REPUBLICA DE COLOMBIA.—DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

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

AÑO XI | Medellín, Abril 20 de 1903. | Nos. 7 y 8.

PRINCIPIOS GENERALES DE LA CIRUGIA ACTUAL

Conferencia inaugural en la nueva sala de operaciones del Hospital de San Juan de Dios, en Medellín.

SEÑORES: Las operaciones no pueden ejecutarse en todas las condiciones de éxito, sino en locales especialmente construídos y arreglados con este objeto, y donde se encuentra el mobiliario quirúrgico apropiado y todo el material necesario á la asepsia y antisepsia.

Muchos años transcurrieron sin que tuviéramos en este Hospital una mala sala donde operar, y teníamos que ejecutar las más graves intervenciones en un corredor, exponiendo las vísceras de los pacientes á todas las variaciones atmosféricas, y especialmente á una baja temperatura; los instrumentos y demás materiales expuestos á infectarse con el roce de los vestidos de los espectadores, muchos de ellos alumnos de los anfiteatros anatómicos y de medicina operatoria. A pesar de esto, vosotros sabéis cuán halagüeña es la estadística integral de las operaciones ejecutadas en este Hospital, y cómo habéis asistido á verdaderas resurrecciones de heridos moribundos y terriblemente infectados.

De hoy en adelante tendremos la satisfacción de veros asistir á las sesiones operatorias con la mayor comodidad.

Como esta sala de operaciones deja poco qué desear en las condiciones higiénicas y de luz, para conducir á buen fin toda clase de intervenciones de la Cirugía moderna, no dudamos que la estadística de las operaciones practicadas en tan buenas condiciones de localidad, sea

una serie ininterrumpida de brillantes curaciones, siempre que la determinación de la indicación operatoria sea justa y precisa, y que la más rigurosa asepsia presida en el material operatorio y en el cirujano y sus ayudantes; pues en las operaciones, la infección es la causa principal de la muerte.

Las leyes de la asepsia son absolutas, y el cirujano debe respetarlas y hacerlas observar del modo más severo y estricto, como consigna militar.

La asepsia es un bien inapreciable para la humanidad, y Pasteur, estableciendo por experiencias memorables el origen microbiano de la septisemia gangrenosa y la causa de la infección de las heridas, ese enemigo terrible y mortífero contra el cual se estrellaban sin esperanza los más hábiles cirujanos de antaño, merece eterno reconocimiento y admiración de los hombres; lo mismo que el ilustre Lister, quien aplicó á la Cirugía los inmortales descubrimientos de Pasteur, estudiando los medios prácticos de alejar del campo operatorio los gérmenes infecciosos y dictando el primero á los cirujanos de todo el globo las leyes de la antisepsia.

La vulgarización del método listeriano fue para la Cirugía una verdadera renovación.

Los cirujanos del período preantiséptico perdían la mayor parte de sus operados aun después de intervenciones insignificantes, que parecían sin gravedad. La extirpación de un pequeño lobanillo de la cabeza era tan temible como una amputación del muslo, y se complicaba frecuentemente de erisipela ó de una septisemia mortal.

En tiempo de estos desastres operatorios, las afecciones más frecuentes en los servicios de Cirugía eran: la podredumbre de hospital, la septisemia gangrenosa, la erisipela, el tétanos, los accidentes puerperales y la supuración inagotable de los infelices amputados. Por esto, hasta hombres dotados de un temperamento quirúrgico superior, como Maisonneuve, extremadamente hábiles y brillantes en sus operaciones, acabaron por abandonar la Cirugía, aterrados por la mortalidad espantosa de sus operados. Aptitudes tan excepcionales debían desgraciadamente estrellarse contra un escollo inexorable, la septisemia en todas sus formas: infección purulenta, gangrena &c.

En los hospitales se empleaban para los desgraciados operados las hilas sacadas lentamente por los ulcerosos y los convalecientes; los vendajes, de sábanas viejas, envueltos por enfermeras de limpieza dudosa, en sus ratos de ocio; después de poner fomentos, cataplasmas y lavativas, ó de vestir los muertos.

En las operaciones se *cabeceaban* las *venas* con cordonetes ó *cairos* encerados, á lo zapatero, por enfermeros ó practicantes que hacían las autopsias y recocían los muertos, y sin cambiar de vestido y con las manos sucias ó apenas lavadas con rapidez en la fuente, venían á ayudar en las operaciones; generalmente ejecutadas por un operador de barbas exuberantes é indómitas, en mangas de camisa, con instrumentos encebados y mohosos, conservados en estuche de cuero.

En esos tiempos la mesa de operaciones no era sino la primera etapa hacia el depósito ó sala de los muertos, siempre abundantemente provisto. El soplo pestilencial y maldito de la infección se manifestaba en todas sus formas diezmando los operados!

En nuestros tiempos sería perfectamente criminal el intervenir en una operación después de haber estado trabajando en el cadáver; como lo es intervenir en un parto normal, después de lavar una mujer con infección puerperal, ó curar una erisipela ó una herida infectada y supurante; aun cuando las manos se hayan purificado con permanganato, bisulfito de sosa, alcohol y sublimado, siempre queda la duda, y si el paciente muere de infección, la causa es clara (1).

Es cierto que hilas y vendajes arreglados por los ulcerosos, huéspedes eternos de nuestros hospitales, ya no son empleados en las operaciones, porque la infección de dichos objetos salta á la vista, ó por lo menos á las narices. Pero hay otros objetos de curación no menos peligrosos, por lo mismo que vienen del extranjero como esterilizados: son los algodones, gasas hidrófilas y las sedas secas en cajitas de cartón, ó envueltos en papeles permeables, y muchas veces agujereados en uno ó varios

(1) Es urgente que un programa más de acuerdo con las ideas modernas sea adoptado en la Escuela de Medicina, para que la anatomía patológica, medicina operatoria, y demás cursos de anfiteatro se hagan en los primeros años; de modo que los alumnos de clínica quirúrgica y de partos no se mantengan infectados, como ahora sucede.

puntos, siempre con varias capas de polvo; pues generalmente han reposado uno ó varios años en los estantes de las boticas antes de que se presente quién los compre para una operación. Sin duda recién preparados estaban esterilizados, pero poco tiempo después se infectan, y variedad de gérmenes se depositan según las localidades y climas que recorran. Es, pues, completamente ilusorio el imaginar que los materiales *secos* que nos proporcionan las fábricas, yá preparados, estén realmente esterilizados.

Todo cirujano debe hacer esterilizar en el autoclave el material necesario en la operación: como algodón, gasa, compresas, sacos, delantales y sábanas. El autoclave no es estrictamente necesario para los objetos menudos que se pueden hervir media hora en agua salada, en una olla nueva de metal esmaltado, y con su tapadera.

Los materiales recientemente esterilizados son los únicos que dan garantía. Esta operación debe ejecutarse en una pieza inmediata á la sala de operaciones, y sólo el operador ó su ayudante, debidamente purificados, deben sacarlos á medida de las necesidades.

La esterilización por el calor húmedo es más segura y rápida. En las estufas secas se necesita un calor de 180°, una hora de duración, y con frecuencia se tuesta y deteriora el material, amén del intenso calor que es necesario para hacerlas funcionar.

La práctica rigurosa de la antisepsia no se halla al alcance de todos, y los más peligrosos son los que creen operar asépticamente no haciéndolo en realidad sino á medias.

"Muchos operadores, dice Doyen (1), cometen la falta grosera de creerse *a priori* asépticos y buscar á sus desastres causas distintas á la infección directa del campo operatorio. Esta pretensión á la infalibilidad en antisepsia es tan ridícula como peligrosa. Aun en el caso en que las complicaciones aparezcan á distancia del campo operatorio: bronquitis, neumonía, flebitis &c., es raro, en efecto, que no sean la consecuencia directa de la intervención." Más adelante agrega el mismo ilustre y brillante cirujano de Reims: "Si el enfermo sucumbe, estudiad con cuidado las causas probables de la muerte, é interrogad vuestra memoria sobre los menores detalles. O bien ha-

(1) E. Doyen. Technique chirurgicale.

béis intentado una intervención muy grave con relación á la resistencia vital del enfermo y no habéis sabido terminarla con rapidez, ó bien la infección sola es la causa".

Un motivo no despreciable de infección es la mugre de la piel, que durante años se ha depositado en capas estratificadas en las gentes pobres y sucias; de modo que el ayudante encargado de purificar el campo operatorio, apenas alcanza á lavar la zona indispensable, dejando una periferia terriblemente infectante y peligrosa, porque el sudor traerá los microbios, en pocas horas, á la herida en vía de cicatrización, infectándola.

Toda persona que deba sufrir una operación de importancia, se hará bañar la víspera, si es posible con agua entibiada y jabón sublimado. Por eso hemos hecho construír una sala de baño al lado de la sala de operaciones.

La mesa de operaciones y el paciente deben estar cubiertos con sábanas y servilletas hervidas. Una servilleta estéril y hendida se colocará en el punto preciso en que deba hacerse la incisión.

La asepsia es, por todos conceptos, superior á la antisepsia, sobre todo en las intervenciones viscerales, porque no ataca la vitalidad de las células, como el fenol, sublimado y demás antisépticos, más ó menos tóxicos é irritantes para los epitelios de las serosas, y por ende para el organismo en general, cuyo poder de defensa fagocitaria se disminuye, predisponiendo á la infección.

Los hilos de sutura que se encuentran en el comercio esterilizados y conservados en soluciones antisépticas, se pueden usar inmediatamente; pero si el líquido se evaporó, ó si se trata de seda y crines secas, es necesario hervirlas media hora en una solución fenolada al 5 °/o ó sublimada al 1 por 1,000. En el campo, y en general si la seda falta, el hilo común sirve, hirviéndolo del mismo modo. Las agujas ordinarias pueden utilizarse para suturas, en caso de necesidad, cogiéndolas, después de hervidas, con una pinza hemostática ó manejadas con un dedal hervido, á lo sastre. (1)

El catgut mejor es el que se vende conservado en esencia de enebro, y debe usarse sólo el más delgado, números 00 ó 0, porque los demás son demasiado gruesos y no se reabsorben sino en teoría. Me ha pasado varias ve-

(1) Lejars. Chirurgie d'urgence.

ces en curaciones radicales de hernias por el método de Bassini, y en un operado de bocio tener que sacar un hilo de catgut número 2, piógeno y resistente, al cabo de uno y tres meses, respectivamente.

Sacado el catgut del frasco que lo contiene, debe desengrasarse con éter y alcohol; así y todo es un hilo muy defectuoso porque al humedecerse se ablanda y se pone resbaladizo; no sirve sino para suturas, y eso echándole tres nudos, porque al hidratarse se suelta.

Para cada operación los instrumentos deben esterilizarse por ebullición durante media hora en una solución de carbonato de sosa al 1 %. No deben echarse sino cuando la ebullición haya comenzado para que no se manchen y deterioren. Los bisturíes, agujas y trócares deben envolverse, aisladamente, en una compresa para que no se mellen con el roce.

El cirujano ó un ayudante competente debe presenciar el aseo de los instrumentos, después de la operación, pues el lavado de los sirvientes es defectuoso y expone á crueles decepciones, además de la oxidación y deterioro rápido del instrumental.

Las pinzas deben desmontarse, lo mismo que las tijeras y agujas de Reverdin, y luégo se ponen en agua jabonosa entibiada, y con un cepillo se frotan todas las ranuras y especialmente las estrías de las pinzas hemostáticas y de ligamentos anchos; se enjuagan en agua hervida, se meten en alcohol y ponen al sol en una servilleta esterilizada ó en las cubetas que sirven en las operaciones, y de las cuales todo cirujano debe poseer lo menos cuatro, de metal esmaltado.

La mejor manera de conservarlos sin que se infecten, si no se tiene vitrina especial, es envueltos en servilletas esterilizadas, excepto los cuchillos y agujas que se vaselinan ligeramente y se colocan en sus cajas de metal.

Estos cuidados no los menosprecia ningún verdadero cirujano, aun cuando muchas personas los consideran como pequeñeces sin importancia.

La costumbre medioeval de operar en mangas de camisa, sin blusa ni delantal, es abominable; pues con la ropa que se lleva es más que probable se haya asistido á casos de infección purulenta, fiebre puerperal, erisipela &c., y el desgraciado operado será la víctima inocente;

y para el operador, otra cruz más en su camino de médico que no le teme á los microbios.

El cirujano y su ayudante, lo mismo que el cloroformista, deben revestir durante la operación una blusa ó saco de mangas cortas y un delantal de lino, todo previamente desinfectado.

Las manos y antebrazos deben lavarse con agua hervida tibia y jabón sublimado, estregando bien con un cepillo de uñas, hervido. Este lavado debe durar un mínimum de diez minutos, cambiando varias veces el agua y cepillando cuidadosamente las uñas, que deben llevarse cortas. Luégo se continúa el lavado con alcohol y un cepillo hervido; pues está perfectamente averiguado que el alcohol no sólo quita la grasa de la piel, sino que la despoja de gérmenes, mejor que ninguna otra substancia. Esto es suficiente, pero si se quiere, por más precaución, se continúa el lavado por algunos minutos en una solución caliente de sublimado al uno por mil.

Un cirujano que yá tiene el hábito profesional, no vuelve á tocar nada que no esté desinfectado, antes de terminar la operación, á menos de tener que intervenir en una respiración artificial en caso de accidente, y entonces se vuelve á lavar cuidadosamente. Pero el operador de ocasión, que no tiene el hábito de la asepsia, después de lavarse rápidamente las manos y de meterlas un instante en una solución antiséptica, le abre los párpados al paciente, para ver si está insensible, ó le separa una mano que quiere meter en la herida; pone el cuchillo ó las pinzas hemostáticas sobre la mesa, fuera de las cubetas; saca el pañuelo y se limpia el sudor de la frente; tose ó estornuda sobre el campo operatorio ó sobre los instrumentos.

Si se trata de una laparotomía, pierde quince minutos ó media hora haciendo la hemostasis de las paredes abdominales; después de abrir, se ofusca de tal manera que antes de extirpar el tumor ó lo que sea, pide su parecer á los circunstantes, en general médicos tan ajenos á la Cirugía como el operador, y entonces, el más viejo, de aspecto severo y venerable, con mucha prosopopeya y entono, mete una mano en el líquido antiséptico del operador, y completamente persuadido de la inocuidad de sus dedos, los introduce en el vientre del infeliz enfermo, que no ne-

cesitaba de tánta infección para granjear una peritonitis mortal.

El Dr. Doyen (1) describe con un grafismo superior, el cirujano improvisado, ó el *debutante*, que después de invitar muchos amigos, se inicia con una operación de gran aparato. "El cuello cogido, el operador secciona al rededor la mucosa vaginal y desprende, hacia atrás, el recto, hacia adelante, lo que puede. Una pinza á derecha y á izquierda sobre las arterias uterinas, y el cuello es resecado. Aisla un poco más arriba el muñón cervical, pone una pinza, corta algo aún, y pronto el infeliz médico, que no tiene la destreza manual necesaria para conducir bien una operación á tal punto ciega é irracional (2), secciona el uretere, perfora la vejiga, hiere el intestino, y, finalmente, fatigado y no sabiendo yá que hacer, abandona, al cabo de dos ó tres horas la operación sin terminar, y deja en la vagina algunas docenas de pinzas.

"Procédase, al contrario, por mi método de hemisección mediana anterior; este método es simple y rápido, aun en los casos difíciles, pero exige del operador el temperamento y la destreza de un verdadero cirújano.

"Si abordamos no yá la histerectomía vaginal, sino la abdominal, la extirpación del bocio, la ablación de grandes pólipos naso-faríngeos, y particularmente la hemicraniectomía temporal, tál como hemos determinado el manual operatorio, es más evidente, aunque esta cirugía debe pertenecer á unos pocos solamente."

Recuerdo haber visto al Dr. Albarran, en el hospital Necker, tirar al suelo una pinza, que un médico viejo, poco al corriente de la asepsia, quiso recibir, al alargar el cirujano la mano para que el ayudante de manos purificadas la recibiera.

El eminente cirujano del Necker, en la práctica civil, se hubiera limitado á colocar la pinza infectada fuera de las cubetas; en una operación para la enseñanza quirúrgica de la juventud, era menester una protesta objetiva para grabar en la memoria de los asistentes, que el campo operatorio y los instrumentos, son sagrados en estos momentos, y no los deben tocar sino los iniciados con manos bien purificadas.

(1) Loc. cit.

(2) Histerectomía vaginal por fraccionamiento.

El cirujano no debe tener sino un ayudante perfectamente al corriente de los misterios de la asepsia, de carácter suave, muy hábil en hacer una sutura y ligar una arteria; dicho ayudante, colocado del lado contrario al operador, pasará las compresas, los tapones de algodón, los hilos, y, finalmente, hará la curación.

Los instrumentos deben estar colocados en una mesita al alcance del cirujano, en cubetas previamente flameadas con alcohol. El operador debe tomar directamente el instrumento que necesite. Instrumento que se caiga ó toque algo infectado, debe prescindirse de él.

En otra mesita, cerca al cirujano, se pondrá una jofaina, previamente flameada, con agua salada al 7 por 1,000, esterilizada por media hora de ebullición. En cada alto de la operación, tanto el cirujano como el ayudante deben lavarse, no sólo para quitar la sangre, sino porque el sudor ha podido traer á la superficie de la piel algunos gérmenes de los conductos glandulares. No debe faltar tampoco una cubeta con sublimado al 1 por 1,000, para en casos de infección involuntaria de las manos.

Las soluciones fenoladas deben proscribirse, porque dejan un olor fuerte y tenaz en las manos á fenol, que es un olor vecino al de las materias fecales, y que las personas delicadas de buena sociedad no pueden sufrir, desde que se ha introducido la costumbre de rociar los cadáveres con agua fenicada!

Es de desear que todas las substancias de olor fuerte y desagradable, como el yodoformo, fenol &c., se eliminasen en absoluto de la práctica quirúrgica, y yá por fortuna ninguna falta hacen.

Ciertos cirujanos, como los limpiadores de albañales, se conocen en la calle por el olor canalla que dejan tras sí. ¡Triste privilegio!

Desde que comencé mi carrera de cirujano, proscribí de las curaciones el detestable polvo de yodoformo (que más propiamente debería llamarse *yede-formo*), y en lo general toda clase de polvos, que obran como material infectante y cuyo espolvoreo perjudica la adherencia de los bordes de las heridas.

El yodoformo sólo sirve para las heridas infectadas, que hay que dejar sin reunir, y que se rellenan con gasa

yodoformada; y aun en estas heridas la curación húmeda lo reemplaza con ventaja.

