

# ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Secretario  
de la Academia  
Dr. FRANCISCO A. ARANGO

Redactores  
Dr. RAFAEL PEREZ  
Dr. EDUARDO ZULETA

AÑO III

Medellín, Enero de 1891.

NUM. 4.º

150

## LA CURACION DE LA TISIS

 A sensación creada por los *reporters* de periódicos industriales, que explotan este anhelo neurósico de la humanidad hacia los nuevos horizontes; la esperanza de unos días más de vida, de un plazo algo más largo para el dolor inevitable de la muerte, y sobre todo la alta personalidad científica del profesor Koch, explican el entusiasmo que ha despertado en el mundo el anuncio de la curación de la tisis por medio de la linfa preparada por este sabio alemán.

Desde luego hay que advertir que el Dr. Koch es un hombre serio, franco y digno de crédito por sus grandes triunfos adquiridos en el campo de la bacteriología y que merece todas las condecoraciones con que los Gobiernos lo han honrado; pero es bueno que se sepa que él no pretende curar la tisis en cualquiera de sus

períodos y que si consintió en hacer público su descubrimiento—tratado ya de prematuro—fue debido á exigencias del Ministro von Gossler y de los profesores Virchow, Levy y Bergmann. El no ha dicho tampoco que el remedio propuesto sea infalible; ni se concibe que un hombre de ciencia se atreviera á lanzar afirmaciones de tal naturaleza,—conducta únicamente explicable en agentes comerciales de ciertos específicos,—cuando sólo un estudio atento y largo y universal podría dar el sello definitivo del éxito. El ha dicho que por medio del tratamiento indicado, la tisis en *primer período* puede curarse.

Y es claro que nada más podría decirse en este asunto. ¿A quién se le ocurre sostener seriamente que una tisis avanzada puede curarse? ¿Cómo es posible explicarse la reconstrucción de un órgano casi destruído que apenas llena sus funciones de una manera agónica? La terapéutica de que hoy podemos disponer no autoriza para tanto. Convendríamos perfectamente en que un agente germicida pudiera llegar hasta destruír toda una legión de microbios; pero, y las lesiones que estos microbios y sus productos hayan determinado en un órgano vital como el pulmón, ¿con qué medios podrían hacerse desaparecer? Es este un gran problema de muy difícil resolución. Cuando M<sup>o</sup> Call Anderson anunció que la tisis galopante era curable, nadie pudo creerlo y la sorpresa fue grandísima en to-

dos los círculos médicos. Después publicó varios casos de curación y el asunto comienza de nuevo á interesar; pero esto nos parece más razonable, y tiene más probabilidades de éxito, si se consigue lo que él indica: 1º Sostener las fuerzas del paciente; 2º Disminuir la temperatura; y 3º Combatir todo síntoma ó complicación que se presente.

Como el Dr. Koch habló en el Congreso médico de Berlín, sobre la gran utilidad de las sales de oro y de plata en el tratamiento de la tuberculosis, han creído algunos que la linfa que él quiere que se llame "*Parataloide*" está compuesta de alguna de estas sales: pero hasta hoy nada se sabe respecto á su composición. A la vista es del color de una solución de yodo, y viscosa. Se inyecta en cualquier parte del cuerpo y la dosis al principio es de un miligramo, después de mezclarla con agua esterilizada.

Entre los comentarios á que este suceso ha dado lugar, merece especial atención el del profesor Peter, quien interrogado por un periodista sobre el descubrimiento de Koch dijo esto:

"Me pedís, nos dijo el doctor Peter, mi opinión sobre el descubrimiento del doctor Koch y que os diga de qué modo se ha tratado hasta ahora la tisis? Voy á deciros lo que pienso: Hasta hoy los médicos han logrado, por los medios racionales más variados, poner al tísico en condiciones tales, que su enfermedad evolucione lo más lentamente posible hasta el punto de parecer detenida definitivamente; pero el tuberculoso queda siendo tuberculoso, y el menor accidente puede hacer reaparecer la enfermedad: no hay curación real.

“Ahora bien, lo que puedo decir del doctor Koch es que es un sabio de gran mérito y que sus trabajos son del orden más elevado; pero me es imposible formular un juicio exacto sobre sus investigaciones y su tratamiento curativo de la tisis.

“Según algunos datos que me han sido suministrados, me parece que el doctor Koch ha planteado el problema de la manera más completa, basando su tratamiento en la teoría microbiana que es la suya.

“Por una parte se propone destruir el microbio; y por otra, intenta modificar el organismo de manera que no pueda suministrar un terreno favorable á la reproducción y á la pululación del microbio.

