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 | Medellin, Julio 20 de 1903. | Nos. 11 y 12

ANALES DE LA ACADEMIA

Con este número termina la serie XI de esta Revista. Hemos tenido que publicar entregas dobles para poder terminar esta serie, que tántas interrupciones sufrió, en el período para que fuimos nombrados Redactores, y hemos logrado nuestro deseo.

No hemos omitido esfuerzo alguno á fin de corresponder debidamente al honor que nos dispensó la Honorable Academia, nombrándonos Redactores para el período que termina. Si no hemos logrado nuestros deseos, culpa será de nuestra ineptitud.

Entran ahora los *Anales* en el duodécimo año de su vida, con la existencia asegurada por cinco años, merced al contrato celebrado por el Presidente de la Academia con el Gobernador del Departamento. Esperamos que los nuevos Redactores sabrán sostener esta publicación á la altura que debe tener, y confiamos en que el periódico saldrá con toda regularidad y en que los señores Académicos prestarán una colaboración más activa de la que han tenido hasta ahora, á fin de que los trabajos que se publiquen sean originales, que es en lo que más nos hemos esforzado.

LL. RR.

DELENDA SUNT ESPUTA

El deseo de prestar un verdadero servicio á las familias, muy numerosas por cierto, que cuentan entre sus miembros uno ó varios tuberculosos y, no solamente á

ellas sino á la sociedad en general, nos mueve á escribir este artículo destinado á señalar en términos claros y precisos (1), los medios de que dispone la ciencia para evitar la propagación de la tuberculosis, enfermedad que *causa más víctimas que las epidemias más mortíferas.* Esta enfermedad, todo el mundo lo sabe, está muy propagada entre nosotros y nadie ignora que, ni las autoridades ni los particulares, han tomado las medidas conducentes á fin de evitar su propagación.

I

La tuberculosis, llamada generalmente *tisis pulmonar*, es una enfermedad contagiosa y transmisible, como lo demostró desde 1865 el Dr. Willemin, médico francés. Un sabio alemán, llamado Roberto Kock, fue quien primero descubrió el germen que produce la tuberculosis. Este es un microbio que tiene la forma de un *bastoncito*, por cuyo motivo se le designa con el nombre de *bacilus*, que en latín quiere decir bastón. Este bastoncito, más tremendo que el bastón de algunos magistrados, no tiene más que dos ó tres milésimos de milímetro de longitud; pero se multiplica, por simple división, con tánta rapidez que en pocas horas se forman millares que á la vez se multiplican de nuevo. Este *bacilo* puede vivir en todas partes: en la leche, en la carne, en el polvo de las calles, en las paredes, en el suelo, en los muebles, en las rejas de los confesionarios, en los coches, en los vestidos, &c. &c. Pero si es cierto que este microbio devastador se encuentra en todas partes, su morada de elección es los esputos de los tuberculosos y, como la urbanidad no ha penetrado aún en todas las clases sociales, muchas personas tienen la costumbre de esputar en el suelo y, si están tuberculosas andan regando microbios por todas partes, creando así, á cada paso, nuevas fuentes de contagio. *¡ Delenda sunt esputa !*

II

Es de suponer que siendo esto así, toda la humanidad debería estar tuberculosa, cuando tan sólo lo está la cuarta parte, pues en los talleres, en los clubes, en los teatros, en las iglesias, en las oficinas públicas, en las calles, en los paseos, en todas partes, en fin, hay por lo menos

(1) Escrito para legos en Medicina.

un tuberculoso que arroje sus esputos al suelo, los cuales, al secarse, se transforman en polvo que flota en el aire que se respira. Así debería suceder en efecto, pero la naturaleza nos preserva hasta cierto punto del peligro. Antes de llegar el aire á los pulmones ha tenido que recorrer una serie de cavidades irregulares, tapizadas por una membrana cubierta por un líquido viscoso, en la cual se detienen, como aprisionados, la mayor parte de los microbios. El organismo posee además defensores activos en los glóbulos blancos de la sangre, los que destruyen la mayor parte de los microbios. Esta acción de los glóbulos blancos sobre los microbios, se llama *fagocitosis*. La salud y el vigor corporales y la buena higiene son también condiciones que impiden, hasta cierto punto, la acción de los microbios. Además, la luz solar destruye gran número de los que quedan expuestos á su acción.

Pero si hay factores que impiden ó dificultan la acción de los *bacilos*, también hay condiciones que la favorecen: la habitación en un alojamiento estrecho, los excesos de cualquier clase que sean, la mala salud anterior, el excesivo trabajo, el desaseo, la miseria, &c. &c.

III

Para evitar, pues, la propagación de esta terrible enfermedad, debemos esforzarnos por que todos los enfermos esputen en escupideras de bolsillo que pueden desinfectarse fácilmente, siendo deber de las autoridades, prohibir terminantemente, bajo severas multas, el escupir en el suelo, para lo cual deben hacer fijar en las escuelas, en las iglesias, en las cantinas y en todos los lugares públicos, letreros que en gruesos caracteres digan: SE PROHÍBE ESCUPIR, BAJO PENA DE MULTA. En todos los países civilizados se ha abierto campaña para evitar la propagación de la tuberculosis y se han formado ligas antituberculosas; los higienistas y bacteriólogos han convenido yá en las medidas que deben adoptarse, y en aquellos países en que el Gobierno se interesa por el bien público, se han dictado leyes destinadas á hacer respetar aquellas medidas. Como las medidas profilácticas que pueden adoptarse no dan resultados inmediatos, sino que obran lentamente, deberíamos esforzarnos por que nuestro Gobierno las adoptase para ver de librar á las gene-

raciones futuras de este mal que, con la sífilis y la lepra, forma los tres enemigos del cuerpo. Yá dijimos que el principal elemento del contagio está en los esputos desecados; pero también se encuentra en las partículas líquidas que lanza al estornudar ó al toser la persona afectada de esta enfermedad, partículas que alcanzan muchas veces hasta 10 metros de distancia. Para que el enfermo se resuelva á no expectorar en el suelo, dice el Dr. Mamerto Cádiz, en una memoria presentada al IV Congreso para el estudio de la tuberculosis, publicada en la *Revista Chilena de Higiene*, es preciso que esté convencido que el producto es contagioso, que lleva sobre sí una enfermedad transmisible y que tenga buena voluntad para este temperamento. Ahora bien, la generalidad de los médicos ocultan á sus clientes la naturaleza del mal por razones de orden moral.....Esta conducta es verdaderamente deplorable, tanto para el enfermo mismo como para la sociedad en que vive. El tuberculoso debe conocer su mal para que se decida á seguir un régimen severo que lo conduzca á la mejoría ó á la curación. Es preciso, dice Grancher, que el médico haga comprender á su enfermo la necesidad de usar escupideras de bolsillo y de habitación, y de desinfectarlas para evitar una reinfección y una agravación de su enfermedad. De este modo añade: con un poco de egoísmo se resguarda el interés de los demás.

Otra medida que debe adoptarse en las familias para evitar la propagación de la tuberculosis, es la desinfección de las piezas ó habitaciones de los enfermos, las que no deben barrerse sino lavarse con paños húmedos. Igualmente deben desinfectarse las ropas del enfermo y después de su defunción debe desinfectarse cuidadosamente la pieza ó piezas que ocuparon, por medio de la sulfuración y los lavados del techo, paredes y suelo con una solución de sublimado.

Las autoridades competentes deberían dictar reglamentos especiales en concordancia con las reglas higiénicas para que éstas se observaran en los cuarteles, establecimientos de castigo, iglesias, escuelas, talleres, cantinas, &c. &c.

En uno de los Congresos de la tuberculosis reunido en Berlín, se demostraron plenamente los peligros del

matrimonio entre tuberculosos y se convino en que debería prohibirse el matrimonio á los jóvenes *sospechosos de tuberculosis*, y con mayor razón á los tuberculosos confirmados. Como la carne y la leche de los animales tuberculosos es otro de los medios de contagio, aunque algunos lo quieran negar, debería someterse el ganado que se da al consumo á una inspección minuciosa confiada á un personal suficiente de veterinarios.

IV

El verdadero tratamiento de la tuberculosis no puede hacerse sino en establecimientos especiales situados fuera de las poblaciones, llamados *sanatorios*, y cuyas ventajas son proclamadas por todos.

Brehmer y Dettiveiler, médicos alemanes, fueron los primeros que tuvieron la idea de someter á los tísicos á un tratamiento higiénico basado en la buena aereación, el reposo físico y moral y una alimentación substancial en establecimientos especiales que dieron la idea á Panmvity y Won Leyden de los sanatorios populares que tan buenos resultados han dado en Alemania, en donde se han curado en poco tiempo el 9 °/₀ de los enfermos y se han mejorado notablemente el 65 °/₀.

Según las estadísticas de Dettiveiler, los resultados comprobados por él dan, para un tratamiento de 90 días, 14 °/₀ de curaciones absolutas, 14 °/₀ de curaciones relativas y 45 °/₀ de mejoras (S. Gache).

Aunque "la indiferencia pública es grande entre nosotros y ella es el principal estorbo con que luchan las iniciativas que no están destinadas al lucro inmediato", (1) deberíamos todos los médicos formar una *Liga contra la tuberculosis*, destinada á adoptar, de acuerdo con las autoridades, todas las medidas conducentes á fin de evitar la propagación de esta enfermedad que diezma las poblaciones sin que nadie piense en evitar sus estragos, siendo Colombia tal vez el único país que ha permanecido impasible ante tan espantoso flagelo. Declaremos guerra abierta al bacilo de Kock: *Delenda sunt esputa.*

DR. C. DE GREIFF.

(1) "Anales del Círculo Médico Argentino", página 374. Año XXII.

GUSANOS DE LAS FOSAS NASALES

J. M., de 30 años de edad, soltera, de constitución endeble y antecedentes un poco sospechosos de tuberculosis, fue atacada en la epidemia actual, en el mes de Octubre del pasado año, de viruela confluente.

En el período de supuración, las moscas, compañero seguro y tenaz, donde reina el desaseo, se posaban, al menor descuido de la enfermera, dondequiera que reventaba una pústula. Como el labio superior y la nariz se pusieron monstruosos, pues no parecía sino que una enorme pústula hubiese ocupado aquella región por la fusión de todas las pequeñas que en aquel punto aparecieron, era el sitio predilecto para posarse en él las moscas.

Y depositaron indudablemente huevos, á la entrada de las narices, huevos que fueron arrastrados al interior de las fosas nasales por los movimientos inspiratorios. Encontrando allí los huevos un medio apropiado para su ciclo evolutivo, empezó la enferma á sentir una comezón intensa en las fosas nasales, acompañada de abundante secreción nasal.

A la sensación de comezón se unió la de movimiento, provocando desasosiego espantoso y fuertes accesos de estornudo.

Y todo aquello aumentaba de día en día, llevando á la enferma á una situación lamentable.

La fiebre de la viruela que había yá desaparecido, estalló de nuevo, precedida por fuertes escalofríos y dolor de cabeza, que se hizo constante, lo mismo que un delirio tranquilo y suave. La respiración se hizo en extremo difícil por la vía nasal, de modo que la enferma se vio obligada á mantener la boca abierta para poder respirar. El aliento era horriblemente fétido, y una secreción muco-purulenta manaba por las narices.

Como todo aquello era atribuído á la viruela, la familia no consultó á médico alguno, sino cuando vieron con gran sorpresa que un gusano salió espontáneamente en un acceso de tos y que aún se veían otros en el fondo de las narices.

Fue entonces cuando vi á la enferma: estaba en pleno período de descamación y el estado era el siguiente:

Temperatura 40°, grande agitación, edema considerable de las narices, edema que se extendía á los párpados y parte de la región frontal. La voz gangosa, ininteligible casi, y el aliento fétido, nauseabundo. A la vista no se percibía ningún gusano en el fondo de las narices, pues éstos sólo se observaban de vez en cuando.

Lo primero que hice fue practicar un lavado de las fosas nasales con un irrigador, con una solución de bicloruro de mercurio al 0,50 por mil, lavado que se me hizo en extremo difícil, pues encontraba un obstáculo invencible para establecer la corriente. Viendo que por este medio nada conseguía, tuve qué recurrir á un procedimiento bastante primitivo, por hallarme en el campo.

Coloqué un *popo* de higuerillo en una de las ventanas de la nariz, y puse á que una muchacha echara humo de tabaco por el *popo* á las fosas nasales.

Pocos momentos después empezaron á salir, atropellándose, gusanos enormes, de cinco á seis centímetros de longitud y del grueso de un ascarides lombricoides. Hasta cuarenta y cuatro pude contar de aquellos *bichos*.

Volví entonces á practicar un lavado de las fosas nasales, y en esta ocasión sí pude yá establecer la corriente. Con la irrigación salieron aún dos ó tres gusanos más y una gran cantidad de mucosidades purulentas. Como temiese los fenómenos meningíticos por la alta elevación térmica–40°–por el delirio que, aunque tranquilo, acompañaba á la enferma, por la agitación y principalmente por el número crecido de gusanos que se encontraban en las fosas nasales y que por las células etmoidales invadieran el encéfalo, prescribí un tratamiento apropiado para el caso, y como tratamiento local, insuflaciones de calomel, pues dada la disposición y repartición de la mucosa pituitaria en las fosas nasales, el gran número de pliegues que dicha mucosa forma, bien fácil era que quedasen aún larvas aprisionadas en alguno de los repliegues de la pituitaria.

Cuatro ó cinco días siguió aún la enferma con alta temperatura, con delirio, con dolor de cabeza localizado á la región frontal, agitación general y fetidez en el aliento. Todos aquellos fenómenos fueron calmando poco á poco, dejando, sí, á la enferma, un coriza crónico que ha cedido un poco á lavados astringentes, y la voz que per-

dió su timbre natural, quedando un timbre un poco velado y gangoso. Han pasado yá ocho meses y aún permanece la alteración de la voz. El sentido del olfato poca alteración sufrió, pues, aunque la enferma siente y distingue los olores, nunca son percibidos con la intensidad y precisión con que lo fueran antes de la enfermedad.

Como consecuencia natural y lógica, se desprende de esta observación el cuidado escrupuloso que debe tenerse con los virolentos, especialmente en el período de supuración, período durante el cual las moscas persiguen con insistencia tenaz á los enfermos.

Girardota, Junio de 1903.

LISANDRO POSADA BERRÍO.

INFORME DE UNA COMISION

Sr. Presidente de la Academia.

Respetuosamente tenemos el honor de presentar el informe que se nos ha pedido, acerca de un aparato presentado por el Sr. Antonio Serna para practicar la versión pelviana, en las presentaciones acromio–toráxicas, con procidencia del brazo, y llamado por su autor "elevador Serna". Al rendirlo, prescindimos de ninguna apreciación sobre la mayor ó menor aceptabilidad de dicho aparato, pues se comprende que con este fin puede construírsele tan perfecto como se desee.

El aparato se compone de un tallo metálico, encorvado sobre uno de sus bordes, lo suficiente para adaptarse á la curva de la hilera pelviana, y provisto, en uno de sus extremos, de un mango para manejarlo, y en el otro, de un anillo de cuerno, destinado á recibir el brazo procidente y apoyar en la axila y hombro correspondientes.

