical de hernias merece el nombre que lleva.

A pesar de tener muy pocas observaciones de trepanación, me atrevo á concluír:

1º Que en casos de epilepsia jacksoniana por compresión cerebral de origen óseo da casi siempre éxito completo la operación y es benigna;

2º Que cuando se ha diagnosticado tumor cerebral, el éxito terapéutico es más problemático y la intervención más grave;

3º Que la epilepsia esencial no es indicación absoluta de esta operación; y

4º Que en lo que han dado algunos en llamar epilepsia larvada, no está autorizado el cirujano para intervenir con una operación que puede costarle la vida al enfermo y que ni siquiera lo mejora.

La resección de los canales deferentes, como medio terapéutico, merece estudiarse más.

Llamo especialmente la atención sobre las histerectomías abdominales, la ligadura de la arteria ilíaca externa y el cateterismo retrógrado del uretero. No tengo conocimiento de que en Colombia se hayan hecho con tan buen resultado operaciones semejantes, exceptuando otra ligadura de la arteria ilíaca externa que hizo en Manizales uno de nuestros grandes cirujanos, el Dr. Tomás Henao.

Termino, señores, diciendo que en Medellín se opera *siempre que los enfermos lo permiten y siempre que la intervención quirúrgica está indicada.*

—

Imprímase. J. V. Maldonado.

CURACION RADICAL

de la hernia inguinal. Testículo ectópico hallado en el canal y fijado en la bolsa vaginal, continuándose con la cavidad peritoneal.

Segundo caso.

Marco A. Vinasco, natural de Quinchía, raza indígena, jornalero, de 20 años de edad, sin antecedentes patológicos dignos de anotarse. Sus padres, que aun viven, no es ninguno herniario. Refiere Vinasco que hasta la edad de 11 años sus órganos genitales eran normales; en esa época, y con motivo de un esfuerzo para levantar un peso, sintió un fuerte dolor que desde la cadera le llegó al testículo izquierdo; dice que tuvo la sensación de haber sido partido por la cintura, y que cayó al suelo en un estado sincopal, el cual duró como un cuarto de hora, pero que después pudo continuar su trabajo. Se asegura el paciente, después de reiteradas preguntas, en que este dolor coincidió con la desaparición de su testículo izquierdo, el que desde entonces no volvió á aparecer en la bolsa correspondiente. Aunque pasado el accidente pudo entregarse nuevamente á su trabajo, éste se hizo imposible pocos días después, porque al menor esfuerzo se cansaba y sentía un dolor en la ingle izquierda acompañado de sudor frío, deseo de vomitar y vértigo; con mucha frecuencia sentía fuertes picadas en el trayecto del canal inguinal, y notaba que un tumor se le bajaba á las bolsas, formando un cuerpo extraño del tamaño de un huevo de gallina, el que él mismo hacía desaparecer comprimiéndole hacia arriba. En una ocasión cuya época no puede fijar, se formó el tumor y no pudo reducirlo; tuvo entonces todos los síntomas de un

estrangulamiento y ya sus dolientes lo daban por perdido, cuando un médico pasó casualmente por la casa de campo donde vivía, y practicando, probablemente, el taxis, lo salvó.

Pasado algún tiempo tuvo otro principio de estrangulación, con motivo de haber montado á bestia largo rato, pero el paciente no puede fijar la época en que esto sucedió. Ultimamente viniendo de Anserma con destino á Manizales, encontró en el camino con algunos compañeros que lo hicieron cabalgar, pero á poco rato sintió los síntomas de la estrangulación, y tuvo que quedarse abandonado en el camino hasta que logró reducir su hernia. Alarmado ya por la repetición de estos accidentes, consultó con alguien que le aconsejó llevara un braguero, el que vino á comprar á mi Establecimiento; pero como el paciente fuera tan pobre que no pudiera costear su aparato, le insté que me mostrara su hernia y luégo le aconsejé que se hiciera operar, ofreciéndole llevarlo al Hospital, donde se ejecutaría la operación.

El paciente siguió mi consejo y fue admitido en el Hospital el 22 de Junio del año pasado, en donde pude examinarlo y notar lo siguiente: es un muchacho robusto, pero de facultades intelectuales mal desarrolladas; su testículo derecho es normal, pero la bolsa izquierda está completamente vacía; tocando en la dirección del canal, noté como en la mitad de su trayecto un punto algo duro y profundamente situado, sobre el cual la presión causaba dolor; llevando el índice al canal inguinal se podía invaginar el escroto al través del anillo externo, pero no se alcanzaba á tocar cuerpo alguno en dicho canal; te-

niendo mi dedo en el anillo y haciendo toser al enfermo, notaba el golpe de un cuerpo que se descolocaba; colocando de pie al enfermo y excitándolo á hacer algún esfuerzo, se notaba que á la bolsa izquierda descendía algún órgano, el cual se reducía con simples maniobras de taxis.

El diagnóstico era claro: se trataba de una hernia inguinal izquierda, con ectopia del testículo, probablemente en el canal inguinal. Todas las circunstancias que constituyen la indicación de una intervención sangrienta coincidían aquí: juventud, hernia simple, buen pasado patológico, profesión y, si se quiere, su mismo estado de pobreza.

Con el objeto de tonificarlo un poco y de hacer la asepsia de su piel, permaneció algunos días en el Hospital, sometido á un tratamiento tónico y dándose baños tibios generales; dos días antes de la operación se le hizo tomar un baño general antiséptico y un purgante salino; la víspera de la operación se cubrió la región con una compresa antiséptica; la pieza elegida en el Hospital fue previamente desinfectada.

El día 8 de Julio, á las 7 de la mañana, acompañado de los Dres. Toro, Uribe y Gómez Henao, se cloroformizó el paciente, y observando la más rigurosa antisepsia, después de rapar el pubis, practiqué una incisión de 12 centímetros en la dirección del canal inguinal, incisión cuya parte media correspondía al anillo inguinal interno; llegado que hube á descubrir las paredes del canal, lo abrí hasta el anillo inguinal interno, sobre una sonda acanalada; el saco

herniario se presentó á mi vista en el campo operatorio, y por el tacto sentí dentro de él un cuerpo extraño, redondeado y consistente; abrí dicho saco y hallé en su interior un testículo como de la mitad de su tamaño normal, pendiente del cordón y envuelto en un gran colgajo de epiplón herniado, el cual estaba adherido á las paredes del saco, aunque débilmente; llevé mi dedo por entre el saco y las paredes del canal, con el fin de limitar aquél hacia abajo, y noté que pasaba al través del anillo inguinal externo y penetraba en la bolsa escrotal; practiqué luégo el tacto digital por entre la cavidad del saco, y me convencí de que la cavidad peritoneal se continuaba libremente con la vaginal; durante esta maniobra se hernió gran parte del epiplón, el cual cubrí con compresas calientes; libré el testículo y el cordón de sus adherencias, y dividiendo el saco transversalmente, fijé su extremidad peritoneal con dos pares de pinzas, y me ocupé en volver el testículo á su lugar, lo cual conseguí con alguna dificultad; suturé la vaginal al nivel del anillo externo, y cautericé algunos pequeños colgajos que de ella quedaban, con tintura de yodo. Procedí luégo á ocuparme del saco, destruí sus adherencias externas con suma facilidad, el epiplón herniado estaba completamente libre de adherencias; resequé gran pedazo de dicho órgano después de colocar sobre su extremidad interna varias suturas en cadena, y reduje el muñón; hice penetrar mi dedo en la cavidad peritoneal para cerciorarme de que ningún órgano estaba adherido á la pared interna del saco, y practicando una fuerte tracción sobre éste, sirviéndome para ello de las pinzas que lo fija-

ban, puse en su base una doble ligadura en cadena con 4 hilos de seda, teniendo cuidado de dejar libre el cordón, resequé la parte de saco que quedó adelante de la ligadura, y reduje dicho saco; un ligero ruido como de válvula que cierra, me hizo comprender que el saco había abandonado el canal y penetrado en la cavidad; mi dedo pasado por el anillo interno me afirmó en esta creencia. Después de una completa hemostasis hice con seda una sutura profunda, comprendiendo las capas musculares y aponeuróticas, reconstituyendo el canal tan perfectamente como me fue posible y respetando el cordón que quedó por debajo de la sutura. Una segunda sutura con crin de Florencia, comprendiendo todo el tejido celular y la piel, y otra tercera muy superficial para mejor afrontar los bordes de dicha piel, pusieron término á la operación. Una curación antiséptica fijada con una espica de la ingle se colocó, y el paciente se llevó á su cama.