“Si él resuelve este problema como acabo de exponerlo, será este uno de los más grandes triunfos de la medicina moderna.”

—Creéis en el origen microbiano de la tisis?

—“Yo creo por mi parte, nos respondió el profesor Peter, que la tisis es de origen humano; en otros términos, que somos nosotros quienes producimos *en nosotros*, no solamente el tubérculo, sino también el bacilo de Koch, que es la expresión micrográfica. La tuberculosis viene de adentro y no de afuera.

“La tuberculización, cuando no es hereditaria, es el resultado de las más variadas infracciones de la higiene [alimentación insuficiente, ventilación defectuosa, aglomeración de personas, agotamiento físico ó moral, etc]. Esto es incontestable para mí.”

#### DIVERGENCIAS DOCTRINALES.

“Pero, añadió nuestro interlocutor, cuando las doctrinas parasitarias triunfaron momentáneamente de la medicina tradicional, y, sobre todo, cuando Koch descubrió en el tubérculo el bacilo que lleva su nombre, se creyó [y la mayor parte de los médicos participaron de esta opinión], que la tuberculosis era una enfermedad parasitaria que venía de fuera. Pues bien, los más original, dijo sonriendo el sabio académico, es que varios médicos franceses, partidarios de las doctrinas parasita-

rias, demostraron sin querer que el organismo vivo puede crear por completo el bacilo de Koch, al cual se atribuye, por contagio, el origen de la tuberculosis.”

Y como al decir esto el doctor Peter notara alguna sorpresa de nuestra parte, añadió:

“Algunos experimentadores han inyectado en conejos de India pus escrofuloso en el cual habían buscado en vano el bacilo, y estos animales no solamente vinieron á ser tuberculosos, sino que se encontró en sus tubérculos el bacilo, que no preexistía en el líquido inoculado.

“Otros, y esto es más notable aún, han inyectado en los mismos animales líquido del derrame pleurético, en el cual no existían los bacilos, y en la mitad de los casos [10 por 19] los animales inoculados se volvieron tuberculosos y se encontró en ellos el bacilo que no les había sido inoculado. Así pues, este bacilo, producto del organismo y no venido de fuera, es efecto y no causa de la enfermedad.

“No se comprende por qué lo que le sucede á un conejo de Indias no pueda sucederle á un escrofuloso ó á un pleurético, por el juego natural de las fuerzas de organismo y por la evolución de su enfermedad.”

#### CURIOSAS DIVERGENCIAS.

—¿ Cuáles son los progresos realizados hasta ahora por cada una de las dos escuelas opuestas, en el tratamiento de la tisis ?

—“Esto nos hace volver al bacilo de Koch y á su destrucción en el organismo. Hasta hoy se ha ensayado el uso de diversos microbicidas. Para no citar más que algunos, diremos que un médico francés ha ensayado la acción del tanino en conejos, á los cuales inoculaba anteriormente la materia tuberculosa, y dichos animales nada sufrieron. Podría haberse creído que teníamos en el tanino un medio preventivo y curativo de la tisis; pero nó, el tanino no ha curado á ningún tísico confirmado.

“Se creyó igualmente haber encontrado en las inhalaciones de ácido fluorhídrico un medio microbicida in-

falible; pero el chasco fue también completo. Otros ensayaron las lavativas de hidrógeno sulfurado asociado al ácido carbónico, inspirados por las observaciones de Claude Bernard sobre la eliminación rápida del hidrógeno sulfurado por los pulmones, debiendo este gas al pasar por las vías respiratorias matar el microbio; pero se engañaron también."

Al llegar aquí, dijimos al eminente clínico: Estos son los medios de los partidarios de las teorías microbianas, ¿pero acaso está más adelantada bajo este punto de vista la medicina tradicional?

—“Otros médicos, respondió el doctor Peter, basándose tan sólo en la higiene, hacen lo que desde há veinte años hago yo, á saber: hacer respirar á los tísicos, cuya superficie respiratoria está disminuída por la enfermedad el aire más puro que sea posible.”

#### TRATAMIENTO AL AIRE LIBRE.

De aquí el tratamiento al aire libre que se practica en Falkenstein, así como en Gorborsborf; pero aun en esta medicación aparecen desidencias: en Falkenstein la fórmula es: *curación al aire por el reposo*; en Gorborsborf al contrario: *curación al aire por el ejercicio*. La verdad es que hacer vivir á los tísicos al aire libre es poner su organismo en condiciones higiénicas tales que resisten el tiempo más largo posible á la enfermedad; pero en cuanto á curarla por este medio, jamás!