No habiéndolo usado ni vístolo usar, ni siendo posible emplearlo por nosotros, por ser de rara aplicación, nuestro concepto tiene que ser puramente teórico, y para emitirlo debemos hacer algunas consideraciones meramente especulativas, respecto al caso en que dicho aparato se emplea.

Uno de los casos que exigen del partero más serenidad, mayor pericia y mejor conocimiento del arte, es, sin duda, una presentación de hombro, con procidencia del brazo; porque eso supone que no ha sido llamado en tiempo oportuno para corregir por maniobras de versión externas, internas ó mixtas, la mala presentación cuando, intacta aún la bolsa de las aguas, el líquido amniótico permite y facilita la maniobra.

En efecto, siendo el hombro una superficie de forma irregular, que no se adapta al círculo uterino, sino mediante largas y enérgicas contracciones del útero, rota la bolsa y procidente el brazo, la mayor parte ó la totalidad de las aguas del amnios, se escurren. Entonces las paredes de la matriz, contraídas, se amoldan en cierto modo sobre el cuerpo del niño y lo inmovilizan; de suerte que las maniobras de versión serán tanto más difíciles, cuanto mayor sea el tiempo transcurrido desde la procidencia del brazo y uno de los peligros que se corren, fuera de la probable ó casi segura muerte del niño, es la ruptura de la matriz.

En caso semejante, si la versión se hace por los medios clásicos, sin más instrumento que la mano del partero, los peligros de ruptura uterina son los menos, porque el operador gradúa su esfuerzo por la resistencia que le opone el útero retraído ó contraído, y el partero puede, si las partes genitales son bastante anchas, como en las multigestas, ir á buscar los pies del niño, dejando el brazo procidente, el que ascenderá á medida que aquéllos descienden; ó bien elevar previamente el brazo, empujándolo ó apoyando la mano en la axila y el hombro, como lo hace el instrumento del Sr. Serna, pero de un modo consciente.

En ambos casos, el brazo del operador puede ocluír el orificio uterino é impedir que las aguas que hubiesen quedado, se escapen, lo que es condición preciosa para el buen éxito de la maniobra.

Con el aparato del Sr. Serna no puede suceder lo mismo, porque, por una parte, no es posible graduar conscientemente la fuerza que se oponga á la resistencia uterina, lo que hará más fácil, y acaso más segura, una ruptura del órgano, y por otra, el aparato mismo, al colocarlo, facilitará el escape del resto del líquido amnióti-

co que hubiere quedado, lo que agravará el peligro de mayores complicaciones y dificultades que, en todo caso, son á veces tales, que la mayor habilidad y la más cumplida prudencia, no son bastantes á vencerlas, y es preciso ocurrir á la embriotomía. Creemos, pues, que para la versión pelviana, en una presentación acromiotoráxica, como en todo otro caso, es preferible la mano del partero, que es instrumento consciente, á cualquiera otro instrumento, y que ni el del Sr. Serna, ni ninguno otro semejante, tendrán aplicación práctica ventajosa.

Debemos hacer constar que en ninguna obra, hemos hallado la descripción de aparato semejante al del Sr. Serna.

Para concluír, tenemos el honor de proponeros lo siguiente:

Devuélvase el aparato al Sr. Serna, dándole las gracias por su presentación á la Academia, y manifestándole que se aplaude el laudable propósito que ha tenido en buscar, con su invento, el medio de vencer las dificultades que ofrece una presentación de hombro con procidencia del brazo.

Medellín, Mayo 28 de 1903.

F. A. Arango.—Eduardo Zuleta.

CONTINUA LA DISCUSION SOBRE DISENTERIAS

El artículo de nuestro distinguido colega y amigo el Dr. José Joaquín de la Roche, y más que todo, los recientes desastres en el tratamiento de la disentería que nos han ocurrido después de la discusión del año pasado, me impulsan á reanudar el estudio de este asunto, hoy por hoy, quizá el más importante para nosotros.

En primer lugar diré que estoy convencido de que hay en Medellín varias formas de disentería, que son absolutamente incurables. Lo digo no sólo por experiencia propia, sino también por el conocimiento que tengo de que á muchos de vosotros os ha tocado tratar varios casos también con insuceso.

1ª forma. La disentería que se complica con endocarditis. Esta forma fue observada aquí en el año de 1886 y desde entonces la trataron con sulfato de soda á

pequeñas dosis y también con purgantes repetidos de esa misma substancia, tratamiento este último más racional quizá que el primero por su acción eliminadora. Estos casos son generalmente mortales.

2ª La que se caracteriza con vómito incoercible y adinamia profunda.

3ª La que se presenta con deposiciones de color rojizo obscuro, en poco número pero abundante. Generalmente va acompañada con la forma anterior.

En todas estas formas hay dolores atroces que no calman ni con inyecciones de morfina, y todo tratamiento es ineficaz por regla general y especialmente en niños y adolescentes.

Todos esos tratamientos de que nos hablan los libros, ipeca, calomel, purgantes, &c., no dan resultado alguno.

En ningún caso puede decirse con mayor razón que en la disentería, que no hay enfermedades sino enfermos y que si curan con el tratamiento, podían haber curado sólo por su resistencia celular. Creo que estamos con esta enfermedad en el mismo caso en que estábamos con la difteria antes del descubrimiento del suero de Roux. Entonces había médicos que decían haber curado crup con percloruro de hierro, con hielo, con brandy, con ácido salicílico, &c. Quizá lo que ocurría era que esos enfermos que curaban, á pesar de un tratamiento erróneo y anticientífico según lo consideramos hoy, habrían curado sólo por la sola acción de su resistencia orgánica.

Vuelvo á sostener que sólo las inyecciones de suero artificial desde el principio de la enfermedad es el único tratamiento racional, no porque lave la sangre, pues está demostrado que eso no es cierto, no porque coagule la sangre, sino únicamente como estimulante celular.

Confieso que éste es ineficaz en ciertos casos, lo que por otra parte es explicable, una vez que nosotros ignoramos el equivalente matemático de la fuerza de la infección, el de la fuerza de resistencia celular y el de la fuerza que llevemos al organismo con el suero.

En cuanto al contagio de la desintería, el mismo Dr. de la Roche me ha dicho que poco después de escrito su

artículo, ha observado una epidemia en Sanvicente, en la que no le queda duda que el contagio no ha sido por el agua, y me agregó que había tenido varios casos desgraciados y en los que todo tratamiento fue inútil.

Hay que convenir que si es cierto que el agua puede ser el vehículo de la infección, también puede serlo el aire y éste más que todo. Yá Hipócrates, que fue un vidente, dijo: que los gérmenes de las enfermedades estaban en el aire. En Medicina no se puede ser absoluto y mientras la fórmula no sea rigurosamente científica lo mejor es el eclecticismo.

Desgraciadamente nuestros medios de progreso son reducidísimos entre nosotros y por mucho tiempo tendremos que seguir de segundones y bibliófilos mientras llegue para otros la éra de la investigación propia y de la medicina nacional, propiamente hablando.

Y yá que nos toca este período triste, discutamos con franqueza y verdad los tratamientos europeos. Ahondemos un poco más la razón de los éxitos y desastres que con ellos tenemos.

EDUARDO ZULETA.

MIS IDEAS RESPECTO A DISENTERIA

Voy á resumir en pocas palabras mis ideas referentes á la etiología y al tratamiento de la disentería.

Hoy nadie duda de la naturaleza infecciosa de esta enfermedad, aunque no se conoce con precisión su agente específico, pues el *amœba coli* se encuentra también en personas sanas y deja de encontrarse en algunos casos de disentería, según lo afirma Manson. Igual cosa sucede con el *Anguillula estercolaris* y con el bacilo de Chantemesse y Widal que también fueron considerados como agentes específicos de ella.

Las bacterias ordinarias del intestino pueden adquirir propiedades patógenas en ciertas circunstancias, por ejemplo cuando un alimento irritante ó mal preparado produce una indigestión ó un catarro intestinal y siempre que por cualquier motivo se debilite el organismo ó se altere el equilibrio fisiológico. Es así como obran, como causas determinantes, el chocolate mal preparado y

las frutas, sobre todo el aguacate, de que nos habló el Dr. Montoya, y cómo se explican esas disenterías que podríamos llamar *a frigore* y que aparecen después de una mojada ó una humedad y las que siguen á una comilona ó á una sesión de intemperancia. Rochard afirma que basta pasar una noche al sereno, sin suficiente abrigo, para contraer la enfermedad en los países cálidos. Los elementos morbígenos mismos pueden atravesar impunemente el canal intestinal cuando está sano y el sujeto es vigoroso; pero si la superficie intestinal se altera, esos gérmenes se absorben y producen la enfermedad. Yo creo que el principal origen de la enfermedad está en el agua, y así lo cree todo el mundo, pero no creo que sea el único; es posible que tenga origen telúrico ó meteorológico y más que todo autóctono, pues, como yá lo dije, los saprofitos adquieren propiedades virulentas en determinadas circunstancias, como son, según Colin, el abuso de frutas poco maduras, la influencia de una alimentación desproporcionada por el exceso de cuerpos grasos y feculentos, y el uso exclusivo de carnes saladas. Pero no creo, como algunos de mis colegas, que los fríjoles y el maíz sean por sí mismos la causa eficiente de la disentería. Basta para convencerse de ello considerar que esos alimentos han sido usados en todo tiempo, mientras que la disentería epidémica no aparece aquí sino de cuando en cuando con intervalos más ó menos largos y que la disentería esporádica es relativamente rara.

Respecto al tratamiento creo que lo mejor hasta hoy es el sulfato de soda, pero á dosis purgante y repetida, administrado por el método inglés, es á saber: cuatro gramos en un pocillo de agua caliente, repetidos cada hora hasta producir efecto purgante y continuar este tratamiento por tres días consecutivos. Administrando de una vez 30 gramos, es generalmente vomitado á causa de su repugnante sabor y por intolerancia estomacal, mientras que por el otro sistema es perfectamente bien tolerado. Los astringentes están completamente contraindicados en la disentería aguda lo mismo que los anexosmóticos, por lo cual no soy partidario del sulfalto de soda á dosis menores de 4 gramos, como lo aconsejan algunos médicos que no se atreverían á usar el bismuto ni el opio que, en fin de cuentas, tienen la misma acción

anexosmótica. Por lo mismo no prescribo, sino en la disentería crónica, las populares píldoras de Segond.

Después del sulfato de soda ocupa lugar preferente, entre los antidisentéricos, la ipeca que, á pesar de su especificidad reconocida, ha fallado en muchas ocasiones, lo que proviene, ó de su mala calidad ó de su mala administración ó de la naturaleza misma de la enfermedad, cuyos síntomas varían tánto en cada epidemia y en los diferentes lugares. La ipeca no debe administrarse por el rutinario, anticuado y repugnante método brasilero. La he administrado por el método inglés y siempre la he visto bien tolerada y he palpado sus buenos efectos. Este método, descrito detalladamente por Manson en su *Tropical Diseases*, consiste en prohibir todo alimento, por lo menos tres horas antes de administrar la ipeca; dar de 15 á 20 gotas de láudano y, cuando el paciente esté bajo su influencia, darle en obleas ó en cápsulas un gramo ó gramo y medio de ipeca; hacerlo acostar sin almohada y no darle alimento ni bebida ninguna hasta tres horas después; es preciso, además, tener la precaución de quitarle con un pañuelo la saliva que se acumula en la boca. Si no se presentan náuseas se repite la dosis de ipeca una hora después. Esto se repite por tres ó cuatro días, teniendo siempre la precaución de tener al paciente á dieta absoluta tres horas antes y tres horas después de administrar el medicamento.

Respecto á los lavajes intestinales repetidos, los creo con muchos inconvenientes: traumatizan el intestino aunque se pongan con mucho cuidado; repugnan al enfermo hasta el punto de hacerle coger aversión al médico, y rebajan la dignidad de éste que tiene que hacer personalmente esos lavados para que queden bien hechos. A lo más deben ponerse dos lavativas diarias con agua salada simplemente y con una sola sonda blanda: la introducción de dos sondas en un intestino ulcerado no es tolerable y no está exenta de peligro. Teniendo en cuenta las propiedades hemostáticas de la raíz de algodonero (gossypium herbaceum), la he empleado con resultado satisfactorio en forma de lavativas de cocimiento al 15% y la doy al mismo tiempo como bebida ordinaria en decocción más débil. Las lavativas de quinina me parecen bien indicadas como bactericidas que son, sin tener los inconvenientes de las de nitrato de plata, que pueden provo-

car hemorragias y que no deben emplearse sino en los casos crónicos. (1)

No creo mucho en la acción cuasi infalible atribuída á las inyecciones de suero artificial, ni las creo de fácil aplicación en todas las casas, ni creo que deban aplicarse como tratamiento exclusivo haciendo de ellas un específico. Muy buenas las considero para levantar un organismo decaído y creo que son suficientes dos inyecciones de 125 á 200 gramos cada una, para poner al paciente en estado de luchar ventajosamente con el agente morbífico.

Cualquiera que sea la medicación que se emplee, es indispensable el reposo absoluto y la dieta, prohibiendo el uso de la leche cuando se administra el sulfato de soda, porque generalmente no es tolerado; en su lugar puede darse agua albuminosa, cocimiento de cebada ó arroz, tibios y á pequeñas cantidades. Después de pasado el efecto de los purgantes puede darse la leche, pero siempre en pequeñas cantidades cada vez.

DR. C. DE GREIFF.

ETIOLOGIA, PATOGENIA

Y TRATAMIENTO DE LAS DISENTERÍAS

El problema de la patogenia en las disenterías es muy obscuro y la causa específica no se ha encontrado aún.

La etiología de esta enfermedad ha dado lugar á tántas hipótesis, que no se ha quedado un solo parásito saprofito ó comenzal inofensivo del intestino que no haya sido incriminado. Los diversos observadores han gastado tánta tinta, y se han acalorado tánto en las discusiones y reivindicaciones de prioridad que asemeja esto la discordia del campo de Agramante, en que Don Quijote decía con voz que atronaba la venta: "Mirad cómo allí se pelea por la espada, aquí por el caballo, acullá por el águila, acá por el yelmo, y todos peleamos, y todos no nos entendemos"..... (Cervantes).

(1) La semejante distribución geográfica de la disentería y la malaria y otras condiciones semejantes que parecen establecer cierto parentesco entre estas dos enfermedades, autorizan para usar la quinina en la disentería. En una epidemia que observé en Yarumal obtuve tan buenos resultados con ella, que desde entonces la empleo en todos los casos, aunque la disentería no sea francamente palúdica.

Normand, incrimina la inofensiva *Anguillula stercoralis;* Kartulis y otros las amibas; Zancarol un estreptococo; Chantemesse y Widal un bacilo; Celli y Fiocca el *Bacterium coli, &c.*, y ninguno de estos parásitos tienen carácter de causa específica y eficiente, de un modo absoluto.