Los malos olores deben proscribirse de la práctica, no sólo por asunto de estética y decencia, sino ante todo por el *confort* del enfermo, que en lo general, si es delicado, se marea y pierde el apetito con el olor infecto del fenol y yodoformo, que lo persiguen en su lecho de dolor como una espantosa pesadilla, y lo debilitan moral y físicamente, colocándolo en condiciones de inferioridad flagrante, en una atmósfera yá viciada por las mil emanaciones pestilenciales de un hospital.

Grande fue mi satisfacción cuando invitado por el Dr. Doyen, para asistir á sus sesiones operatorias, primero *Avenue de Jena* y luégo *rue Piccini*, en París, vimos que prescindía por completo del clásico polvo de yodoformo en la curación de sus operados.

No es lo mismo despertar después de una operación grave, en un ambiente puro, ligeramente perfumado por las flores del jardín ó el tomillo de los campos, que en una atmósfera mefítica de alcantarilla!

Si después de ejecutar una operación es menester tubos de desagüe ó *drenaje*, se usarán de preferencia los de vidrio, y sólo se dejarán veinticuatro á cuarenta y ocho horas.

Para suturar la piel, después de una operación, es conveniente limpiar la sangre con un tapón de algodón empapado en una solución de sublimado caliente.

La mesa para operar debe ser de metal esmaltado ó de cristal, para que pueda limpiarse fácilmente con una solución de sublimado; además debe prestarse á todas las posiciones necesarias en las diversas operaciones (Trendelemburg, Rose &c.) El modelo más perfecto que conocemos es, sin duda, la del Dr. Doyen. El modelo de Collin es bastante bueno y de un precio muy abordable. El mobiliario quirúrgico, en general, debe ser de metal esmaltado, y si no, por lo menos, barnizado de blanco; de manera que en vez de encubrir la mugre ó las máculas de sangre, las ponga de relieve para limpiar inmediatamente.

En caso de urgencia, la mejor mesa de operaciones se improvisa poniendo un par de tablas sobre dos burros de carpintería y cubriendo con una sábana hervida. Para la posición de Trendelemburg, basta poner un taburete

invertido sobre estas tablas, ponerle una pequeña almohada en el barrote para que no se maltrate el paciente, y cubrir el todo con una sábana hervida; teniendo naturalmente cuidado de fijar el taburete poniendo en las tablas dos grandes clavos, que no lo dejen correr. Para las operaciones del recto y de la vagina, basta pasar un palo de escoba, envuelto en un trapo hervido, por entre las corvas del paciente y asegurar los dos extremos con un lazo ó cuerda gruesa pasado oblicuamente por la espalda y hombro, á guisa de *cargador* de carreta de mina.

En las fracturas, balazos, derrames pleurales &c., la radiografía presta servicios inapreciables, y todo cirujano debe tener á su disposición una instalación completa de rayos Roentgen, no tanto para el diagnóstico global ó en bruto, sino por infinidad de detalles interesantes para el operador, y que sólo la vista aprecia perfectamente; como me sucedió hace poco con el Sr. A. Holguín, quien recibió un balazo en el hombro y brazo derechos en un combate en Panamá. El paciente se presentó con una fístula de la parte externa y media del brazo, y me dijo que en Panamá le habían sacado la bala al nivel de la tetilla derecha, donde se ve una pequeña cicatriz. Dicha bala es de plomo y probablemente de "grass".

Para cerciorarme si habían quedado algunos fragmentos de plomo, le examiné en mi laboratorio de radiografía, y á la simple radioscopia pude ver multitud de fragmentos pequeños diseminados en todo el hombro; pero en la parte superior é inferior, dos más grandes, que reprentaban algo más de la mitad de una bala ordinaria. A nivel de la inserción del deltoides al húmero, se veía un fragmento de hueso ó secuestro que entretenía la supuración y la fístula del brazo, puesto que los demás fragmentos estaban enquistados. La operación hecha en este Hospital, me permitió extraer el secuestro. Por otra parte, el fragmento de bala que nos mostró el Sr. Holguín, extraído en Panamá, sólo es aproximativamente la cuarta parte de una bala de "grass".

La exageración del número de ayudantes en las operaciones, corre parejas con la duración excesiva de éstas, ambas cosas detestables, pues las probabilidades de infección están en razón directa del número de ayudantes y son proporcionales al tiempo empleado, lo mismo

que el "shock" operatorio. De aquí la necesidad de conservar la rapidez y habilidad de los antiguos cirujanos preclorofórmicos, que sin anestesia y sin pinzas hemostáticas, terminaban en un abrir y cerrar de ojos una amputación, ó la extirpación de un tumor; sin preocuparse de la hemorragia sino después de terminar la exeresis.

El prototipo de estos cirujanos hábiles y brillantes fue sin duda Maisonneuve, que el Dr. Doyen, su émulo moderno y ardiente admirador, pinta con amor, y del modo más vivo y vigoroso (1):

"Operador admirable, asombró sus contemporáneos por su atrevimiento, su presencia de ánimo, su habilidad manual.

"Desde el principio de mis estudios médicos, mi padre, el Dr. O. Doyen, que había sido su discípulo, se complacía en pintarme las proezas quirúrgicas de Maisonneuve y me lo presentaba como modelo": "Ya no se opera como él", me decía, y me lo pintaba la mirada viva, el ademán preciso y rápido, extirpando solo, sin ayudantes, en algunos instantes, con calma y celeridad, un maxilar superior. La sangre brotaba á la incisión de los tegumentos. El maestro, imperturbable, aislaba el hueso de tres tajos de una cizalla, cuya palanca no media menos de un codo, y lo extirpaba, como una enorme molar al extremo de un gatillo. 'No se asusten con la sangre', enseñaba á sus discípulos maravillados; 'cuando el hueso cae, la hemorragia se detiene'; hombre de acción ante todo, era menester verle en la brecha.

"No era orador y hablaba poco, pero sus cortas frases eran claras, precisas, y expresaban admirablemente su pensamiento.

.....

"No se detenía en ninguna maniobra inútil y operaba pronto y simplemente, no haciendo como hemostasis sino lo indispensable.

"Practicaba de la misma manera las grandes amputaciones, pues fue sólo momentáneamente que intentó hacerlas con el constrictor, después de haber fracturado el hueso, entre dos trozos de madera de un formidable golpe de mazo.

(1) Loc. Cit.

"Los que le conocieron se acuerdan aún de esas operaciones terribles, y rememoran su mirada brillante, su mano hábil y poderosa, su energía casi salvaje cuando apretaba progresivamente la tuerca de su constrictor. A medida que los ayes del paciente, cuyas carnes se trozaban lentamente, se hacían más agudos, Maisonneuve, mostrándose casi cruel, redoblaba su ardor y mandaba con un tono que no admitía réplica: '¡Dele una compresa, que la muerda!'; y luégo volviéndose hacia el paciente: 'trate de pensar en otra cosa."

Esto de operar sin cloroformo evoca en mi memoria el cuadro dramático de mi primera operación:

Terminados mis estudios médicos en Bogotá, á principios de 1892, me vine inmediatamente á Titiribí, mi lugar natal, con el objeto de ver la familia.

Mi abuelo materno decidió, con gran satisfacción mía, naturalmente, que en la semana siguiente marcharía para París, á perfeccionar mis estudios.

Alistándome estaba, cuando un mocetón se presenta y me suplica encarecidamente, no me ausentara antes de operarle un fastidioso tumor de la región parotidea. Consulté con mi colega el Dr. N. y resolvimos operarle al siguiente día.

El paciente se opuso resueltamente á que se le privara y tampoco quiso tomar una copa de ron, que se le ofreció. En consecuencia, sentado en un taburete, en casa de mi abuelo, comencé la operación. Mi amigo el Dr. N. (1) me ayudó en un principio, pero no sintiéndose bien se fue á su casa, en el momento en que la hemorragia era tan inquietante, que el paciente de verla, se puso muy pálido y desvanecido, teniendo que pedir un trago de ron, con el cual se confortó; y así pude terminar felizmente, sin ayudante, la extirpación de un encondroma de la parótida, del tamaño de un limón regular.

Once años han transcurrido, y el Sr. Vélez, hoy mi cuñado, no ha vuelto á sentir la menor novedad.

Doyen opina que la banda de Esmarch, no debe usarse en las amputaciones sino únicamente para las resecciones; yo soy más radical, creo que la banda de Esmarch debe proscribirse del arsenal quirúrgico: 1.° Porque á menos de deteriorarla rápidamente, hirviéndola

(1) Que también *debutaba*.

para cada operación, es tan infectante como sus contemporáneas las famosas esponjas que servían para centenares de operados, conservando los gérmenes de la septisemia, como en Roma, las vestales el fuego sagrado; 2º porque la constricción de la raíz de un miembro, muy buena si trata de sangrar el enfermo, es abominable para operar con limpieza, ya sea buscando una lesión ósea ó para amputar un miembro; porque la sangre de las venas no pudiendo ascender al corazón, por la constricción, brota por mil puntos en el campo operatorio, á la manera del agua en las galerías subterráneas de ciertas minas.

Si el cirujano trata de hacer la hemostasis, llena la herida de pinzas que no le dejarán trabajar y la hemorragia venosa continúa inquietante. Si quiere continuar sin preocuparse de la sangre, tiene exclusivamente que guiarse con el dedo porque no se ve nada; y en ambos casos el enfermo pierde mil ó más gramos de sangre si la operación es en el muslo. Resultado: que la operación se hace mal y se alarga enormemente, predisponiendo á un accidente clorofórmico y dejando un shock más ó menos intenso.

Dicen que el compresor de J. L. Petit, no es tan defectuoso. En todo caso creo que es mejor operar en los miembros, como se hace en las otras regiones, poniendo una pinza en cada vaso de importancia que se corte, y perderle el miedo á los vasos femorales y humerales, que dan menos sangre de la que se imagina quien no los haya abierto, y se cogen infinitamente más fácil con las pinzas que las arteriolas y venillas insignificantes, que al paralizarse momentáneamente con la constricción enérgica de la banda de Esmarch, dan una lluvia de sangre, de la cual lo único que puede dar cuenta son los tapones de algodón empapados en agua caliente, á los cuales se debe recurrir, si no se ha tenido el valor de echarle la capa al toro, y operar sin banda.

La conquista de la anestesia y de la antisepsia fue seguida de una reacción lastimosa contra los métodos operatorios brillantes y la habilidad manual de los antiguos cirujanos, como lo ha hecho observar Doyen, quien el primero en nuestros tiempos ha reivindicado la superioridad de los métodos rápidos y brillantes; demostran-

do que el mejor modo de no perder mucha sangre, es operar con rapidez y no coger con pinzas, ó ligar sino los gruesos vasos. En lugar de esa Cirugía lenta y laboriosa, en que se ponen docenas de pinzas hemostáticas, hasta en puntos donde no hay ni vasos, y se gastan tres, cuatro y hasta seis horas en una operación abdominal, tan fatigosa para el operador, como penosa para los espectadores!

El temor de la sangre hace que médicos inteligentes y capaces de practicar con habilidad una operación en el cadáver, pierdan la serenidad al abordar la carne palpitante, y se muestren en la sala de operaciones insuficientes y mediocres. Esto es debido á que carecen del temperamento quirúrgico, porque el verdadero cirujano, como el poeta y el artista, nace, y con el estudio y la práctica se perfecciona.

Hablando de esto el Dr. Doyen (1), se expresa en los siguientes términos:

"Séd buen anatómico, ejercitaos en la Medicina operatoria en el cadáver, y aun en perros so pretexto de familiarizaros con la sangre y de obtener *curaciones*. Esas operaciones en los muertos y en los animales no harán jamás un cirujano de el que no posee cualidades primordiales innatas.

"Esas cualidades, la educación y la práctica pueden desarrollarlas: no las engendran. El cirujano debe ser un artista y no un artesano.

"Se ha objetado que mis procedimientos eran peligrosos é inaccesibles para la mayoría de los operadores.

"Lamentaría que no fuese así. Es yá tiempo de que se sepa que el primer advenedizo no puede improvisarse cirujano.

"No basta, para operar, saber manejar más ó menos bien algunas docenas de pinzas hemostáticas.

"Esta locura de la forcipresión ha hecho á la Cirugía un daño inmenso, animando á centenares de médicos desprovistos de las cualidades requeridas, á emprender operacioncs que son incapaces de terminar bien."

A primera vista parece inútil el terminar una histerectomía vaginal en cinco minutos. Pero los procedimientos rápidos de Doyen, aplicados á la curación radical de las

(1) Loc. cit.

hernias, á la resección del estómago y de los intestinos, que reducen á la tercera ó cuarta parte de su duración habitual estas largas operaciones, hace que toda crítica se convierta en aplausos.

El campo de la Cirugía crece diariamente, y nuevas operaciones surgen más laboriosas y más delicadas. La destreza reconquista así el puesto que no ha debido usurpársele.

Time is money, dicen los ingleses. Para los cirujanos, el tiempo, es la vida, dice Doyen.

Los progresos diarios de la Cirugía visceral, exigen del cirujano, además de grande habilidad manual, una instrucción clínica profunda.

La práctica de la Cirugía se ha transformado en los últimos tiempos, y yá casi no se hacen amputaciones; pero en cambio el cáncer gastro-intestinal, la apendicitis, la colelitiacis, los cálculos renales &c., han dejado de ser afecciones exclusivamente médicas y en cierto período entran en el dominio de la Cirugía; agravándose, por consiguiente, la responsabilidad moral de todo operador.

Antaño, el médico hacía el diagnóstico y decidía de la oportunidad de la intervención. Esta época pasó, y el cirujano tiene hoy que abordar el diagnóstico diferencial y decidir en última instancia de la oportunidad de una operación.

Las palabras *interna* y *externa*, que han servido para dividir en dos la Patología, no tienen hoy razón de ser, pues muchas de las enfermedades llamadas internas, pertenecen al médico de un modo general, y al cirujano en casos especiales

"El que posee, dice Doyen (1), las cualidades requeridas para llegar á ser cirujano, debe, pues, hoy familiarizarse desde temprano con el diagnóstico de las afecciones viscerales, á fin de poseer más tarde la autoridad suficiente para imponer, cuando lo juzgue conveniente, su modo de pensar.

"El arte de la Cirugía es personal.

"Todo cirujano, verdaderamente digno de este nombre, debe tener conciencia de su sagacidad, de sus aptitudes; debe saber juzgar lo que puede, lo que debe emprender.

(1) Loc. cit:

"Entonces le es permitido emanciparse de toda tutela y lanzarse en operaciones nuevas y originales que acertará de lleno."

El cirujano debe, además, poseer conocimientos serios de bacteriología, para que practique con convicción la asepsia y antisepsia, y evite así la infección de sus operados de una manera más eficaz.

La medicina operatoria y la anatomía topográfica, le darán destreza y seguridad manual, ya que no serenidad.

Las operaciones de oportunidad tienen mayores probabilidades de éxito, que las de urgencia; porque el cirujano después de una observación más ó menos larga del paciente, elige el momento más oportuno.

Después de haber hecho un diagnóstico cuidadoso, se tendrá en consideración la edad y resistencia vital, el estado del corazón y las arterias; aun cuando en realidad ni las afecciones valvulares, ni la arterio-esclerosis son contraindicaciones absolutas para el cloroformo. El estado de los riñones, analizando las orinas para ver si contienen albúmina ó azúcar en gran cantidad, y someter el paciente á un régimen apropiado, una ó dos semanas antes de la operación, y para observar una asepsia más estricta y una cloroformización más corta y atenta.

De una manera general el límite de las operaciones graves de oportunidad, es la edad de sesenta años, pero en personas bien conservadas se puede intervenir más tarde. Personalmente he practicado con buen éxito operaciones serias en personas de cerca de ochenta años. De todos modos, de los sesenta años en adelante, el éxito es aleatorio y se necesita operar pronto.

En ningún caso es tan aplicable el famoso trigolismo de: *Cito, tuto jucunde.* Pronto, seguro y bien.

Toda persona en quien se ha de practicar una operación grave de oportunidad, debe permanecer en reposo completo algunos días y tomar algunos baños jabonosos. La víspera de la operación se le administran cuarenta gramos de sulfato de sosa, ó de magnesia. En ciertos casos de grandes fibromas enclavados, se necesitan dos ó tres purgantes en la semana que precede á la operación. Para las intervenciones del recto, después que pasa la acción del purgante, se administran de cinco á diez centígramos de opio, para aquietar el intestino.

Las inyecciones de agua salada al siete por mil, esterilizada en el autoclave ó simplemente hervida, son muy convenientes durante varios días en los enfermos debilitados ó anémicos, para aumentar la tensión arterial y la resistencia vital. Acostumbro, en estos casos, inyectar cada día doscientos gramos de suero en la región lumbar, alternando de lado.

ANESTESIA GENERAL.

Descubierta en 1840, no fue practicada con el éter, por Jackson y Morton, sino en 1846, y con el cloroformo por Simpson, en 1847. Hace yá algún tiempo uso de preferencia el éter en el Hospital, y el cloroformo en la práctica civil. En esto obedezco sólo á un asunto de economía, porque relativamente el éter que se gasta en una operación, vale menos que el cloroformo, en igualdad de circunstancias.

Con el éter los accidentes mortales son más raros que con el cloroformo, pero el éter irrita y enfría más las vías respiratorias, y no debe administrarse á los pacientes que sufren de bronquitis crónicas; además, en las personas delicadas debe preferirse el cloroformo, porque su anestesia parece más tranquila y es más agradable. Otro inconveniente del éter, es que sus vapores son inflamables, aunque con la luz eléctrica incandescente, esto es de poca importancia; pero sí debe tenerse en cuenta si se va á encender el termocauterio durante la operación.

El enfermo debe anestesiarse en su cama y de allí transportarle á la sala de operaciones. Se le evita así la emoción que produce la vista de los preparativos é instrumentos. Debe obstenerse de toda comida sólida cuatro horas antes de la operación

Como precaución preliminar, quitar los dientes postizos, si los hay, y vaselinar la cara del enfermo, para evitar las quemaduras en las narcosis largas. Para la eterización es necesaria una careta impermeable que cubra la cara por completo, porque es preciso que los vapores se aspiren rápidamente y muy concentrados. Para evitar un período de excitación largo y tormentoso, se debe empezar á dar el éter á grandes dosis y tener la careta bien adaptada á la cara del enfermo, para que no penetre aire. Conseguida la resolución, se continúa la narcosis con pequeñas cantidades. En lo general se gastan ciento cincuen-

ta á doscientos gramos de éter en las operaciones ordinarias.