Lo único que dificultó la operación fue la colocación del testículo en la bolsa correspondiente, pues hubo necesidad de hacer tracciones sobre el cordón, y fijar luégo la glándula en su respectiva cavidad.

Las consecuencias operatorias nada dejaron qué desear, no obstante una ligera hipertermia como va á verse: en la tarde del día 8 el termómetro llegó á 38, el pulso á 99, y el día 9 hubo 39 grados en la tarde y 102 pulsaciones; esto se acompañó de dolor difuso en el vientre, y algo de timpanismo; una lavativa con glicerina que produjo una abundante evacuación, bastó para combatir estos síntomas. El día

10 el termómetro bajó á 37 y el pulso á 86, y no volvió á manifestarse hipertermia, no obstante una ligera supuración que al noveno día se notó al nivel del punto de sutura del ángulo inferior de la herida, la cual no tuvo consecuencia alguna.

No hubo necesidad de cateterismo; los puntos de sutura superficiales se retiraron al octavo día, á los 15 días se levantó el enfermo, y á pesar de su buena situación no se le permitió salir del Hospital hasta el 22 de Agosto, después de haberle colocado un vendaje ligeramente compresivo sobre la cicatriz; el testículo ha permanecido en la bolsa, es poco movible y no doloroso.

La resistencia de la cicatriz y las buenas condiciones en que se practicó la operación, dan derecho á esperar que se obtendrá una curación definitiva.

Se trataba en este caso de una hernia inguinal congénita, con testículo ectópico retenido en el canal. No creo en la relación del paciente en lo que atañe á la posición normal de su testículo hasta cierta época de su vida, y que luégo dicha glándula se hubiera descolocado: para mí la ectopia testicular era de origen congénita, lo mismo que la hernia.

Manizales, Enero 20 de 99.

J. T. Henao.

REVISTA DE CIENCIAS

(De *Le Correspondant*).

Más de veinte años hace que dije aquí mismo, que suponía los insectos, las moscas, los mosquitos, y puesto que hay que llamarlas por sus nombres, las pulgas

y las chinches &c. sernos perjudiciales porque nos inoculaban enfermedades contagiosas. Desde los trabajos de Pasteur podía ser admisible la idea de que los insectos podían ser el vehículo de microbios peligrosos.

Ahora, después de esta época ya bastante remota, las observaciones han probado que dichas opiniones, demasiado aventuradas entonces, eran sin embargo verdaderas. Los insectos son agentes de propagación y contaminación de las afecciones contagiosas y quizá de algunas grandes epidemias. Se principia en todas partes por hacer el proceso de los insectos y aun se llega á condenarlos.

Davaine ha demostrado que ciertas especies de moscas constituyen el agente de la propagación del carbón; y más tarde Manson hizo ver que la filariosis es una enfermedad caracterizada por la presencia en la sangre de un pequeño embrión nemátodo proveniente de una filaria adulta que se desarrolla en los vasos linfáticos; este parásito tiene necesidad como muchos otros de pasar por varios organismos para evolucionar y transformarse. Ahora bien, uno de estos organismos no es otro que un mosquito. El insecto pica la piel y va á llevar del uno al otro el parásito peligroso. Según Finlay, la fiebre amarilla no sería el resultado de una infección por el aire sino por la picadura de un mosquito; idéntico origen tendría entonces la fiebre palúdica. Se principia á asegurar que ciertos casos de fiebre tifoidea cuyos gérmenes no se han podido encontrar en el agua, son debidos á la picadura de los insectos ó al transporte de los virus infecciosos por las moscas. Robert Roch que acaba de

estudiar en el Africa del Sur la peste del ganado, admite sin restricción que esta enfermedad tiene por agentes de transmisión principal los mosquitos. La mosca vulgar, para volver todavía sobre este bicho, puede transmitir el virus de la peste y el virus del cólera. Yersin en su laboratorio de Hong-Kong ha encontrado casi todas las moscas invadidas por el bacilo de la peste. Observaciones análogas han sido hechas por Hankin para el cólera y por Hanshalter para la tuberculosis. Joly hace á las moscas responsables del botón de Dehli, de la oftalmía de Egipto, cuyo microbio sería llevado por las patas ó por la trompa del animal.

Veamos ahora lo que concierne á insectos más íntimos, y bueno sería meditar sobre los hechos que sucintamente vamos á relacionar. Hasta hace poco tiempo no sabíamos cómo se propagaba la peste que salta bruscamente de un barrio á otro, que abandona unas calles para llevar la muerte á otras. Un médico de la marina, Mr. R. le Simond, que estudió sucesivamente las epidemias de peste de las Indias, del Tonkin, de China &c., en una memoria notable nos comunica sus numerosas observaciones (*Anales de l' Institut Pasteur*, 1898, número 7).

Las conclusiones de M. Simond son verdaderamente curiosas.

La peste se transmite de hombre á hombre, pero no es por contagio directo como deben producirse las grandes epidemias. El mal estalla rápida y bruscamente, por todas partes á la vez, con una intensidad extraordinaria, aun en los barrios donde anteriormente no había sido señalado ningún caso; ahora bien, M.

Simond ha demostrado que las epidemias intensas aparecían después que una epidemia violenta había aparecido entre los ratones. Estos roedores mueren por millares; se encuentran sus cadáveres en las casas, calles &c. Muy bien pudiera creerse que los ratones fueran el vehículo del bacilo de la peste. Se explicaría así la rapidez de la extensión de esta enfermedad por todas partes. Y así debe ser por el estudio riguroso de la marcha de la epidemia. La peste del ratón precede la del hombre. ¿Y podrá preguntarse si este agente de transmision es peligroso? El ratón pasa por todas partes, se burla de todos los reglamentos sanitarios, invade los barcos como las casas, ninguna valla lo detiene en sus emigraciones. No es hoy día solamente cuando se supone á los ratones como medios de contagio porque en las Indias desde la antigüedad se llamaba la peste la "enfermedad de los ratones."

El ratón contrae la peste con una facilidad extrema; sin embargo no la contrae, según M. Simond, como se ha pretendido, por medio del polvo ó de los despojos cargados del bacilo de la peste. El modo de infección sería más singular. M. Simond cree que el ratón es contaminado por las pulgas. ¡Siempre los insectos!