La *Amœba coli* acusada, y encontrada por Koch en las úlceras disentéricas de Egipto y de la India no sería, según Celli y Fiocca, sino una variedad de la *Amœba lobosa;* y en las disenterías se encuentran además: la *Amœba spinosa*, la A. *diaphana*, A. *reticularis*, &c., parásitos que se hallan no sólo en estado normal en el intestino, sino además en la vagina y en ocasiones en la vejiga.

Krusse y Pascuale, examinando cuidadosamente las deyecciones de disentéricos de Alejandría, en el hospital griego que dirige Zancarol, no encontraron amibas, ni cosa parecida, pero examinando sus propios excrementos normales encontraron los famosos parásitos de Kartulis!

Zancarol, dice que las amibas son saprofitos vulgares, sin importancia y en manera alguna patógenos; que las disenterías serían debidas á un estreptococo.

Chantemesse y Widal, sostienen, contra viento y marea, que la causa específica de las disenterías es un bacilo, semejante al de la fiebre tifoidea; esto mismo asegura un bacteriologista japonés, y con tales trazas de verosimilitud que algunos médicos yankees, haciendo á un lado las investigaciones iniciales de los dos sabios franceses, proponen, con injusticia notoria, que dicho bacilo lleve el nombre del médico de Extremo Oriente.

Celli y Fiocca creen, con bastante fundamento, en nuestro sentir, que el *Bacillus coli* en ciertas circunstancias adquiere gran virulencia y produce la disentería. En consecuencia, el bacilo disentérico sería sólo una variedad del B. *coli commune*, y se encuentra siempre en las deyecciones disentéricas, con un bacilo semejante al de la fiebre tifoidea y un estreptococo. Lo más probable es, pues, que la disentería más común sea una toxiinfección de origen colibacilar. Esto asemeja la disentería epidémica á la fiebre tifoidea, producida por un baci-

lo saprofito del intestino normal de muchos individuos y que en ciertos casos se hace patógeno.

CAUSAS PREDISPONENTES Y DETERMINANTES

En estado normal los gérmenes pasan ó se mantienen en el intestino sin atacarlo, pero si la vitalidad y defensa celular del epitelio periclita, por cualquier motivo, la virulencia de ciertos microbios se exalta, y de inofensivos saprofitos se transforman en terribles agentes patógenos, como el neumococo huésped inofesivo de la boca, que produce las ulceraciones disentéricas, de las cuales la enterocolitis, impropiamente llamada catarral, no es sino el preámbulo ó período inflamatorio y congestivo de la mucosa intestinal. Sucede en ocasiones que la disentería es frustra ó abortiva y no llega al período ulcerativo por la enérgica y vigorosa resistencia celular ó fagocitaria del organismo ó porque la virulencia de los microbios no está muy exaltada, viniendo á ser una disentería muy leve; de la misma manera que hay un *tiphus levissimus* pero siempre tifoidea porque es producida por el mismo bacilo específico de Eberth, que las formas graves, siderantes.

Así pues, la enterocolitis ó irritación intestinal producida por bebidas ó alimentos indigestos, sobre todo en tiempo de epidemia disentérica en los trópicos, tales como: el agua potable cargada de tierra y materias orgánicas en descomposición, lo que Medellín sucede en la estación lluviosa, ó bien mezclada con materias fecales, por ruptura de la rudimentaria tubería de barro permeable que aquí se usa desde el tiempo de la Colonia; carnes averiadas y rancias; abuso de frutas indigestas, sobre todo las que tienen mucha grasa, como el aguacate y la nuez del coco; el hábito de beber agua fría después de ingerir un tazón de chocolate caliente, precipitando así una gran cantidad de manteca de cacao que estaba emulsionada ó al menos en suspensión; el abuso, durante las cosechas, del pan de maíz tierno que los antioqueños llamamos pañocha ó arepa de *chócolo* y del frísol verde, &c., son causas poderosas determinantes de las disenterías que debemos evitar en los climas cálidos en tiempo de epidemia, lo mismo que el enfriamiento ó humedad de los pies, y en general los cambios bruscos de temperatura, que aun

cuando *no introducen ningún microbio* en el cuerpo, sí favorecen eficazmente el incremento y virulencia de los que normal ó anormalmente se encuentran en el canal intestinal; y esta disentería, que pudiera llamarse *a frigore*, arroja cierta luz sobre la patogenia y demuestra que no es necesario que las aguas sucias, el aguacate, el chocolate, el pan de *chócolo* y demás alimentos indigestos traigan y vehiculen un microbio exógeno hipotético, sino que basta que exalten la virulencia de los saprofitos del intestino para que la toxi-infección disentérica de peor carácter se desarrolle, de puro origen endógeno ó autoctono, como sucede con las neumonías, pleuresías y anginas llamadas *a frigore* producidas por el neumococo que existe en la saliva en estado normal. Esto explica la antigua ESPONTANEIDAD MÓRBIDA, *multa renascentur quae jam cecidere!*

El agua potable puede desempeñar un papel considerable en la diseminación de las disenterías, como en la fiebre tifoidea, en ciertas localidades en que en la parte alta de las fuentes que surten la población se botan deyecciones disentéricas ó se lavan ropas contaminadas, porque en este caso el agua vehicula directamente microbios fecales de virulencia exaltada y terriblemente patógenos. De aquí el precepto higiénico de captar las aguas desde su nacimiento y conducirlas en tuberías de hierro al abrigo de toda infiltración y contaminación intencional ó fortuita.

Por lo que dejo expuesto y mucho más que me callo, por no ser prolijo, se ve que le sobró razón á mi sabio Presidente de tesis, el profesor Dieulafoy, para no poner de lleno y prematuramente las disenterías entre las enfermedades específicas é infecciosas, limitándose á decir prudentemente que:

"La disentería tiene todas las apariencias de las enfermedades infecciosas-microbianas; es probablemente debida á micro-organismos, pero hasta hoy, los micrococos y los bacilos señalados por varios autores no tienen ningún carácter específico" (1).

(1) Dieulafoy, Pathologie interne. T. II, 1901.

TRATAMIENTO

El remedio específico de la disentería grave está por hallar, y probablemente no existe, porque como dice con sobrada razón Patrick Manson, 'no hay una disentería, sino *disenterías* (1). En consecuencia, si en una epidemia da buenos resultados la ipeca, en otra serán los purgantes salinos, y en otras el calomel, &c.; al médico toca hacer la elección del remedio más apropiado al caso que trata, y naturalmente le será muy útil informarse con otros colegas, de numerosa clientela, cuál es el medicamento que mejores resultados les va produciendo en la epidemia en cuestión.

De un modo general, remedio que á los dos días no ha producido el efecto apetecido, debe abandonarse.

Hoy se tiene menos confianza en las drogas que en la defensa personal del organismo; no tratamos, dice Manson, (2) de hacer cicatrizar las ulceraciones, sino de darles la oportunidad de que lo hagan ellas mismas; levantando y sosteniendo las fuerzas del organismo, para que luche y se defienda con ventaja del ataque de los microbios.

La enfermedad es en lo general una verdadera batalla entre las células del organismo humano y las células microbianas: el más débil sucumbe fatalmente, aquí como en toda lucha.

El medicamento más en boga para las disenterías, la raíz de ipeca, se ha usado entre los médicos de raza latina de una manera empírica y salvaje, con variantes de poco valor; por un procedimiento tan defectuoso y primitivo como el de los indios del Amazonas, que pasan por inventores de tal barbaridad. En efecto, la ipeca administrada por el método brasilero es irracional.

Las disenterías benignas curan á pesar de él y en las malignas se acelera la muerte del paciente, porque el vómito incoercible y el malestar intenso que provoca agotan y debilitan el enfermo, muchas veces hasta producir lipotimias ó un colapsus inquietante. A menos de explicar la acción terapéutica de la ipeca, como cierto aficionado de mi pueblo, que decía: la ipeca es buena en la

(1) P. Manson. *Tropical Diseases.*

(2) Loc. cit.

disentería porque la enfermedad tira constantemente el intestino para abajo y la ipeca lo tira hacia arriba hasta que se cansa la enfermedad y se cura el enfermo!

¿Qué se propone el médico que da la ipeca á la brasilera?

¿Hacer vomitar al paciente? Mantenerlo en un estado nauseoso mortal? ¿Debilitarlo, como hacía Sangredo con su disolvente universal, el agua, y las sangrías repetidas? ¿Que absorba la ipeca, que obra como específico en las disenterías?

No hay duda, que es lo último, pero por este procedimiento poco más se absorbe en las disenterías graves, en que el enfermo tiene naturalmente vómito ó al menos un estado nauseoso marcado.

No se diga que para eso se agrega, como correctivo el opio y la tintura de canela; á pesar de esto el paciente vomita, todos nuestros médicos lo saben por experiencia.

De manera, pues, que si lo que se desea es hacer vomitar el enfermo, basta y sobra con administrarle un gramo de polvo de ipeca en tres tazas de agua entibiada, administradas con diez minutos de intervalo, ó emplear el emético.

Si lo que se quiere en buena lógica es que se absorba la ipeca, el método inglés es el mejor y el único que está de acuerdo con las ideas de la terapéutica moderna.

La ipeca se administra á la dosis de gramo y medio, una ó dos veces en el día, en cápsulas ó sellos, y durante tres ó cuatro días consecutivos.

Para que el medicamento se absorba y el enfermo no vomite, se observará el método siguiente, dice Patrick Manson (1).

El paciente se abstendrá de comer y beber tres horas antes y después de la administración de la ipeca. Se le dan quince á veinte gotas de láudano en una cucharada de agua, veinte minutos antes, y se pone un sinapismo en el episgastrio. Se acostará boca arriba sin almohada y no debe hablar *ni tragar la saliva*, porque vomitaría inmediatamente; si ésta se acumula en la boca, una enfermera, á un pequeño signo del paciente, le in-

(1) Loc. cit.

troduce un pañuelo y le saca la saliva, sin que el enfermo tenga que moverse. Si desgraciadamente el enfermo vomita, tan pronto como calmen las náuseas se le repite la dosis de ipeca, con las mismas precauciones.

Hay médicos ingleses que en la India administran *pro dosis* hasta tres gramos. "Generalmente una á dos de estas dosis hacen abortar la disentería, y los síntomas agudos se mejoran rápidamente." (P. Manson).

El método francés de los purgantes salinos es muy lógico, y entre nosotros es el que mejores resultados da en las disenterías epidémicas. No deben administrarse de una vez 30 á 40 gramos de sulfato de sosa, porque el paciente en lo general lo vomita, lo mejor es dar cuatro gramos cada quince minutos hasta obtener efecto purgante, ó por lo menos fraccionar treinta gramos en cinco tomas. Estos purgantes deben repetirse durante tres días consecutivos hasta que las deposiciones sean diarréicas.

El dar pequeñas dosis de sulfato de sosa con intervalos de varias horas en el período agudo de las disenterías graves, cuando aun hay sangre en las deposiciones, me parece irracional al mismo grado que los opiáceos y el bismuto, pues el sulfato de sosa á dosis menores de cinco gramos es anexosmótico y produce un estreñimiento marcado.

El sulfato de sosa es muy bueno en el período agudo de las disenterías como *evacuante*, pero no á dosis pequeñas como anexosmótico, porque según los partidarios de la disentería microbiana se absorberían las toxinas y se envenenaría más á prisa el enfermo, á pesar del buen efecto aparente y pasajero.

El calomel, tan usado por los alemanes, parece á primera vista el medicamento de elección por ser un poderoso antiséptico intestinal, y sin embargo falla en muchos casos.

La mejor manera de administrarlo es á dosis purgante de un gramo el primer día; y á la de medio centigramo cada hora los dos días siguientes, en sellos que contengan un gramo de lactosa.

En las mujeres es prudente agregar dos gramos de polvo de ruibarbo al purgante de calomel para que no se absorba mucho, pues la estomatitis es casi segura al día

siguiente y entonces no se puede continuar con el calomel á dosis fraccionadas y diuréticas.

Es un error creer que el calomel aumenta la secreción biliar; y es falso el *criterium* de que porque las deyecciones son verdes el hígado funciona bien ó mas, pues aparte de que algunos creen que este color es debido á un sulfuro ó subsulfuro de mercurio (Stillé) y á la reacción del calomel sobre una pequeña cantidad de pigmento biliar, el calomel es sólo un colagogo *excretor*, es decir que como muchos purgantes provoca contracciones de los canales excretores de la bilis (Murchison).

Y por el contrario, la experimentación más precisa prueba que en las primeras nueve horas que siguen á la administración de un purgante de calomel el hígado no secreta sino la mitad de lo que antes secretaba (Doyon y Dufour).

Las lavativas de nitrato de plata *no deben emplearse nunca en el período agudo*, como lo aconseja Dieulafoy, sino á los ocho días, en el período sub-agudo y sobre todo si se nota tendencia á la cronicidad.

El nitrato de plata es gran microbicida y modificador de las mucosas inflamadas. Cuando se crea oportuno el empleo de este precioso remedio se procede del modo siguiente: 1º Se hace una irrigación rectal con un litro de agua hervida tibia adicionada de cinco á diez gramos de carbonato de sosa. 2º Cuando el enfermo ha devuelto este líquido, con una larga sonda de caucho, que se introduce bien arriba con suavidad, se pone una lavativa de 250 gramos de agua destilada ó llovida, hervida y nitrato de plata cristalizado al 1 por 1,000. El paciente debe estar acostado sobre el lado derecho en el momento de poner el enema. Debe retenerse lo más que se pueda, colocándose el enfermo en distintas posiciones para que el líquido se ponga bien en contacto con las paredes del intestino.

Dos lavados de diario con un litro de agua hervida á 45 ó 50 grados centigrados, sola ó boricada al 2%, son bien tolerados por el intestino en las disenterías agudas, pero debe tenerse en cuenta que el ácido bórico produce cierto sopor ó somnolencia [según nuestra observación personal], porque el ácido bórico parece soporífero como

el opio, el sueño es tranquilo y agradable pero poco profundo.

Si los síntomas de intoxicación predominan, tales como estado nauseoso permanente, albuminuria, uremia, oliguria, anuria, icteria urobilinúrica, convulsiones, &c., que indican una adulteración de las células renales y hepáticas, y un envenenamiento profundo del organismo por las toxinas elaboradas en el intestino, debe ponerse, por mañana y tarde, y durante uno á dos días, una inyección de 500 gramos de suero esterilizado al 1/7,000 de cloruro de sodio.

Cuando las hemorragias son alarmantes se pueden usar lavativas á 50° con subnitrato de bismuto, que es un hemostático eficaz en las ulceraciones de la fiebre tifoidea. Lavativas calientes con uno á dos gramos de antipirina. Inyecciones hipodérmicas de ergotinina; de medio miligramo de adrenalina, poderoso hemostático que podría hasta usarse en lavativas calientes al 1/20,000.

En la disentería sub-aguda y en la crónica obra bien la simarruba en cocimiento concentrado, pero á dosis mayores de las que aconsejan los formularios.

Se hacen hervir, en olla esmaltada ó de barro, treinta gramos de simarruba en quinientos de agua, y cuando se haya reducido á la mitad se cuela y se toma en ayunas ó en la noche, y esto por cuatro días consecutivos.