La cloroformización es más delicada, y para cada operación se pondrá la cantidad necesaria en un frasquito-gotero de tapón acanalado lateralmente, que aun cuando el cloroformista vierta maquinalmente, no deje caer sino algunas gotas.

Esto es muy importante, si el que da el cloroformo no es un cloroformista competente, sino un estudiante inexperimentado; pues sucede que cuando el cirujano pide se dé cloroformo al paciente, porque comienza á despertarse, vierte precipitadamente media onza ó más, de un gran frasco y envenena el enfermo, ya por emoción, ya porque no se fija en la delicada misión que se le confía, sino en los pormenores de la operación.

Para cloroformizar se vierten en una compresa ó pañuelo aplanchado, dispuesto en cornete, dos ó cuatro gramos de cloroformo y se aproxima á la boca del paciente conversando afablemente con él ó haciéndolo contar, para que se distraiga y aspire insensiblemente los vapores. Algunos acostumbran oprimir las narices, para evitar el reflejo nasal. Desde que el enfermo se acostumbra al olor, se aplica el cornete sobre la cara. Si la respiración se suspende ó si la cara se cianosa, se retira la compresa mientras se regulariza la respiración; luégo se vierten cinco gramos más, y en lo general esto basta para obtener la resolución.

En el adulto es peligroso intentar la anestesia por sofocación, como al niño.

Durante la operación la narcosis se sostiene vertiendo de tiempo en tiempo *algunas gotas* de cloroformo en la compresa.

Si el paciente hace esfuerzos para vomitar ó parece despertarse, se vierten tres gramos de una vez; la resolución se obtiene en algunos instantes y la operación continúa.

La acumulación de mucosidades en la garganta hace que el enfermo se cianose ó ronque; se las quitará con un tapón de algodón montado en una pinza larga de curación, que se introduce resuelta y profundamente. El cloroformista debe tener, además, á su alcance, una pinza para la lengua y un separador dental.

El cloroformista *debe ver y oír respirar el paciente*, es inútil tener constantemente el pulso. La vigilancia de la respiración es más importante, pues el pulso continúa en el envenenamiento clorofórmico después de la suspensión definitiva de la respiración; aparte del caso terrible de síncope cardíaco en que de ordinario la muerte del paciente es definitiva é irremediable.

El que no vigilase sino el pulso, perdería un tiempo precioso en este momento crítico en que sin retardo debe procederse á la respiración artificial.

Cuando la anestesia se prolonga es prudente reemplazar el cloroformo por el éter, como lo aconseja Kocher.

La prolongación de la anestesia es grave para el sistema nervioso y para los riñones. La eliminación del cloroformo por los riñones, produce una congestión intensa, con ó sin albuminuria. Muchos casos de shock reconocen por origen dos ó tres horas de cloroformo.

Si se dispone de poco cloroformo ó éter, en una operación de urgencia, debe inyectarse un centigramo de morfina, media hora antes de la anestesia. En los alcohólicos esta práctica parece ventajosa.

Un cirujano prudente y cuidadoso no debe confiar el cloroformo sino á un médico muy experimentado y hábil cloroformista, poco aficionado á la Cirugía para que no se distraiga ni preocupe con los incidentes de la operación, y esté sólo atento á la narcosis; capaz de hacer la respiración artificial y las tracciones rimadas de la lengua, sin emocionarse, produciendo desgarraduras, y obligando el cirujano á infectarse.

"Aquel á quien incumbe la grave misión de la narcosis, dice Doyen, no debe jamás tener otra preocupación. Mientras más larga sea la intervención, más débil está el enfermo, y más la menor inadvertencia de parte del cloroformista es peligrosa."

"La narcosis, como toda práctica delicada, exige del que acepta la responsabilidad una experiencia prolongada y una atención sostenida" (Doyen) (1)

Lo más peligroso en la cloroformización son los primeros minutos sobre todo. En mi práctica civil confío habitualmente el cloroformo á un mismo facultativo atento

[1] Loc. cit.

y experimentado; habituado á los incidentes del principio, en que la menor inadvertencia puede causar la muerte.

Más bien que inyecciones de éter, el cloroformista debe poner doscientos ó más gramos de suero artificial, si hay amenaza de colapsus por una fuerte hemorragia.

El Dr. Doyen emplea como cloroformista una Hermana de la Caridad ó Religiosa, que desempeña muy bien su papel y que no se fija sino en su cloroformo. Dicha Religiosa oprime de tiempo en tiempo la pera de cáucho del transfusor de suero, y la hipodermoclisis se continúa suavemente durante la operación.

El cloroformo se impone en las operaciones de los cardíacos (lesiones orificiales), dicen los ingleses, y debe darse resueltamente hasta la abolición de los movimientos reflejos.

"Las verdaderas contraindicaciones del cloroformo, dice el Dr. Pozzi, son: la degeneración grasosa del corazón, el ateroma arterial generalizado, una enfermedad de los riñones, la debilidad extrema." (1)

RESPIRACIÓN ARTIFICIAL

Si durante la anestesia la respiración se detiene, rápidamente el enfermo es colocado en posición declive, con la cabeza más baja, para aumentar la irrigación cerebral. Se cubre el campo operatorio con compresas esterilizadas, y si se trata de una laparotomía, se cierra la herida provisionalmente con tres ó cuatro pinzas de dientes.

Un ayudante coge la lengua con la pinza especial, y lenta y suavemente hace tracciones rimadas, sin tirar demasiado para no desgarrarla, y al mismo tiempo levanta el maxilar inferior con la otra mano.

El cloroformista, si es hábil, y si no el cirujano, coge los codos y los aproxima al tórax, que comprime un instante (expiración); luégo los dirige hacia fuera y atrás, hasta ponerlos paralelos, á los lados de la cabeza (inspiración).

Abrir las puertas para que éntre aire fresco y puro. En medio de un gran silencio, la respiración artificial se continuará quince ó treinta minutos, si es necesario, sin precipitación, con regularidad, relevándose.

El pecho y la cara se flagelan con una compresa mo-

[1] S. Pozzi. Traité de Gynécologie.

jada en agua fría. Sobre la región precordial una compresa empapada en agua caliente, es muy buena. Desde que la sangre se oxigena, la circulación se reanima y pronto el reflejo vital se restablece definitivamente.

La respiración artificial es el supremo remedio, y debe hacerse con paciencia, sin desesperar.

El Dr. Kocher [1], de Berna, aconseja hacer una inyección intravenosa de un litro de agua salada al siete por mil, si ha habido hemorragia fuerte.

Parece preferible inyectar en el tejido celular quinientos gramos de suero y poner bandas de caucho en los miembros inferiores, colocadas del pie hacia la raíz.

La electrización de los frénicos y de la región precardial puede ser útil.

La dilatación de las pupilas y el aspecto empañado y vidrioso de la córnea, son signos de una muerte real inminente.

"El cirujano, en esta lucha contra la muerte, debe mostrar toda la energía y toda la perseverancia que comporta una situación casi desesperada." Doyen. (2)

EL SHOCK OPERATORIO

Todo traumatismo grave se traduce por un estupor general del organismo; conmoción nerviosa general, refleja.

El shock operatorio es proporcional á la duración de la operación y á la hemorragia.

Es más intenso en los cancerosos.

La extensión del traumatismo presenta en los operados la misma importancia que en los quemados la extensión de la superficie afectada.

La duración excesiva de la operación presenta además el inconveniente de disminuír la vitalidad de los tejidos expuestos, determinando desórdenes locales debidos á la acción nociva, sobre las células, del aire, del material operatorio y de la malaxación de un operador mediocre.

La integridad de los tejidos destinados á la reparación, depende de la habilidad manual del operador, y constituye una de las condiciones esenciales del buen éxito de la operación.

La extirpación rápida de los neoplasmas, preconizada

[1] Tratado de operaciones.

[2] Loc. cit.

por Doyen, es más ventajosa y segura que los métodos de lentitud y circunspección, en que la abundancia de hemorragia venosa y la atricción de los tejidos agravan el shock operatorio.

La hemostasis simplificada á la foscipresión y ligadura de los gruesos vasos solamente, favorece en alto grado la reunión inmediata.

Siempre el operador, antes de cerrar el vientre, debe poner una ó dos compresas, secas esterilizadas, para quitar los coágulos y sangre de la cavidad pelviana, y hasta el último momento de la sutura peritoneal debe dejarse una compresa seca; si por acaso, al retirarla, se ve muy maculada, debe deshacerse la sutura y ligar ó torcer con una pinza el vaso que sangra.

Un buen cirujano extirpa rápidamente el tumor ó el órgano enfermo é inutilizado, y emplea el tiempo ampliamente necesario para una hemostasis perfecta y una reparación y sutura cuidadosas y artística de los tejidos, afrontando bien la piel, pues lo único que el paciente contemplará en el resto de sus días, como recuerdo de su operación, será la cicatriz.

Doyen, dice á este respecto: (1) "Todo cirujano que trate de disminuír la duración total de una operación, haciendo precipitadamente las suturas, comete una falta grave. El tiempo rápido de la operación debe ser la extirpación del tumor: la reparación del campo operatorio, será, al contrario, tan perfecta como sea posible y durará todo el tiempo que pueda exigir la terminación favorable de la operación."

DEBERES DEL CIRUJANO

"Determinación precisa de la indicación operatoria, práctica rigurosa de la antisepsia, perfección de la operación propiamente dicha y de los cuidados consecutivos, tales son las exigencias que tiene derecho de formular el que solicita de un cirujano el socorro de su arte." (Doyen.) (2)

La preocupación constante de un verdadero cirujano debe ser la vida y los intereses de la persona que ha puesto, confiada, su existencia entre sus manos.

(1) Loc. cit.

[2] Loc. cit.

A este respecto, el Dr. Kocher (1) dice:

"Estamos en el deber de preservar á nuestros operados, durante y después de la operación, de los perjuicios y peligros que pudiera acarrearles una infección de la herida. Todo nuestro arte y toda nuestra habilidad, son perfectamente inútiles, si no prestamos la atención que se merece á ésta que debe llamarse 'cuestión vital' en el verdadero sentido de la palabra."

El paciente pide la salud, la vida; nada debe omitirse para obtener la curación.

Esto explica al vulgo, porqué el cirujano de conciencia, y *consciente*, se transfigura durante la operación, y de hombre de carácter suave y cortés, se torna imperativo y exigente con los ayudantes, á la menor infracción de la asepsia, que debe ser como consigna militar, y el cirujano es el obligado de hacerla observar inexorable, so pena de criminal negligencia.

Este cambio, es un acto reflejo en el operador profesional y enteramente consciente de lo que hace; es provocado por toda infracción á la asepsia ó toda falta de los ayudantes que comprometa el resultado de la operación, cuyo verdadero responsable es el cirujano.

Lo imperativo y categórico de las palabras del cirujano, no es en manera alguna por mal carácter ó grosería, como los espectadores, poco al corriente de la cirugía se imaginan, sino por la defensa sagrada de los intereses del paciente, vulnerados por un ayudante torpe ó ignorante de las estrictas leyes de la asepsia, ó bien inteligente é instruído, pero inconsciente por lo muy emosionado y turulato con el espectáculo de la sangre ó la gravedad de la intervención.

El Dr. Cardenal, de Barcelona, se expresa así, en el prólogo á la técnica de Kocher: "Ese es el modelo del cirujano cuyo verdadero tipo personifica el Dr. Kocher: frío, tranquilo, imperturbable é impasible en todo lo que se refiere á su propia personalidad; caliente (si se me permite la expresión), solícito, siempre alerta en todo cuanto se refiere al fin próximo y futuro de la operación y del paciente."

Todos los que han presenciado operaciones en Europa, han tenido ocasión de ver la calma majestuosa

(1) Loc. cit.

de los grandes cirujanos: como Doyen, Legueu, Treves &c., cuando operan con ayudantes yá habituados á sus operaciones y muy competentes; á la vivacidad de los mismos cirujanos y el tono breve y conciso (napoleónico) como hacen ejecutar sus órdenes, cuando operan de urgencia con ayudantes ignorantes de los hábitos quirúrgicos, que después de purificados tocan objetos infectados y cometen mil disparates que comprometen la vida del paciente. Estas personas son irresponsables, porque no saben lo que hacen, pero el cirujano que lo ve y no lo reprocha y remedia, es CRIMINAL!

Para terminar, observaré que la animadversión y miedo aterrador que las gentes le tienen á la Cirugía, es debido á que muchos médicos desprovistos de los conocimientos y cualidades requeridos para ser buen cirujano, por un sentimiento de amor propio mal entendido y de censurable vanidad, quieren ejecutar ellos también una operación ruidosa, de las que están al orden del día; y el desgraciado paciente, que en manos de un cirujano hábil se hubiera salvado, muere de una infección terrible, cuando nó de hemorragia en la misma operación.

Lo mejor y más humano es, que cada cual siga sus inclinaciones; y el que no nació para cirujano, conténtese con ser un médico eminente y clínico profundo: á lo Charcot, á lo Potain, ó á lo Dieulafoy; que tánta gloria y más dinero gana con la especialidad de Clínica Médica (y sin sustos), que metido á cirujano ramplón y convirtiendo voluntariamente su carrera en tétrico *via-crucis*.

Como toda afección médica puede en una de sus faces, necesitar el auxilio de la Cirugía, el médico honrado y sabio debe llamar inmediatamente un cirujano idóneo, é ilustrarlo sobre las primeras faces de la enfermedad. Al cirujano toca decidir de la oportunidad de la intervención. La reunión del médico y del cirujano es tanto más favorable al enfermo, cuanto que cada uno se contenta con desempeñar su misión sin extralimitarse en lo que no entiende, y esto sin que aún, el más ilutrado y sabio tenga que ruborizarse, porque nadie está obligado á ser universal, como Aristóteles.

Dr. MONTOYA Y FLÓREZ,

Profesor de Clínica quirúrgica en la Escuela Médica de Medellín.

CURACION RADICAL DE UNA HERNIA INGUINAL

La curación radical de la hernia ha entrado yá en la práctica diaria de la Cirugía, que es uno de los procedimientos más lógicos que puedan presentarse al cirujano. Apenas habrá operador tan superficial que crea suficiente para la desaparición de una hernia, su reducción temporal, ó que prefiera al procedimiento quirúrgico científicamente indicado, otro cualquiera de los procedimientos conocidos para el tratamiento de las hernias.

Múltiples son yá los casos de éxito completo que conocemos en esta intervención; jamás hemos presenciado desastres á consecuencia suya, y siempre aun en casos de ruptura intestinal, cuando se ha llamado *oportunamente*, hemos visto que la operación ha sido benéfica.

Comprendemos, pues, que no es una novedad, ni mucho menos lo que vamos á relatar; mas á ello nos mueve el deseo de aumentar la estadística de estas operaciones, y el de fomentar entre nosotros el arte de la Cirugía, contribuyendo al propio tiempo al ascenso de los que vienen atrás.

Los dos procedimientos que más boga han tenido en la curación radical de la hernia inguinal son: el de L. Championniere y el de Bassini. No haré ahora la crítica de estos tan conocidos métodos, mas no pasaremos sin decir que nos ha parecido siempre más práctico y menos expuesto á las recidivas el método del cirujano francés, por que tiene menos complicaciones y porque asegura mejor que ninguno, el éxito, con las *superficies cicatriciales* que recomienda.

E. C. V., joven de 20 años de edad, vigoroso, de privilegiada musculatura, comerciante de profesión y sin antecedentes hereditarios, notó un pequeño levantamiento de la pared abdominal hacia la región inguinal derecha, después de un esfuerzo. Inmediatamente fue á su médico quien le prescribió un vendaje compresivo. Durante varios meses no llegó á observar ningún fenómeno que lo preocupara; solamente después de algún esfuerzo fatigoso, sentía dolores de intensidad variable en el punto enfermo, dolores que desaparecían con el reposo.

En el mes de Marzo de 1901, fui llamado á conocer dicho caso junto con el Dr. F. Velásquez; hicimos el

diagnóstico de pequeña hernia inguinal derecha, y propusimos una operación, que fue practicada el 21 de Marzo.

En la operación seguímos el procedimiento de Championniere, con las modificaciones pertinentes al caso particular. Hecha la incisión de la piel desde la altura del anillo inguinal interno hasta el nivel del ligamento de Poupard; separadas las paredes del canal y los tejidos aponeuróticos, procedimos á la investigación del saco herniario. Hallámos una *punta de hernia;* hicimos la separación del pequeño saco, y no habiendo prolongación epiploica para resecar, procedimos á ligar con *catgut* el pequeño saco.

Como no había gran relajamiento de las paredes, por ser muy pequeña la hernia, no hicimos la fijación del muñón á las paredes abdominales, como lo acostumbraba nuestro Profesor de Cirugía, el Dr. J. V. Maldonado (1); restaurámos el canal por medio de planos superpuestos con suturas en U, alternadas con puntos entrecortados.

"Creo, dice el Profesor Championniere, en una conferencia dictada en el Hotel-Dieu en Abril de 1901, que todos los procedimientos que olvidan esta reparación robusta son obras inferiores para la cirugía de las hernias."

Efectivamente, es más fuerte la cicatriz en planos superspuestos que la cicatriz linal. La fuerza abdominal está contrarrestada en el primer caso por tres planos, en tanto que en el último lo está por uno.

La marcha posoperatoria fue la siguiente:

Primer día. Estado nauseoso al principio; después, vómito. La cloroformización había sido muy difícil, quizá por una resistencia heredada. Yá habíamos cloroformizado á un tío de nuestro enfermo, y posteriormente operámos al abuelo paterno, y en ambos fue la cloroformización excepcionalmente trabajosa, sin existir antecedentes alcohólicos.

Segundo día. Pulso regular. Temperatura 37°,4. Hubo dolor abdominal y timpanismo marcado. Uno y otro cedieron á la morfina y á la aplicación de una sonda rectal.

(1) Esto sucedió en 1899; después hemos visto aconsejada esta modificación por Championniere en 1901. V. *Journal de Médicine et de Chirurgie pratiques. T. LXXII, 10 Avril.*

Tercer día. Pulso ligeramente acelerado. Pequeño movimiento febril y cefalea. Timpanismo muy marcado, debido sin duda á la pereza intestinal causada por el opio. Se suprimió éste, se prescribió quinina y un laxante. Poco después hubo una defecación fácil y cesaron los fenómenos mortificantes.

Del cuarto día en adelante el estado fue satisfactorio.

El sexto día quitámos la curación. La herida había sanado por primera intención. Se quitaron las suturas y se aplicó un vendaje conveniente.