M. Simond, lo mismo que otros, había notado que toda persona que cogiese el cadáver de un ratón durante la epidemia era en corto tiempo hombre perdido. La peste se apoderaba de él y no lo dejaba escapar. Con sólo tomar por la punta de la cola un ratón para hacerlo á un lado, la peste se declara inmediatamente; pero, cosa rara, si hace algún tiempo que el ratón ha muerto no hay que temer y se le puede tomar impunemente en la mano. Este pormenor tendrá su explicación. De otra parte, M. Simond observó en

un cierto número de pestíferos flictenas de tamaño variable; en los atacados de peste que perecen, el tamaño de las flictenas no es mayor que el de una lenteja, la cual se seca y desaparece. Algunas veces hay producción de un bubón que va hasta la gangrena y entonces se declara el carbón pestífero ó la peste negra. Estas pústulas se manifiestan en los puntos en que la piel es fina y delicada; en su contenido se halla el bacilo de la peste. La flictena aparece, pues, como la puerta de entrada del mal en el organismo. Cierto es que algunos atacados por la peste no tienen esas pústulas significativas, y en este caso la peste es fulminante. M. Simond cree que el virus ha sido introducido tan profundamente que por esa razón no ha habido pústula preliminar.

¿Qué puede producir estas picaduras en las regiones más finas de la piel? ¿Cómo no suponer que son las pulgas? El Dr. Sticker, miembro de la misión alemana venida á Bombay en 1897, haciendo autopsia de un pestífero fue pinchado en la mano por la aguda punta de un instrumento; dos días después apareció en el punto picado una pequeña flictena que contenía el bacilo de la peste, al mismo tiempo se desarrollaba un bubón. M. Sticker fue atacado por la peste, que felizmente terminó con la curación. El mismo accidente ocurrió en 1874 á dos médicos de la misión japonesa.

Ni el contacto del microbio cultivado ni el de la sangre del animal con peste pueden determinar un ataque de peste en el hombre ó en los animales. Parece ser, pues, verdadero que es por inoculación directa de un agente exterior por lo que el virus ha sido intro-

ducido en el punto donde la flictena ha sido mostrada, y es lógico creer en una intervención parasitaria. Además, M. Simond examinó las pulgas recogidas sobre los ratones atacados por la peste. Su estómago y sus intestinos rebosaban de bacilos. Fuera de esto M. Simond ha hecho desarrollar la peste en los ratones haciéndolos habitar con pulgas que contenían el microbio de dicha enfermedad. Ved ahí, pues, las probabilidades en favor de la inoculación del hombre y de los animales por la pulga pestífera.

Estas probabilidades vienen á ser más y más serias si se consideran los pormenores que precedentemente hemos señalado. Hemos dicho, el simple contacto de un ratón con peste y que acaba de morir transmite la peste; dicho contacto no es peligroso algunas horas después de la muerte. ¿Cómo explicar estos hechos? Los bacilos no penetran en el cuerpo ó no contaminan al hombre ó al animal por vía directa; es preciso, pues, una puerta de entrada. En el primer caso es bien sencillo: el ratón con peste está cubierto de pulgas que hormiguean en su piel en grande abundancia; cuando se toca el cadáver las pulgas se abalanzan y es imposible si se ha cogido el ratón evitar de convertirse en su huésped; con la pulga viene en seguida la peste. En el segundo caso, cuando se toca á un ratón muerto después de algunas horas las pulgas han partido y los instrumentos de inoculacion faltan. El gran peligro de un ratón muerto en una casa es que deposita los insectos por millares, los cuales se esparcen por el suelo, en los lechos y transforman bien pronto las piezas en focos de infección.

Se admirará el lector que las pulgas invadan tan completamente á los ratones. El ratón tiene por na-

turaleza la propiedad de desembarazarse de los parásitos; pero esto no sucede sino cuando está sano; si cae enfermo, descuida su aseo y cesa de defenderse contra la invasión de las pulgas, que se hartan con su sangre. No se tiene una idea de la sorprendente prolificación de las pulgas en ciertos medios. El Dr. R. A. Friemann en sus *Travels and life in Ashanti*, ponía un ejemplo de la rapidez con la cual las pulgas pueden desarrollarse. Durante su permanencia en Bontuka, en 1888, las pulgas introducidas por individuos venidos de la costa se multiplicaron con una intensidad tal en la barraca, que ha debido frotarse fuertemente para arrojar de sí los batallones espesos de estos insectos; en Africa Central no había anteriormente pulgas. El Dr. Baumann cuenta que muchas ciudades de las riberas del bajo Victoria fueron abandonadas por los indígenas en 1892 por la invasión de las pulgas. En Túnez, soldados franceses tuvieron que abandonar sus habitaciones. Cuenta el Dr. Catrin, que un día debía tener lugar un duelo en una de esas barracas entre dos soldados; fue necesario parar los combatientes que estaban invadidos por legiones de pulgas. A este propósito es bueno decir que el mejor medio de desembarazarse de las pulgas es regando los lugares en que se encuentran con agua. Algunos días después de esta práctica los insectos desaparecen.

Se comprende ahora cómo es que las pulgas invaden por millares á los ratones, sembrando en seguida la afección en todas partes. Puede preguntarse si tal no ha sido la causa de la explosión de la peste en Viena. Los ratones habían sido inoculados en el laboratorio de Bacteriología de la Universidad por virus virolentos para estudiar la inoculación. Los parásitos,

pulgas, chinches &c. han podido chupar su sangre y cargarse de bacilos, luégo saltar sobre el pobre chico de laboratorio y comunicarle la peste.

Este nuevo punto de vista facilita el esclarecimiento de los puntos obscuros del problema de la propagación de la peste; permite interpretar las observaciones en toda su generalidad, y no obstante exigen sin embargo confirmación, él aparece con tal grado de probabilidad, que es casi evidente. Se ve, pues, según los estudios de M. Simond que la peste se contagia de hombre á hombre sin que se sepa bien cómo, de ratón á ratón y del ratón al hombre por intermedio de los parásitos. Las medidas de profilaxia se deducen de sus conclusiones y deben ser dirigidas metódicamente contra cada uno de los tres factores: los parásitos, el hombre y el ratón.

HENRI DE PARVILLE.

ACTA

de la sesión del 22 de Noviembre de 1898 (extraordinaria).

(Presidencia del Dr. V. Peláez).

En la ciudad de Medellín, á 22 de Noviembre de 1898, se reunió la Academia de Medicina, á las 7 de la noche y en el local de costumbre, con asistencia de los Dres. Arango (Francisco), Bernal, Castrillón, Londoño, Maldonado, Ochoa, Peláez (Vespasiano), Restrepo (Ricardo), Tobón, Villa y Zea. Faltó sin excusa ninguna el Dr. Uribe (Juan de Dios), y debidamente excusados los demás.

Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

Se leyeron también dos notas: una del Sr. Gobernador, manifestando que está dispuesto á que se

haga la publicación, en folleto, de todo lo relativo á lepra, lazareto y Manicomio, siempre que la Academia suministre los materiales, y otra del Dr. Greiff, en que da las gracias por el ofrecimiento que se le hace de los *Anales* para la publicación de su obra *Fisiología é Higiene*, á la vez que dice aceptar tal oferta.

En seguida el Secretario informó que habiéndose pasado al estudio del Dr. Castrillón una nota del Concejo Municipal, relativa á reglamentación de la prostitución, dicho doctor había devuelto la nota con el proyecto del caso.

Leídas que fueron estas piezas, se abrió la discusión y el Dr. Arango propuso:

"Pase este trabajo al estudio de una comisión plural, para que informe en la próxima sesión".

Sostuvo el Dr. Arango su proposición, manifestando que, aunque juzga que el trabajo en cuestión es muy bueno, es conveniente que se medite mejor, por tratarse de un asunto de capital importancia para la sociedad.

El Dr. Londoño se adhiere á lo propuesto por el Dr. Arango, conviene en la importancia del asunto de que se trata y dice que de antemano le anota al proyecto algunos puntos defectuosos, tales como el relativo á penas; cree que lo mejor sería dividir en dos partes el trabajo que se discute: una en que se desarrolle la Ordenanza que crea la Casa de prostitución, en cumplimiento de lo deseado por el Concejo; y otra que reglamente dicho establecimiento, lo que es más bien asunto del médico que lo dirija.