“Por una especie de antítesis médica, otros facultativos preconizan, en vez de aire fresco, inhalaciones de aire muy caliente, con el objeto de matar el bacilo!

“El tratamiento por el aire fresco ha sido realizado en las altiplanicies de la Engandine donde la presión atmosférica es mínima; y los viajes por el mar, donde la presión de la atmósfera es máxima, hacen parte también de este tratamiento.”

El profesor Peter se echó á reír de todas estas contradicciones doctrinales y dijo después:

“En realidad, creedme, la medicación que se base en la higiene y que dé á los tísicos la menor cantidad

de medicamentos que puedan afectarles el estómago, ayudada por la revulsión verificada por vejigatorios, cauterios y puntos de fuego, es la mejor."

PROBABILIDADES DE EXITO.

Siempre con el mismo tono alegre, el doctor Peter terminó por una apreciación favorable de las esperanzas que hace concebir el método de Koch.

"Si pues, lo repito, dijo, el doctor Koch ha encontrado el medio de matar el bacilo tuberculoso y dar al organismo humano un vigor tal que ya no pueda engendrar otros, ha resuelto el problema de la curación de la tisis, hasta hoy incurable. Sólo el porvenir podrá demostrarnos lo bien fundado de su tratamiento, de suerte que no podamos decir ya de los tísicos considerados como curados y que mueren, sin embargo, de su enfermedad: Qué desgracia, ha muerto curado!"

Al lado de esta opinión del profesor Peter, partidario de la medicina tradicional, hallamos otras todavía más desconsoladoras por venir del campo mismo de Koch.

El Dr. Surycki, de Cracow, enviado á Berlín á estudiar el tratamiento de Koch, ha dicho que no cree que la tuberculosis pulmonar pueda curarse en ningún período con el nuevo remedio y que aun la curación de la tuberculosis externa—es incierta. Es la misma opinión de los profesores Ullmann y Kraus, después de haber estudiado el asunto en el laboratorio del mismo Dr. Koch; y otros como Fraenzel y Runkuritz opinan que aunque la linfa de Koch puede detener la tuberculosis en el primer período, los bacilos pueden revivir y reinfectar los tejidos.

Por último, el corresponsal del *Medical Record*, enviado de Nueva-York á Berlín á estudiar el tratamiento de Koch, ha puesto un kalograma con fecha 4 de Diciembre último; en él, entre otras cosas, dice:

“Desde mi llegada aquí he visitado varias clínicas y deseo llamar la atención especialmente á la del doctor Gerhardt en la Charité. Dijo en su última clínica que la linfa de Koch tenía una acción específica sobre el tejido tuberculoso y habló igualmente de su importancia como medio de diagnóstico aunque no infalible. En cuanto á los resultados terapéuticos, dijo, el tiempo es todavía demasiado corto para formar opinión y por lo menos se necesitan uno ó dos años de ensayos para apreciar correctamente el valor de este nuevo descubrimiento. Hizo notar la aparición de hemoptisis después de la inyección de la linfa, debida probablemente al período de reacción, y aconsejó gran cuidado en el uso de estas inyecciones especialmente en casos avanzados.

En cuanto á los pacientes tuberculosos hay que desanimarlos de venir aquí, pues la linfa podrá tenerse dentro de poco tiempo en los hospitales americanos, y sobre todo, porque no hay todavía nada de cierto en cuanto á los resultados de este tratamiento.

“La parte afectada del pulmón se solidifica mucho más después de la inyección, y por eso se aconseja ya que no se emplee el remedio de Koch en casos en que el pulmón esté muy atacado, pues por la solidificación del pulmón después de la inyección hay una disminución de espacio para el aire en el órgano que podría ser fatal en estos casos.”

.....

Hoy por hoy el asunto está pues sin resolver. Mañana cuando ya este tratamiento haya pasado por la larga y detenida prueba de la experimentación, tendremos á qué atenernos. Y

entonces, ó habrá dado un gran paso la medicina moderna, comprobando por medio de un tratamiento que alcanza éxito, la verdad de una doctrina todavía combatida, y aparecerá una terapéutica verdaderamente racional y lógica, ó habrá una esperanza menos, una nueva eliminación en el campo del esfuerzo humano.

Pero aun imaginándonos lo último, queda con todo la vía ancha y fecunda de la investigación, en la que siempre quedarán Pasteur, Koch y los que con ellos han puesto sus grandes facultades al servicio de la más noble de las causas.

E. ZULETA.

---

## ICTIOLOGIA

---

### EL ASTROBLEPUS

Cuando el barón de Humboldt estuvo en Popayán, en 1801, examinó el pez que lleva ahí el nombre de *Pesado negro*, y reconociéndolo nuevo para la Ciencia, estableció con él un género que llamó *Astroblepus*, por la dirección de sus ojos hacia el cielo, y lo describió como un *malacopterigio ápodo*.