En este mismo período de las disenterías, nuestras gentes usan con buen éxito los cocimientos astringentes de cáscara de granada y de guayabo.

Los cólicos se calman con cataplasmas laudanizadas permanentes; el tenesmo con supositorios de un centigramo de morfina y cocaína, ó pequeños enemas amiláceos con veinte gotas de láudano ó con un gramo de analgesina.

La diarrea que resta se trata con la poción siguiente:

Subnitrato de bismuto.....	10	gramos.
Diascordio.....	5	—
Julepe gomoso.....	120	—

M. y R. cucharadas cada hora.

Sacúdase al usarla.

El diascordio es muy superior al Dower en estos casos, y la forma de poción preferible á las anticuadas papeletas, tan en boga entre nosotros.

El enfermo debe beber á su gusto, tisana de arroz al treinta por mil, agua albuminosa, tisana de cebada tostada, agua de pan tostado, limonada hervida. Por alimentación, leche fresca ó hervida con un poco de bicarbonato de sosa ó agua de cal, pero debe tomarla en pequeñas dosis, para que no se indigeste; caldos sin grasa, caldo de huevos batidos, agua de goma. En ningún caso, ni aun en la convalecencia, debe permitírsele tomar lo que entre nosotros llaman substancia de carne, que es una concentración de potasa, más tóxica que alimenticia.

PROFILAXIA

Dispersar ó fraccionar las aglomeraciones de soldados é internados en malas condiciones higiénicas, sobre todo con excusados sucios é insuficientes para el personal. No comer en tiempo de epidemia alimentos ni frutas notoriamente indigestos.

Vigilar las aguas potables, hacerlas filtrar ó hervir media hora. Aislar los enfermos, y desinfectar las deyecciones antes de botarlas, con cal ó sulfato de hierro. Desinfectar, hirviendo media hora, las ropas contaminadas por los disentéricos; no mezclar estas ropas con otras de sanos ó enfermos, como sucede en nuestro hospital de S. Juan de Dios, porque el contagio por las materias fecales es tal vez el más seguro.

Evitar el enfriamiento ó humedad de los pies y en general los cambios bruscos de temperatura.

Medellín, 15 de Junio de 1903.

DR. MONTOYA Y F.

FIEBRE BUBONICA

(PESTE NOSTRAS (?)

(6 casos bien observados).

Me atrevo á llamar así una pequeña epidemia de bubones febriles, observada 6 meses hará, entre los enfermos de mi práctica civil, sin que se pueda incriminar las infecciones que regularmente originan estas adenitis; pues que en la mayor parte de los casos observados, no ha habido ni remotamente chancros, blenorragia, ni ulceraciones de ninguna especie, que pudieran explicar la aparición de estos infartos.

Y aun en los que antes han tenido chancros y otras manifestaciones venéreas, esto hace yá tánto tiempo, que es imposible atribuír esta única y tardía manifestación á una infección tan lejana. Además, en los 6 casos bien observados, sólo uno de los enfermos contaba antecedentes venéreos remotos, lo que en mi ánimo alejaba toda idea de dependencia.

En este individuo se presantaron enormes bubones en ambas ingles, sobre todo del lado izquierdo, con reacción general aunque poco intensa, malestar, displicencia, fiebre de 38 á 38½°, precedida de calofríos, con remisiones matinales, dolor de cabeza y estado saburral de la lengua y vías digestivas. Los bubones sucedieron á la fiebre, la cual duraba desde ocho días próximamente; al principio crecieron con tánta rapidez, que amenazaron llegar á la fusión purulenta en 3 días; pero no fue así, terminaron por induración al principio, luégo por resolución. El período de infección ganglionar duró 3 días, el estadío de fastigio, 2 meses poco más ó menos, y otro tanto la defervescencia ó resolución.

Ningún otro fenómeno ni complicación. Nada que pudiera asemejarse á las pústulas carbonosas de la Peste de Oriente.

Respecto de la marcha, haré observar, que tratada convenientemente la fiebre y el estado general, en los bubones provocámos la resolución con aplicaciones de yodo y yoduro de plomo en tintura y en pomada, pero inútilmente. El enfermo tomaba también tónicos y yódicos en gran cantidad, pero sin mejor resultado.

Cansados con la medicación fundente ó resolutiva, procurámos hacer supurar los ganglios infartados y lo obtuvimos no sin trabajo, pero fue esto más una fusión artificial, por las aplicaciones calientes que pusimos con cataplasmas de linaza, auyama y otras féculas, pues al abrir dichos abscesos (2 en el caso á que me refiero), salió tan sólo un pus escasísimo, un poco de agua amarillenta y bastante sangre, pero la induración persistió no obstante que la herida practicada se convirtió en una fuente de un poco de licor blanco amarillento poco espeso.

En otro caso la supuración no se hizo esperar, y bastó tan sólo la untura de un poco de ungüento napolitano belladonizado para declararse, pero fue larga y debilitante.

Este resultado, contrario á la intención médica, prueba que el virus en este caso fue muy activo al principio, luégo se atenuó, pues la induración de su base persistió los meses que duró la resolución de los infartos.

En todos estos casos se ha eliminado con escrupulosidad la escrófula como diátesis, pues por los temperamentos de los enfermos, y ausencia de otras manifestaciones dependientes de tal causa, dichos bubones no pertenecen á la escrófula. Lo mismo hemos hecho respecto de la tisis, la lepra, el cáncer, &c.

Creo de oportunidad llamar la atención á esta epidemia bubónica febril, por haberse presentado la peste de Egipto en algunos puertos de América del Sur, aunque lejos de mí está el considerar los casos observados como una verdadera peste.

Medellín, Junio 27 de 1903.

TEODORO CASTRILLON T.

PELVI-PERITONITIS

CON ANEXITIS DOBLE, Y APENDICITIS CONSECUTIVA.

Curación.

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

Claudia Herrera, de Medellín, de veintisiete años de edad; dada á rudos oficios domésticos y casada á los veinte años. Ha parido tres hijos, sin que después de sus partos experimentara la menor novedad. Fue núbil á los diez y seis años.

Entre los antecedentes hereditarios se encuentra que su padre murió de un tumor canceroso en el hígado; que la madre fue operada de apendicitis hace dos meses, lo cual confirma la opinión de Dieulafoy, que considera esta enfermedad como hereditaria; y que tiene un hermano que padece de afecciones hepáticas. Ella, por su parte, ha sufrido cólicos hepáticos y hemorroides.

Hace unos veintiséis días en el lavadero, y después de estar entregada á su oficio, tuvo un fuerte calofrío que le duró tres horas y terminó por una fiebre intensa acom-

pañada de un dolor fuerte localizado en las últimas costillas del lado derecho. A pesar de esto permaneció en el agua hasta dar fin á su faena. A los dos días el dolor dejó de localizarse para hacerse sentir en toda la región abdominal con irradiaciones hacia atrás y también en el hombro derecho. Todo esto acompañado de diarrea con tenesmo, y meteorismo y vómito. Cuando á los cinco días de enfermar vino al hospital el dolor se había fijado á nivel de la fosa ilíaca derecha hasta el punto de impedirle casi todo movimiento.

El día en que se examinó no tenía fiebre y el dolor, á la palpación superficial, era nulo, pero no á la palpación profunda. Pudo advertirse trazas de infección blenorrágica.

Después de hecho el diagnóstico de pelvi-peritonitis con anexitis doble se decidió una operación, la cual efectuó el Dr. Montoya y Flórez. Durante el período de excitación de la anestesia clorofórmica arrojó la paciente por la boca dos lombrices. Efectuada la laparotomía se hallaron los intestinos aglutinados, muy congestionados, violáceos, formando un paquete, por las falsas membranas, en la pelvis y hacia la región ilíaca derecha; de tal suerte que el operador para llegar á los anexos tuvo que hacerse vía, desgarrando con los dedos las falsas membranas que se oponían á su paso. Tanto las trompas como los ovarios estaban excesivamente congestionados, violáceos y aumentados de volumen hasta el punto de semejar las trompas asas del intestino delgado. Se hizo la extirpación de ambos anexos, cauterizando después la mucosa de sus muñones con el termocauterio. Después se separaron los intestinos de la fosa ilíaca derecha y se encontró un apéndice pelviano, con fuertes adherencias, turgecente, congestionado, y que después de seccionado, de la raíz á la punta, se hallaron en su interior cuatro tricocéfalos. La curación del muñón se hizo lo mismo que la del de los anexos: es decir por cauterización de la mucosa con el termocauterio. Después se cerró el vientre.

Durante el período de convalecencia no tuvo el menor incidente, ni siquiera un leve aumento de temperatura. A los seis días después de operada se le administró como vermífugo el compuesto siguiente:

Santonina..... 0, 15 centigramos.
Calomel..... 0, 50 centigramos.
Resina de jalapa..... 0, 40 centigramos.

Para una oblea. Arrojó unas cincuenta lombrices ascarides.

El veintidós de Junio abandonó el servicio en perfecto buen estado.

Esta observación sugiere las siguientes reflexiones: 1.° Que las lesiones excesivamente graves, como en el caso presente, del peritoneo y de los anexos, en cierta clase de individuos se manifiestan por síntomas poco ruidosos y de poca intensidad y duración, y 2.° que, aun cuando Metchnikoff ha atribuído como causa productora de la apendicitis la presencia de gusanos en el apéndice, en especial el tricocéfalo; en esta vez, sin embargo, la afección de la víscera parece consecutiva á la anexitis y la existencia de los tricocéfalos una simple coincidencia.

Medellín, 28 de Junio de 1903.

ALFONSO CASTRO.

Practicante de Clínica quirúrgica.

PROYECTO DE LEY

por la cual se reglamenta el ejercicio de la Medicina.

Disposiciones substanciales.

Art. 1.° Todo individuo que durante los tres últimos años hubiese ejercido profesionalmente la Medicina en cualquier punto de la República, podrá continuar haciéndolo en esa localidad, sin diploma ni examen alguno, y las Facultades Médicas tolerarán este ejercicio, por conducto de los Prefectos, en cada caso particular.

Parágrafo. De hoy en adelante, el que quiera principiar á ejercer profesionalmente la Medicina y Cirugía, ó cualesquiera de sus ramas ó auxiliares, deberá tener diploma de idoneidad, expedido por una Facultad Médica del país.

Art. 2º La Facultad de Medicina de Bogotá, organizada por el Ministerio de Instrucción Pública, es de carácter nacional, y los diplomas que ella ha expedido y expida, reconocidos oficialmente, autorizan de por vida

para ejercer en toda la República, sin excepción alguna y sin necesidad de refrendación de ninguna otra autoridad.

Parágrafo. Los diplomas expedidos hasta hoy por las Facultades de Medellín, Popayán y Cartagena se consideran nacionales, para efectos del ejercicio profesional.

Art. 3º En cada capital de Departamento habrá una *Facultad Médica del Departamento*, como suprema autoridad médica en él, compuesta de todos los colombianos allí residentes, con diploma de la Facultad de Bogotá ó del antiguo Estado de Cundinamarca, y regida por el que mayor puesto haya tenido en la jerarquía médica nacional; la Facultad departamental conferirá libremente diplomas de idoneidad, organizará y reglamentará, haciéndose obedecer por medio del Prefecto, todo lo relativo al ejercicio profesional de Médicos, Cirujanos, Dentistas, Parteras, Farmaceutas, Practicantes y Veterinarios; pero este diploma sólo autoriza para ejercer en el respectivo Departamento.

Parágrafo. Los Departamentos costearán sus Facultades, tengan ó nó alumnos.

Art. 4º Los médicos que posean un diploma oficial extranjero podrán ejercer libremente su profesión en Colombia, siempre que el Gobierno de ese país conceda igual derecho á los médicos de éste; de lo contrario, deberán optar un grado colombiano, única prueba plena de completa idoneidad, salvo el artículo 11 de la Constitución.

Parágrafo. Las Compañías, Gobiernos ó cualesquiera entidades á quienes la ley permita traer y nombrar libremente sus médicos, podrán hacerlo, siempre que éstos se limiten á atender sólo á sus empleados y en los lugares precisos, materia del permiso, pero toda transgresión será castigada como ejercicio ilegal, á juicio de la respectiva Facultad Médica.

Art. 5º El que violare las disposiciones de la presente ley, ó las que de ella se deriven, será castigado conforme á los Códigos de la República; los Prefectos harán efectivas las multas, las cuales ingresarán á los fondos comunes de la Prefectura; y toda Corporación, Autoridad ó individuo que confiera grados, certificados, recomendaciones ó permisos para ejercer una de estas profesiones,

sin expresa autorización de la Facultad Médica, es falsificador de documentos públicos.

Parágrafo. Mientras llega Médico, cualquiera persona puede, gratuita y ocasionalmente, aplicar á sus pacientes remedios caseros, sin que esto constituya infracción de la ley.

Disposiciones complementarias.

Art. 6.º La jerarquía médica será en escala descendente:

1º Rector ó Profesor de la Facultad de Bogotá;

2º Miembro de número de la Academia Nacional de Medicina;

3º Rector ó Profesor de Facultal Médica departamental;

4º Miembro de Sociedad de Medicina departamental;

5º Médico oficial, según su graduación;

6º Doctor en Medicina y Cirugía (nacional, departamental y extranjero);

7º Tolerado para ejercer Medicina;

8º Profesor de la Facultad de Ciencias Naturales;

Parágrafo. Para ser Médico oficial de cualquiera naturaleza ó expedir certificados, es preciso tener diploma colombiano de Doctor.

Art. 7º La Medicina es un sacerdocio en favor de toda la humanidad doliente, y el ejercicio de esta profesión es incompatible con el desempeño de todo cargo público que no sea de Medicina, Instrucción Pública ó Beneficencia, por lo cual los médicos no podrán elegir ni ser elegidos, ni dedicarse á asuntos políticos. En compensación, no se les impondrán contribuciones ni empréstitos de guerra en ninguna forma, y serán respetados en su persona y bienes en todo tiempo, como miembros neutrales y bienhechores de la sociedad.

Parágrafo. Las Facultades Médicas decidirán cuándo un médico, por su conducta indebida, haya perdido estas garantías.

Art. 8º Decláranse de utilidad pública, y no serán gravados con ningún impuesto nacional, departamental ó municipal, los libros, instrumentos, aparatos, útiles, enseres y substancias médicas quirúrgicas y farmacéuticas que se introduzcan al país ó se fabriquen en él.

Parágrafo. Los artículos que tengan una extensa aplicación industrial, ajena á lo dicho arriba, no gozarán de franquicia aduanera, por clasificación de la Academia, como tampoco ningún específico patentado.

Art. 9º La presente ley empezará á regir sesenta días después de su sanción, y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

LUIS DE ROUX.

(Profesor de la Facultad de Bogotá).

—

El anterior Proyecto de Ley, que tomamos del número 276 de la *Revista Médica de Bogotá*, parece, en lo substancial, bastante aceptable; pero un sí es no es, pueril en las disposiciones complementarias. En efecto: basta para el autor del Proyecto que un médico más ó menos nulo sea, por influencias políticas ó sociales, Profesor en la Escuela Médica de Bogotá ó Miembro de la Academia Nacional, para considerarlo jerárquicamente superior á un sabio que, por independencia de carácter, ideas políticas, &c., no haya querido jamás aceptar uno de esos puestos, ó bien que viva en un Departamento como Panamá ó Santander, que no tienen Academia, ni Escuela de Medicina.