A los veinte días nuestro enfermo volvió á sus ocupaciones sin ninguna dificultad.

Van á cumplirse dos años de practicada esta operación. Aún no ha aparecido el más leve signo de recidiva; el joven ha hecho largos viajes y está curado de su hernia.

Manizales, Enero de 1903.

EMILIO ROBLEDO.

FRACTURA MULTIPLE

DE LA REGIÓN TEMPORAL DERECHA

F. Barrientos U., de 7 años de edad, sin antecedente patológico digno de mención, y de constitución delicada, se cayó de cabeza, de una altura de 4 metros sobre un enladrillado.

Inmediatamente después de la caída, el niño hablaba y lloraba, de manera que el médico que le vio no creyó que el traumatismo fuera de gravedad. Media hora después, la respiración se hizo difícil y suspirosa; perdió la palabra, le vinieron convulsiones, al principio del lado izquierdo y en seguida se generalizaron. Luégo los ojos se desviaron hacia arriba y de el lado de la lesión, de modo que sólo se veía la esclerótica. Se observó también rechinamiento de dientes, vómito de sangre y epitaxis por la ventana nasal derecha.

Como los síntomas de compresión cerebral eran evidentes, se procedió á la operación, después de rasurar la

cabeza: colgajo del cuero cabelludo á nivel de la fosa temporal derecha, que ascendía hasta la parte superior del parietal y cuya base adherente quedaba sobre el pabellón de la oreja. Se desinsertó, en parte, el músculo temporal, ligando, de paso, los vasos temporales. Apareció entonces una fractura estrellada, que, del ala mayor del esfenoides, hundida, se extendía atrás, á la porción escamosa del temporal y parte del parietal; arriba, al parietal y frontal y, hacia adelante á la apófisis orbitaria externa del frontal; hacia abajo, sobre el malar.

Varios fragmentos hundidos y sueltos se quitaron; parte del parietal hundido, pero adherente, se levantó simplemente al nivel de la bóveda craneana.

Se trepanó con la fresa en el punto de elección para la ligadura de la meníngea media, pero ésta se encontró sana; se suturó el colgajo y, media hora después, el niño había recobrado el conocimiento, hablando y quejándose como antes. En la noche desaparecieron por completo el coma y los otros signos de compresión cerebral de que yá se habló.

Curación, por primera intención, en menos de 8 días, y estado cerebral enteramente satisfactorio.

La cicatriz es discreta y no se ve hundimiento craneano, aunque sí se sienten las pulsaciones del cerebro.

El niño lleva un aparato protético de plata, mientras se forma un tejido fibroso que proteja el encéfalo.

Yá han transcurrido próximamente ocho meses después del accidente, y el niño no ha presentado ninguna alteración, ni en su físico ni en sus funciones cerebrales.

Importa mucho observar que los signos que presentó este niño como reveladores de una verdadera hemorragia cerebral, no provenían sino de la compresión producida por los fragmentos óseos hundidos y de la excesiva hemorragia extradural.

Mis colaboradores en esta delicada operación fueron los hábiles médicos B. Ochoa y E. Zuleta.

Medellín, 30 de Marzo de 1903.

DR. MONTOYA Y FLOREZ.

PLEURESIA PURULENTA

En los últimos días del mes de Mayo del año de 1901, J. M. T., vecino de Sampedro, recibió una noche un balazo, disparado á quemarropa con un gras. La bala penetró por el hombro izquierdo, y fue á salir á nivel del tercer espacio intercostal izquierdo, á un centímetro y medio de la columna vertebral. El proyectil interesó á su paso los huesos que concurren á formar la articulación escapulo-humeral y la espina del omoplato, en su parte media.

Quince días después de recibir la herida, vi por primera vez al enfermo. Agotado por la hemorragia, por la fiebre, por la diarrea y por el insomnio, que aparecieron sucesivamente después de recibir la herida, J. M. T. se encontraba en una situación lamentable. Sentado y atormentado por intensísima ortopnea; por tenaces y frecuentes quintos de tos; por dolores agudísimos del plejo braquial, y, empapado en profuso sudor, se hallaba cuando lo vi.

Al examen encontré:

La lengua seca, saburral, inapetencia absoluta, 39½ grados de temperatura, 130 pulsaciones por minuto, con impulsión débil, y una pequeña intermitencia pasadas 15 ó 20 pulsaciones, y 50 ó 60 respiraciones por minuto. Un edema, no muy marcado, ocupaba la región toráxica posterior izquierda, edema que se extendía, haciéndose más considerable, al hombro y brazo izquierdos.

Las vibraciones torácicas estaban abolidas por completo hasta el nivel del punto de salida de la bala, y una macicez absoluta y completa ocupaba la misma porción. Un gran soplo, casi anfórico, se escuchaba en una gran parte de la región pulmonar, marcándose de una manera especial, en el ángulo inferior del omoplato. La egofonia, aunque evidente, no era muy marcada, al contrario de lo que pasaba con la pectoriloquia áfona, que era marcadísima. La deformación del tórax saltaba á la vista de una manera incontestable. Al hacer la percusión de la pared torácica anterior, encontré que, el sonido timpánico, que en estado normal revela el espacio semilunar ó espacio de Traube, estaba reemplazado por una macicez absoluta, y el corazón había sufrido una desviación considera-

ble: encontrábase dicho órgano entre el mamelón y la axila derechos.

En vista de los síntomas y signos que acabo de enumerar, no cabía duda de que estaba en frente de un gran derrame pleural izquierdo; y como existiese supuración en las heridas, tanto en el punto de entrada como de salida del proyectil, no vacilé en diagnosticar una pleuresía purulenta, por infección secundaria, pues me inclino á creer que la bala no perforó dicha serosa á su paso.

Como se ve, no cabía vacilación alguna en el tratamiento que debía seguirse en el acto en semejante caso, y propuse, en efecto, la operación de Estlander; mas encontré tal resistencia, tanto en el enfermo como en los parientes para semejante tratamiento, que tuve que conformarme con practicar la toracentesis con el aspirador de Potain, siguiendo los preceptos que da Dielafoy en su patología.

Temiendo un síncope mortal, por el mal estado del enfermo, me contenté con extraer, en aquella primera sesión, unos 2½ litros de un pus cremoso, blanco-amarillento, bastante subido este último y fétido. No pude tampoco practicar un lavado de la cavidad pleural, por el estado del paciente.

Ocho días después volví á ver el enfermo, y había mejorado un poco el estado general. Repetí la toracentesis, y extraje esta vez litro y tres cuartos de un pus semejante al primitivo. Tampoco hice en esta ocasión lavado de la pleura, porque se resolvió trasladar al enfermo á Girardota, lugar de mi residencia, para continuar allí el tratamiento en mejores condiciones que en Sampedro. Y, en efecto, pocos días después fue trasladado J. M. T. á esta población. El cambio que sufriera después de la segunda punción, era completo. El apetito había reaparecido; la fiebre había calmado, aunque aparaciera por días una pequeña elevación térmica, lo mismo que la dipsnea; y sólo uno que otro quinto de tos lo molestaba, motivo por el cual me contenté con practicar una tercera punción, fuera del tratamiento general instituído desde el principio, punción que dio por resultado la salida de unos 600 gramos de pus.

Por último, la cuarta y última punción se efectuó ocho días después, dando lugar á la salida de unos 150 gramos de pus.

Conviene advertir que, durante todo este tiempo, no cesó de supurar la herida ocasionada por la bala, tanto en su punto de entrada como de salida, produciendo, á veces, dolores agudos del plejo braquial. Como allí debían encontrarse, como más tarde se comprobó por la operación, varias esquirlas, que entretenían y mantenían la supuración de aquel punto, no vacilé, desde entonces, en proponer el tratamiento quirúrgico.

Como el estado general del enfermo siguiese mejorando de día en día; como de los antiguos signos pulmonares sólo quedase obscuridad del murmullo vesicular, debido, indudablemente, á la reformación de bridas fibrosas, que impedían el libre desplegamiento de las vesículas pulmonares, y la franca circulación del aire en las pequeñas ramificaciones del árbol respiratorio, me pareció oportuno, antes de someter al enfermo al tratamiento quirúrgico de la articulación escapulo–humeral, una temporada de tierra fría, para completar así el restablecimiento general. Pocos días antes de partir J. M. T. para Sampedro, le abrí un abceso situado en el tercio superior del brazo izquierdo. Más tarde hubo que abrir un nuevo abceso en la parte media de la fosa supra–clavicular izquierda.

A pesar de todos estos contratiempos, el estado general del paciente era, puede decirse, excelente. Apetito extraordinario para toda clase de alimentos; disposición para el trabajo; ni cansancio ni fatiga con el ejercicio; los pequeños quintos de tos, que quedaron después de las punciones, habían desaparecido por completo, y se encontraba casi con la misma robustez que tuviera antes de recibir el balazo.

En Febrero de 1902, volvió J. M. T. á mi consulta, ya completamente restablecido y con la esperanza de que, por medio de un tratamiento terapéutico bien dirigido, se curase del trayecto fistuloso que se había formado entre el punto de entrada y salida del proyectil. En la articulación escapulo–humeral existían pequeños movimientos de elevación, descenso, proyección hacia adelante y hacia atrás, y completamente abolidos el de rotación y circunducción.

Una vez de que hube convencido á J. M. T. de que el tratamiento quirúrgico se imponía, y que era de urgencia, para que no hiciera más estragos la necrosis, le aconsejé, por carecer de elementos indispensables para semejante operación, fuese á Medellín. Y al efecto, el 3 de Abril, los Dres. Ochoa, Saldarriaga y Zea practicaron la desarticulación del hombro, é hicieron la resección del húmero por el tercio inferior. Por no haber visto la pieza anatómica, ignoro el estado en que se hallaba.

Todavía, á fines del mes de Julio, volvió J. M. T. á mi consulta. De la operación que se hiciera en Abril estaba completamente bien; mas, como á cinco ó seis centímetros hacia atrás de la extremidad superior de la incisión para la desarticulación del hombro, se había abierto, después de unos días de dolor en ese punto, un pequeño orificio que supuraba, aunque no en abundancia, constantemente, lo mismo que el orificio de salida del proyectil. De manera que aún existía el trayecto fistuloso primitivo, y había necesidad, por lo tanto, de extirparlo.

En la mañana del 30 de Julio practiqué la operación en asocio de mi colega, el distinguido médico, Dr. Baltasar Ochoa. Cloroformizado el enfermo, se hizo una incisión desde el punto de salida de la bala—centímetro y medio afuera de la columna vertebral, á nivel del tercer espacio intercostal—hasta el acromio; hecha la disección, y puestas á descubierto las superficies óseas de la espina del omoplato, del acromio, de la apófisis coracodea, y la fosa supra-espinosa, se encontró que una gran parte de la espina estaba completamente necrosada, lo mismo que parte del acromio y de la apófisis coracodea. Pequeñas esquirlas fueron encontradas en el trayecto, lo mismo que un fragmento de tela, el que arrastró la bala indudablemente. Una gran esquirla estaba aún adherida por el periostio á la apófisis coracodea.

Extraídas todas las esquirlas que se hallaron; raspados y cauterizados que fueron con el termocauterio los huesos que estaban infectados, y, eliminados todos los tejidos alterados, se procedió á la sutura, rellenando antes la cavidad que quedaba, con gasa yodoformada.

Como el abceso que sufriera en la fosa supra-clavicular, hubiese dejado un pequeño orificio, por el cual ma-

naba aún un poco de pus, se abrió igualmente, raspándose los tejidos hasta la clavícula.

Al día siguiente marcaba el termómetro 38½ grados de temperatura, y el enfermo era atormentado por violentos dolores, localizados, con especialidad, en el plejo braquial. Dos días después cedió la fiebre á la quinina y á la analgesina, pero continuaban los dolores por accesos, aunque no tan agudos como al principio, á pesar de la morfina y el cloral que tomaba.

Los dolores calmaron felizmente como á los siete días, y aunque vino supuración en la herida, no fue abundante. La marcha de cicatrización por botones carnudos, fue perfectamente bien hasta los 21 días, época en la cual una gran parte de la herida estaba yá cerrada, el tercio externo, cuando ese día, sin previa manifestación, vino un fuerte escalofrío, seguido por alta elevación térmica–40º– por fuerte dolor de cabeza y estado nauseoso. Al siguiente día apareció una placa erisipelatosa en el tercio superior del brazo izquierdo.

Sucesivamente invadió la erisipela las heridas, sin producir estragos, pues no hubo la más mínima complicación.

Por último, un mes después de operado, partía J. M. T. de esta población, sin haber cicatrizado por completo la incisión operatoria en su parte externa. De este tiempo en adelante J. M. T. volvió á llevar una vida activa, sin sentir la menor perturbación.

El brazo en que se hizo la operación quedó con potencia suficiente para levantar objetos de algún peso de consideración y con todos los movimientos de las articulaciones escapulo–humeral.

Creo, por lo que recientemente he sabido, que aún le queda por cicatrizar un pequeño punto en el lugar por donde salió el proyectil, punto que no ha cicatrizado, indudablemente por la vida á que se ha entregado el paciente, sin tener, quizá, los cuidados antisépticos necesarios.

Girardota, Marzo de 1903.

LISANDRO POSADA BERRIO.

EXTRACTO

de los "Archives de parasitologie", del profesor Rafael Blanchard de París. Año de 1899, II, N.° 4, página 596.

COMENTARIOS

sobre el histórico de los carates.

Se conoce con el nombre de *carate* ó *pinta*, una dermatosis singular, muy generalizada en la América equinoccial, pero cuya causa había permanecido desconocida. El Dr. Montoya y Flórez emprendió, con este objeto, investigaciones sistemáticas, que lo condujeron al descubrimiento del agente patógeno (1). Este no es otro que un Hongo, del grupo de los *Aspergillus*. Estas Mucedineas, que producen pseudo-tuberculosis de los pulmones y de las vísceras, pueden también producir verdaderas dermatosis. Tal descubrimiento no podía dejar de llamar la atención del mundo médico, especialmente en América.

Dando cuenta de la importante memoria del Dr. Montoya, el Dr. Manrique ha hecho investigaciones sobre la antigüedad del *carate* y sobre el origen de este nombre (2). Reproducimos en seguida el pasaje de su artículo, que trata de este asunto, así como una carta abierta, en la cual el Dr. Montoya contesta á su sabio colega.—R. BLANCHARD.

EL CARATE

Investigaciones del Dr. Montoya y Flórez,

por el Dr. J. E. MANRIQUE

....El carate es de origen americano, y fue en territorio de Colombia en donde primero lo descubrieron los conquistadores españoles. El R. P. Juan Velasco, en su historia el Reino de Quito (1789) y de acuerdo con él el Dr. Uribe Angel *(El Indice*, Medellín 1867), habían creído que el carate había sido importado al Cauca por los negros de Angola, traídos por los españoles para explotar las minas. El origen africano del carate estaba aceptado casi unánimemente por todos los que han estudiado la enfermedad, hasta por el mismo Dr. Montoya, quien transcribe

[1] J B. MONTOYA Y FLÓREZ, *Recherches sur les caratés de Colombie.* Thése de Paris, 1898.

[2] J. E. MANRIQUE, El carate; investigaciones del Dr. Montoya y Flórez. *Revista Ilustrada*, Bogotá, I, N.° 10, p. 145-147, 1899.

en su tesis la opinión de las dos autoridades que dejamos citadas. Curiosos de conocer el origen y la etimología de la palabra carate, consultámos sobre el particular á nuestro venerado amigo, el Sr. D. Rufino Cuervo, quien después de haber reflexionado un momento, nos ofreció buscar algo que él había leído á este respecto, y que no era otra cosa que la prueba irrecusable del origen americano de la enfermedad y de la palabra con que se la designa. Creemos muy útil, para dejar definitivamente cerrada esta discusión, transcribir íntegro el dato que bondadosamente nos suministró el Sr. Cuervo.

En la *Historia general y natural de las Indias, islas y Tierra firme del mar Océano,* por el capitán Gonzalo Fernández de Oviedo y Valdés (1), primer cronista del Nuevo Mundo (ed. de Madrid, 1851 y 5, 4 vols .fol.), al describir las costumbres de Castilla del Oro (Santamarta, Darién, Panamá y Veraguas), trae este pasaje:

"Quando las mujeres principales salen en campo, é assí mesmo los señores desta gente, como no tienen cavallos ni bestias, ni carros que los lleven acuestas, usan otra manera de cavallería, que es desta manera que agora diré. Siempre el señor, cacique, ó saco, ó varón principal, tiene una dozena ó dos de indios de los más rezios, diputados para sus andaz, en que van de camino echados en una hamaca, la qual va en un palo largo puesta, que de su natura es muy liviano, é los estremos de aquel palo puestos sobre los hombros de aquellos indios, é van corriendo ó medio trotando en galope con el señor á cuestas. Quando se cansan los dos que le llevan, sin se parar, se ponen en el mesmo lugar otros dos dellos que allí van por respecto varios para lo mesmo, é continúan su camino: é un día, si es tierra llana, andan desta manera quinze ó veynte leguas, teniendo postas en paradas de tales indios para se remudar. E los indios que para este officio tienen son esclavos ó naborias, que son casi esclavos é obligados á servir; y *estos indios,* que en lo que es dicho

[1] Fernández de Oviedo pasó á América con Pedrarias Dávila en 1514; estuvo en el Darién hasta Octubre de 1515, año en que volvió á España; regresó en 1520, y de nuevo á España en 1523, donde publicó parte de su obra en 1526. Este año volvió al Darién, donde permaneció menos tiempo. Luégo vivió en Santodomingo. En 1535 publicó otra parte de su obra; y lo que quedó inédito se ha publicado en la edición mencionada, con todas las adiciones que hizo el autor en ella.

sirven de las hamacas, *búscanlos que sean carates.* E para que se entienda qué cosa es carate, digo que carate se llama el indio que naturalmente tiene toda la persona ó la mayor parte della como descostrada, lavantados los cueros á manera de empeynes. Ellos parecen feos, más comunmente son rezios y de mejores fuerças, é parecen frisados, é aquella frisa es dolencia que se acaba quando ha acabado de les andar todo el cuerpo toda aquella comezón ó enfermedad é han mudado todo el cuero de la persona (libro XXIX, Cap. XYVI, tomo 3º, pág. 126). "

CARTA ABIERTA

al Dr. Juan E. Manrique, de Bogotá,

por el Dr. MONTOYA Y FLOREZ

Muy querido y respetado amigo:

Por una casualidad, y debido á la atención de un amigo de Medellín, leí en estos días, en *La Revista Ilustrada,* el erudito artículo que Ud. tuvo la benevolencia de consagrar á mi incompleto trabajo sobre los carates.