El Dr. Castrillón manifestó que, aun cuando él se ha ceñido para este proyecto á lo que se ha hecho

en el país y en el extranjero en tal asunto, no se opone á la proposición del Dr. Arango.

Votada que fue dicha proposición, se aprobó, y en cumplimiento de ella fueron designados para estudiar é informar acerca del proyecto del Dr. Castrillón, los Dres. Arango y Londoño.

Acto continuo pidió la palabra el Dr. Maldonado para leer un trabajo del Dr. Tobón, sobre cáncer epitelial, tratado con brillante éxito por el ácido arsenioso en solución del 1 por 3, y acompañado de dos fotografías. Terminada la lectura manifestó que en un caso semejante que el mismo Dr. Tobón principió á tratar de la misma manera, en la ciudad de Antioquia, no se pudo comprobar el resultado obtenido en el primero, debido á que algún colega, alarmado quizá con la irritación que se produce en la parte enferma en los primeros días del tratamiento, por no conocer éste á fondo, ordenó suspenderlo y formuló otro distinto; y que aun cuando tal enfermo también curó, queda la duda de si fue con el primero ó con el segundo de los tratamientos empleados.

Luégo el Dr. Ochoa, en uso de la palabra, dijo ser él el colega á que aludió el Dr. Maldonado; que en cuanto á la primera observación nada tenía que objetar; pero que sí se veía en el caso de rectificar lo relativo al segundo punto relatado; que cuando él vio el último enfermo, no supo éste decirle cuál era el tratamiento que estaba siguiendo, porque el Dr. Tobón no había dado la fórmula, y que sintiéndose el enfermo peor, creyó de su deber suspender el tratamiento, indicarle alguna pomada que lo calmara un tanto, y aconsejarle viniera á esta ciudad para ope-

rarlo, si preciso era, en asocio del Dr. Tobón; mas que esto no se verificó, por haberse aliviado el enfermo, según informes.

El Dr. Tobón manifestó ser cierto no haberle formulado directamente al enfermo, lo que se debió á haber dicho de palabra á un sobrino del paciente, médico por añadidura, el método que debía emplear, con todos sus detalles.

En seguida el Dr. Londoño refirió que el yerbatero conocido con el nombre de Jesús Cárdenas empleaba para curar el cáncer el ácido arsenioso pulverizado, espolvoreado en la parte lesionada, y que alcanzó varios éxitos; refirió también que el Dr. Monteya y Flórez, en el Hospital de esta ciudad, hacía, en los mismos casos, uso del ácido arsenioso en solución; que él (Londoño) había hecho un estudio comparativo del tratamiento por el ácido arsenioso y por el clorato de potasa en polvo ó solución concentrada; que el primero obraba eficazmente en los tejidos fuertes, y que el segundo era preferible en órganos delicados como los párpados y el prepucio.

El Dr. Arango dijo no encontrar de nuevo en el tratamiento recomendado en la observación leída, sino la forma; que el arsénico obra según el grado de vitalidad de los tejidos, en lo que está de acuerdo con lo que acaba de exponer el Dr. Londoño.

En este estado la discusión, opinó el Dr. Villa que siendo el tema de que se trata asunto muy importante, convendría, antes de enviarlo á la imprenta, pasarlo á una comisión unipersonal para que, en vista de él, hiciera un estudio de todo lo relativo á tratamiento de cáncer epitelial, estudio que debía ser

publicado con el trabajo del Dr. Tobón, á manera de informe.

El Dr. Arango opinó que este era uno de los medios de hacer amenas é interesantes las sesiones de la Academia; que el otro eran las tesis señaladas de antemano para ser discutidas; y que así todos tendrían interés en no perder ninguna sesión, por el deseo de ilustrarse, más bien que por miedo á la multa.

En este estado el Presidente resolvió de acuerdo con lo solicitado por el Dr. Villa, y al efecto designó al Dr. Delgado para presentar dicho estudio.

Acto continuo el Dr. Londoño propuso:

"Pídase, por medio de una esquela, á los deudos de los miembros de la Academia que hayan muerto, los retratos de éstos, para colocarlos en el salón de las sesiones".

La sostuvo su autor, manifestando que lo importante es coleccionar los retratos de los que han sido miembros de la Academia, que á más de ser un adorno para los muros del salón, es un homenaje de respeto y cariño permanente que los miembros vivos rinden á los que ya han muerto. Tal proposición se aprobó.

En seguida el mismo Dr. Londoño propuso:

"Comisiónese á los Dres. Peláez (Vespasiano) y Uribe Mejía para que presenten á la Academia un proyecto de las medidas higiénicas que convendría adoptar para evitar la propagación de la tuberculosis en los Establecimientos de castigo de Medellín".

En apoyo de su aserto dijo el mismo Dr. Londoño que casi todos los presos que van enfermos al

Hospital son tuberculosos y que eso quizá depende de la acumulación de personas en locales estrechos, y de mala alimentación; y añadió que como los Dres. Peláez y Uribe M. deben ser muy conocedores de esto—por ser el primero médico de los Establecimientos de castigo, y el segundo higienista y profundo observador,—se había tomado la libertad de designarlos para el desempeño de esta comisión.

El Dr. Restrepo (Ricardo) modificó, añadiendo los nombres de los Dres. Arango y Maldonado; y habiendo sido sometida á votación, se negó, siendo á su vez aprobada la proposición primitiva.

En seguida el Dr. Arango dijo que se proponía hacer conocer de la Academia un caso de neumonía gripal, tratado con buen éxito por las inyecciones de suero artificial, en asocio de su colega el Dr. Bernal; mas habiéndoles exigido el Presidente que presentaran la observación escrita, convinieron en hacerlo así.

Y no habiendo otro asunto de qué tratar, se levantó la sesión á las 8½ de la noche.

El Presidente, V. Peláez.—*Teodomiro Villa*, Srio.

LA INSTRUCCION PUBLICA EN ANTIOQUIA

Del "Informe del Ministro de Instrucción Pública, al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1898" tomamos, con relación al Departamento de Antioquia, lo siguiente:

"El Departamento de Antioquia, como de ordinario, se ha distinguido en este medio tiempo por la seriedad con que trata el ramo de Instrucción Pública.

"Primero desempeñada la Secretaría del ramo por el Sr. Tomás Herrán, diligentísimo funcionario, y actualmente por el Sr. D. Luciano Carvalho, quien comprende lo que vale el negociado que tiene en sus manos, la educación pública, allí en su progreso, se sobrepone al de otras secciones de la República. También es cierto que ese progreso se ve favorecido por la inclinación nativa de los habitantes á proporcionarse medios para su cultura.

"33,600 alumnos inscritos en las Escuelas públicas en el último año establecen una comparación muy favorable con el guarismo de 31,491 que había en el que le precedió.

"No fue dado, sin embargo, á la Gobernación en el año que rige, á causa de circunstancias económicas é independientes de su voluntad, disponer la apertura de las Escuelas Normales, de las cuales, la de hombres había sido dirigida en el año anterior con enérgica inteligencia por el Sr. D. Angel María Díaz Lemos. El 'Colegio de Zea', que por disposición legal substituyó en el nombre á la 'Universidad de Antioquia', tiene asignado por el Departamento la suma de $ 55,000 en el bienio, á que debe agregarse la subvención nacional de $ 2,000 anuales que le corresponde conforme á la ley.

"Los estudios que se hacen en este Colegio profesional, lo mismo que los que se hacen en los Colegios oficiales de Letras del Departamento, como se puede notar por los jóvenes que vienen de Antioquia á la capital, sea á establecerse, sea á continuar estudios, son iguales, si no superiores, á los que se hacen en la misma capital.