Mucho tiempo después, estudiando Valenciennes, en París, unos peces colectados por Pentland en Bolivia, halló uno semejante al *Astroblepus*; pero como difería de él esencialmente por tener aletas ventrales, hizo un nuevo género, que denominó *Arges*.

Estudiando yo los peces de Antioquia sobre esas bases, reconocí, hace cerca de 20 años, que teníamos

aquí uno enteramente igual en figura al grabado del *Astroblepus* publicado por Humboldt, ofreciendo todos sus caracteres, con la diferencia de no ser ápodo, sin asemejarse más, por eso, al *Arges sabalo*, que me era conocido. Vacilando entonces en cuanto á la clasificación que debía darle, quise, para salir de dudas, hacer un estudio comparativo, y pedí un *Pescado negro* á Popayán. Pero tanto por lo difíciles que son entre nosotros las comunicaciones como por el poco interés que las personas extrañas á la Ciencia toman por estos asuntos, todas mis solicitudes fueron vanas, y nada pude obtener.

Por eso ahora, en mi reciente excursión al Cauca, uno de mis primeros cuidados en Popayán fue estudiar el *Pescado negro*. Conseguí varios de ellos, todos de la misma especie, aunque provenían de distintos puntos, aun de Quilichao, y eran idénticos á las figuras publicadas por Humboldt. Supe además, por personas conocedoras del país, tales como mi amigo el Doctor Juan N. Wallis y el señor don Pablo Marulanda, que no hay por allá ninguna otra clase de pez que lleve ese nombre de *Pescado negro*.

Pues bien, de mi examen resulta que dicho pescado no es ápodo; tiene dos aletas ventrales, quinquerradiadas, exactamente como el de Antioquia, siendo por consiguiente un malacopterigio abdominal, con todos los otros caracteres de la familia de los silúridos.

En vista de esto, me es forzoso admitir que Humboldt, á pesar de su reconocida exactitud, pasó esta vez inadvertidas las aletas ventrales, como dejó también sin notar la adiposa [que en realidad es poco aparente, por ser de base muy ancha y muy poco elevada], ó que el individuo que él examinó había perdido tal vez sus ventrales por algún accidente. Yo haré notar que el hueso que las soporta es un pequeño disco que parece suelto bajo la piel, tal es su extrema movilidad. Eso haría fácil el arrancárlas. Dichas aletas tienen el borde erizado de dientes y se prolongan en un filamento como las otras. Corresponden al espacio que media entre la dorsal y la adiposa.

La verdadera fórmula del *Pescado negro*, ó sea del *Astroblepus Grixalvi*, es esta:

B. 4; D. 7-0; A. 7; C. 12; P. 10; V. 5.

Se infiere de lo expuesto que el género *Arges*, que no se distinguía sustancialmente del *Astroblepus* sino por tener aletas ventrales y adiposa, debe suprimirse, dejando sólo éste, por derecho de prioridad, pero corrigiendo su descripción en el sentido indicado, es decir, agregando á los caracteres señalados por Humboldt el de tener ventrales y adiposa.

A lo más podría dejarse el *Arges* como una sección del género *Astroblepus*, que se distingue en que mientras que en éste el borde externo de las aletas está cubierto de dientes espinosos y se prolonga en un largo filamento, en el *Arges* dicho borde es apenas áspero, y el filamento muy corto. Yo agregaré que en ambos grupos los dientes ofrecen la misma disposición: son bífidos en la mandíbula inferior y en las series posteriores de la superior; mientras que en la serie delantera son simples ó indivisos.

Como ha transcurrido ya tanto tiempo desde que los autores citados hicieron sus descripciones, y como este país ha sido visitado después por varios naturalistas ó colectores cuyas publicaciones no conocemos, es posible y aun probable que la rectificación de que aquí trato haya sido yá hecha. No obstante eso, he juzgado conveniente publicar mis observaciones á este respecto, porque si el hecho no fuere aun conocido, ellas no carecerán de interés para la Ciencia, y si otro las hubiere yá hecho, las mías servirán de apoyo ó de confirmación á las suyas.

Cuando se vive, como entre nosotros, en completo aislamiento, en absoluta incomunicación con el mundo científico, hay que resolverse á correr el riesgo de aparecer atrasado en noticias, llamando la atención sobre cosas tal vez ya conocidas, ó resignarse á cerrar los libros y botar la pluma, para no volver á escribir, y no pensar más que en los asuntos materiales de la vida.