Todos sabemos que en Bogotá hay médicos eminentes y de una inteligencia superior, por todos conceptos, que no son Profesores de la Escuela Médica ni han querido ingresar á la Academia. ¿Los creerá el público inferiores á los otros? Claro que nó. En clasificación no admitimos sino la de Doctor y la de Licenciado ó Tolerado en Medicina. Las demás jerarquías las establecerá el público; pero las leyes no deben hacer distinciones injustas y enojosas.

Otra cosa: porque la medicina es un sacerdocio ¿deben perder los médicos el derecho que tiene todo ciudadano de votar ó elegir, ó el de ir al Congreso, si lo eligen; en cambio de la promesa de que no le sacarán contribuciones de guerra? ¡Cómo se ve lo poco que el Dr. Roux conoce nuestros hombres, que en ciertos casos no respetan á nadie, y cuán poco conoce lo versátil y lo agresivo de nuestra híbrida raza, mezcla de indio, negro y algo, muy poco del blanco. Bueno es que un sacerdocio tenga sus mártires y sus santones; pero no podemos, ni debe-

mos aceptar que todos los médicos seamos parias sin derechos políticos.

En todos los países civilizados, la representación nacional está compuesta proporcionalmente de individuos pertenecientes á todas las profesiones é industrias sociales. En Francia hay varios médicos en el Senado y en la Cámara, como el Dr. Pozzi, por ejemplo; lo mismo sucede en Inglaterra, Alemania y Estados Unidos. Excluír á los médicos, con pretextos más ó menos fútiles, sería, no sólo injusto, sino antirrepublicano y odioso.

El artículo 8.° de las disposiciones complementarias es inaceptable para el Fisco, porque á la sombra de esta exención, el contrabando de substancias farmacéuticas de diario consumo, y el de aparatos é instrumentos *llamados médicos*, de mayor ó menor uso, sería enorme. Bueno que los libros é instrumentos de Medicina y Cirugía paguen pocos derechos, pero que los tengan. Las drogas extranjeras son un artículo de comercio como cualquier otro, y deben gravarse, sobre todo si se considera que muchas son inútiles, si no perniciosas, y un medio de explotación con que los pueblos civilizados adquieren el dinero de razas ignorantes y atrasadas como la nuéstra.

En el artículo 3.° de las disposiones subtanciales dice el Dr. de Roux: "....pero este diploma sólo autoriza para ejercer en el respectivo Departamento".

En Francia y en Inglaterra los grados conferidos por las Facultades de Provincia, autorizan para ejercer una profesión médica, jurídica, &c., en cualquier parte del territorio nacional; y los médicos graduados en Burdeos, Marsella, Lila, Lión, &c, como los graduados en Glásgow, Edimburgo, &c., pueden ejercer en toda Francia y sus colonias, y en Inglaterra y sus colonias, respectivamente. Estas naciones sólo se muestran reservadas con los títulos extranjeros, para favorecer á sus nacionales, evitándoles la competencia de otras razas. Esto es patriotismo previsor; lo que propone el colega citado, es mezquino, egoísta y huele á centralismo feudal. Lo único que el Gobierno Nacional puede exigir de las Escuelas de Medicina de los Departamentos, es que no funcionen si no tienen todos los elementos necesarios y un Cuerpo respetable é idóneo de Profesores, para que no se formen mediquillos de tres al cuarto.

Si se quiere que el país progrese, no debe olvidarse que se debe dejar libre la iniciativa de los Departamentos y de los Municipios en todo aquello que no es política general de la Nación; si se ahoga y restringe la iniciativa personal de los colombianos de Provincia, para favorecer el reducido número de los elegidos de Santafé, adiós progreso y solidaridad nacionales, el país se disgrega favorecido por lo eteróclito de la población y la diferencia de aspiraciones y energías de cada Departamento.

Las leyes de una Nación deben ser amplias, generosas, y favorecer á todos los ciudadanos, sin establecer privilegios injustos, ni distingos odiosos, más propios de las monarquías que de una República.

Emitimos estos conceptos no sólo porque el asunto nos afecta directamente, sino porque el Dr. de Roux nos autoriza pora ello, en sus comentarios.

FIBROMIOMA UTERINO—CASTRACION DOBLE—CURACION

Clemencia C., de 36 años y soltera, sin hijos, vino á consultarnos para fuertes metrorragias que le duraban hasta doce y quince días. Nos dijo que desde los 26 años venía sufriendo aquellas novedades con ligeros cambios de duración é intensidad, pero siempre inquietantes; que de cuatro años atrás notaba que se le crecía el vientre, y que sentía desde el ombligo hasta el pubis una dureza particular, que le hacía creer que tenía un *tumor en el estómago.*

Preguntada por sus antecedentes hereditarios, dijo no saber nada acerca de las enfermedades de sus antepasados; y en cuanto á las suyas propias, sólo nos indicó como dato importante, el que por tiempos le dolía el bajo vientre, *como si tuviera una reuma;* que en esos días sentía fiebre y *el estómago como lleno de tunas.*

Hicimos nuestro examen para buscar un tumor uterino, y al efecto hallámos que toda la pelvis estaba ocupada por una masa igual al volumen de un útero grávido de seis meses, y en la cual era fácil distinguir tres lóbulos separados por surcos bien marcados. Por el tacto vaginal notámos un cuello duro, granuloso, inmóvil y dé labios abiertos é invertidos; la palpación bimanual nos indicó que la matriz hacía cuerpo con el tumor; la histerometría

nos dio 14 centímetros, y al practicarla observámos cuán fácilmente sangraba la mucosa uterina.

Diagnosticámos fibromiomas uterinos, y estudiámos el estado general de la enferma, para resolver qué tratamiento debería adoptarse con ella.

Desde luego llamaba la atención la extrema palidez y la fatiga que le causaba el más ligero esfuerzo; el corazón latía cien veces por minuto y se oían soplos *líquidos* en donde quiera que se auscultaba. Todos los síntomas de una anemia profunda, tál como debía existir en una mujer con diez años de metrorragias sucesivas, existían en nuestra enferma.

Tratar aquel tumor por paliativos era inútil, puesto que yá otros médicos habían agotado el formulario utilizable en semejantes casos. No quedaba, pues, otro camino que someter la paciente á una operación. Ahora bien: ¿debería practicarse en ella la histerectomía abdominal en presencia de un estado anémico tan avanzado y con la seguridad de hallar numerosas adherencias, á juzgar por las crisis dolorosas de que hablaba y por la absoluta inmovilidad del útero fibromatoso? Lo creímos, si no imposible, al menos difícil y peligroso para el resultado operatorio, y quisimos consultar el punto con nuestro maestro y compañero de trabajos Dr. Ramón Arango; y al efecto le mostrámos la enferma para que nos diera su opinión. Creyó él, como nosotros, que emprender la histerectomía, dadas las condiciones de la mujer, era exponerla á una muerte casi segura, aunque no se contara con otro enemigo que el *schoc* clorofórmico.

Siguiendo las indicaciones de Pozzi, según el cual el estado anémico de las enfermas es una indicación especial para la extirpación de los ovarios en lugar de la del útero; no habiendo fenómenos de compresión en los órganos vecinos, y considerando la castración mucho más benigna, nos decidimos por ésta para procurar así una *menopausa artificial* y suprimir las funciones del órgano enfermo, para realizar una ley fisiológica, en virtud de la cual todo órgano que cesa en sus funciones se atrofia.

En un examen posterior nos acompañó el Dr. Espinosa, quien más tarde nos ayudó en la operación, y fue de nuestro parecer en cuanto á escogencia de método curativo.

Operación. Incisión media de ocho centímetros. Desprendimiento de algunas adherencias para pasar los dedos índice y mediano. Tracción suave de los ovarios hasta traerlos á los labios de la herida. Ligadura y sección de éstos y de las trompas tan lejos como fue posible. Hemostasis y sutura en tres planos.

Cuando suturábamos el peritoneo comprendimos que había una hemorragia de consideración que venía del fondo de la cavidad, y nos fue preciso buscar los pediculos, uno de los cuales, el izquierdo, estaba cortado por la ligadura. Ligámos de nuevo con seda más gruesa y cerrámos.

Los tumores eran tres: uno constituido por el cuerpo del útero, y los otros dos implantados sobre éste por una base ancha. Una vez más nos convencimos de que la histerectomía habría sido desastrosa.

El primer día mantuvimos la operada á régimen hídrico y así evitámos el vómito. Esto mismo hemos hecho en otros muchos casos, siempre con buen resultado. Los días siguientes no ocurrió nada importante, en el séptimo quitámos las suturas. Curación por primera intención.

Al décimo tercero día, época menstrual, hubo un poco de meteorismo, dolor en el bajo vientre y apareció el flujo sanguíneo, aunque en pequeña cantidad. Estos fenómenos duraron cuatro días y desaparecieron en su totalidad.

La regresión completa de los fibromas duró dos meses, al cabo de los cuales se hicieron impalpables; las hemorragias cesaron y la reposición de la enferma fue rápida.

Como consecuencia de la cesación brusca de las reglas, quedaron durante ocho meses ligeras congestiones cefálicas, dolor en la región lumbar y sensaciones que ella explicaba con el nombre de olas de calor en la espalda y en la cara.

El tiempo acabó de mejorar la enferma, y hoy, después de dos años de operada, está robusta y sana, entregada á sus ocupaciones habituales de sirvienta, sin que sienta alguna incomodidad.

Hablando en Bogotá con un distinguido cirujano le manifestámos el deseo de publicar este caso, y nos contestó que ya no tendría interés por ser un *tratamiento anticuado*, y que hoy se practicaba siempre la histerectomía. Con el respeto que merece el notable Profesor, le contestámos, que aun hoy conserva la castración sus indicaciones

precisas en el tratamiento de los cuerpos fibrosos del útero, y que en casos como el nuéstro el cirujano se ve obligado á preferirla á la histerectomía, ó correr uno de dos riesgos: perder la enferma en una operación larga y difícil, ó cerrar la herida sin beneficio alguno para la operada, como ha sucedido no pocas veces á cirujanos hábiles y experimentados, no solamente entre nosotros, sino también en Europa.

A propósito de esto transcribimos el siguiente párrafo de Pozzi, en su Ginecología de 1900:

"*Toda vez que la castración haya de ser menos grave que la histerectomía, y que ésta no esté formalmente indicada por fenómenos de compresión, deberá preferirse aquélla.*"

Hemos leído también una tesis de París, en que se habla de conservar á todo trance los ovarios en las operaciones ginecológicas, siempre que no haya una manifiesta degeneración quística ó cancerosa.

Nos imaginamos que esto tiene su origen en el demasiado abuso que se hace de la bondad de los métodos operatorios existentes en la actualidad.

Todos sabemos que en Francia, especialmente, ha cundido la costumbre de ovariotomizar mujeres, como se castran hembras destinadas á la ceba, y que tal han sido el furor de cirujanos sin conciencia y la frivolidad de las mujeres, que han dado mucho que hacer no solamente á los médicos sino también á los literatos. Dígalo si no D. Emilio Zola, quien en su obra *Fecundidad*, pinta un cirujano que extirpa ovarios, como se quitan los cabellos y la barba para que no incomoden.

Lamentable es ciertamente la conducta de ciertos cirujanos que operan por placer ó por lucir habilidades, sin fijarse demasiado en si hay ó nó indicaciones precisas qué llenar; pero cuando éstas existen y la enferma puede curarse por la extirpación de un órgano que no es indispensable para la vida, no vemos porqué no haya de quitarse, si por ese medio se evitan sufrimientos y se ahorran mayores peligros.

Por nuesta parte, en vista del resultado obtenido en el caso que dejámos historiado, no vacilaremos en aplicar igual tratamiento á los casos iguales que se nos presenten, mientras no tengamos un método más cómodo y menos ofensivo.

Mayo 31 de 1903. MIGUEL M. CALLE.

OBSERVACIONES SOBRE EL CARATE

1ª *Observación. Carate colorado.*—El Sr. M. A. C., de 28 años, natural de La Ciénaga (Departamento del Magdalena), es comerciante de profesión.

Ningún antecedente patológico personal interesante.

Por el año de 1885, el Sr. M. estuvo viviendo con su familia en una hacienda de tierra cálida, donde abunda el mosquito llamado por allí *gegén*, y que pica en el día y no durante la noche como el *zancudo*.

Por esta época le apareció una manchita de color rojizo detrás del pabellón de la oreja derecha. Dicha mancha desapareció con la aplicación de unos parches de jabón negro.

Pocos meses después notó una manchita en el dorso de la mano izquierda. Dicha mancha, de un color rojo, se fue extendiendo lentamente á todo el dorso de la mano y tercio inferior del antebrazo, lo mismo que á la palma de dicha mano; esto en el transcurso de 15 años.

Cuatro años después que le apareció la mancha de la mano izquierda, le resultó otra de un color cobrizo en el dorso del dedo anular derecho, que fue progresando lentamente hasta cubrir todo el dorso y palma de la mano.

Por la misma época le aparecieron en el dorso de ambos pies, unas maculitas rojas, que han crecido lentamente, hasta invadir casi todo el dorso de los pies y el tercio inferior de las piernas.

Todas estas manchas han sido poco pruriginosas. Al acostarse siente algún prurito en las piernas después de quitarse las medias, pero dicho prurito es muy moderado.

Debe notarse que por la misma época en que al Sr. M. le salieron manchas de carate colorado, su madre y un hermano fueron atacados de la misma dermatosis.

Estado actual.—Joven vigoroso, de raza blanca.

En la mano izquierda se ve toda la palma invadida por una mancha rojiza, de contornos geográficos. En ciertos puntos la piel conserva su color normal. La epidermis parece atrofiada, es seca y cubierta de finas escamitas. Los vellos del antebrazo han desaparecido en parte. Hacia la extremidad inferior del cúbito se ve una placa

roja de contornos festonados. La esfoliación es más abundante entre los espacios interdigitales.

La mano derecha presenta un aspecto semejante.

Pie izquierdo. Se ven algunas manchas aisladas en el dorso. En el tercio ínfero–externo de la pierna se ve una placa como de unos ocho centímetros cuadrados, de un color rojizo y casposo.

Pie derecho. Aspecto semejante, y una gran placa escamosa y rojiza en el tercio ínfero–externo de la pierna.

En ningún punto se notan manchas acrómicas.

Los vellos de las piernas se conservan bien.

El Sr. M. que es una persona inteligente, atribuye su enfermedad á los baños en los ríos ó manantiales en que hay mucho *gegén* que inocula el carate.