"De la última estadística se obtiene el dato de 4,836 alumnos matriculados en Colegios oficiales y particulares, número que agregado al de 33,600 escolares da un total de 38,436.

"La 'Escuela de Artes y Oficios de Medellín,' en cuyo personal se gastaba anualmente $ 7,920, está suspendida temporalmente, pero hay esperanzas de restablecerla pronto. Coadyuvan al adelantamiento de los buenos estudios, en este Departamento, el Colegio de San Ignacio, dirigido por la Compañía de Jesús, y los seminarios de Medellín y de la ciudad de Antioquia. Al primero de estos Colegios lo subvenciona el Departamento con la suma de $ 11,040 anuales; al de San José de Medellín, con la de $ 1,833; al de San José de Marinilla, con la de $ 1,080; al Colegio de la Presentación en Salamina, con la de $ 960, y á los Talleres de San Vicente de Paúl, con la de $ 2,400.

"El Colegio de Santo Tomás de Aquino de Manizales, cuya formalidad de estudios es notoria, se sostiene principalmente con fondos nacionales, y es atendido además por el Departamento y el Municipio.

"Habiendo renunciado la dirección de este Colegio el Sr. D. José María Guingue y Carvalho, después de regentarlo por largo tiempo, formando en él jóvenes útiles para la sociedad y preparándolos debidamente para que siguieran cursos superiores, el Poder Ejecutivo, principiado el actual año escolar, nombró para el Rectorado al Sr. Pedro A. Arango, y para el Vicerrectorado, al Sr. Carlos Salazar, quienes desempeñan los respectivos cargos con el inte-

rés que sabe allanar dificultades para la marcha regular de un establecimiento docente.

"Tiene también señalada subvención nacional, en este Departamento, el Colegio de San José de Marinilla y el Colegio público de Sonsón, que han sido dirigidos con éxito igual al de los demás establecimientos de enseñanza secundaria en el Departamento."

LA BELLEZA Y SU HIGIENE

"Las mujeres bonitas mueren dos veces", ha dicho Fontenelle. Es cierto que la mujer tiene el deber de conservar, por todo el tiempo posible, la aristocracia de la belleza, es decir, la perfección hecha inteligible por medio de la forma. Permaneciendo, por mi parte, en el dominio puramente médico, como lo he hecho en mis diversas obras sobre la estética femenina, voy á dar á las amables lectoras del *Monde Moderne* algunos consejos prácticos exclusivamente basados en la experiencia diaria. Hoy les hablaré de la tez y de los cabellos.

Higiene de la tez. La tez es el elemento, frágil por excelencia, de la belleza facial. Importa, pues, saberla cuidar y rodearla de los cuidados indispensables. Todos saben cuánto influye la intensidad de la luz sobre la pigmentación de nuestra cubierta cutánea. Debido á esto los guantes, los paraguas, los velos, desempeñan un papel incontestable para la conservación de una piel clara. Aunque la tez curtida y el *pan de especias* de los japoneses, son proverbiales, las mujeres de las altas clases sociales poseen el tinte blanco rosado de las más encantadoras inglesas, pues salen raras veces, y cuando lo hacen se substraen á las influencias exteriores con velos espesos. Diré de paso que en los países de calor húmedo y de radiación luminosa viva es en donde se pigmenta la piel hasta llegar al color

negro. Los cubanos y los brasileros se quejan á menudo de estas coloraciones faciales y con razón atribuyen á su clima estos crímenes de lesa belleza. Contra estas teces anormales (feas sobre todo por sus desigualdades) he aconsejado con éxito el tratamiento siguiente: aplicar tres veces durante el día sobre la parte manchada una mezcla compuesta de partes iguales de jabón medicinal pulverizado, jugo de limón y agua oxigenada, durante veinte minutos, y luégo lavar con tintura de eucaliptus.

Toda medalla tiene su reverso. Muchas personas se lamentan porque tienen una piel demasiado pálida. La cara se envejece pronto y las arrugas trazan en ella surcos imborrables. En este caso prescribo los grandes baños tibios de salvado, agregando 60 gramos de ácido fénico por baño. Al interior prescribo en cada comida 20 gotas de tintura gelsemium, viburnum y jaborandi (partes iguales). Localmente preconizo las lociones frías de la cara con agua hervida mezclada á un poco de cloral ó ácido clorhídrico. Si las arrugas han comenzado ya su fúnebre labor de termes, se puede retardar la aparición de estas señales de decadencia con la untura siguiente: 60 gramos de tintura de bálsamo de la Meca, 20 gramos de glicerina y cuatro gramos de alumbre calcinado.

Las pieles transparentes, del tipo rojo ó veneciano, están particularmente predispuestas á las efélides ó pecas bajo la acción de los rayos del sol. En mi *Higiene de la belleza* he dado numerosas fórmulas contra estas manchas y por esto no las repito; pero sí quiero prevenir una vez más á mis lectoras contra las leches antiefélicas y otras preparaciones que están de moda: además de sus peligros, debidos al sublimado, estas preparaciones desempeñan, según mi opinión, el papel más importante en el brote importuno de los bigotes y otras producciones vellosas.

La congestión de la tez, muchas veces hereditaria, finalmente da lugar á los *barros*, esa pesadilla de toda,

las mujeres. Aquí el tratamiento es á menudo largo y minucioso; reclama paciencia y perseverancia, virtudes que raras veces son femeninas.....

Cuando la tez presenta tendencias congestivas es preciso evitar los placeres de la mesa, las comidas fuera de casa, la exageración en el régimen de la carne, el uso de la caza, de las ostras, de las conservas, de los alimentos grasos. Más vale no comer carne sino en una sola comida y contentarse en las otras con leche, huevos, legumbres, pastas. Se preferirán las carnes blancas y el pescado de agua dulce. Como bebida, la mejor es una cerveza de malta pobre en alcohol. Aunque el aire exterior parezca en ciertos casos agravar la congestión de la tez, hay que preferir á la reclusión una vida activa. Deben acostumbrarse por la mañana y por la tarde fricciones en todo el cuerpo con alcohol absoluto y un baño frío de ducha en los pies durante un minuto. Además prescribo cada mañana el uso de un polvo laxante compuesto de ácido benzoico, bicarbonato de soda, fosfato de soda, azufre lavado y magnesia pesada, en partes iguales (una cucharada cafetera, en un poco de té ligero). Antes de cada comida hago tomar diez gotas de una tintura compuesta de ergotina, nuez vómica, digital, hamamelis é hidrastis, en partes iguales.

Localmente es preciso hacer varias veces al día fricciones *muy calientes* con una solución concentrada de hiposulfito de soda. Este tratamiento estimula la circulación, depura las glándulas sebáceas, desirrita la dermis y la limpia. Pero si existen varicosidades (desarrollos de vasos) no se podrían destruír sino suprimiéndolas radicalmente. Este período avanzado de los *barros* está, pues, exclusivamente bajo la dependencia de la pequeña cirugía.

Siempre que la piel está inflada, roja, caliente, picante y pruriginosa, es preciso lavarla con agua boricada

concentrada tibia ó untarla de cold-cream bien fresco, con un cincuenta por ciento de óxido de zinc. Así se calma la irritación aguda mejor que con cataplasmas.

Es así como yo procedo en la eczema. Caracterizada las más de las veces por una irritación vesiculosa de la piel, con exsudado de serosidad, la eczema reclama emolientes exclusivos en su período agudo é inflamatorio. Sin embargo yo la he visto desaparecer con frecuencia debido á las lociones de agua destilada de hamameiis mezclado con ácido salicílico en igual cantidad, desde que la irritación aguda ha calmado.