Mientras no tengamos bibliotecas públicas que en realidad merezcan este nombre, á eso estamos condenados.

Mas en cuanto á mí, opto por el primer partido, porque, como ha dicho Montesquieu, *el amor al estudio es en nosotros casi la única pasión durable.*

Medellín, Diciembre de 1889.

ANDRES POSADA ARANGO

152

APUNTAMIENTOS

SOBRE LA PROPAGACIÓN DE LA ELEFANTÍASIS GRIEGA EN ANTIOQUIA.

EMPIEZO por manifestar á los que lean estas líneas que mi principal objeto al darle publicidad á estos apuntes sobre la propagación de la LEPROA GRIEGA en Antioquia es hacer conocer al público en general y al médico en particular que el *contagio* ha sido probablemente la causa primordial de la propagación de ese terrible mal.

Daré primero una breve noticia acerca de los elefanciacos que ha habido y hay en Salamina y Pácora, y de las *causas* á que algunos de estos enfermos atribuyen la aparición de su enfermedad; después haré algunas observaciones pertinentes al asunto.

ELEFANCIACOS DE SALAMINA.

P. Quintero, de Marinilla, casado con P. Ceballos, de Abejorral, ambos hijos de padres *no leprosos*, fueron á vivir á Salamina, de Sonsón, donde vivieron muchos años, poco después de la acción de Salamina en Mayo de 1841, llevando nueve hijos sanos y algunos de ellos casados. P. murió como de 70 años de una enfermedad del estómago, y su esposa de una afección de la matriz. El primero sufrió una enfermedad de la piel, en las piernas [líquen? prúrigo?] la segunda diz que era mujer muy sana.

I. La hija mayor, E. casada con un hombre sano, vivió en el paraje de El Tambor; allí padeció mucho de una gran úlcera en una pierna \* y murió loca. Entre sus hijas

\* Pongo los apellidos para que quede constancia de que estos enfermos pertenecen á distintas familias.

conozco dos: una casada que padece de *lupus exedens* en la cintura, y otra soltera, E. que vive con unos tíos elefanciacos. Esta muchacha vino á vivir con los tíos después de la muerte de su madre y está *elefanciaca*.

II. M. de J. soltera, *elefanciaca*. Vive en Salamina con otro hermano, V. soltero y *elefanciaco* y con E. la sobrina [número anterior] No hace mucho tiempo vivía con ellos otro hermano M. M. soltero, *elefanciaco* y que murió de una fuerte neumonía á los 62 años de edad.

III. M. S., M. F. y J. casados y con numerosa prole cada uno. Ni en ellos, ni en sus consortes, ni en sus hijos ha habido hasta hoy ningún caso de elefancia. Fueron los 4.º, 7.º y 11.º hijos de la familia Q.

IV. B. casada con un García de Cocorná, hombre sano y robusto sin antecedentes hereditarios. En esta familia, B. y una hija soltera están *elefanciacos* y hace bastantes años murieron tres hijos solteros [de 19 á 24 años] elefanciacos en grado máximo. García murió de otra enfermedad. Esta familia vivió en un paraje llamado La Quinta, perteneciente á P. Q., el abuelo, y allí con ellos habitó una mujer llamada *Cuncia* [Concepción Molina], quien murió elefanciaca y dicen que ella les servía de cocinera y les contaminó, hecho que parece probable si se atiende á que en esta familia ha habido varios elefanciacos y á que en los demás parientes elefanciacos la enfermedad está en el tercer período á lo más.

V. Otra hija, soltera, murió de *consumpsión* pero no se sabe si estuvo, ó nó, elefanciaca.

VI. Otro hijo, casado, murió de una osteomielitis difusa: no dejó menos de diez hijos, todos bien.

VII. Otro hijo que conozco, casado, vivió algún tiempo con otros hermanos elefanciacos (N.º II) y creo poder asegurar que pronto se declarará en él la enfermedad. Su esposa é hijos están bien.

Esta es la familia en la cual he visto mayor número de elefanciacos. Aun cuando los cónyuges P. Q. y P. C. eran hombres sanos y pasaron á vivir á Salamina cuando todavía no se conocía la *lepra* en Sonsón, lugar en

donde nacieron y crecieron sus hijos—, la enfermedad atacó á varios de ellos y á muchos descendientes.

M. Campuzano, de La Ceja, casado, murió elefanciaco y en su familia hubo un hijo A. y dos yernos B. Londoño y J. M. Echeverri, que padecieron la misma enfermedad.