La región de Ciénaga tiene una temperatura de 32 á 34° centigrados; está cubierta de una vegetación exuberante y llena de lagunas, ya de agua salada, ya de agua dulce, al mismo tiempo que de innumerables arroyos. Se trata, pues, de un clima caliente y húmedo, condición eminentemente favorable al desarrollo parasitario de los hongos que producen estas dermatomicosis. Más ó menos un veinte por ciento de la población de estos parajes tiene carate. Las especies más frecuentes en el Departamento del Magdalena, son el violeta ó morado, con manchas blancas de acromia, y el cenizo casposo en las gentes de color. En los blancos predomina el rojo, que es un carate urbano, de la sombra; mientras que los otros son rurales, de los rastrojos y plantíos.

—

2ª *Observación. Carate violeta del Departamento de Antioquia.*—El Sr. J. G. P., del Distrito de Zea, minero de los aluviones de Tenchebravo (río Porce), es un hombre vigoroso, de raza blanca, y frisa en los 40 años de edad.

Sus padres y hermanos no tienen carate, ni tampoco su señora ni sus hijos, que llegan á diez.

Hace unos seis años era blanco y sin ninguna afección de la piel. Por esta época tenía que trabajar, desnudo de la cintura arriba, removiendo arenas y lodo en la mina de Tenche, lugar plagado de mosquitos, muy húmedo, rodeado de selvas vírgenes y con una temperatu-

ra de 25 á 28° centigrados. Las primeras manchas de carate, que datan de esta época, le aparecieron en el dorso de las manos y pies.

Estado actual.—El Sr. G. parece un mulato á cierta distancia, pues la piel es de color morado obscuro en la cara y manos.

Desnudado se nota lo siguiente:

El dorso de las manos y antebrazos está cubierto de manchas violetas, escamosas, y los vellos han desaparecido. La piel de las extremidades inferiores de los metacarpianos y de las articulaciones falangianas, lo mismo que la de las palmas de las manos, está completamente acrómica.

A nivel de los codos, de las rodillas y de los trocánteres, se ven manchas de acromia con algunos islotes violáceos y liquenoides hacia la periferia.

La piel de los hombros presenta grandes manchas festonadas, moradas en el centro y de un color acerado ó blanco-sucio hacia la periferia. En la espalda, en el pecho y en las nalgas se ven grandes placas de contornos geográficos y de un color que varía del blanco-ahumado al violeta obscuro.

En las piernas las manchas de carate están cubiertas de escamas abundantes y son pruriginosas.

En el dorso de los pies se ven alternar manchitas moradas, blancas y de un color ahumado. En algunos puntos la piel está erizada de papulitas coriáceas, como granos de mostaza, ó bien, llena de huequecitos provenientes de la sacadura de dichos *clavos* (nombre que dan los caratosos á estas papulitas), que periódicamente se ponen muy dolorosos, y los pacientes se los sacan con la punta de una navaja.

Las uñas están muy adelgazadas y gastadas en la extremidad.

En la cara se ve una mancha morada, que tiene el aspecto de una enorme mariposa que cubre la piel de las narices y mejillas.

El cabello es abundante.

El examen microscópico minucioso de las escamas epidérmicas, que se tomaron en las piernas, no mostró hongo alguno, empleando el método que he usado siem-

pre para colorar el *Aspergillus* de los carates violetas. (1) ¿De qué proviene ésto, tratándose, como se trata, de un carate violeta clásico? Es probable, que, como en la tricoficia de la piel, deba tomarse escamas de la periferia de la mancha y nó del centro, pues se ha notado que en el centro desaparece el parásito.

Tratamiento.—De diario, seis gránulos de Dióscoride y untura con la pomada siguiente:

Crisarrobina	10	gramos.
Yodo en escamas	2	—
Vaselina	100	—

M. y R.

"Uso externo".

—

3ª *Observación. Carate blanco del Departamento de Antioquia.*—R. Zuleta, de 21 años, carpintero en la mina del Zancudo, sin antecedentes específicos, goza de buena salud general y es un mestizo de color moreno–claro.

En la familia hay un hermano con carate blanco, adquirido en el Distrito de Bolívar, donde se han criado.

El paciente dice que trabajando en el Distrito de Salgar, hace seis años, le salió una mancha blanca en la cara y una callosidad del mismo color en la palma de la mano derecha.

Estado actual.—Todo el cuerpo de este individuo se ve sembrado de manchas, blanco de leche de todas dimensiones y diseminadas en la piel sin ninguna simetría. Las manchas grandes presentan contornos de forma geográfica, y en lo general, son el resultado de la fusión de otras más pequeñas.

Las más pequeñas y medianas (como la palma de la mano) son orbiculares, de marcha excéntrica, sanas en el centro; luégo una zona blanca lisa, en que la epidermis parece atrofiada, y luégo una aureola ó halo de un color gris de acero.

Estas manchas son pruriginosas, en lo general; no descamativas. La sensibilidad de ellas y de la piel que las rodea, es absolutamente normal, á la punción, tacto, presión y temperatura. La piel normal que rodea las

(1) Montoya y Flórez. *Recherches sur les caratés de Colombie*, página 25 y siguientes.

manchas blancas no es hipercrómica, como sucede en el vitiligo. Los vellos conservan su color negro normal y no se han caído en ninguna región.

Las manchas de las espaldas presentan el aspecto y la marcha excéntrica de las tricoficias clásicas de la piel glabra.

Las manos, pies y cara están casi blancos. La piel de las manos es luciente, delgada y ardorosa. Las uñas están normales. Las manchas de las piernas y rodillas son furfuráceas.

El cabello se conserva muy bien.

Examen microscópico de las escamas epidérmicas.—A una ampliación de 500 diámetros se ve un micelio muy fino y abundante, excesivamente largo y dicótomo. Dicho micelio no toma el Gram, ni la thionina, y difícilmente el azul policromo de Unna.

Los frutos de este hongo son esféricos, compuestos de infinidad de esporas que salen cuando la membrana ó envoltura externa se rompe á la madurez. Por su fruto, este hongo parece un Mucor. Haré notar que es la primera vez que encuentro tal parásito en las escamas de nuestros carates. Morfológicamente este hongo es idéntico al descrito por Ruiz y Sandoval en el pinto de Méjico.

—

Zancudo, Mayo 1º *de* 1901.

Dr. Montoya y Flórez.

Salúdolo y deseo esté bien:

Manifiesto á Ud. que noto van desapareciendo las manchas con sus medicamentos.

Bien: como Ud. me dijo que más tarde me daría el para la cara, yo quiero la fórmula; me figuro que yá será tiempo para aplicarlo; en fin, Ud. me avisará.

De Ud. atto., S. S.,

Ramón Zuleta.

—

El remedio que receté á este enfermo (3ª observación), fue traumaticina, al 10 por ciento de crisarrobina.

En unas manchas de carate gris de acero, procedente del Municipio de Bolívar (Antioquia), produjo muy buen resultado el tratamiento siguiente:

1º Frotar cada mancha con tintura de yodo. 2º Dejar secar, y con un pincel aplicar una solución de nitrato de plata cristalizado, al uno por cincuenta de agua destilada. 3º Cubrir con una capa de traumaticina con cinco centigramos por ciento de azul de metileno. La curación se operó en un mes, y se sostiene hace un año, á pesar de que la señora sigue viviendo en el mismo clima. Debo hacer notar que este es el tratamiento que empleo para las manchas de la cara, porque la crisarrobina no sólo irrita las conjuntivas, sino que hincha los párpados, como la enfermedad que llaman *manzanilla* entre nosotros.

El Sr. M. A. Correal (1ª observación), á quien receté una solución de nitrato de plata alternada con tintura de yodo, me escribió en Diciembre de 1900:

"..... Hace más de un mes no me pongo la untura, debido á un viaje que tuve que hacer á Bogotá, y no obstante eso, la mejoría que he notado ha sido muy halagadora; me creo casi bueno, pero me parece que necesito algunas unturas más porque no quiero que regrese la enfermedad....."

El Sr. J. Gómez P. (2ª observación), me dice en una carta de Octubre de 1901: "..... Principié á tomar los gránulos y á untarme la pomada, y he notado mucha mejoría, por la razón de que se me ha alisado mucho la piel, y algunas manchas se han desvanecido....."

DR. MONTOYA Y FLOREZ.

CANCER DEL MEDIASTINO

En el mes de Septiembre de 1901 se presentó á nuestra consulta un joven de 19 años, de familia acomodada, bien desarrollado y de muy buena constitución. Se quejaba de un pequeño tumor situado inmediatamente encima de la horquilla esternal y que había notado desde seis meses antes, cuando tenía apenas el tamaño de una nuez. El día del examen su volumen era el de un huevo de gallina; llenaba completamente la foseta supra-esternal; se notaba fuertemente adherido al esternón en su porción póstero-superior, y tenía consistencia ósea, á juzgar por su excesiva dureza.

Examinado nuestro enfermo acerca de sus antecedentes hereditarios, no dio ningún dato especial, pero más

tarde supimos que algunos parientes colaterales, aunque lejanos, murieron de cáncer. Conocemos sus abuelos, padres y hermanos, y están todos sanos. En cuanto á antecedentes personales, fuera de las enfermedades propias de la niñez, entre nosotros, no nos habló sino de fuertes cefalalgias y congestiones cefálicas, que aparecían, especialmente, cuando tomaba alguna bebida alcohólica, lo que hacía rara vez. Por lo demás, todos sus órganos funcionaban regularmente; su estado general no podía ser mejor, y el tumor no le causaba dolor ni incomodidad física alguna.

Al día siguiente repetimos el examen en asocio del Dr. Ramón Arango; insistimos de manera especial sobre antecedentes y signos sifilíticos ó tuberculosos, y á pesar de no haber hallado ninguno, instituímos un tratamiento activo con mercurio y yoduro de potasio, quedando el enfermo bajo nuestra inmediata vigilancia.

Por espacio de veinte días sostuvimos la medicación hasta llegar á una dosis de doce gramos de yoduro, que era perfectamente tolerada, pero que hubimos de suspender al no observar ninguna variación ni en el volumen ni en la consistencia del neoplasma. Un mes más tarde vimos de nuevo el enfermo, y nos sorprendió el tamaño del tumor, que había doblado sus dimensiones é invadía las partes laterales del cuello, debajo de los externo-cleido-mastoideos. Hasta entonces ningún síntoma funcional había aparecido; la auscultación no indicaba nada, y los movimientos cardíacos y pulmonares se verificaban normalmente, lo mismo que la deglución y fonación. Esto nos hizo creer que el tumor, naciendo en la parte póstero-superior del esternón, hacía irrupción por la foseta adyacente, sin comprometer el funcionamiento ni del esófago ni de la tráquea ni del neumogástrico. Propusimos inmediatamente una operación que no fue resuelta por el paciente y su familia sino cuando, al cabo de un mes, se presentó repentinamente un acceso de asfixia que amenazó seriamente la vida del enfermo. Hablaba de una sensación extraña de constricción á nivel del tumor; el *tiraje* y el *cornaje* que se presentaron durante el acceso y después de él, eran tan notables como en los últimos momentos de un niño con *croup*. La auscultación al nivel de la primera vértebra dorsal, denunciaba un obstáculo al paso del aire que atravesaba aquel punto como *raspando* y produciendo un ronquido que se oía á larga distancia. Los accesos de sofoca-

ción se repetían á intervalos de tres ó cuatro horas, pero menos fuertes que el primero.

Acompañados por los Dres. Arango y Espinosa principiámos la operación. Los primeros momentos del cloroformo pasaron sin ningún accidente y la anestesia fue pronta. Hicimos una incisión desde el cartílago cricoides hasta la extremidad superior del esternón. Notámos al empezar el desprendimiento que el tumor, por sus íntimas adherencias, formaba cuerpo con los tejidos vecinos, hasta tal punto que, á no ser por la asfixia que produjo rápidamente la muerte, nos habríamos visto obligados á abandonar la operación apenas comenzada, por la absoluta imposibilidad de enuclear aquella masa, sin comprometer órganos importantes. La prueba de esto nos la dio la autopsia. Después de desarticular las clavículas y seccionar los cartílagos costales, fue preciso cortar el tumor detrás del esternón para poder levantar éste; y sólo entonces pudimos darnos cuenta exacta de su volumen, su forma, su consistencia y sus relaciones.

El centro de la abertura superior del tórax estaba ocupado por una masa dura, casi leñosa, de forma irregular y tan grande como el puño de la mano. Tenía dos prolongamientos: uno hacia adelante, duro como la masa total y de coloración negruzca como ésta; el otro hacia arriba, más blando, y blanco como carne de gallina. El primero salía al exterior y era la única parte visible del tumor descrita al principio; el segundo invadía hacia arriba entre el esófago y la tráquea, sin afectar aquél en ningún punto, al paso que ésta se encontraba perfectamente englobada en el tejido canceroso que le formaba, en una extensión de más de ocho centímetros, una verdadera vaina. Hacia la mitad de este espacio, envuelto por el tumor, se dobló la tráquea en ángulo obtuso, por el vértice del cual fue perforada por el nuevo tejido, pero sin dejar solución de continuidad, lo que explica porqué no hubo un enfisema del cuello. Lo que no tiene casi explicación es el modo como pudo vivir este enfermo con un cuerpo extraño dentro de la tráquea, tan grande como un grano de cacao, y con él vivió cuatro días, y quizá hubiese durado más si la resolución clorofórmica no hubiese anulado la potencia de los músculos inspiradores y espiradores que, en su afán de defensa, fueron capaces de contrarrestar tamaño obstáculo.

La base del neoplasma estaba sostenida de una manera ciertamente curiosa. De su superficie inferior se desprendían tres bandeletas fibrosas de excesiva resistencia. La una iba hacia atrás para insertarse en la segunda vértebra dorsal; la segunda hacia abajo, sobre el cayado de la aorta; y por último, la tercera, la más corta y la más ancha, ocupaba toda la cara posterior del esternón en su tercio superior.

La fusión del tumor con los músculos infra-hyoideos era completa, pero los vasos y nervios estaban libres, cosa rara tratándose de un neoplasma maligno que, como todos los de su clase, tenía una tendencia especial á comprometer todos los órganos vecinos. Todo el que haya operado ó visto operar tumores malignos del cuello ó de otras regiones vásculo-nerviosas, habrá podido observar cuán difíciles son las disecciones para librar los troncos vasculares-nerviosos que se hallan en su interior.

En todo el mediastino se encontraban ganglios degenerados: en la gotera vertebral, alrededor de los bronquios, en el hilo del pulmón.

El examen histológico no lo hicimos por la carencia de los elementos necesarios, pero, á juzgar por los caracteres macroscópicos, se trataba de un carcinoma.

—

Hay casos, como el presente, en los cuales no se explica cómo un organismo soporta durante casi un año la presencia de un agente extraño tan invasor y tan maligno, sin resentirse de su acción destructora. Todo cáncer produce un estado particular de agotamiento general, lo que prueba que en él se generan principios tóxicos que atacan la economía y que no tendría nada de raro que fuesen, como en todas las enfermedades infecciosas, de origen microbiano como hoy tratan de probarlo.