¡Cuántas veces he visto la eczema de la cara causada por el empleo de mal jabón, de una agua de tocador irritande ciertos polvos de arroz ó crema llamado *de belleza*, por el empleo habitual de las tinturas, de los epilatorios, &c.! Y hay qué saber descubrir estas causas locales, porque nuestros clientes parecen de la escuela de Avinain, pues no quieren confesar nada.

Fuera de las causas locales, un estado general defectuoso predispone evidentemente á las erupciones eczematosas. El mal estómago y, sobre todo, la constipación habitual se encuentran entre sus causas determinantes. Pero la eczema ataca, sobre todo, á las personas artríticas, venidas de padres gotosos ó reumáticos, jaquecosos, asmáticos, hepáticos, diabéticos, &c. El uso del pescado de mar, de los moluscos, de los crustáceos, de las confituras y confecciones saladas, de las carnes negras, dé los quesos fuertes y de las conservas en general, predispone estos sujetos á las erupciones. Entre los medicamentos que producen erupciones cutáneas, hay que citar, sobre todo, los yoduros y los bromuros, la antipirina y el cloral.

En fin, es incontestable que un choque moral violento, puede, por el intermedio del sistema nervioso, nuestro gran rector orgánico, solicitar la aparición de la eczema,

La presencia del azúcar en la sangre, los sudores ácidos ricos en ácido úrico, las alteraciones de nutrición local causadas por las varices, se encuentran también entre las causas de esta dermatosis, la cual, por ser tan común, puede definirse: la piedra angular de la dermatología.

La eczema no sólo ataca la estética femenina, sino que, por las irritaciones que ella determina, trae consigo el insomnio, el agotamiento nervioso, la flacura. He visto también que la exaltación ó la depresión psíquica puede llegar hasta la locura y el suicidio.

Fuera de un tratamiento general apropiado á la causa presunta de la eczema, hay que calmar los hormigueos, cosquilleos y picazones. Por esto los enfermos reclaman desde el principio la intervención del especialista. Tres veces por día hago tomar un cachet, compuesto de 0.50 gr. de salófeno y 0.50 gr. de cloruro de calcio. Localmente prescribo unturas de glicerolado tártrico, para extender después una mezcla de dos terceras partes de almidón y una de carbonato de magnesia. Desde que la piel se deseca y se exfolia, reemplazo esta medicación local por unturas de aceite de lino salicilado.

Las eczemas de los labios son, sobre todo, desagradables y rebeldes. Traen consigo hendeduras dolorosas y cuando el labio sufre tracción y se hiende, la más dulce sonrisa se transforma fácilmente en una diabólica mueca. ¿Porqué el labio inferior es el más sujeto á las irritaciones? Porque su revestimento es más delgado y su mayor inversión lo expone más á las influencias exteriores.

Un pequeño consejo de paso: no conozco costumbre más estúpida que la que consiste en morderse y chuparse los labios á cada momento, con el objeto de engrosar y enrojecer estos órganos. Este vicio desgraciado es una causa de las más frecuentes de eczema labial.

En ciertas personas nerviosas se observan algunas ve-

ces sudores coloreados sobre la piel de los párpados. Esto es lo que se llama *cromidrosis*. Esta extraña afección se cura con una untura compuesta de 1 gramo de ácido fénico y 60 gramos de glicerolado de almidón.

¿Qué hacer cuándo las cejas caen? Se observa á menudo que al mismo tiempo que los pelos se atrofian y se erizan, la piel de la región surciliar se vuelve roja, hendida y granulosa. Esta es la *keratosis* vellosa, más acentuada durante el invierno que en el estío y común en las mujeres linfo-artríticas Las curas con aguas sulforosas y las unturas de glicerina boratada mezclada á una cuarta parte de aceite de enebro triunfan de esta desgraciada alopecia, que nos servirá de transición para dar *algunos consejos sobre la higiene de la cabellera.*

La caída de los cabellos se evita teniendo cuidado de no comprimir jamás el cuero cabelludo y de prescindir principalmente de los adornos demasiado pesados ó demasiado compactos que impiden la circulación y nutrición local del bulbo velloso. El rizado y la ondulación que ejercen tracción constantemente sobre el cabello son causas poderosas de calvicie para el sexo femenino ---

Las lociones acuosas hacen caer las más hermosas cabelleras; las lociones alcohólicas las endurecen y las ponen blancas; los cuerpos grasos irritan el cuero cabelludo y predisponen á la seborrea. Una gran causa de calvicie para el sexo femenino reside en las tinturas, sobre todo en aquellas que tienen por base el agua oxigenada ó nitrato de plata, las primeras principalmente, que están tan á la moda. En todo tiempo los estetas han alabado los cabellos flavescentes. Notemos que la palabra inglesa *fair* significa á la vez *hermoso y blondo.*

En cuanto á la acción de las tinturas sobre la caída de los cabellos, es cosa reconocida desde la antigüedad.

Ausone refiere que el escultor Miron, mal recibido por

la cortesana Laïs, atribuye su desgracia á sus cabellos blancos: él se hizo teñir y se presentó á la hermosa bajo el aspecto de un joven. Pero Laïs lo desechó alegremente, diciéndole: "Eres un tonto, ¿cómo puedes pedirme lo que no he concedido á tu padre?".

Esta ligera historia se dirige también al bello sexo. Jamás ninguna tintura podrá armonizar con el rostro: una mujer teñida lleva (según dijo otro antiguo) la mentira sobre su cabeza.

DR. E. MONIN.

NOTAS

I

EL DR. JUAN B. MONTOYA Y FLÓREZ.—Este distinguido amigo ha optado el grado de doctor en la Facultad de París. La tesis presentada para el doctorado y que versa sobre "Los Carates" en Colombia, ha merecido grandes elogios de ilustres dermatologistas europeos, y tenemos noticia de que en los exámenes de grado obtuvo el Dr. Montoya la más alta calificación de la Facultad. Recientemente ha estado el Dr. Montoya visitando los hospitales de Viena, Roma, Budapest y Londres y es probable que regrese á Colombia en este año. El Dr. Montoya, que ha sido redactor de este periódico, miembro distinguido de la Academia, profesor de clínica quirúrgica en la Universidad de Antioquia, merece las más entusiastas felicitaciones por sus últimos triunfos, que son el resultado de esfuerzos constantes y meritísimos de su inteligencia en provecho de su nombre y de la Patria.

II

No dejaría de ser muy útil como medida higiénica y moral, que el Gobierno ó la Municipalidad dispusieran lo conveniente, á fin de que la plaza de mercado de Flórez sirviera para otra cosa mejor que para depósito de varias clases de basuras que es para lo que hoy sirve. La higiene

y la moralidad públicas exigen que eso cambie. Cerca de esa plaza viven hoy muchas familias honorables y no es justo que la Municipalidad ó el Gobierno las expongan á peligrosas infecciones.

—Quizá se podría hacer de esa plaza un buen teatro ó un parque. Se nos ocurre también que ya que el Tesoro Municipal es pobre, podría la Municipalidad vender el privilegio de esa plaza, para que construyeran casas de habitación y utilizar el dinero adquirido así, en principiar trabajos sobre la tubería de hierro para la conducción de agua limpia á la ciudad. Decía Míster Jones, aquel distinguido ingeniero que vino á trazar el Ferrocarril, que él creía más útil la tubería de hierro que el Ferrocarril mismo. Si se atiende á que lo más esencial en el mundo es la conservación de la salud, el americano Jones tenía muchísima razón en decir eso. Que no hay dinero suficiente para hacer la tubería. Pues comiéncese por algo, por el presupuesto, por el plano, por cualquier cosa que indique que ya nos preocupa el asunto. El dinero vendrá de un modo ó de otro, porque no nos hemos de estar toda la vida bebiendo agua sucia. ¿Cómo es que no haya de venir una Municipalidad que resuelva este punto de vital importancia para la ciudad? Hacemos estas advertencias con el mayor respeto al Gobierno y á la Municipalidad en nuestro carácter de médicos y ciudadanos contribuyentes *directa* é indirectamente al Tesoro Municipal.