J. P. Marulanda, sobrino materno de M. C., casado, sin hijos, hace como 14 años está elefanciaco. Atribuye su enfermedad á un cóito infectante y en efecto ha sufrido sífilis, pero manifiesta naturalmente interés de que se crea que ésta y no otra es la enfermedad que padece.

Según informes que he recibido de personas ancianas de su propia familia la enfermedad fue contagiada. Hé aquí cómo:

Don F. Marulanda, abuelo de J. P. tuvo, varios esclavos; entre estos P. casado con un Aranzazu, tuvo varios hijos entre ellos á Bartolo, quien fue á Bogotá á aprender talabartería y algún tiempo después de haber regresado de allí enfermó de elefancia y de esté mal murieron él, su esposa y cuatro ó cinco hijos. Un hijo de otra esclava de Don F. Marulanda, llamado F. Marulanda, murió de elefancia y de la misma enfermedad, murió un yerno de otra esclava del mismo señor. Me refirieron que ño Bartolo cargaba en los brazos al joven J. J. Londoño, y que éste, que murió elefanciaco había contaminado á J. P.; pero J. J. Londoño era hijo de D. L., quien, dicen, murió elefanciaco y además, sobrino de B. Londoño el yerno de M. C. y que murió elefanciaco en el Hospital de Caridad de Medellín. J. J. L. murió, soltero, en una finca vecina á la de J. P. y aseguran que allí recibió éste de aquél el contagio del mal. Actualmente hay entre los miembros de la familia de J. P. un tío y dos primas hermanas elefanciacos. Cosa rara! su esposa y su madre que hace 14 años lo asisten con muchísimo esmero me parecen completamente sanos; pero entre las personas que han vivido en su casa conozco tres que están yá enfermas, en una de ellas muy bien declarada la enfermedad. En mi concepto, á una prima hermana, M. de J., la contaminó J. P.; la otra no

sé cómo adquirió la enfermedad. Está tiene la elefancia en un período tan avanzado como la de J. P. y opino que ella enfermó á su padre con quien vivió mucho tiempo; pero, cosa inexplicable, ni su esposo ni ninguno de sus hijos, que son como diez, tiene señales de sufrir la lepra!

Ahora pasará apuntar varios casos de lepra en personas muy extrañas respecto de las familias ya conocidas y en quienes apareció la enfermedad ó espontáneamente ó por contagio, pero sin saberse á ciencia cierta cómo se efectuó éste. Son los siguientes:

1.º M. Alvarez, soltero, de 35 años, hijo de una negra esclava de un Sr. Alvarez de Rionegro. Enfermó hace como trece años después de la campaña de 76-77 en la cual se halló. Estuvo en Bogotá, pero por corto tiempo, de soldado. Parece que sufrió primero alguna enfermedad sifilítica, ósea, gálica. Padeció la lepra leonina ó tuberculosa; murió hace como un año. Supe por boca de una persona respetable que M. A. había usado la ropa de un elefanciaco; pero no pude cerciorarme de ello. Dos hermanos que tiene y que no han vivido con él diz que se encuentran sanos; \* quizá la madre enfermará de elefancia, pues ya tiene algunos síntomas sospechosos.

2.º caso.—M. J. Duque, hija natural, soltera, no tiene antecedentes hereditarios, murió el año pasado en el último período de la elefancia. Parece que la enfermedad la adquirió en casa de un elefanciaco de Pácora. Ella la atribuía á haberse mojado todo el cuerpo en los primeros días del puerperio. Vivió con la abuela y ésta diz que murió elefanciaca, pero parece que si tal cosa es cierta, hubo más bien trasmisión de la enfermedad de la nieta á la abuela que de ésta á aquélla. En ninguna otra persona de la familia: hijos, tías, se ha presentado la enfermedad.

3.º caso.—M. García Arcila, casado, sin antecedentes hereditarios; parece que murió en Manzanares ó está allí elefanciaco. Tiene tres hermanos sanos. Vivió en Salamina.

4.º caso.—C. Ospina y Muñoz, casada, hija de padres

---

\* Viven el uno en Sonsón, el otro en Remedios.

sanos: el esposo y tres hijos que tiene están buenos. La enfermedad en segundo período.

5.º caso.—B. Soto Hincapié, casado, del Santuario. Atribuye su enfermedad, que dice ser gálico y que está en tercer período, á haberse mojado después de haber sudado copiosamente. Sus padres, su esposa y 9 hijos que tiene están bien.

6.º caso.—R. Granada y Olaya, casado. La enfermedad está en tercer período. No sabe cómo adquirió la lepra, pero ha vivido en Marulanda [paraje de Victorias] y por allá ha habido leproso. Los padres y la esposa, buenos. Tiene tres hijos, uno de ellos me pareció leproso y tiene de 5 á 6 años.