Este joven de quien hablamos conservó un estado general que no podía hacer sospechar siquiera la naturaleza maligna de su afección; antes, por el contrario, nos condujo hasta creer en un tumor de relativa benignidad y explicarnos los fenómenos de los cuatro últimos días por sola compresión de la tráquea y de los neumogástricos. Ocho días antes había hecho una jornada de diez leguas sin sentir ningún accidente inquietante. Todavía después del primer acceso de sofocación pudo levantarse, á pesar de la dificultad respiratoria, y en la misma mañana

de la operación fue desde su casa á una iglesia, en donde permaneció largo rato.

Nada hay más cierto que aquello de que sólo el cuchillo puede hacer el diagnóstico y decirnos hasta dónde se extienden las lesiones producidas por una neo-formación patológica.

Las más de las veces lleva el cirujano su plan de operación, á la manera de un táctico que dispone con anticipación una batalla; pero así como éste tiene que cambiar sus planos sobre el terreno del combate, en vista de las disposiciones enemigas, así aquél se ve obligado á cambiar su derrotero quirúrgico, al encontrar dificultades no previstas y complicaciones serias. Por eso el mejor cirujano no será aquél que posee la técnica detallada de cada enfermedad, sino el que en posesión perfecta de la técnica general, sepa aplicarla al sinnúmero de casos, todos distintos, que á diario se le presentan.

Partidarios, como somos, de que en materia científica se conozcan así los éxitos completos como los casos desgraciados, no hemos vacilado en publicar esta historia, porque las más de las veces los grandes fracasos producen las mejores enseñanzas.

Junio 4 de 1903.

MIGUEL M. CALLE.

SERVICIO QUIRURGICO

del Dr. Juan B. Montoya y Flórez en el Hospital de San Juan de Dios.

Ricardo Figueroa, natural de la ciudad de Antioquia, de 22 años de edad, soltero y de oficio agricultor.

De antecedentes hereditarios nulos. Entre los antecedentes personales se encuentra que padeció impaludismo y viruelas hace dos y siete años, respectivamente. Veintitrés meses hace que, durante un combate en Güiná, recibió un balazo, causándole una herida en la parte anterior izquierda del tórax. No cayó y pudo caminar en seguida.

Ocho días después de recibido el balazo, fue operado; no le descubrieron el proyectil, y sí le abrieron una fístula que persiste todavía. Vino al Hospital el 20 de Junio del año en curso.

Al examen físico se advierte una cara abotagada, edema de los párpados, tos, macicez absoluta y ausencia de murmullo vesicular en el pulmón izquierdo. Además se notan, de este mismo lado, parte anterior, tres fístulas colocadas así: la una en el 6º espacio intercostal, sobre la línea axilar media, fístula cuya dirección es oblicua en comunicación con la 8ª costilla, sobre la cual se encontró el proyectil, al descubrirla. Las dos fístulas restantes quedan: una á un centímetro adentro, y la otra dos centímetros afuera del mamelón, respectivamente; esta última es oblicua y comunica con la interna, cuya dirección es perpendicular. Todas dan un pus espeso.

El Dr. Montoya y Flórez diagnostica, empiema y fístulas consecutivas á un balazo; él mismo practica la operación el 23 de Junio del año en curso. Hace una incisión en la piel, de forma triangular, triángulo isósceles de vértice inferior correspondiente á la 8ª costilla.

Luégo se descubren las costillas 5ª, 6ª, 7ª y 8ª, y se resecan formando un triángulo agudo, de base inferior. El primer triángulo trazado tiene doce centímetros de cada lado. En el 2º triángulo se quita á la 8ª costilla un fragmento de 6 centímetros y se asciende hasta la 5ª disminuyendo progresivamente un centímetro en cada una de ellas. Tanto la costilla 5ª como la 8ª están perforadas semicircularmente, encontrándose sobre esta última el proyectil yá mencionado, deformado, el cual se extrae. Se abre la pleura que da salida, violentamente, á un pus espeso, de una fetidez insoportable, abundante, como de 3 litros. Se sienta al sujeto para facilitar la expulsión del contenido pleural, lavando la cavidad pleural con 2 litros de agua hervida mezclada con cloruro de sodio, en la proporción de siete por mil. Vaciada la pleura se nota la desviación sufrida por el pericardio y corazón, del lado derecho. Aunque la incisión llega hasta un centímetro adentro del mamelón, el pericardio dista de él dos centímetros lo menos.

El pulmón está reducido, aplicado contra la gotera costo-vertebral. Se termina la operación suturando primero la pleura, después el colgajo de piel, dejando previamente un tubo de caucho, en forma de doble cañón de escopeta para el desagüe.

Al día siguiente, el operado se levanta. La supuración, que es abundante al principio, merma al empezar á quitar las suturas, lo cual se practica el 5º día en que se cortan algunas de ellas, quitando el resto el 8º día, junto con el tubo. La tos desaparece, los edemás también; ningún movimiento febril se presenta, y el estado general mejora notablemente. El pulmón recobra su volumen normal. La cicatriz es artística, sin las depresiones é irregularidades que en operaciones de esta clase resultan.

El 6 de Julio de este mismo año sale del Hospital el sujeto que motiva esta observación, con una ligera fístula en vía de cerrar completamente.

En la próxima sesión de la Academia presentaré los fragmentos de las costillas que tenían la deformación de que se habló atrás, lo mismo que la bala extraída.

Medellín, 9 de Julio de 1903.

FRANCISCO BETANCOURT V.

CRONICA

El 20 de Julio.—Fecha memorable de nuestra emancipación política, será celebrada por nuestra Academia con una sesión pública, en la cual el Dr. Jorge E. Delgado pronunciará el discurso reglamentario.

El Dr. E. Zuleta es el comisionado para organizar un banquete, al cual asistirán los académicos de número. Dicha costumbre es muy plausible, no sólo porque festeja la Independencia de la Patria, de un modo digno del grupo de intelectuales que forma la Academia, sino porque propende á estrechar los lazos de unión del Cuerpo Médico medellinense.

Dios quiera que el País, aleccionado por la larga y odiosa guerra pasada, éntre por fin en la éra del progreso y de la paz, convencido de que á balazos no se convence á nadie, y sí se extermina media nación, quedando la otra media en la miseria y el marasmo más lastimoso y censurable.

Canal de Panamá.—El traslado del Canal de Panamá á los yankees, seguramente no resolverá, como algunos lo creen, el problema fiscal del papel-moneda colombiano, pues si el Congreso acepta los diez millones de

dollars que ofrecen los americanos, con aire de desdeñosa protección, no es dudoso que esta suma se reparta á prorrata entre ellos, Inglaterra, Alemania, Francia, Italia, &c., y nos quedemos con un palmo de narices, y aun peor si hacemos resistencia al pago de las reclamaciones de extranjeros, porque entonces los acorazados se vendrán á nuestros puertos, como en Venezuela, y les quedaremos debiendo los costos de la cobranza, es decir, el carbón y proyectiles gastados, como también los sueldos de las tripulaciones!

Por otra parte, y de un modo general, si los *yankees* hacen el Canal, progresaremos tanto y aprovecharemos más si éste se hace por Nicaragua, que por Panamá, pues en aquella tenemos la costa de Mosquitos, y los americanos no nos amargarán con una anexión directa ó indirecta, como en Tejas, el *honor* de hacernos un Canal en territorio colombiano, porque Panamá, á los pocos años de funcionamiento del Canal, se anexaría directa ó indirectamente, opóngase quien se opusiere, pues éste es el corolario forzoso de esta clase de negocios. Que los americanos al hacer el Canal por Nicaragua ¿se anexarán á Nicaragua y Costarrica? ¿Quién lo duda? Pero á nosotros no nos afecta tan de lleno como en Panamá.

¿Dé qué manera se convertirian los *yankees* en nuestros más activos protectores y celosos guardianes? Haciendo el contrato con una nación europea: Alemania, ponemos por caso. La corriente de altruísmo y simpatía de los *yankees* para Colombia sería conmovedora é irresistible; la doctrina Monroe sería un hecho tangible, y en cacaso de que se nos quisiera cercenar un palmo de tierra, tendríamos el apoyo americano, no sólo moral, sino el material de su tesoro y de sus acorazados.

Urgente necesidad.—Medellín necesita, como toda capital de alguna importancia, dos Médicos Oficiales bien remunerados, que practiquen los reconocimientos de los heridos y las autopsias de las personas que son arrebatadas á la vida por mano criminal, acontecimientos que aquí ocurren con mucha frecuencia, debido al inmoderado abuso de los espirituosos.

Mucha, muchísima falta hace yá una OFICINA DE MEDICINA LEGAL, como la que hay establecida en Bogo-

tá, servida por dos Médicos Oficiales. ¿Por qué no se ha hecho aquí lo mismo? ¿Por qué no se hace? Es verdaderamente injusto y anticristiano que un Inspector despache un polizonte con una orden que dice: *"Sírvase reconocer á N. ó proceder inmediatamente á practicar la autopsia del cadáver de X, so pena de dos días de arresto!!!"* Esta orden *en blanco* es presentada al primer médico que el bárbaro encuentra en la calle ó en su consulta, y, si el médico iba volando á atender á un operado ó á una parturienta que agoniza de una fuerte hemorragia, el infeliz tiene que ir á infectarse las manos en un cádaver, en avanzada descomposición generalmente, y atender al difunto obedeciendo á una ley irracional, porque contra la fuerza no hay razón, y dejar morir un cliente que bien pudiera ser la señora ó alguna hija de un Magistrado. Por otra parte, si es á un cirujano á quien se obliga á infectarse, la falta de la Policía es tan salvaje como inhumana, porque los infelices pacientes que opere dicho cirujano en los días siguientes, serán más ó menos infectados y, si alguno muere, ¿cuál ha sido la causa inicial?—Una ley tan irracional como injusta, dictada por el deseo de ahorrar el mezquino sueldo de dos peritos reconocedores de profesión. Bien pudieran ser éstos los Profesores de Medicina legal y de Anatomía Patológica. Así no se expondría la vida de ciudadanos inocentes que tuviesen la desgracia de ser operados por médicos infectados contra su voluntad por haber hecho una autopsia, tan inútil las más de las veces, como ridícula; pues es claro que si á un individuo que gozaba de buena salud, le dan un balazo en la cabeza ó una puñalada en el pecho ó en el vientre, y muere, no es menester ser médico para declarar que ese sujeto murió de la herida, pues el solo sentido común lo demuestra. La autopsia en estos casos es una necedad seudo-científica y peligrosísima, á la par que atrozmente criminal, porque mantiene cierto número de médicos infectados para toda clase de intervenciones quirúrgicas, y porque expone al médico, que no haya tenido tiempo de desinfectarse bien, á infectar la misma herida que reconoce, lo que prolongará la incapacidad del paciente y agravará, injustamente, la pena del ofensor. Por otra parte, la gran responsabilidad que apareja el empleo de perito exige que el médico que esas funciones ejerza tenga

el tiempo suficiente para estudiar el asunto con detención; mas como todos los médicos tienen compromisos que no les permiten disponer de mucho tiempo, resulta que no siempre pueden prestarle la atención debida á esta clase de tareas, mientras que, nombrando profesores especiales, podrían consagrarse de preferencia y aun con placer, al estudio de todas las cuestiones que puedan ocurrir en Medicina legal. En la Oficina que con este objeto se estableciera se prestarían los primeros socorros á los heridos, evitando así el que éstos fueran á emporcar de sangre la casa ó el gabinete de los médicos, muchas veces á deshoras de la noche, ó al tiempo de la consulta, ó á las horas de sentarse á la mesa.

Otra necesidad tan urgente, si no más que la anterior, es la de impedir el ejercicio de las profesiones médica y farmacéutica á los *aficionados* ó *médicos* y *boticarios de oído* que, sin títulos que los acrediten, tienen la desfachatez de ofrecerse como tales, proclamándose especialistas en determinados ramos de la ciencia médica los unos, y farmacéuticos los otros. Es muy común aquí ver de la noche á la mañana, á aprendiz de boticario convertido en *Médico* y á un recién salido de la Escuela primaria convertido en *Farmacéutico*. Tenemos noticia de uno de estos embaucadores que le expidió pasaporte para la eternidad á un cliente á quien abrió ampliamente un aneurisma de la arteria poplítea que el atrevido tomó por un absceso. Otro recetó como purgante á un prójimo MEDIA ONZA DE HOJAS DE BELLADONA en infusión.... ¡Y que haya personas, que parecen de sentido común, que se dejen embaucar por no pagar un médico! "Los errores que hacen recurrir al charlatanismo, dice el Dr. Torrero, como son efectos de la ignorancia, con instrucción se venderán."

Tratamiento del cáncer.—Se habla mucho en Europa de la mejoría notable del cáncer tratado con la adrenalina. Según el Dr. Ch. Fiessinger (*Journal des Praticiens* de Abril 25 de 1903), se darán, v á x gotas de una solución de adrenalina al 1/000 por mañana y tarde, durante cinco días, y alternar otros cinco días con 0,25 centigramos de clorhidrato de quinina en las dos principales comidas del día; además, cree útil la levadura de cerveza, á la dosis de una cucharada de las de café por día.

Vacuna antituberculosa.—Parece que Behring ha logrado obtener un suero preventivo, que ha producido magníficos resultados en los animales, según el Dr. Roux, del Instituto Pasteur. Estos dos sabios, descubridores del suero antidiftérico, hacen concebir las más halagüeñas esperanzas por su autoridad y competencia indiscutible en bacteriología.

¿El ácido bórico es narcótico?—Sería interesante que nuestros colegas estudiaran esta substancia desde este punto de vista, pues me ha sucedido varias veces en lavados de cavidades (abscesos del hígado, abscesos de las paredes ventrales, empiema, &c.), que media hora después del lavado el paciente se siente aletargado y duerme tranquilamente cuatro á seis horas. Cuando el sueño ligero cesa, siempre sigue amodorrado. Basta cambiar ó suprimir el lavado al día siguiente, y el aspecto alerta y despavilado del enfermo, hace contraste con el aire somnoliento del día anterior. Esta observación la he hecho notar á varios de mis colegas y en circunstancias en que el enfermo no tomaba ninguna otra droga.

M. y F.

La tuberculosis.—En París se han concentrado los esfuerzos para combatir la tuberculosis, hasta el punto que un solo periódico, *Le Fígaro*, ha contribuído con 300.000 pesos para el establecimiento de sanatorios.

Los descubrimientos de Robin y Binet permiten determinar el grado de predisposición de la tuberculosis, según el exceso de consumo respiratorio y la desmineralización orgánica. La prevención de la tuberculosis se obtiene con la cura por medio del aire, la abstención del alcohol y el reposo físico y mental.

Un médico alemán, el Dr. Knopf, declara que: "*Para combatir la tisis, con éxito, se requiere la cooperación de un Gobierno sabio, con médicos hábiles y una Nación inteligente.*"—(De *El 28 de Mayo*).

Pañuelos de papel.—Un higienista innovador propone adoptar en Francia los pañuelos de papel, que usan los japoneses, los cuales reúnen la inmensa ventaja de poder destruírse después que se usan, evitando así la propagación de miles de microbios. (Id.)

"La Unión Médica".—Organo de la Sociedad de Medicina del Salvador. Hemos recibido este nuevo colega y con gusto retornamos el canje.