El pasaje de Fernández de Oviedo es de muy bonito efecto, tanto por el colorido local como por lo pintoresco.

Del origen de la palabra "carate" no queda evidentemente ninguna duda con el autorizado texto de Fernández. Pero, en cuanto deducir de la descripción clínica de este historiador que lo llamado "carate" por los indios de Castilla del Oro, corresponde á lo que hoy lleva ese nombre, es decir á la enfermedad policroma de la piel, producida por varias especies de microbios de la familia de los Aspergillus &c., me parece incierto y puramente hipotético, pues esta amplia descripción del autor da cabida á la mayor parte de las enfermedades crónicas y descamativas de la piel, excepto á algunos verdaderos carates, tales como: el negro, el blanco, el amarillo y hasta el azul, que no "descostran ó levantan los cueros á manera de empeines."

Es, pues, evidente que los aborígenes de Castilla del Oro, llamaban "carates" á los individuos que padecían ciertas enfermedades crónicas de la piel. Este sentido latísimo de la palabra caribe fue conservado por los españoles de la conquista, que por analogía aplicaron esta denominación á muchas enfermedades de la piel, parecidas,

pero no idénticas, y profundamente distintas para el clínico y el bacteriólogo.

Según el mismo Fernández de Oviedo, la diversidad de dialectos era tal en América, que una tribu de indígenas no comprendía él de las que vivían una ó dos jornadas más allá (1).

Esto en la Costa Atlántica. Ahora, júzguese si en el interior la lengua sería distinta, en aquella época aún neolítica de la raza americana. De modo que lo llamado "carate" en la Costa, quién sabe como lo llamaban los Carrapas y Picaras en Antioquia, ó los Pijaos en el Tolima.

Todo esto prueba que los soldados españoles fueron generalizando la palabra, y apellidaban "carate" en el interior, á todo individuo que padecía alguna enfermedad semejante á la así llamada en la Costa por los caribes.

Además, debemos hacer notar que los indígenas llamaban "carate", no á una enfermedad *especial*, sino á ciertos individuos que presentaban un aspecto particular, lo cual seguramente contribuyó á dar mucha extensión anfibológica á esta palabra. Hoy mismo el pueblo colombiano, y con él muchos de nuestros médicos, llama carate no sólo á las discromias seudo-vitiliginosas de origen critogámico (2), únicas que deben conservar este nombre, sino también á los eczemas profesionales crónicos, á los líquenes, ictiosis, psoriasis, pitiriaris, leucodermias y vitiligos simples, y á la misma lepra en estado maculoso, sin que yo niegue que en algunos casos el examen clínico solo, es impotente para aclarar el diagnóstico, y el microscopio es el único que puede resolver el asunto, sobre todo en las formas atípicas de los carates (3).

En la descripción clínica de Fernández llama la atención:

1º Que la "frisa" ó enfermedad de que adolecían los indígenas llamados "carates", se terminaba espontáneamente cuando les había recorrido el cuerpo y hecho mudar "todo el cuero de la persona", ó sea la epidermis.

Cosa es esta que no se ve hoy en nuestros carates sino á título de excepción, pues ellos tienen habitualmente una duración indefinida; y si la terapéutica no interve-

[1] Oviedo, *Loco citato*, I, p. 235.

[2] Carates: negros, blanco, azul, violetas, rojo, amarillo &c.

[3] Véase Montoya y Flórez, *Loco citato*, p. 58 y 91.

ne oportunamente, la enfermedad acompaña su víctima hasta la tumba.

2º Lo que más llama la atención de un viajero europeo cuando ve un caratoso, es el colorete grotesco con que éste está pintarrajeado de violeta, azul, rojo &c., y esto sin necesidad de que sea médico. Los detalles de si dicha afección es descamativa, pruriginosa; ó de si se termina ó nó por curación espontánea, no saltan tan á la vista, y necesitan, si no verdaderamente el examen de un médico, sí, al menos, el de un observador curioso.

Es, pues, extraordinario que, si Fernández pretendió describir lo que hoy llamamos carate, no hubiera hecho la más remota alusión á los colores que caracterizan esta discromia, y que la distinguen de las otras enfermedades de la piel aun para el vulgo, que hoy mismo no tiene otro criterio para hacer el diagnóstico de carate desde lejos, y sin tomarse el trabajo de interrogar al portador. Esto por una parte; además, muchos carates despigmentan ó blanquean por parches la piel, cuando no la blanquean completamente; y un hombre manchado como tigre nos llama siempre la atención por apáticos y poco observadores que seamos; y si entre los indígenas de Castilla del Oro, había algunos jaspeados como jabón de Alicante, ¿cómo fue que no le llamaron la atención á un historiador, que en los hábitos, costumbres, é idolatrías de los indígenas, describe los menores detalles é incidentes con gran proligidad?

Yo no puedo creer que los colores de los carates y sus acromias consecutivas hubieran pasado inadvertidos para un observador tan sagaz, y de la instrucción y cultura intelectual de Fernández, educado en la corte de Carlos V, paje de D. Juan de Austria, y uno de los hombres más instruídos que llevaron á América los primeros conquistadores españoles. Por el contrario, me parece más lógico suponer que dicho autor no alude en su Historia á la enfermedad que hoy conocemos en Colombia con el nombre de carate, sino más bien á ciertos indígenas casposos, afectados de *diversas* enfermedades de la piel, y que los caciques empleaban como cargueros. Para creer lo contrario habría que suponer que Oviedo era ciego, y ni aun así, porque algun vecino ó amanuense le hubiera, sin duda, sacado del error.

El mismo narrador, al hablar de la ciudad de Temistitan (Méjico), dice, que Montezuma tenía, como curiosidad, varios indios pigmeos, deformes ó monstruosos, y otros completamente blancos de nacimiento, es decir, albinos; esto en un jardín zoológico al lado de las fieras y de otros animales raros (1).

Lo que prueba:

1º Que los albinos eran tan raros en América por aquellos tiempos como lo son hoy, puesto que el Emperador hacía recoger los pocos ejemplares de la comarca, para tenerlos en la capital, como curiosidad y recreo de la vista.

2º Que los vitiligos, leucodermias y carates blancos, no eran por aquella época abundantes y endémicos en los trópicos americanos, como lo son hoy, puesto que un indígena blanco llamaba tánto la atención. No había, pues, una enfermedad endémica (carate) que blanqueara á los habitantes, como la que existe hoy en toda la América equinoccial, en Africa [2], y en el Turkestán [3].

En este último país, según el profesor Münch, lo que él llama impropiamente vitiligo, es de tal manera endémico y abundante, que hay aldeas enteras en que todos los habitantes ó la mayor parte de ellos, han sido blanqueados por la enfermedad, siendo éstos de su natural negros ó mulatos.

Digo esto como comentario al pasaje de Fernández de Oviedo, texto ambiguo, evidentemente, puesto que yá D. Rufino Cuervo en una esquelita de fecha 28 de Noviembre de 1898 me decía, refiriéndose á dicho pasaje: "Ahora, ¿el carate del Darién era diferente del que conocemos en el interior? ¿Aplicóse sólo por semejanza aquel nombre al otro de distinta naturaleza y origen? ¿Se equivocó Oviedo en la descripción? Eso no me lo preguntéis á mí, que Doctores...."

En la misma Historia de Oviedo [edición de Madrid, 1851], sus comentadores de la Real Academia de la Historia, dicen en el glosario de las voces americanas: "Ca-

[1] *Loco citato*, III, p. 306, cap. XI: *Casas de recreo de Montezuma, en la ciudad de Temistitan.*

[2] E. LEGRAIN, Sur quelques affetions parasitaires observées en Algérie. *Archives de Paracitologie*, I, p. 148, 1898; cf. p. 152–155.

[3] MUNCH, *La lèpre au sud de la Russie et le vitiligo endemique du Turkestan*. Kiev, 1884 y 1887; cf. II.

rate=leproso [!] gafo, cubierto de herpes ó costras asquerosas."

La confusión reina; y no hay que querer restringir el sentido de una palabra que en su origen sirvió para designar toda una clase de enfermedades de la piel, y no un género, ni mucho menos una especie.

Dice Ud. en su artículo [1]: "El origen africano del carate estaba aceptado casi unánimemente por todos los que han estudiado la enfermedad, *hasta por el mismo Dr. Montoya* [2], quien *transcribe* en su tesis la opinión de las dos autoridades que dejamos citadas."

Observo: 1.º El hecho de que en mi tesis transcriba en la parte histórica la opinión de Velasco y de Uribe Angel, no quiere decir en manera alguna que yo acepte [3] ó deseche su manera de pensar, tanto más cuanto que no siendo exclusivista en el asunto, me abstuve por entonces de todo comentario y copié el texto de los mencionados autores, mondo y lirondo, y entre comillas, como convenía al caso.

Si no cité á Oviedo, uno de los historiadores más autorizados de la conquista y descubrimiento de América, fue porque desgraciadamente el ejemplar de la Historia natural y general, &c., que conseguí, era una especie de compendio publicado por el mismo Fernández en Toledo, el año de 1526, y nó la obra publicada en 1851 en Madrid, por la Real Academia de la Historia, con las notas y adiciones inéditas de Oviedo, y que forma cuatro gruesos volúmenes en folio.

Ahora bien: en la edición de Toledo, el pasaje en que Oviedo alude al carate en la de Madrid de 1851 y 5, está también, sólo que el texto alusivo se termina con el párrafo que dice: "E los indios que para este oficio tienen son esclavos ó naborias, que son cuasi esclavos é obligados á servir", sin hacer la menor alusión al carate ni á cosa que se le parezca, no sólo en ese capítulo sino en toda la obra, en la cual, sin embargo, habla largamente de las bubas y de los remedios antisifilíticos que los indígenas empleaban, de las Niguas, &c.

[1] *Loco citato.*

[2] Las palabras en bastardilla no lo están en el texto original.

[3] Porque transcribir no es aceptar.

Lo único que pude hacer, por entonces, fue confrontar una edición francesa—por Jean Poleur—de la Historia de Oviedo, tan muda respecto del carate como la española.

De modo que aparte del sabio filólogo Sr. Cuervo, no creo que persona alguna tuviera conocimiento de la opinión de Oviedo sobre los indígenas llamados carates; opinión que, si bien es cierto, no afirma ni niega que lo que hoy llamamos carate en Colombia sea autóctono, ó importado, sí establece de un modo perentorio é indiscutible el origen caribe de la palabra "carates", que los aborígenes usaban evidentemente en el sentido de: roñoso, caspóso, tiñoso, sarnoso, &c.

Mi opinión personal sobre la procedencia de los diferentes carates de Colombia *ha sido*, y es aún, completamente ecléctica. En efecto: unos pocos (blanco, y negro de tinta China) podrían suponerse importados de Africa, donde hoy existen y han existido desde los tiempos más remotos; mientras que otros, la mayor parte (violeta, cenizo, azul &c.), son evidentemente autóctonos, pues existiendo en estado saprofítico los Hongos que los originan, no hay ninguna necesidad de suponer que se les ha importado con hombres de otro Continente.

Como Ud. se refiere á mi tesis de París, me tomo la libertad de citar textualmente algunos de los párrafos en que hago alusión á la procedencia de los carates: párrafos que eran entonces y son hoy todavía la transcripción exacta de mi opinión sobre el asunto.

"Los carates que afectan á los negros de raza pura, son el carate negro de tinta China y el carate blanco verdadero, solos ó asociados; enfermedades clínica y micológicamente diferentes de los otros carates (1) que parecen *autóctonos* (2), mientras que los carates negro y blanco serían *importados* y exóticos." (Montoya y Flórez, Tesis de París, 1898, pág. 17.)

Más adelante, pág. 95, comentando una descripción del Profesor Münch (3) de Kiev, digo:

"Como se acaba de ver, esta descripción del Profesor Münch, transcrita por los Sres. Besnier y Doyon, en sus

[1] Violetas, azul, cenizo &c.

[2] Es decir, indígenas, de origen americano.

[3] *Loco citato.*

notas al artículo "Leucodermia y Vitiligo", de la edición francesa de 1891, en la obra del Sr. Kaposi, páginas 155 y 156, t. II, presenta muchas analogías con nuestro carate blanco ó leucodermia parasitaria, y también con nuestros carates negro de tinta, cuando son acompañados de una acromia difusa más ó menos extensa. Por otra parte, esas especies de carate, relativamente *raras* entre nosotros, serían muy *frecuentes* en Africa, de donde han sido importadas á América por negros de Angola."

Examinando el asunto á la luz viva que hoy arrojan las últimas investigaciones bacteriológicas, se explica fácilmente porqué el carate negro y el blanco, tan frecuentes en el Continente africano, son raros en la América Equinocial, pues aunque los climas son parecidos, no son sin embargo idénticos; y tanto la flora macroscópica como la microscópica difieren á tal punto, que especies comunes en Africa son desconocidas ó raras en América, mientras que otras abundan en ambos Continentes.

Así, pues, en los trópicos americanos, los Hongos aspergiloides caratógenos son, no sólo saprofitos, sino muy comunes y adaptables á la vida parasitaria, lo cual explica por qué ciertos carates son endémicos, mientras que en Africa estos Hongos serían menos frecuentes, y sobre todo menos amigos de la vida parasitaria.

Por el contrario los carates negro y blanco, tan frecuentes en Africa, son relativamente raros en América, tal vez debido á que el género *Oospora*, que parece originarlos, es un saprofito muy abundante en Africa, donde ocasiona varias enfermedades, como el pie de Madura, por ejemplo.

Así, pues, y Sabouraud ha insistido mucho sobre este punto, las especies parasitarias varían en cada país con las condiciones climatológicas y cósmicas en general, de manera que se ven afecciones semejantes de la piel, y aun clínicamente idénticas, producidas en Europa por varios Tricofitones; en América Equinoccial, por varios Aspergilos, y en Africa, por otros Hongos *ectothrix*, de origen animal, de cultivo y morfología distinta de los Tricofitones vulgares en los climas templados europeos (1).

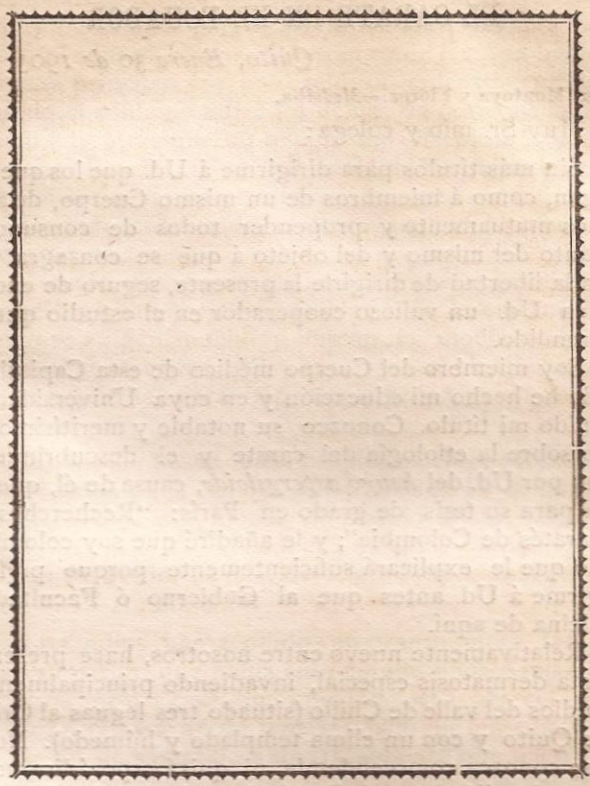
[1] SABOURAUD, *Les trichophyties humaines.* Thèse de París, 1894.

Tanto el carate negro como el blanco parecen familiares, es decir, limitados á ciertas familias, generalmente negros de raza pura, descendientes de los esclavos africanos importados al país con la misma enfermedad, que se ha ido perpetuando y aumentando entre las personas que por el parentesco cohabitan bajo el mismo techo; lo que le da mucha semejanza á esta enfermedad (por su modo de propagación) con las tiñas *ectothrix*, de origen animal (Perros, Gatos, Gallinas, Caballos. &c.), que se contagian del animal á la especie humana, y en seguida de hombre á hombre; pero siempre en un radio ó área limitada á las personas que, ligadas por vínculos de familia ó por el género de ocupación, viven en roce frecuente con el animal doméstico que tiene la enfermedad ó con las personas yá contagiadas por él.

En el fondo filosófico de la cuestión no veo, por supuesto, ninguna necesidad de que los microbios que producen los diversos carates, hayan sido importados á América, de Africa, ó vice-versa; creo que tanto las especies vegetales como las animales, han aparecido en el globo, á medida que sus necesidades biológicas se han podido adaptar al clima y demás condiciones telúricas; esto lo están pregonando las muchas especies de plantas y de animales fósiles, hoy desaparecidas de la superficie de la tierra, por falta de medio apropiado á su género de vida y nutrición.

Para terminar esta larga disertación, añadiré que ciertos carates autóctonos del Africa, han sido allí tan viejos como el hombre, y conocidos entre esos pueblos desde los tiempos más remotos. En efecto: en la galería egipcia del Museo Británico, se pueden ver hoy unos frescos de Tebas, que datan de la época de Ramses II, el supuesto Sesostris de los historiadores griegos, en la XIX dinastía, es decir, 1333 años antes de Cristo, y que representan unos negros de Etiopía llevando su tributo á Ramses; algunos esclavos parecen con carate blanco, y á otros, el artista trató de darles el color y aspecto peculiar á la piel del tigre (fragmento N.° 921).

Esto prueba que la enfermedad era muy común en tales negros, para que llamara así la atención del artista egipcio, y para que éste se decidiera á perpetuar tan afeante aspecto en las pinturas murales de una tumba real.



EL CARATE EN TEBAS

1,333 AÑOS ANTES DE CRISTO

La fotografía que remito á Ud. representa el "wall painting" N.° 922, rotulado: "Tribute of Negroes. Removed from á tomb at Thebes, 1844." En ella se ven dos Etíopes, cuya piel tiene el aspecto de la del Leopardo que uno lleva en la mano derecha. La figura del centro representa también un esclavo, pero no negro, sino con un color rojizo de ladrillo, como el que llevan los tebanos en otros frescos; es de notarse que este individuo no tiene carate, y que su color uniforme resalta por contraste, con el aspecto manchado de los otros dos que lo acompañan.

EL CARATE EN EL ECUADOR

Quito, Enero 30 de 1903.