7.º caso.—J. Agudelo Echeverri, casado, de Aguadas; dice que sus padres no padecieron la enfermedad que él tiene, ni gálico, etc. La esposa, los hermanos y dos hijos que tiene están sanos. La enfermedad le apareció durante la última revolución [1885] en la cual estuvo de soldado. La enfermedad está en segundo período.

8.º caso.—M<sup>a</sup> J. Ospina Ceballos, casada, de Sonsón. En ninguna persona de su familia, que conozco bien, ha habido elefancia. La enfermedad está en segundo período.

9.º caso.—F. González, hijo natural, soltero. Dice que la enfermedad le principió en Santo-Domingo en la última revolución. Ni su madre, ni las hermanas que conozco tienen elefancia, ni cosa que se le parezca. Se domicilió en San Juan de Marmato huyendo del aislamiento.

10.º caso.—C. Molina Garzón, [a. *Cuncia*] de Sonsón, soltera. Murió hace como diez años. Dicen que la enfermedad la adquirió en Pácora donde le sirvió de cocinera á un leproso. Dejó dos hijos: el uno casado, está sano y tiene dos hijos; el otro, soltero, mendigo público de profesión recorre de Sur á Norte los pueblos de la Provincia á ciencia y paciencia de las autoridades!.. Según unas personas los padres de esta mujer no sufrieron elefancia, pero alguna persona me dijo que el padre había muerto elefanciaco en Sonsón.

11.º caso.—Francisco A. Marulanda, soltero. Murió hace algún tiempo en Salamina. Tuvo varios primos

elefanciacos, pero sus padres no padecieron la enfermedad.

12.º caso. E. Cortés, casado. Murió elefanciaco después que el del caso anterior, de quien era cuñado. La esposa está bien.

13.º caso. M. Murillo, casado. No tiene antecedentes hereditarios, pero tiene un tío elefanciaco. Vive en Salento [Departamento del Cauca].

14.º caso. J. M.<sup>a</sup> García, soltero. No tiene antecedentes hereditarios. Vive en el Tolima.

15.º y 16.º casos. En la Aldea de Marulanda vi hace algún tiempo dos elefanciacos, mendigos de profesión, cuyos nombres ignoro porque no los apunté entonces, pero sí recuerdo me dijeron que eran de Salamina.

Tal es la lista, bien larga por cierto, de los elefanciacos de Salamina. Muchos de ellos han muerto [23], otros han emigrado [7]; pero queda en el Distrito una buena dosis de semilla [11]; total, 41 leprosos y *hace poco más de 20 años que apareció en Salamina el primer elefanciaco!*

#### ELEFANCIACOS DE PÁCORA.

D. F. A.º Mejía, casado con P. Gutiérrez, ambos de La Unión, vinieron á vivir á Pácora después de la revolución del 54. El Sr. M. era hombre sano y murió en La Ceja, se ignora de qué, pero se sabe que no fue leproso. La Sra. G. sí diz que sufrió *gálico* y murió elefanciaca. Antes que se notase en ella la enfermedad se había notado en un hijo natural, F., quien, cuando fue á vivir á Pácora ya estaba enfermo y casado con I. J. La Sra. y cuatro hijos, de los cuales hay tres casados, están bien, pero dos mujeres y un varón, R., han muerto elefanciacos, el último hace ya dos años que murió. Además de F. tuvo aquella Sra. P. G. varios hijos legítimos y entre ellos ha habido varios elefanciacos, y son:

1.º V. mujer, casada con A. Mejía. Tiene once hijos. En esta familia no ha habido elefanciacos. Parece que procuró aislarse mucho. Hoy vive en la Aldea de María. Era oriundo de la Unión.

2.º P., varón, casado con N. Botero de La Ceja, sin antecedentes hereditarios; ambos murieron en Pácora, de otra enfermedad la Sra., derrumbado el primero. Dejaron diez hijos: ocho están casados ya y entre éstos hay uno J. M. elefanciaco; la esposa es una prima hermana; tienen cinco á seis hijos y entre éstos hay dos elefanciacos. Viven actualmente en Pereira.

3.º A., mujer, casada con un primo hermano, J. M. Gutiérrez. La Sra. y dos hijos casados J. T. y F. están elefanciacos. Viven en la Aldea de María. Tiene otros hijos sanos.

4.º J. F., varón, casado con otra prima hermana N. Gutiérrez. Entre sus hijos que son seis ó siete hay una viuda de J. M.º E. sin hijos y elefanciaca y otro soltero también enfermo. Un yerno, M. G., murió elefanciaco y dejó varios hijos, de ellos dos ó más elefanciacos. Viven en Finlandia.