III

Otro asunto ya varias veces tratado y nunca atendido: el del Lazareto. Las Asambleas votan la partida para el caso y la partida se queda en el presupuesto, escrita. Mientras tanto la lepra sigue aumentando en el Departamento de una manera alarmante. Sr. Gobernador, Sr. Secretario de Gobierno: pongan Uds. remedio á esto y habrán hecho un gran favor á Antioquia y á la humanidad. Hay que ha-

cer á un lado los intereses individuales en nombre de la humanidad y del porvenir de nuestra raza. Pensar en que los Congresos ó el Gobierno general legislen y ejecuten lo relativo al Lazareto nacional, es una triste ilusión. Si no hacemos aquí uno nuéstro, nos parece que nos quedaremos sin refugio para nuestros desgraciados hermanos del Departamento. La Academia viene trabajando desde los primeros días de sus sesiones en este asunto del Lazareto y no ha sido atendida. El Dr. Uribe Angel, el Dr. Londoño, el Dr. Francisco Arango y todos los miembros de la Academia, cuál más, cuál menos, han trabajado por que se haga el Lazareto; el público que se ha dado cuenta del peligro en que está Antioquia, está justamente alarmado y pide que se proceda cuanto antes al aislamiento de los leprosos. La Academia ha excitado nuevamente al Gobierno del Departamento para que, en vista de la propagación alarmante de la lepra, se digne proceder lo más pronto posible al establecimiento del Lazareto. Toca, pues, al Gobierno tomar á lo serio este importantísimo asunto.

En un artículo muy interesante del *P. P. Rabagliati* publicado en *El Repertorio Colombiano* del mes de Diciembre hay datos de grande importancia sobre los lazaretos de Bergen. En primer lugar hay el dato de que en Noruega había de cuatro á cinco mil leprosos hace medio siglo; y que hoy, debido al aislamiento, apenas hay seiscientos. Luego la sorpresa del ilustre Hansen al saber que en Colombia había hoy treinta mil leprosos, cuando á fines del siglo pasado apenas había ciento!

Realmente es inconcebible semejante descuido por parte del Gobierno de Colombia. Y si es cierto que en Antioquia sí trabajamos con empeño por el progreso material é intelectual, ¿cómo es posible que vamos á descuidar la solución del problema más interesante que nos ha planteado la propagación de la lepra?

En cuanto al punto en que deba establecerse el Lazareto, la Academia está lista para indicarle al Gobierno varios. Esto es más fácil de lo que parece. Las poblaciones y las gentes se alarman con la vecindad del Lazareto, porque ignoran que éstos no tienen inconveniente alguno ni aun en los alrededores de las grandes ciudades como están los de Noruega. "El punto principalísimo, dice Hansen, se reduce al aislamiento verdadero y absoluto; es esto lo capital. Hecho esto, LOS LAZARETOS ESTÁN BIEN EN CUALQUIER PARTE." Esto mismo habíamos sostenido nosotros en alguna de las sesiones de la Academia. De suerte que esto no es tan difícil de resolver, tanto más cuanto la Academia asume la responsabilidad científica que le corresponda cuando se trate el punto.

IV

Vamos á referir un caso que nos ha llamado la atención. Dejamos los comentarios á nuestros colegas. Estábamos en el campo, en Diciembre, alejados de todo trabajo intelectual y por consiguiente ajenos al ejercicio de la profesión; pero llegó un día á nuestra casa una pobre mujer á suplicarnos que le fuéramos á ver un hijo á quien le habían dado unos garrotazos y "que de resultas de eso estaba con mucha fiebre y hacía cuatro días que estaba también con fríos". Fuimos á ver al enfermo. Era un mozo como de 24 años, alcohólico, y que tenía una pleuresía traumática, con un derrame tan considerable en el lado derecho, que éste estaba cuatro dedos más alto que el lado izquierdo. Como estábamos distantes de recursos y no teníamos instrumentos para extraer el líquido, y el enfermo era además muy pobre, nos limitámos á decirle á la madre del muchacho que le diera un poco de café con ron por cucharadas, para sostenerle un poco las fuerzas, y que si podía fuera á buscar un médico á la población más inmediata. A los dos días, volvió la mujer á suplicarnos que le viéramos de nue-

vo al muchacho. Fuimos y lo encontrámos arrojando grandes cantidades de pus por la boca. A las 24 horas estaba el lado derecho al mismo nivel del lado izquierdo, el muchacho respiraba muy bien y los signos físicos comenzaban á desaparecer marcadamente. Cuatro días más tarde pasábamos por la casa del enfermo y preguntámos por él; nos dijeron que estaba en una casa vecina. Fuimos á buscarlo y lo hallámos bebiendo aguardiente y perfectamente bien de su enfermedad!

V

A la observación publicada por el Sr. Dr. Obdulio Toro en su tesis y relativa á una operación de ovariotomía practicada por los Dres. Montoya y Flórez, Londoño y nosotros, vamos á permitirnos hacer algunas ampliaciones que creemos necesarias. La historia de este caso es interesante. Al ausentarse para Europa el Dr. Rafael Pérez, y hace esto cuatro años, nos recomendó que le atendiéramos á una de sus enfermas. Cuando vimos por primera vez á la señora recomendada, le manifestámos que poco más podíamos hacer nosotros para mejorarla, porque en su caso lo que debía hacerse era una operación de ovariotomía. Díjonos entonces la señora que al regreso del Dr. Pérez resolveríamos la operación. Cuando regresó el Dr. Pérez, hablámos largamente sobre el asunto y recuerdo que nos dijo esto: "Veo que en el caso presente no podría intentarse la operación por varias razones: 1ª Porque esta señora está muy agotada y de edad avanzada; 2ª Porque la naturaleza del tumor no deja de ser dudosa. ¿Quién quita que al lado de los que parecen quistes haya también otros de naturaleza cancerosa? La edad de esta señora (64 años), la debilidad en que se encuentra y la predisposición al cáncer en nuestra raza me parece que contraindican la operación." Entendemos que después de estas razones dadas por el Dr. Pérez se entendió con el Dr. Londoño para ver de nue-

vo á la enferma. Nosotros insistímos en que no había otra cosa que hacer sino la operación. Después de esto hicimos con Londoño una punción exploradora y extrajimos un líquido, color de chocolate, en bastante abundancia. Luégo hicimos otra con el Dr. Pérez y recordamos que tuvimos gran dificultad en atravesar con el trócar la pared de uno de los quistes, incidente que desanimó más y más al Dr. Pérez. Pocos días después de esto murió el Dr. Pérez y la enferma volvió á llamarnos. La encontrámos en una situación desesperante: la opresión era extraordinaria; hacía varias noches que no dormía, no podía acostarse, estaba sumamente debilitada y nos pedía que siquiera le quitáramos la opresión. Le dijimos esto: la dificultad que Ud. tiene para respirar es debida á dificultades mecánicas que no cesarán sino extrayendo los quistes. Creemos inútil otro tratamiento. Si Ud. consiente en dejarse operar le advertimos que su vida corre grandes peligros. Puede morirse en la operación misma y es posible que no resista el cloroformo. Pero mejorándole á Ud. un poco el estado general, es posible que la operación tenga buen resultado. En todo caso: si Ud. se deja operar, puede salvarse, aunque son pocas las probabilidades; si no se deja operar, Ud. se muere irremisiblemente y con grandes sufrimientos. La enferma, que es una señora muy inteligente y muy valerosa, nos contestó que iba á pensar un poco más el asunto y que nos avisaría. Le advertímos que antes de resolver nos permitiera llevar al Dr. Montoya y Flórez, cirujano en quien nosotros teníamos gran confianza para que él emitiera su opinión en el asunto. El Dr. Montoya fue dos veces, examinó á la enferma cuidadosamente y le manifestó que su opinión era enteramente igual á la nuéstra. Resolvióse la señora á la operación y nos pusimos de acuerdo los Dres. Londoño, Montoya y nosotros; fijámos el día para la operación é hicimos todos los preparativos necesarios. Dos días antes de la operación le hablámos á un distinguido colega, para