Sr. Dr. Montoya y Flórez.—*Medellín.*

Muy Sr. mío y colega:

Sin más títulos para dirigirme á Ud. que los que nos obligan, como á miembros de un mismo Cuerpo, de ayudarnos mutuamente y propender todos de consuno al adelanto del mismo y del objeto á que se consagra, me tomo la libertad de dirigirle la presente, seguro de encontrar en Ud. un valioso cooperador en el estudio que he emprendido.

Soy miembro del Cuerpo médico de esta Capital, en donde he hecho mi educación y en cuya Universidad he obtenido mi título. Conozco su notable y meritísimo estudio sobre la etiología del carate y el descubrimiento hecho por Ud. del *hougo aspergiloide*, causa de él, que fue tema para su tesis de grado en París: "Recherches sur les caratés de Colombie"; y le añadiré que soy colombiano, lo que le explicará suficientemente porque prefiero dirigirme á Ud. antes que al Gobierno ó Facultad de Medicina de aquí.

Relativamente nuevo entre nosotros, hace presentado esta dermatosis especial, invadiendo principalmente á los indios del valle de Chillo (situado tres leguas al Oriente de Quito y con un clima templado y húmedo). No sé que se conozca como endemia, ni quizá esporádicamente en otras localidades de la República, ni antes ha sido aquí conocida de nadie: es, pues, una enfermedad exótica y de importación reciente.

Si bien no podría precisarle la época de su aparición en el referido valle, es evidente que ha sido traída por los indios que habitan cierto pueblo de esa región, y que tienen establecido su comercio con Colombia. Quizá Ud. habrá tenido ocasión de ver en todas las ferias de los pueblos, desde Pasto hasta Bogotá, indios ecuatorianos, que llevan hasta allá su pequeño comercio, consistente en cedazos de cerda, para traer acá oro y perlas principalmente. De entre ellos aparecieron los primeros caratosos, y hoy está invadido casi todo el valle, pudiendo calcularse de 800 á 1,000 individuos en el número de enfermos. Se ha extendido sobre todo en la región más baja

y templada, y donde más abunda una especie de mosquito muy parecida al *gegén*, cuya picadura levanta un botón y produce escozor desesperante. En una hacienda, donde al principio era uno sólo el enfermo, pronto ha cundido el contagio entre los demás de la peonada; y así mismo hay otras que no tienen todavía ni un sólo caratoso. Los llaman *overos*, por analogía de aspecto de la piel con la de ciertos novillos.

Domina, sobre todo, el carate azul y el violeta cenizo.

Cuando eran pocos, les huían, creyéndolos elefanciacos; pero yá van acostumbrándose á ver la enfermedad; y si bien se afligen mucho y buscan el modo de curarse cuando son atacados, ni las autoridades, ni ellos mismos, toman medicinas para impedir la propagación de la enfermedad.

Mi familia posee una propiedad en el corazón mismo del valle, en la región donde más se ha generalizado el carate. Con este motivo he podido asistir, digámoslo así, al desarrollo de la endemia en esa localidad, y como antiguo conocedor de ella, dedicarme especialmente al estudio de su tratamiento.

Los indios han acudido en gran número, tan luego como supieron que había sido curado uno; é instalándolos en mi misma casa, que muchas veces parecía un pequeño hospital, á fin de tenerlos bajo mi inmediata vigilancia, los he sometido á un tratamiento que poco á poco he ido observando mejor, hasta llegar á sistematizarlo perfectamente, y darme cuenta de todas las circunstancias que influyen en su completo éxito.

Desde luego y de paso haré notar á Ud. la perniciosa influencia de los rayos solares directos, así como del uso de ciertos alimentos.

En los tres últimos años he tratado, ya en el mismo valle, ya aquí en Quito, á donde los he hecho venir, veinte y un casos en personas de diferentes edades y sexos: en todos ellos, *sin faltar uno*, he obtenido la completa desaparición de las manchas propias del carate, después de un tratamiento de 3 meses. Las únicas que no desaparecen son las manchas blancas, que se notan especialmente en las extremidades, en las partes más

antiguamente invadidas, debidas á la destrucción de las células pigmentarias, verificadas por el hongo.

En ningún caso he visto la reaparición de la enfermedad.

Nadie conoce aquí mi modo de tratarlos, que buen cuidado he tenido de no revelar; é inútiles han sido las tentativas de curación emprendidas por alguno que otro médico en los pocos casos que se les han presentado. La mayor parte de ellos ni conocen la enfermedad. Creo que en Colombia tampoco hay un tratamiento conocido y que dé éxito seguro; y si esto es así, me atrevo á asegurarle que soy el único que lo poseo.

Creo no ilusionarme al proponer á Ud., cuya influencia debe ser inmensa en este asunto, que recabe del Gobierno General ó Departamental, el modo como se pudiera formar, aun cuando fuera pequeño, un hospital donde pudiéramos, trasladándome allá, y si Ud. quisiera honrarme con su cooperación, consagrarnos á proseguir en este estudio. Entiendo que el Gobierno debiera acoger con entusiasmo su iniciativa, dado que es asunto por el que le toca mirar con interés: el bienestar y la salud de una gran parte de la población de Colombia.....

GUSTAVO DIEZ ARROYO.

EL CATETERISMO EN ANTIOQUIA

Medellín, Enero 22 de 1903.

Sr. Dr. José Tomás Henao.—*Manizales.*

Muy estimado colega y amigo:

Me prometió Ud. escribir un articulito, alusivo á la manera como se ha desenvuelto la medicina antioqueña, y cumplió Ud. su palabra, porque, acompañado de una fina carta, me mandó Ud. un número de *El Correo del Sur*, periódico publicado en esa ciudad en que Ud. reside, y en el cual está impreso un escrito sobre la Cirugía en años yá remotos en esta tierra.

Por accidente imprevisto y por mal tratamiento de una afección traumática, se vio comprometida la existencia del brazo de un hombre; y como las diversas aplicaciones que se hicieran á fin de salvarlo, no diesen resultado favorable, y sí, por el contrario, muy malo para el pa-

ciente, se consultó á dos médicos cirujanos, que se consideraban expertos en aquella época; y por acuerdo entre los dos, se convino en que era preciso hacer la amputación del antebrazo; mas esta decisión encontró un obstáculo insuperable, porque ninguno de los dos profesores se atrevió á manejar el cuchillo y la sierra, para quitar la parte gangrenada yá.

Para obviar aquella dificultad, resolvieron hacer caer el miembro enfermo con apósitos reiterados de ácido nítrico; y sin que yo me meta á dar cuenta del resultado final, es lo cierto que esta anécdota revela muy bien el lamentable estado en que se encontraba la ciencia en el tiempo á que aludo.

Anda por ahí, en un periódico de esta ciudad, publicada la historia sobre el modo terrible como se administró en Antioquia la primera toma del bicarbonato de soda, cuya efervescencia estuvo á punto de hacer desmayar á uno, dos, tres ó más de los circunstantes. Se verificó lo dicho en la casa en que hoy habita D. Alejandro Barrientos, y el cuentecito sirve para ir recogiendo datos acerca del modo como la ciencia médica ha ido, por grados, tomando puesto entre nosotros.

Dejo á los conocimientos de otros la tarea de referir muchos casos de índole análoga; y para pagar á Ud. la dedicatoria que me hizo de su trabajo histórico, voy á referirle algo relativo á la introducción primera del cateterismo vesical en estas montañas.

En el año de 1826 se sabía muy bien en Antioquia que el mal de orina mataba frecuentemente á los que lo padecen; pero nadie conocía la sonda de caucho, la algalia de goma elástica, ni otros medios, de los cuales se vale hoy el arte para redimir de una muerte casi cierta á los pacientes de la vejiga, cuando tienen la desgracia de llegar á la retención completa del líquido vesical. Que fuese por efecto de un cálculo detenido en la próstata ó en la uretra; que fuese por la estrechez del conducto urinario, ó por cualquiera otra causa, es lo cierto que la retención de la orina, productora del más acervo de los dolores, de la desesperación más terrible, de la ruptura del órgano, de la estravasación del líquido, de la peritonitis que la acompaña, del envenenamiento urinoso y de una muerte casi infali-

ble, sí eran cosas bien sabidas y experimentadas como aciagas para la población.

Se echaba mano de una poción nitrada, de un grillo molido y disuelto en agua, del bulbo de una plantica llamada *caracolillo*, y de tántos remedios sinnúmero como se emplean para curar los dolores de muelas, y frecuentemente tan ineficaces los unos como los otros.

Por los años de 1826, 27, 28, 29, 30 y algunos más, la riqueza de los antioqueños no era como la riqueza de los antioqueños de hoy, que la cuentan por millones de pesos, y se quedan muy frescos. Para que nuestros padres fuesen ricos tenían lo bastante con poseer de cinco hasta diez mil duros; para que su riqueza fuese proverbial, tenían lo bastante con diez ó veinte mil fuertes; y si se pasaba de allí, con treinta, cuarenta ó cincuenta mil pesos, yá la opulencia se consideraba monumental.

Pues, sucedió que un ricacho de Pácora ó Salamina fue violentamente atacado de mal de orina, y tánto lo fue, que en el primero y en el segundo día se agotó el infeliz enfermo toda la farmacia parroquial, que era de uso común entonces.

Una vez llena la vejiga, principiaron á templarse sus fibras, y á causar al paciente ese tenesmo horrible que acompaña á las afecciones de este género. ¿Y qué hacer en tal situación? Un vecino del lugar alumbró la idea de que en esos días había llegado al establecimiento de minas de Marmato, un joven inglés, á quien llamaban el Dr. Jervis, de quien se referían prodigios de saber. Agregó el vecino, que si la familia del enfermo quería, él se encargaría gustoso de ir á entenderse con el doctor y traerle, para que viera si podía curar al paciente.

Convenido en que se haría lo propuesto, el comisionado partió á buen paso; y como la distancia de uno á otro punto no fuese enorme, andando toda la noche se logró que muy temprano, al amanecer del día siguiente, estuviese el Esculapio al lado del enfermo.

Era el Dr. Jervis un joven que contaba de 26 á 27 años de edad, ni muy alto, ni muy pequeño de cuerpo, bien constituído, de nobles ademanes, de cabellera fina, de un blondo pálido, de ojos grises y expresivos, de facciones regulares, grave de porte, y un si es no es altivo y

orgulloso con todos los que le trataban de cerca, pero comedido y afable con sus enfermos.

Mientras el doctor estuvo en Antioquia nada se supo á punto fijo de su origen; pero al fin, el año de 1855, cuando el profesor resolvió volver á Inglaterra, se supo que llevaba en oro la enorme suma de 50 á 60 mil pesos fuertes, cantidad conseguida en el ejercicio de su profesión.

Se supo igualmente, algunos meses después, que el padre de Jervis, Coronel respetable del Ejército de la India, aunque muy avanzado en años, vivía en Londres en muy aceptable situación.

El joven Jervis se educaba académicamente para médico bajo la protección del padre; pero como el estudiante fuese áspero de genio, armó pelea con el Coronel, y sin decir oste ni moste, se vino á América, sin concluír su carrera; pero bastante instruído yá para llamar la atención de estos montañeses, padres nuéstros. Así fue que su fama se hizo colosal.

Este doctor inglés, á quien el vulgo llamaba, como á todos los extranjeros, el judío, era un poco caprichoso y hasta extravagante de genio, pues en ocasiones se mostraba duro para hacerse pagar sus honorarios y á veces recetaba gratis.

Cuando entró á la casa del enfermo de que hemos hecho mención, descansó un poco, y luégo, sin perder un momento, echó mano de un bien surtido estuche de cirujano que traía, y sacó de él una sonda de goma elástica, que untó cuidadosamente con un poquito de aceite de almendras; hecho lo cual, ordenó que dos ayudantes colocasen al doliente entre ellos y lo sostuviesen de pie, á pesar de las terribles lamentaciones que daba.

En la situación indicada, y mandando tener al frente una batea de madera, capaz de contener 6 ú 8 libras de líquido, llevó la sonda, con imponderable destreza, y la hizo penetrar rápidamente en el fondo de la vejiga.

Inmediatamente después de verificado lo dicho, un chorro de orina principió á salir con violencia, y á disminuír las contracciones del órgano, produciendo una vacuidad rápida del saco vesical, acompañada de un alivio tal, que la fisonomía del enfermo, angustiosa y contraída pocos momentos antes, principió á ensancharse, con sonrisa de bienaventurado. Era porque el dolor inmenso es-

taba seguido de una desaparición gradual, que hacía de aquel enfermo el más feliz de los mortales.

El doctor estaba satisfecho; los concurrentes, llenos de admiración, y la familia entera del paciente, en el colmo de la dicha.

Terminada la operación, el doctor comenzó á frotar suavemente la sonda para colocarla de nuevo en la bolsa de cirugía; y mientras esto practicaba, el enfermo se mostraba tan preocupado; sus facciones tan llenas de estupor y su estado moral tan en desorden, que, ya guardaba silencio, ya suspiraba, ya miraba con deleite la sonda, ya se fijaba enternecido en la cara del médico, hasta que no pudiendo resistir más, le dirigió las siguientes palabras: Señor doctor, hágame el bien de venderme ese *varejoncito*, por el cual le daré todo lo que me pida.

El doctor sonrió, y luégo, tomando la algalia con la mano derecha, dijo al cliente: Recíbalo Ud. como regalo que le hago; y ojalá en ataques posteriores ese instrumento libre á Ud. de los tormentos del mal de orina.

Desde entonces se usa el cateterismo en Antioquia, y no son pocos los beneficios que la humanidad le debe.

Soy de Ud. devoto amigo y colega,

M. URIBE A.

DISENTERIA

Comunicación del Dr. José J. de la Roche á la Academia de Medicina de Medellín.

He leído con mucho interés, en el último número de los *Anales*, correspondiente al 20 de Julio pasado, el informe anual del Secretario de esta Academia, y me han llamado especialmente la atención las discusiones habidas en algunas de sus sesiones, sobre la etiología y tratamiento de la Disentería.

Como Miembro que soy de esta Corporación, me permito consignar aquí mis ideas sobre el particular, toda vez que "la discusión se cerró sin fijar conclusiones definitivas, dejando á cada uno la responsabilidad de sus aseveraciones." Yo también responderé de las que voy á emitir, sin pretensiones de ninguna clase, y con el sólo objeto de contribuír con mi pequeño contingente á la obra científica de la Academia.

En primer lugar, respecto de la *etiología:* No creo, como lo manifestó uno de nuestros colegas, el Dr. Montoya y Flórez, que la disentería pueda ser producida "por el chocolate mal preparado, por las frutas, y en especial por el aguacate." Estas substancias podrán producir una diarrea *disenteriforme* ó simple recto-colitis catarral, pero nó una verdadera disentería. Siendo esta una enfermedad microbiana é infecciosa, como creen algunos autores—opinión de la cual participo—debe tener por causa un microorganismo especial, y de consiguiente no debe engendrarla sino ese agente específico. Porque debemos distinguir la disentería verdadera, de ciertas recto-colitis catarrales, que se asemejan á ella, particularmente á su forma benigna ó esporádica, y que están caracterizadas por un catarro intestinal, que afecta principalmente la parte inferior del colon y el recto, sin mayores síntomas constitucionales, cuando más un ligero movimiento febril, y sin manifestaciones adinámicas de ninguna especie. Sus síntomas se asemejan, como se acaba de indicar, á la disentería esporádica: tenesmo, deposiciones líquidas, pequeñas, compuestas de mucosidades ó *flemas* sanguinolentas, de moderada frecuencia (diez ó doce en las 24 horas), algunas veces acompañadas de cólicos intestinales, tenesmo vesical y disuria. La enfermedad cura en una semana más ó menos. Esta recto-colitis sí pueden producirla las frutas verdes, ó muy maduras y yá con principio de putrefacción; los alimentos irritantes ó descompuestos; los purgantes drásticos; los enfriamientos y cambios bruscos de temperatura, y algunas otras causas accidentales. Muchos casos de esta afección pasan como *disentería*, debido á la etimología de esta palabra, que significa simplemente "dificultad intestinal", nombre genérico que suele aplicarse impropiamente á estados patológicos distintos, caracterizados por pujo ó tenesmo y deposiciones mucosas y sanguinolentas.

Confieso, desde luego, que á veces será difícil distinguir ciertos casos específicos que ocurren esporádicamente de los de recto-colitis simple, ó no específicos, obstáculos con que se tropezará siempre, hasta que sea posible una clasificación etiológica de estas enfermedades. No obstante, la diferencia existe; del mismo modo que en ocasiones es difícil diferenciar la diarrea verde común de

los niños (*sereno* ó *resfrío*, como lo llaman las madres), de la diarrea verde bacilar, tan diferentes una de otra en su patogenia, y sin embargo, son enfermedades distintas y curan con distinto tratamiento: la una cede con pequeñas dosis de ruibarbo y magnesia, y la otra cura con el ácido láctico.

La disentería específica es una enfermedad general, febril é infecciosa, con manifestaciones locales, consistentes en una recto-colitis úlcero-membranosa, acompañada de un estado general más ó menos grave. Ocurre esporádica, endémica y epidémicamente en ciertos países, principalmente en los tropicales, y, repito, no creo que pueda producirla sino su agente específico. Tal vez en tiempo de epidemia puedan obrar como causa enteramente ocasional las frutas verdes y otras substancias señaladas por el Dr. Montoya y Flórez, produciendo una irritación congestiva ó inflamatoria de la mucosa intestinal, estado que favorece el desarrollo de la enfermedad, porque prepara el terreno para la fácil entrada y evolución del germen infeccioso, que, de antemano, ó inmediatamente después, debe haberse introducido en el canal intestinal con el agua potable, que es indudablemente el vehículo que lo lleva al organismo, como pudo observarse en la epidemia de disentería que se presentó en el Ejército alemán en el año de 1890, la cual cesó tan pronto como se prohibió en los regimientos afectados, el uso del agua que no hubiese sido hervida.

En cuanto al *tratamiento* de la disentería en general, debe cambiar según la forma de la enfermedad. Para el efecto, distinguiré las siguientes variedades: 1ª *Disentería benigna ó esporádica.* En esta forma, la quietud, la dieta láctea y un purgante de sulfato de soda, bastan á veces para dar cuenta de ella. En los Estados Unidos la curan dando una ó dos cucharadas de aceite de castor, con diez ó doce gotas de láudano. En realidad, se cura fácilmente y terminaría casi siempre de un modo favorable sin ningún tratamiento, como lo demostró el Profesor Flint de Nueva York (1). Este gran clínico para estudiar el curso natural de la disentería esporádica, permitió que en diez casos de ordinaria intensidad, evolucionara ésta sin ninguna intervención terapéutica: todos curaron completamen-

(1) Flint. *Practice of Medecine.* Pág. 415.

te y la enfermedad tuvo un promedio de duración de ocho á nueve días. En cuarenta y nueve casos anteriores á éstos, tratados por distintos métodos terapéuticos, se obtuvo más ó menos el mismo resultado en cuanto á la duración de la enfermedad. No obstante, Flint no desconoce que la disentería pueda curarse rápidamente ó acortar su duración en algunos casos, con un tratamiento apropiado.