Septicemia puerperal.—El Dr. Barrows ha obtenido felices resultados en tres casos de septicemia puerperal, que yá consideraba perdidos, con inyecciones intravenosas de una solución débil de formalina. El Dr. Barrows dice que cincuenta centímetros cúbicos de una solución de formalina al 1 por 2.000, son muy eficaces para el tratamiento de la tuberculosis.—(*Gaceta Médica*, C. R.)

El Dr. Emilio Alvarez, "persona merecedora de todo honor, por el impulso constante y desinteresado que ha sabido imprimir á los estudios médicos del Salvador, y por sus elevadas prendas personales", fue unánimemente aclamado Presidente honorario de la "Sociedad de Medicina" del Salvador.—(De *La Unión Médica*).

Atención!—"Se ha dicho que el perro y el gato están más predispuestos á sufrir cáncer que los animales herbívoros; se ha creído notar su rareza relativa en los *Trapistas*, los *Cartujos* y los *Carmelitas*, que usan de una alimentación casi vegetal; y Verneuil opina que gran parte de la etiología del cáncer es debida á los hábitos carnivoros de nuestra generación."—*(Huchard.)*

FISIOLOGIA É HIGIENE

PROGRAMA

CONCLUSIÓN

CAPITULO XIII

Ejercicios.

CVII.—Importancia de los ejercicios físicos.—Utilidad del ejercicio en los niños y el adolescente.—En el hombre de edad madura.—Resultados de la inacción.

CVIII—Regulación de los ejercicios.

CIX.—Comparación entre la vida activa y la vida sedentaria.

CX.—Gimnasia.—Su importancia —Gimnasia francesa.—Gimnasia sueca.—Gimnasia de sala —Citas de Lagrange.

CXI.—Otras formas de ejercicio —La marcha.—El salto.—La carrera.—El baile.—La esgrima —La natación.—La lectura en voz alta.—La declamación.—El canto.

CXII.—La falta de ejercicio en las mujeres.

CXIII.—Conclusión.—Condiciones para que el ejercicio produzca buenos resultados.

CAPITULO XIV

Baños.

CXIV.—Historia é importancia de los baños.—Los baños en los tiempos primitivos.—Baños religiosos.—Plinio y Cicerón.—Mecenas.—Los pueblos del Oriente y del Mediodía.—La Edad Media y el Renacimiento.

CXV.—Definición y clasificación.

CXVI.—Baños fríos.—Sus efectos.—Reglas higiénicas.

CXVII.—Baños templados.

CXVIII.—Baños calientes.

CXIX.—Abluciones parciales.—Sus efectos.—Abluciones en los primeros años.—Después de los ejercicios.

CXX.—Baños terapéuticos.—Baños calientes en las enfermedades agudas.—Baños tibios en la fiebre tifoidea y en la puerperal.—Temperatura de los baños.—Baños de mostaza.—Baños terapéuticos fríos.

CAPITULO XV

Vestidos.

CXXI.—Historia.

CXXII.—Objeto de los vestidos.

CXXIII.—Principios de Física.—Conductibilidad.—Poder absorbente.—Poder emisivo.—Poder hidrométrico.

CXXIV.—Naturaleza de los vestidos.—La lana.—La seda.—El algodón.—Vestidos impermeables.

CXXV.—Vestidos en particular.—Sombreros.—Bufandas.—Chalecos.—Camisas.—Pantalones.—Calzado.—Corsé.

CXXVI.—Historia del corsé.

CXXVII.—Inconvenientes del corsé.—Antes de la pubertad.—Después.

CXXVIII.—Imprudencias femeninas.

CXXIX.—Los lechos.—Las sábanas.—Las almohadas.—Los colchones.—Cortinas.

CAPITULO XVI

De la enfermedad en general.

CXXX.—Objeto de la Patología general.

CXXXI.—Afección y enfermedad.—Diferencia de estos dos términos.

CXXXII.—Clasificación de las enfermedades.—1.° Innatas, hereditarias y adquiridas.—2.° Esporádicas y pandémicas.—Subdivisión de las pandemis.—3.° Agudas y crónicas.—Subdivisión de las agudas.—4.° Latentes y larvadas.—5.° Continuas, intermitentes y remitentes.

CXXXIII.—Períodos de las enfermedades.—Incubación.—Invasión.—Estado.—Terminación.—Maneras de efectuarse la curación.

CXXXIV.—La muerte.—Definición.—Diferentes especies de muerte.—Muerte natural.—Muerte súbita.—Muerte lenta.—Agonía.

CXXXV.—Muerte real y aparente.—Signos diferenciales.

CXXXVI.—Convalecencia.—En qué consiste.—Reglas higiénicas.

CXXXVII.—Recaídas y reincidencias.—Diferencia entre las dos.

CXXXVIII.—Complicaciones.—Complicaciones propiamente dichas.—Coincidencia.

CXXXIX.—Etiología.—Causas predisponentes.—Determinantes.—Eficientes.

CXL.—Idiosincrasia.

CXLI.—Receptibidad é inmunidad morbosa.

CXLII.—Constituciones médicas.

CAPITULO XVII

Procesos comunes.

CXLIII.—Definición.—Enumeración.

CXLIV.—Congestión.—Definición.—Variedades.

CXLV.—Hemorragia.—Diferentes clases de hemorragia.

CXLVI.—Inflamación.—Caracteres generales.

CXLVII.—Anemia.—Diversas formas.—Cantidad de sangre en el adulto.—Número de glóbulos rojos.—Anemia parcial.

CXLVIII.—Trombosis y embolia.—Trombos.—Embolo.—Proceso morboso.

CXLIX.—Gangrena.—Definición.—Escara.—Secuestro.

CL.—Hidropesía.–En qué consiste.—Edema.—Anasarca.—Derrame.

CLI.—Fiebre.—Temperatura normal.—Fiebre ligera.—Mediana.—Intensa.—Períodos de la fiebre.—Tipos.—Causas de la fiebre.—Termometría.—Relación entre el pulso y la temperatura.—Fórmula del pulso.—Fiebres típicas.

CAPITULO XVIII

Enfermedades infecciosas.

CLII.—Definición.—Manera de obrar los microbios.

CLIII.—Agentes infecciosos.—División.—1.° Miasmas.–Principales enfermedades de este grupo.–2.° Agentes sépticos.—Afecciones sépticas.—En qué se diferencian del primer grupo.—3.° Contagios.—Definición.—Contagio inmediato.—Mediato.—Vías de penetración.—4.° Miasmas–contagios.—Enfermedades de esta clase.—5.° Enfermedades virulentas.—Otra clase de enfermedades infecciosas.—Venenos orgánicos.—Autointoxicaciones.

CLIV.—Profilaxis.—Definición.—Medios de que disponemos para evitar las enfermedades.—1.° Impedir.—2.° Destruír.—Desinfectantes.—El calor.—Acido sulfuroso.—Acido fénico.—Sulfato de cobre.—Sublimado co-

rrosivo.—Elección de los desinfectantes.—Desinfección de las personas y de los esputos de los tísicos.—3.° Neutralizar.—Medidas higiénicas.—Medicinas clandestinas.—Deontología.—Opinión de Sidenham.—Reglas higiénicas á todas las enfermedades.—4.° Oponer.—Aislamiento colectivo.—5.° Preservar.

CAPITULO XIX

La vacuna.

CLV.—Recuerdo histórico.—Origen de la viruela.—Los asiáticos.—Los vaqueros.—Jenner.

CLVI.—Dualidad de la vacuna y la viruela.

CLVII.—Inmunidad conferida por la vacuna.

CLVIII.—Utilidad de la vacuna.

CLIX.—Virus vaccinal.—Tubos capilares.— Placas de vidrio.—Puntas de marfil.—Pulpa glicerinada.

CLX.—Vacunación.—Cómo debe hacerse.—Importancia de la antisepsia.

CLXI.—Evolución de la pústula.

CLXII.—Complicaciones.—Origen de las complicaciones.—Manera de evitarlas.

CAPITULO XX

Tratamiento general de las heridas.

CLXIII.—Supuración de las heridas.—Opinión del vulgo.—Proceder de los facultativos.—Causa de la supuración.

CLXIV.—Asepsia.

CLXV.—Antisepsia.

CLXVI.—Manera de curar una herida.—Cómo se detiene la hemorragia.—Inconvenientes de la esponja y la telaraña.—Manera de lavar la herida.—Cómo debe envolverse.

CLXVII.—Los vendajes.—Preparación de los vendajes.—Variedades.—Reglas comunes á todos ellos.

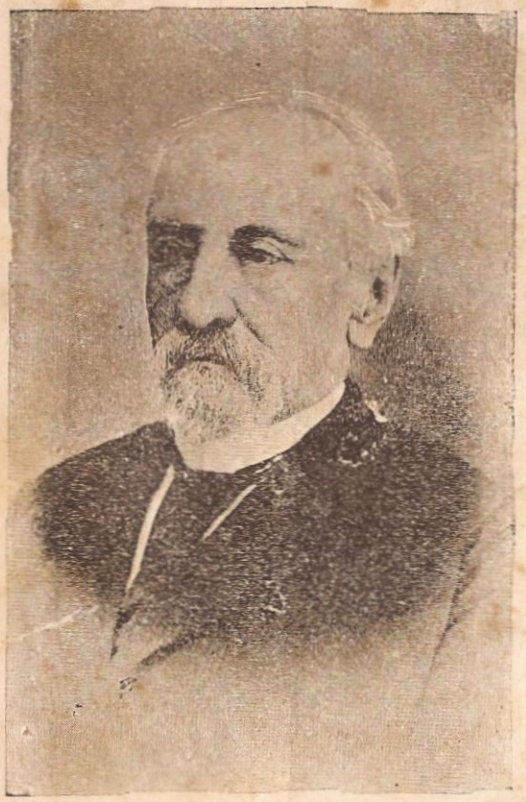
CAPITULO XXI

Conclusión.

CLXVIII.—El diagnóstico.—Dificultades para hacer un buen diagnóstico.

CLXIX.—Cartas-consultas.—Cómo deben escribirse.

CLXX.—El ojo médico.—En qué consiste.—Charlatanes y curanderos.—Libertad de industria.—Consejo final.



Dr. Rafael Campuzano

EX-PRESIDENTE DE LA ACADEMIA

DE MEDICINA DE MEDELLIN

† 11 de Mayo de 1898.

INDICE GENERAL ALFABETICO

DE LA SERIE XI DE LOS ANALES

A

TÍTULO	AUTORES	PÁG.
Al empezar	LL. RR.	1
Autofagia	A. B. C.	22
Advertencia	LL. RR.	135
Anales de la Academia		201
A propósito del alcohol	C. de Greiff	228
Aprocsia (Un caso de)	E. Robledo	212
Apendicitis (Cuándo se debe intervenir)	Antonio Mauro Giraldo y J. J. de La Roche	45

B

Bocio parenquimatoso	Montoya y F.	182

C

Campuzano (Dr. Rafael)	F. A. Uribe M.	7
Canjes		199
Cartas relativas al Lazareto		223
Crónica		235-304 348
Curación radical de la hernia-inguinal	E. Robledo	262
Cateterismo en Antioquia (El)	M. Uribe A.	284
Carate en el Ecuador	G. Díez A.	282
Colelitiasis-Colecistostomía	Montoya y F.	330
Concepto sobre la Sociedad Protectora		343
Contrato		353
Carate (Observaciones sobre el)	M. Uribe A.	311

D

Discurso	M. Uribe A.	26
—	Francisco A. Uribe M.	38
Decadencia mental	C. de Greiff	30
Documentos relativos al 77.° aniversario del natalicio del Dr. Uribe A.		57
Dermatitis polimorfa reincidente	C. de Greiff	194
Disenterías (De la muerte en las)	T. Castrillón T.	196
Disentería	J. J. de La Roche	288
— (Continúa la discusión sobre)	Eduardo Zuleta	372
— (Mis ideas respecto á la)	Dr. C. de Greiff	374
— (Etiología, patogenia y tratamiento de la)	Dr. Montoya y F.	
Divertículo del hélix	T. Castrillón T.	234
Delenda sunt esputa	Dr. C. de Greiff	363

TÍTULO	AUTORES	PÁG.
E		
Estatutos de la Sociedad Protectora de la mujer	.....,	198
Extracto de los *Archives de Parasitologie*	Rafael Branchard	271
— de las actas	.....	302
Esplenectomía	Alfonso Castro	342
Espina bífida	A. Saldarriaga y C. de Greiff	331
El Limonero	Andrés Posada A	322
Etiología, patogenia y tratamiento de la disentería	Dr. Montoya y F	377
F		
Fractura múltiple de la región temporal derecha	Montoya y F	264
Fisiología é Higiene	C. de Greiff	355
Fiebre bubónica	Dr. T. Castrillón	
G		
Gastro-entero-anastomosis	J. V. Maldonado	326
Gusanos de las fosas nasales	Dr. L. Posada Berrío	368
H		
Hipócrates cristiano	F. A. Uribe M	128
Histero-colpo-perineorrafia	L. B. Montoya y F	185
Histerectomía vaginal	Tomás y Emilio Quevedo A.	332
I		
Inserciones	.....	129-231
Informe del Secretario	.....	8-138
Intereses profesionales	Oscar Noguera	309
Informe de una Comisión	Dr. E. Zuleta y F. A. Arango	370
L		
Limonero (El)	Andrés Posada A	322
La sífilis no es hereditaria	Vicente Duque	334
O		
Observaciones sobre el carate	M. Uribe A	311
P		
Pelviperitonitis	Alfonso Castro	388
Periódicos recibidos	.....	55
Personal de la Academia	.....	136-201
Principios generales de Cirugía	Montoya y F	237
Pleuresía purulenta	Lisandro Posada B	266
Q		
Quevedo (El Dr. Tomás)	Andrés Posada A	210
R		
Recuerdo	.....	2
Resumen de los trabajos de la Academia	C. de Greiff	202

ATENCION
ESTE LIBRO ESTA PROTEGIDO
EXTRESE

S

TÍTULO	AUTORES	PÁG.
Siete años después	C. de Greiff	53
Sarcoma embrioplástico	Montoya F. y C. de Greiff	167
Sífilis concepcional	T. Castrillón T.	168

T

Talla hipogástrica	Montoya y F	190
Trabajos originales	Montoya y F	215

V

Varia		54

INDICE DE AUTORES

AUTORES	PÁG.
A	
A. B. C	22
B	
Branchbard R	271
C	
Castro Alfonso	342
Castrillón T. Teodoro	168-196-234
D	
Díez A. Gustavo	282
Duque Vicente	334
G	
Giraldo Antonio Mauro	45
Greiff Carlos de	167-202-228-331-355
L	
LL. RR	1-135
La Roche José J	45-288
M	
Maldonado José V	326
Montoya y F	182-185-190-215-230-237-264
N	
Noguera Oscar	309
P	
Posada Arango Andrés	210-322
Posada B. Lisandro	266
Q	
Quevedo Alvarez	332
R	
Robledo Emilio	212-262
S	
Saldarriaga avelino	331
U	
Uribe Angel Manuel	26-128-284-311
Uribe M. Francisco A	7-26-128
Z	
Zuleta Eduardo	372