si quería asistir á la operación y nos manifestó que nos agradecía mucho, pero que él creía que esa señora se moría en la operación ó poco después y que lo excusara de asistir. La noche víspera de la operación se presentó á nuestra casa un amigo á manifestarnos que ojalá desistiéramos de la operación; que en la calle estaban hablando mucho y que había oído decir que eso iba á ser un asesinato quirúrgico. Le contestámos que nosotros en nuestra profesión y en nuestra conducta pública y privada acostumbrábamos hacer lo que creíamos indicado por nuestra conciencia y que hacíamos todo según nuestro leal saber y entender sin preocuparnos de lo que opinaran los demás. Que, por otra parte, nosotros no íbamos á hacer esa operación por ensayo, pues Montoya, Londoño y nosotros habíamos hecho operaciones de ovariotomía; que tampoco entraba para nada el interés pecuniario, porque todos trabajaríamos gratis y por simpatías á la enferma y á su familia. Comenzámos la operación al día siguiente de esto á las siete de la mañana. Montoya y Flórez operaba en Jefe, Londoño lo acompañaba, y nosotros nos encargámos del pulso. Estaban presentes los jóvenes Tomás Quevedo Alvarez, Ernesto Rodríguez y Lázaro Uribe que hacían de practicantes. Poco después de estar cloroformizada completamente la enferma se dio principio á la operación. Como á los diez minutos, de comenzada el pulso se hizo casi imperceptible. Le aplicámos inyecciones de cafeína y de brandy y mejoró por un momento. Durante el tiempo que se empleó en la operación no pasaban quince minutos sin que el pulso se hiciera imperceptible y sin que la enferma diera señales alarmantísimas de muerte. Eso fue un continuo sobresalto durante tres horas. Le pusimos como veinte inyecciones de brandy. Recordamos que como veinte minutos antes de terminar se volvió Montoya hacia nosotros con una gran impasibilidad y nos dijo: "Zuleta, la señora como que está muriéndose? Eso parece, le contestámos mientras cargábamos una je-

ringa hipodérmica con brandy. Pero al fin y al cabo terminó la operación y salimos de la casa de la enferma á las once del día. Veinte días después estaba la señora en pie, sin haber tenido ni fiebre, ni incidente alguno que reclamara intervención. No hubo ni necesidad de sondearla para extraerle la orina, pues esta función se operó espontáneamente. Hace esto año y medio. La señora se encuentra perfectamente bien!

VI

Publicamos con mucho gusto la nota recibida de la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales de Bolivar; Sociedad con la cual ha conservado la Academia de Medellín las más cordiales relaciones y á la que desea la mayor prosperidad.

Nº 54.—República de Colombia.—Departamento de Bolívar. —Cartagena, 28 de Noviembre de 1897.—Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bolívar.

Sr. Secretario de la Academia de Medicina de Medellín.

Tengo el honor de participar á Ud. que esta Sociedad eligió en sesión de 30 del pasado para dignatarios en el período que comienza en 11 de Noviembre del presente año, á los miembros que se expresan en seguida:

Presidente, Sr. Dr. Nicolás M. Paz.

Vicepresidente, Sr. Dr. Manuel Pájaro H.

Secretario, Sr. Dr. Rafael Calvo C.

Subsecretario, Sr. Dr. Constantino Pareja G.

Tesorero, Sr. Dr. Teofrasto A. Tatis.

Bibliotecario y Agente general de la *Gaceta Médica*, Sr. Dr. Antonio R. Blanco.

Sírvase comunicarlo así á la ilustrada Corporación de que Ud. es digno Secretario y aceptar al mismo tiempo la expresión de mi consideracion más distinguida.

Atento S. S. del Sr. Secretario, *Rafael Calvo C*, Srio.

Medellín, Febrero, 1899. EDUARDO ZULETA.

LEY 51 DE 1898

(15 DE DICIEMBRE)

sobre Prensa.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Disposiciones preliminares.

Art. 1º La prensa es libre en tiempo de paz; pero responsable con arreglo á las disposiciones de la presente Ley.

Art. 2º Ninguna empresa editorial de periódicos podrá recibir, en ninguna forma, subvenciones de Gobierno ó Compañías extranjeras, ni del Gobierno Nacional ó departamental, sin permiso del Poder Ejecutivo, en tratándose de auxilio extranjero, ó del Congreso si es subvención del Erario del país. Quedan exceptuadas de esta regla las publicaciones de carácter puramente científicas.

Art. 3.º La infracción á lo dispuesto en el artículo anterior hace incurrir al Director del periódico que recibe la subvención, en una multa igual al doble de la cantidad recibida, sin perjuico de la responsabilidad en que incurre el funcionario que otorgó indebidamente el auxilio.

Art. 4.º Todo impreso llevará inscritos la fecha y el lugar de su publicación y el nombre del establecimiento en que se hubiere editado, bajo pena de diez á veinticinco pesos de multa, que podrá convertirse en arresto por cinco á doce días, en caso de que haya reincidencia en un plazo de seis meses.

Art. 5.º Todo dueño, administrador ó encargado de establecimiento tipográfico, de grabado, &c., queda obligado á enviar al Ministerio de Gobierno, al Gobernador del Departamento respectivo y al Prefecto de la Provincia, dentro de los tres días subsiguientes á la publicación de todo libro, folleto, revista, periódico, hoja volante, grabado, &c., un ejem-

plar de tales producciones, el cual circulará libre de porte por las estafetas nacionales. A la Biblioteca Nacional se enviarán tres ejemplares.

La contravención á lo dispuesto en este artículo hará incurrir al responsable en una multa de diez á cincuenta pesos, que impondrá cada uno de los funcionarios nombrados á quien se omitiere el envío.

El empleado que reciba las publicaciones acusará recibo al remitente y las conservará cuidadosamente.

Art. 6.° Todo propietario de imprenta queda obligado, al entrar á regir la presente Ley, á hacer una declaración á la autoridad política del lugar, en que conste su nombre, el del establecimiento de su propiedad y el lugar en que está situado. Igualmente debe darse aviso de todo cambio que ocurra en lo futuro á este respecto, y de los establecimientos nuevos que se funden.

Prensa periódica.

Art. 7° Todo periódico puede publicarse, sin necesidad de autorización previa, con la simple declaración hecha ante la primera autoridad política del lugar, en que se exprese:

a) El título del periódico y el modo de publicación;

b) El nombre, domicilio y nacionalidad de su Director;

c) La indicación del establecimiento en que va á imprimirse.

Todo cambio en estas condiciones debe anunciarse á la misma autoridad en un plazo de cinco días.

La declaración debe hacerse en papel sellado de primera clase, y se expedirá recibo de ella al ser presentada.

Art. 8.° Para ser Director de un periódico que se ocupe en política del país, se necesita de la condición de ciudadano colombiano.

Art. 9.° La contravención á lo dispuesto en el artículo 7.°, se castigará con multa de veinte á cincuenta pesos, que

(*Continuará.*)