2ª *Disentería tropical, disentería grave.* La quietud en cama en estos casos es de más absoluta necesidad que en la disentería benigna, la cual no hay que imponérsela al paciente, porque prontamente la enfermedad misma le obliga á acostarse.

El alimento será leche hervida y mezclada con una pequeña cantidad de agua de cal, para evitar que se formen grumos más ó menos duros, que provocan la intolerancia gástrica y obran como irritantes sobre la mucosa ulcerada del intestino.

Las deposiciones y las ropas que haya ensuciado el enfermo, se desinfectarán con soluciones de ácido fénico, al 5 por ciento, ó de bicloruro de mercurio, al uno por mil.

En cuanto á medicación interna, acostumbro la siguiente: doy primero treinta ó cuarenta gramos de sulfato de soda en una sola vez; después de que produzcan efecto purgante, administro una píldora de Segond cada dos horas, y las hago retirar á cada tres ó cuatro horas si causan vómito. Al tercer día si no ha mejorado el enfermo, repito el purgante de sal de Glauber y cambio las píldoras de Segond por la ipecacuana en infusión ó en cocimiento, asociada á una pequeña cantidad de opio para favorecer su tolerancia. Me sirvo comúnmente de la bien conocida fórmula de Delioux de Savignac, que aceptan muy bien los enfermos. Dosis mayores de ipeca no son toleradas generalmente, y tampoco producen mejor efecto; por el contrario, deprimen.

Recordaremos aquí esa fórmula:

R.

Polvo de ipecacuana..... 4 gramos

Hiérvase en

Agua..... 300 —

Filtrese y agréguese:

Jarabe de opio.....
Agua de canela..... } aa. 30 gramos.

M. R. Cucharadas.

Para dar una cucharada cada hora.

Cuando las deposiciones toman un carácter diarreico, es decir, que no contienen sangre ni mucosidades y ha cesado el pujo y el tenesmo, suspendo la ipeca y doy una mezcla de Dower, salol y bismuto (subnitrato).

En el período agudo de la enfermedad, el salol no ha correspondido á la esperanza que había fundado en él cuando escribí mi tesis en 1888. El subnitrato de bismuto creo que no tiene valor alguno en este período de la disentería: me ha parecido que más bien agrava los síntomas existentes, especialmente el tenesmo. Cuando las deposiciones son yá diarreicas, sí obra muy ventajosamente, debido á sus propiedades astringentes y sedantes y quizá á su acción antiséptica; pero esta acción astringente no es favorable en el periodo agudo, cuando el intestino está lleno de gérmenes infecciosos, de fermentos y toxinas, pues produce, como dice el Dr. Maldonado, una fuerte estitiquez, que da tiempo á que el enfermo absorba esos productos tóxicos, lo cual empeora su situación; y es claro que estos malos resultados no será capaz de contrarrestarlos la débil acción antiséptica del medicamento en cuestión.

Por mi parte, creo contraindicado el empleo de éste y de cualquier otro astringente, por el motivo que se acaba de exponer, y de acuerdo con la siguiente regla, que debiera ser ley en el tratamiento de la disentería: *Prevenir la formación y la retención en el intestino de los productos pútridos ó sépticos, susceptibles de engendrar una infección secundaria autóctona (1).*

Con el tratamiento que dejo expuesto, he curado casi todos los casos de disentería que he tenido ocasión de observar, algunos de ellos muy graves, en individuos que viajan á Remedios, á Nare y á Caracolí, y unos pocos en el Peñol, donde la enfermedad ocurre con bastante intensidad.

La disentería se presenta con muy poca frecuencia aquí en Rionegro, y reviste el mismo carácter que en las zonas templadas: es, pues, esporádica, benigna y rarísi-

(1) Corre. *Maladies des pays chauds.* Pág. 744.

ma vez termina de un modo fatal. Su curación en los casos que he visto, ha sido siempre completa, es decir, que no pasa al estado crónico.

El tratamiento con el sulfato de soda, en dosis fraccionadas, recomendado por Wood y Fity (1), y que tan buenos resultados le ha producido al Dr. Maldonado, me parece magnífico, no obstante que mi experiencia sobre él es muy limitada, pues se reduce á cuatro casos únicamente. En los dos primeros, no cediendo la enfermedad con el empleo de las píldoras de Segond, ni con la ipecacuana en infusión brasilera; y habiendo observado que estos enfermos apenas se hallaban bien mientras obraban los purgantes de sal de Glauber que les había administrado al principio del tratamiento, resolví dar esta sal en dosis fraccionada, cuatro gramos cada tres horas, y obtuve un éxito completo. El tercer caso es el de un niño de doce años de edad, quien viniendo de Manizales se le desarrolló una disentería aguda infecciosa. Se gravó tanto que apenas pudieron traerlo hasta La Ceja, donde lo recetaron los Dres. Alejandro Londoño y Gregorio Vélez; le prescribieron el tratamiento comúnmente usado: purgantes salinos é ipecacuana en infusión, sin resultado alguno favorable. Fui llamado en consulta, y convinimos en darle dosis fraccionadas de sulfato de soda y aplicar inyecciones de suero artificial á mañana y tarde. Veinticuatro horas después de principiado este tratamiento, el carácter de las deposiciones varió completamente: volviéronse casi diarreicas; su frecuencia disminuyó á tres ó cuatro en la noche y otras tantas durante el día, cesó el pujo y el tenesmo, y el estado general del enfermo mejoró de un modo notable. Al tercer día se suspendió, por cualquier circunstancia, el sulfato de soda, y las deposiciones volvieron á tomar un aspecto disenteriforme, el cual cambió tan pronto como se hizo continuar el uso de este medicamento. Quince días después el paciente estaba en plena convalecencia. El último caso es el de un joven militar, de 20 años de edad, que acaba de regresar de la campaña de Panamá. Sufre paludismo y está profundamente anémico. Tuvo una disentería aguda infecciosa, pronto después de su llegada á esta población. Hacía más de cien deposiciones en el día, con tenesmo muy fuerte. Le prescribí cuatro gra-

(1) *Practice of Medecine.*

mos de sulfato de soda cada tres horas: la frecuencia de las deposiciones no disminuyó en los tres primeros días, pero su carácter varió inmediatamente de una manera muy favorable, pues la mayor parte de ellas se volvieron amarillas y fecaloides. Sin otro tratamiento, aparte de una inyección de 300 gramos de suero artificial que le inyecté al cuarto día, por hallarse muy postrado, no tomó ningún otro medicamento. Al séptimo día entró en convalecencia.

3ª *Disentería hemorrágica.* Aceptamos, por conveniencia terminológica, que se llame así á la disentería que va acompañada de hemorragia, pues ésta es solamente, como dice Corre (1), un elemento que se agrega á una forma cualquiera de grande intensidad, y no debe servir de caraterístico para constituír una forma especial. Por lo tanto, el tratamiento será más ó menos el mismo que el de la disentería grave en general, procurando al mismo tiempo cohibir la hemorragia existente. Nos ocuparemos, pues, en particular, de esta complicación.

En primera línea están las inyecciones de suero artificial, preconizadas entre nosotros por el Dr. Zuleta, cuyo efecto final en el presente caso, así como en las demás enfermedades infecciosas, es el resultado de una triple acción del suero sobre el organismo, á saber: excitación de la hematopoiesis; regeneración de la sangre y estímulo del sistema nervioso central y periférico; acción que tiene un encadenamiento enteramente fisiológico, porque el agua salada facilita el libre funcionamiento de los glóbulos rojos, cuyo número aumenta por efecto de la estimulación de los órganos hematopoiéticos, verificándose así una hematosis más eficaz. Revivificada la sangre por el suero artificial, regenera todos los elementos anatómicos de los tejidos, estimula y levanta el sistema nervioso deprimido por la infección, y lo pone en mejor estado de reforzar las defensas naturales del organismo.

El agua salada, por el intermedio del sistema nervioso, determina además, una vaso-dilatación del lado de los riñones y de las glándulas sudoríparas, y contribuye á la eliminación de los productos ó desperdicios tóxicos acumulados en la sangre. (2)

(1) *Op. cit.* pág. 696.

(2) O. Martin. *Therapeutique de la Fiévre typhoide.*

Tenida en cuenta esta acción favorable del sue o en las enfermedades infecciosas, creo que no sólo esté indicado en la forma hemorrágica, sino también en la disentería grave y epidémica. En cuanto á su acción especial en la forma hemorrágica, debe tenerla muy marcada; pero, en mi concepto, no del modo como la explican algunos de los honorables colegas que tomaron parte en la discusión. Así, no creo que el suero obre como hemostático por el hecho de que aumente la fibrina de la sangre, y porque haga llegar mayor cantidad de materiales coagulantes al punto lesionado, como dice el Dr. Castrillón. Esta acción coagulante del cloruro de sodio, invocada por algunos autores, me parece que no pasa de ser pura teoría, que no está siquiera de acuerdo con lo que nos enseña la química fisiológica, de que los alcalinos, y entre ellos el cloruro de sodio, previenen por el contrario, la coagulación de la sangre. Basta mezclar un poco de agua salada á la sangre de un animal cualquiera, para observar el retardo en la formación del coágulo. Los carniceros saben esto, y le mezclan sal á la sangre cuando quieren conservarla en estado líquido.

Caso de que el suero obrara como coagulante, serían menos buenos los de Cherón y Hayem, que contienen cierta cantidad de sulfato de soda, que el suero quirúrgico ó simple solución de agua salada al 7½ por mil; porque el sulfato de soda es una de las substancias que más retardan ó impiden la coagulación, como prácticamente lo vemos en Histología normal, cuando con mezclarle unas pocas gotas de una solución de esta sal á la sangre, es suficiente para evitar que se coagule y facilitar el estudio de los glóbulos rojos (1).

Tampoco estoy de acuerdo con el Dr. Zuleta, cuando dice que el suero no obra propiamente como hemostático, sino á la manera de un tónico que sostiene las fuerzas mientras reacciona el organismo contra la infección. Los experimentos de Farney y Hayem dejan fuera de duda, que el agua salada en inyecciones subcutáneas ó intra-venosas "es uno de los mejores procedimientos de hemostásis", hecho comprobado clínicamente por Martin y otros

(1) El suero de Hayem contiene 10 por mil; y el de Cheron, 8 por ciento de sulfato de soda.

que han usado el suero con buen éxito en las grandes hemorragias de la fiebre tifoidea.

La acción hemostática del suero en la disentería hemorrágica, la explicaría yo del modo siguiente: en esta enfermedad las toxinas absorbidas producen una parálisis de los vaso-motores y una depresión profunda de la tensión sanguínea y del músculo cardíaco, todo lo cual favorece la congestión intestinal. Como yá vimos, el suero levanta y estimula el sistema nervioso deprimido por la infección; los vaso-constrictores paralizados recuperan entonces su tonus normal, lo que da por resultado que disminuya la hiperemia y se suspenda la hemorragia.

Cuando se aplican las inyecciones de suero artificial, con el fin de que obren como hemostático, deben hacerse lentamente para evitar que un aumento brusco de la masa sanguínea pueda favorecer la hemorragia. Se comenzará por inyectar pequeñas cantidades, que no pasarán de ciento cincuenta á doscientos gramos en una sola vez, y se aumentarán después gradualmente, á juicio del médico y según el resultado que se obtenga.

El Dr. Carlos Mejía tuvo razón en cierto modo, al preguntar á la Academia: "¿Cómo es así que el suero que aumenta la tensión sanguínea, produce la hemostasis en lugar de aumentar la hemorragia?"; porque es bien sabido que las inyecciones salinas, cuando se aplican en grandes cantidades, obran en sentido contrario, si lo que se exige de ellas es su efecto hemostático, como lo hacen también renovando la pérdida sanguínea, si se usan inconsideradamente después de las grandes hemorragias para combatir la hipotensión arterial, antes de que los coágulos se hayan adherido suficientemente á las paredes de los vasos rotos.

Para que las inyecciones de suero artificial produzcan efectos seguros, debe recurrirse á ellas tempranamente. Bosc y Vedel han hecho á este respecto experimentos sobre animales, que podemos muy bien aplicarlos á la clínica; sus resultados han sido los siguientes: "Por medio de coli-bacilos de virulencia exaltada, provocan experimentalmente una infección caracterizada por trastornos gastro-intestinales, debilidad del pulso, anuria, hemorragias. Haciendo una inyección intravenosa precoz antes del principio de los accidentes, el animal no sufre mayor co-

sa; si la inyección se retarda un poco, el animal puede todavía curar, y se observa un levantamiento de la presión arterial, la diuresis, la estimulación general; si la inyección es muy tardía, apenas se produce un alivio pasajero, poco marcado, y el animal sucumbe".

Muy en cuenta debemos tener lo que precede, porque generalmente se apela, como último recurso, á las inyecciones de suero artificial, particularmente en las enfermedades infecciosas, cuando yá cualquiera medicación sería inútil, debido á que las toxinas absorbidas han producido sus desastrés degenerativos sobre el organismo, que, como se sabe, son más intensos al fin de la infección.

Respecto de otros tratamientos empleados al interior por algunos autores para combatir la disentería hemorrágica, tales como el tanino, el ácido gálico, el percloruro de hierro &c., no les tengo ninguna confianza ni en ésta, ni en otras enterorragias, la de la fiebre tifoidea, por ejemplo. Es necesario ser muy crédulo para poder aceptar que las pequeñas dosis, que comúnmente se emplean de estas substancias, lleguen intactas al punto lesionado, pues sólo así podrían obrar favorablemente, después de atravesar el canal intestinal, en donde se mezclan con los jugos que allí existen; y aun suponiendo que llegasen tál como se las introdujo, ¿es creíble que esas pequeñas dosis puedan cohibir una hemorragia de alguna consideración? Es claro que nó. En cuanto á su efecto general, su acción á distancia por el intermedio de la circulación, todos sabemos lo poco que se puede esperar de ellas.

Mejores resultados pueden conseguirse, quizá, aplicándolas directamente á la mucosa enferma por medio de enemas, en soluciones más ó menos concentradas. La de tanino al cuatro por mil, de que habla el Dr. de Greiff, me parece muy buena, aunque sería mejor usar una solución más fuerte, del diez al veinte por mil, como lo aconseja el profesor Monti, de Viena

La irrigación del colon con agua fría, si posible helada, sola ó con algún astringente, y la aplicación de paños fríos sobre el abdomen, renovados frecuentemente, obran muy bien y pueden usarse como coadyuvantes del tratamiento por el suero.

La hemorragia en la disentería tiene dos causas: el estado discrásico de la sangre y la ruptura de arteriolas

por el progreso de la ulceración. Este estado discrásico de la sangre hace que ésta sea pobre en fibrina y no tenga tendencia á coagularse. Si hay una ruptura de vasos de mediano calibre, la hemorragia será abundante, incoercible y hasta mortal, porque dicho estado de la sangre impide la formación del coágulo salvador; y el sistema nervioso de un enfermo, profundamente agotado por la infección, no puede intervenir en el establecimiento de la hemostasis, porque su sistema vaso-motor está paralizado. Por lo mismo, las inyecciones hipodérmicas de ergotina serán impotentes, puesto que el sistema nervioso no responderá á su estímulo.

¿Qué resulta, pues; qué deducir de esto?

1º Que hay hemorragias que serán necesariamente mortales, sea cual fuere el tratamiento que se emplee; y

2º Que, hoy por hoy, las inyecciones de suero artificial son las únicas que responden á una indicación verdaderamente científica en el tratamiento de la disentería hemorrágica, sin descuidar, por supuesto, el tratamiento general de la enfermedad por el sulfato de soda ú otros medios indicados anteriormente

No terminaré sin hacer referencia al tratamiento de la disentería por la *irrigación del colon y del recto* con grandes cantidades de agua hervida, sola ó adicionada de alguna substancia antiséptica.

Este tratamiento viene llamando la atención en estos últimos tiempos, debido, por una parte, al descontento que han producido siempre los otros métodos de curación en las formas graves de la disentería, y á la creencia, que se extiende cada dia más, de que esta es una enfermedad específica y contagiosa, y que por lo tanto, debe tratarse antisépticamente.

Por eso me llama la atención que el Profesor Dieulafoy, en la última edición de su Patología interna, coloque la disentería entre las enfermedades simples del intestino, en vez de darle el lugar que le corresponde en el cuadro nosológico de las enfermedades infecciosas, como lo hacen yá otros autores.

La irrigación es aquí un tratamiento enteramente lógico. En la disentería grave, la mucosa del recto y del colon, es el sitio de una fuerte inflamación, caracterizada por la gangrena y ulceración de sus tejidos, debida, ó acom-

pañada, de la multiplicaeión de bacterias. Si este estado se presentase en otra parte del cuerpo, ¿cuál sería el tratamiento, si no el lavado de esa ulceración con agua hervida, y su desinfección con una solución antiséptica?

Basta aproximarse uno á un disentérico y percibir su olor *sui géneris*, para que se le ocurra la idea de que debe lavársele esa gran úlcera que tiene en su interior y que tan desagradable olor despide.

W. Johnston publica en el *American Journal of the Medical Sciences*, un artículo magistral, en que sostiene la oportunidad de este tratamiento, con lujo de argumentación. Compara el recto y el colon á una cavidad extensible, cerrada abajo por el esfínter. En la disentería, esta cavidad, especialmente su parte inferior, la más saculada y dilatable, se llena de materias compuestas de serosidad, sangre, membranas, fragmentos de tejidos y restos de alimentos, todo en un estado activo de desintegración y lleno de bacterias que se multiplican á millares. El esfínter, á causa del edema y de la inflamación de las partes vecinas, adquiere grande irritabilidad, se dilata con muchísima frecuencia, pero con movimientos irregulares y espasmódicos, y se contrae luégo de un modo rápido y violento, cerrando el orificio antes de que el recto se haya vaciado completamente. De esta suerte, esa cavidad se asemeja á la vejiga afectada de cistitis; cierta cantidad de su contenido es expulsado, dejando siempre atrás un residuo en estado de descomposición. Aquí, como en el caso de la vejiga llena de orina alterada, la principal indicación consiste en vaciar el recto y mantenerlo limpio y vacío.

El paciente, continúa él diciendo, á quien vemos hacer esfuerzos cada pocos minutos para vaciar el recto, no lo consigue completamente, pues la irritabilidad del esfínter y de los músculos rectales, que se cierran espasmódicamente antes de que el acto de la defecación haya terminado, lo impiden. Este resultado contribuyen á producirlo, además, la posición del enfermo cuando hace las deposiciones acostado, y el tratamiento rutinario de la disentería por medio de lavativas ó de supositorios opiados. El opio paraliza los músculos expulsores, pero no relaja el esfínter; el número de evacuaciones disminuye y son más pequeñas, pero el peligro aumenta en proporción con el éxito aparente del tratamiento, que presenta

una oportunidad para que se efectúe la absorción de materias tóxicas que infeccionarán el organismo. ¿ En tales circunstancias, pregunta Johnston, hay algún tratamiento más racional que el que consiste en aplicar los principios generales yá aceptados de la asepsia, á las condiciones físicas peculiares que existen en la disentería? Manténganse el colon y el recto limpios y vacíos: hé ahí la ley, dice él, que debe gobernar el tratamiento de la enfermedad.

Para conseguirlo, se recurrirá á la irrigación de esta porción del canal intestinal, con agua hervida ó con una solución antiséptica, según las reglas que en seguida se expresan.

En la disentería benigna, basta con la irrigación rectal, que se hará con dos sondas de caucho colocadas una al lado de la otra; la que sirve para la entrada del líquido, se une con el tubo de un irrigador, y será, más ó menos, del número 30; la sonda de salida debe ser un poco más gruesa, y se le puede añadir un tubo de caucho que conduzca á un recipiente colocado cerca de la cama.

La irrigación del colon está indicada en los casos de disentería grave ó infecciosa. Puede practicarse con un tubo de doble corriente, cuya extremidad se llevará más allá de la Silíaca; pero, según Johnston, con este tubo no siempre es posible pasar hasta el colon, porque debido á la debilidad de sus paredes, se dobla sobre sí mismo al tropezar con las curvaduras de la S, y por eso recomienda el empleo de un tubo sencillo, una gruesa sonda de caucho rojo, ó una sonda esofagiana, de calibre delgado, por donde se introducen con el irrigador de 250 á 500 gramos de líquido, que se dejan escapar inmediatamente por el mismo tubo, lo cual se repite hasta que el líquido salga muy limpio.

La excesiva irritabilidad del recto impide en ocasiones la aplicación de este tratamiento; inconveniente que se puede remediar, sin embargo, poniendo antes de cada lavado una pequeña lavativa con cocaína ó con láudano, ó un supositorio de cocaína y yodoformo.

La irrigación se hará con una presión hidrostática muy baja, no levantando el recipiente del irrigador á más de un metro de altura, para que el agua penetre gradualmente y el intestino se adapte, poco á poco, á la disten-

sión de sus paredes y tolere mejor la inyección. Con esta precaución, é introduciendo con mucho cuidado el tubo de caucho, se evita el peligro de perforación del intestino en el sitio de las ulceraciones; peligro, por cierto, muy remoto, pues ninguno de los autores que he consultado ha visto producirse este accidente ni una sola vez.

La irrigación puede hacerse con agua pura hervida, fría ó caliente. En los casos esténicos muy agudos, las inyecciones de agua fría ó helada han dado muy buenos resultados; en los adinámicos y en la disentería crónica, los lavados con agua muy caliente han obrado mejor (1).

Councilman y Lafleur usan en la disentería amébica, irrigaciones con una solución de sulfato de quinina del uno por cinco mil hasta el uno por mil, con buen éxito, según ellos, habiendo tomado por base para este tratamiento, los experimentos de Losch, quien observó, que fuera del organismo las amebas mueren rápidamente en soluciones de quinina al uno por cinco mil (2).

También se han usado soluciones antisépticas de bicloruro de mercurio, de ácido salicílico, de timol, de ácido fénico &c. &c.; pero los buenos resultados que cada cual ha asignado á estos diversos antisépticos, parece que sean debidos más bien á la acción sedante del agua fría ó caliente, y á la remoción de los cuerpos extraños é irritantes de la superficie de la mucosa enferma. El autor del artículo en referencia se muestra satisfecho del empleo de soluciones fenicadas ó boricadas, y prefiere, como es natural, los antisépticos menos tóxicos y menos irritantes.

La cantidad de agua que se empleará en cada irrigación, es muy variable, pues debe introducirse tanta cuanta sea necesaria, hasta que el líquido salga completamente limpio. Ordinariamente bastan dos ó tres litros para la irrigación de todo el colon.

La frecuencia con que debe practicarse la operación, depende del carácter de la enfermedad, número de las deposiciones en el día &c. &c. Al principio puede hacerse cada tres horas; pero más tarde, á medida que el líquido del lavado contenga menos sangre y mucosidades y sea menos fétido, dos ó tres irrigaciones diarias son suficientes. Cuando yá desaparezcan las mucosidades, el paciente

(1) Brayton Ball. *The Therapeutic Gazete.* 1892. Pág. 523.

(2) Virchow. *Archives.* 1875. Citado por Ball. *Loc. cit.*

está curado y pueden suspenderse los lavados, los que se repetirán inmediatamente en caso de recidiva.

Tal vez me haya extendido demasiado en la consideración de este tratamiento, pero me excusa de ello la importancia del asunto. La disentería infecciosa es una enfermedad muy grave, y termina muchas veces fatalmente, no obstante la medicación mejor dirigida. Debe, pues, combatírsele por todos los medios que estén á nuestro alcance; y el de que se viene tratando es indudablemente uno de los más lógicos, porque está de acuerdo con hechos científicos, fundados en los principios generales de la asepsia y de la antisepsia, que tánto han contribuído al adelanto de la Medicina en estos últimos tiempos.

Merece, por lo tanto, que se le someta á prueba; y ojalá que los HH. miembros de esta Academia lo ensayaran, si todavía no lo han empleado, y dieran un informe sobre el resultado que obtengan en su práctica.

Rionegro, Noviembre de 1902.

JOSÉ J. DE LA ROCHE.

EXTRACTOS DE LAS ACTAS

Sesión del 4 de Marzo.

Manifestó el Dr. Zuleta que en una reunión á que concurrieron los miembros de la Junta nombrada por el R. P. Rabagliati, la Comisión de la Academia había presentado un croquis sobre lo que debiera hacerse como Lazareto en Fontidueño, aprovechando los edificios existentes hoy, y comprando unos dos lotes de terreno más. Ese edificio llena las necesidades actuales del Departamento; puede agrandarse en el caso improbable de que aumentara el número de leprosos, y su construcción guarda proporción con los recursos de que se dispone para la obra.

Después de alguna ligera discusión, se hizo notar que los trabajos que se adelantan para la construcción del Lazareto no estaban, en un todo, de acuerdo con lo ordenado por la Asamblea en sus sesiones de 1890. En consecuencia, la Academia aprobó lo siguiente, propuesto por el Dr. Quevedo Alvarez:

está curado y pueden suspenderse los lavados, los que se repetirán inmediatamente en caso de recidiva.

Tal vez me haya extendido demasiado en la consideración de este tratamiento, pero me excusa de ello la importancia del asunto. La disentería infecciosa es una enfermedad muy grave, y termina muchas veces fatalmente, no obstante la medicación mejor dirigida. Debe, pues, combatírsele por todos los medios que estén á nuestro alcance; y el de que se viene tratando es indudablemente uno de los más lógicos, porque está de acuerdo con hechos científicos, fundados en los principios generales de la asepsia y de la antisepsia, que tánto han contribuído al adelanto de la Medicina en estos últimos tiempos.

Merece, por lo tanto, que se le someta á prueba; y ojalá que los HH. miembros de esta Academia lo ensayaran, si todavía no lo han empleado, y dieran un informe sobre el resultado que obtengan en su práctica.

Rionegro, Noviembre de 1902.

JOSÉ J. DE LA ROCHE.

EXTRACTOS DE LAS ACTAS

Sesión del 4 de Marzo.

Manifestó el Dr. Zuleta que en una reunión á que concurrieron los miembros de la Junta nombrada por el R. P. Rabagliati, la Comisión de la Academia había presentado un croquis sobre lo que debiera hacerse como Lazareto en Fontidueño, aprovechando los edificios existentes hoy, y comprando unos dos lotes de terreno más. Ese edificio llena las necesidades actuáles del Departamento; puede agrandarse en el caso improbable de que aumentara el número de leprosos, y su construcción guarda proporción con los recursos de que se dispone para la obra.

Después de alguna ligera discusión, se hizo notar que los trabajos que se adelantan para la construcción del Lazareto no estaban, en un todo, de acuerdo con lo ordenado por la Asamblea en sus sesiones de 1890. En consecuencia, la Academia aprobó lo siguiente, propuesto por el Dr. Quevedo Alvarez:

"DÍGASE Á LOS SRES. MIEMBROS DE LA JUNTA NOMBRADA POR LA ACADEMIA PARA LA CUESTIÓN LAZARETO, QUE LA ACADEMIA ESTIMA QUE DEBEN COMENZAR POR ENTENDERSE CON EL SR. GOBERNADOR, PARA QUE ÉSTE, DE ACUERDO CON ELLOS Y CON LA JUNTA ESPECIAL DEL LAZARETO Y EL R. P. RABAGLIATI, TOME LAS MEDIDAS DEL CASO PARA QUE SE PROCEDA Á LA CONSTRUCCIÓN DEL LAZARETO, EN CONSONANCIA EN UN TODO CON LO DISPUESTO EN LA ORDENANZA Nº 2, DE 1º DE JULIO DE 1890".

En la misma sesión se aprobó una proposición hecha por el Dr. Villa, relativa á la celebración de una sesión solemne el 20 de Julio próximo, y á la convocatoria para un concurso de Anatomía patológica, entre los estudiantes de Medicina, proposición que se publicó al fin del número pasado de este periódico. La Presidencia nombró una comisión, compuesta de los Dres. Quevedo A., Tobón y Zuleta, para organizar la sesión solemne y el concurso anatomopatológico.

Sesión del 13 de Marzo.

El Dr. de Greiff, comisionado por el Dr. Castrillón, presentó, en nombre de la Junta del Lazareto, el plano propuesto por dicha Junta y adoptado por los miembros de la Comisión encargada para dirigir los trabajos del Hospital-Lazareto. Acompañó un informe del Dr. Castrillón, que fue leído por el Secretario de la Academia, en el cual solicita que la Academia le haga saber oficialmente al Sr. Gobernador, que el paraje de Fontidueño ha sido indicado por aquella Corporación como apropiado para la construcción del Lazareto.

Este plano fue aprobado por la Academia; pero el Dr. Montoya y Flórez hizo constar su voto negativo, manifestando que ese edificio era medioeval, antihigiénico, más parecido á una prisión, porque era un gran salón de celdas laterales, con cerraduras más ó menos costosas, mientras que la Higiene moderna aconseja para los hospitales, pabellones aislados, capaces para ocho enfermos y separados por jardines.

En seguida se aprobó la siguiente proposición: "Dígase al Sr. Secretario de Gobierno, que la Academia juz-

ga conveniente el levantar un censo de los leprosos del Departamento de Antioquia, especificando sexo, edad, posición social, capacidad pecuniaria &c., con el objeto de tener un dato preciso sobre el asunto."

Sesión del 6 de Abril.

Se leyó un informe del Dr. B. Mejía, relativo á un trabajo del Dr. J. J. de la Roche sobre disentería, trabajo que se publicará en este número.

El Dr. Montoya y F. propuso y la Academia aceptó, por unanimidad, que se nombrara miembro honorario de la Corporación al Dr. JOAQUÍN ALBARRÁN.

Se procedió á nombrar, por votación secreta, orador para la Sesión solemne del 20 de Julio, y fue nombrado, por unanimidad, el DR. JORGE E. DELGADO.

CRONICA

Rectificación.—Cuando en el número anterior de este periódico, di cuenta de la inauguración de la "Sala Quirúrgica" del Hospital de San Juan de Dios, ignoraba la importante participación que en esta obra había tomado mi muy estimado colega el Dr. José V. Maldonado, quien fue uno de sus iniciadores. Hoy que conozco mejor la historia de la mencionada Sala, me complazco en reconocer al hábil cuanto modesto cirujano, lo que de justicia se le debe, colocando su nombre al lado del Dr. Montoya y F., como acreedores que son uno y otro al reconocimiento público, por la participación que ambos han tomado en el mejoramiento del Hospital de Caridad, y por el grande impulso que los dos, con sus conocimientos, y con el espíritu caritativo de que están animados, han dado á la Cirugía en Antioquia. Con la mayor buena voluntad hago esta espontánea rectificación para enmendar el involuntario descuido que tuve en no haber mencionado al Dr. Maldonado cuando di cuenta de la inauguración de la Sala. Toca, pues, á estos Sres. y al Dr. E. Zuleta, quien, como Rector que fue de la Universidad, dió los primeros pasos para allegar recursos é iniciar los trabajos, el honor de haber visto coronados sus esfuerzos de una manera tan satisfactoria.—C. DE G.

Reconocimiento.—La Academia de Medicina se complace en dar público testimonio de gratitud, por el apoyo decidido y eficaz que el actual Gobierno del Departamento le ha dispensado. Desde que el Sr. General D. Pompilio Gutiérrez se encargó del alto puesto, como primer Magistrado de Antioquia, se notó la deferencia especial con que miró á esta Corporación. Sus dignos Secretarios, cada uno en su esfera, han contribuído también á que este Cuerpo científico marche con prosperidad y sin dificultades en sus labores.

Pero merece mención especial en esta manifestación, el Sr. Dr. Alfonso Villegas Arango, quien no ha ahorrado medio alguno, ni ocasión, para favorecer á la Academia, en la medida de sus atribuciones. Los *Anales*, este vocero de nuestros trabajos, habían marchado entre escollos y dificultades sin cuento, hasta el punto de que, en el año académico anterior, sólo un número de esta publicación vio la luz. Durante el presente período, un sólo número de dichos *Anales* se había podido publicar; pero tan pronto como llegó el Dr. Villegas Arango, ordenó la publicación de otro número, considerando el periódico como de utilidad pública.

No contento, empero, con que una publicación tan importante, quedase á merced de una orden para cada número, resolvió asegurarle vida y estabilidad por muchos años, aprobando un contrato que, por su iniciativa, celebró la Academia, con el Sr. Director de la Imprenta Oficial del Departamento, á quien con justicia la Academia reconoce y agradece también, sus buenos oficios para con la Corporación, y su apoyo decidido en tan importante ramo.

Hay más: acaba el Sr. Secretario de Gobierno de dotar á la Academia con un teléfono y con alumbrado eléctrico, tanto para el salón de sus sesiones, como para su Biblioteca y para el Museo de Anatomía patológica.

Bien haya el Sr. Gobernador por su entusiasmo por la Ciencia, ayudado por tan buenos colaboradores. Bien haya el Sr. Secretario de Gobierno, á cuya sombra, bien podría decirse con Menéndez Pelayo que "*medró la Ciencia y sublimóse el Arte.*"

Sabemos que á otros ramos del adelanto intelectual se ha dado impulso yá, con verdadero entusiasmo científ-

fico y patriótico. Es un Gobierno, pues, que *"premia el ingenio y al saber ayuda."*

Confiamos que así continuará, y que pronto veremos dotada la Atenas antioqueña de nuevos planteles de educación, sobre todo de una Escuela de Bellas Artes, que á gritos la pide el genio de nuestra raza. En este ramo yá sobresalen muchos jóvenes, y en este campo yá se cuenta con verdaderos maestros. La Academia sólo aspira, por ahora, al establecimiento de una oficina de vacunación, para lo cual ha ofrecido, ofrece y ofrecerá su cooperación científica desinteresada, *ad honórem*, y por el sólo sentimiento de servir sinceramente á la humanidad.

Que se prepare aquí la vacuna, que se cultive el virus y que se difunda, á larga mano, en todo el Departamento, y, si preciso fuere, en toda la República. Esta será obra inmortal, beneficio inmenso, salvación de muchas vidas, como á nadie se le oculta, y será, por otra parte, obra relativamente poco costosa, pues la Academia, ajena á la especulación, nada llevará por su cooperación y sus luces en el asunto. Es aterradora la epidemia de viruela en estos momentos en algunos pueblos y campos circunvecinos. Aquí mismo no faltan algunos casos, y es obra de caridad, de humanidad, pudiendo preparar el preservativo, obtenerlo y propagarlo.

Quien así obre merecerá el bien de la Patria y de la humanidad doliente.

LA REDACCION.

Más Lazaretos.—En el Ecuador también se trata de construír un Lazareto conforme á los últimos adelantos de la Ciencia, pues el hospital de leprosos que actualmente existe está pésimamente acondicionado, según los *Anales de la Universidad Central*, periódico que hemos recibido con mucha puntualidad como canje. Dice el citado periódico que "en la actualidad el mencionado hospital ocupa el mismo sitio que en tiempo de la Colonia, dominando á Quito hacia el Sudoeste, y á la falda de la colina Panecillo..... Al pie se encuentra el cementerio de los que en tal Establecimiento fallecen y cuya inhumación, ¡cosa curiosa! la hacen los 'Locos' que moran en el edificio adyacente, el Manicomio. En este Lazareto, según el mismo periódico, se encuentran setenta y dos en-

fermos, los cuales pertenecen á distintos pueblos y provincias.

Del nombrado periódico tomamos el siguiente cuadro del "Número de Leprosos en las Repúblicas Suramericanas."

Colombia.....	30.000	Guayana inglesa....	200
Brasil.....	3,000	Guayana francesa...	250
Venezuela.....	219	Argentina de 600 á..	800
Ecuador.....	194	Paragüay.....	150
		Uruguay.....	37

Perú, Bolivia y Chile, casos venidos del Exterior.

Dos millones seiscientos mil hectolitros de alcohol se consumen anualmente en el Perú, lo que da 90 litros por cabeza. Pero yá el Soberano Congreso está tomando medidas enérgicas y radicales para oponerse á dicho mal. El *Boletín de la Academia de Medicina* número 1º, año III, publica un informe de la Comisión á cuyo estudio pasó este asunto, la cual presenta á la consideración del Congreso, un proyecto de ley que podría servirnos de modelo para dictar una ley semejante á aquélla, pues yá es tiempo de que el Congreso se ocupe en dictar medidas encaminadas á mejorar la condición moral de los pueblos.