5.º M., mujer, casada con P. Echeverri. En este ramal de la familia del Sr. M. hizo la enfermedad muchos estragos y en corto tiempo. Tuvieron ocho ó diez hijos. Tres solteros murieron elefanciacos en Pácora; uno elefanciaco murió en la Aldea, en donde vive todo el resto de familia y hay dos más elefanciacos.

6.º R., mujer, casada con un primo hermano, G. Mejía. Tienen once hijos, algunos están casados. Viven en Pereira, la Aldea, Pensilvania y Nueva Caramanta. Todos están sanos.

7.º C., varón, casado con M.º F.ª Gutiérrez. Tienen varios hijos, entre éstos varios casados. Sólo un yerno y sobrino á la vez, J. M., padece la elefancia. Viven en Pereira.

8.º P., varón, casado con una Sra. Arellano de La Ceja. Tienen once hijos y toda la familia está sana.

9.º M.º F., mujer, casada con J. J. M. La Sra. y dos hijas F. é I., de nueve hijos que tuvo y que están todos casados, están elefanciacas. Una de éstas F. tiene tres ó cuatro hijos elefanciacos. Viven en la Aldea.

Esta es la familia que ha presentado en Pácora el mayor número de elefanciacos. Según parece la enfer-

medad viene de la familia Gutiérrez y se ha propagado entre los miembros de familia que han vivido en más intimidad y contacto con la familia del primer elefanciaco; pues todos los hermanos de éste que procuraron separarse, están perfectamente bien y como ellos, los demás miembros de sus familias.

Veamos ahora los casos de lepra, que se han presentado en personas de otras familias, y en quienes no ha sido posible saber cómo adquirieron la enfermedad si no se ape-  
la al contagio, aceptado por toda la población de Pácora.

1.<sup>er</sup> caso.—M. Henao, de Pácora, casado, sin antecedentes hereditarios. Murió elefanciaco. Dicen que habitó la casa de una elefanciaca, Agapita Marín. La esposa está bien, se fue de Pácora no se sabe á dónde.

2.<sup>o</sup> caso.—J. Henao, casado, sin antecedentes hereditarios. No tiene parentesco con el anterior. Una hija de Justo casada con un Henao [de otra familia] tiene dos hijos, Abraham y Joaquín, elefanciacos. Justo murió elefanciaco en Agua de Dios. La esposa está bien.

3.<sup>er</sup> caso.—A. Marín, soltera, sin familia. Se dice que fue concubina de un elefanciaco [J. M. G]. Hoy, si no ha muerto, se halla en el Lazareto de Agua de Dios.

4.<sup>o</sup> caso.—B. Cardona, casado, sin antecedente hereditario, carpintero. Su esposa y tres hijos que tuvo están bien. Dicen que adquirió la enfermedad trabajando en un mismo taller con un elefanciaco. Está en Agua de Dios. La viuda casó con un hijo de un elefanciaco.

5.<sup>o</sup> caso.—J. Henao, casado. Hace algún tiempo se fue de Pácora para la Aldea y allí murió elefanciaco. No tiene antecedentes hereditarios. Dejó cinco hijos.

6.<sup>o</sup> caso.—S. Gil Henao, casada, hija de padres muy sanos, murió hace poco tiempo en Pácora, elefanciaca, y dejó tres hijos. El esposo y dos hijos están bien; el otro como que está elefanciaco. Esta mujer, á quien yo receté, me aseguró que la enfermedad la había adquirido en casa de Pío Echeverri, donde hubo varios elefanciacos, pues ella iba allí con frecuencia y comía en los mismos trastos en que comían los enfermos y dormía en la misma pieza donde ellos dormían.

7.º caso.—R. Pérez Peláez, casada, sin antecedentes hereditarios. Murió en Manizales elefanciaca. Dejó cinco hijos; dos de ellos viven actualmente en Pácora con el padre y están elefanciacos.

8.º caso.—P. Pérez Peláez, casada, prima de la anterior, sin antecedentes hereditarios. Vive en Pácora. Tiene dos hijos.

9.º caso.—P. Arango Uribe, casado. Tiene diez hijos. Fue criado por la Sra. Gutiérrez [Paula]. Vive actualmente en Supía. No tiene antecedentes hereditarios. Él y un hijo están enfermos.

10.º caso.—A. Guzmán, nieto de Jacinto Gutiérrez, vivió con la Sra. Gutiérrez [Paula] y la acompañó hasta que murió. Guzmán murió elefanciaco en Urrao.

Tenemos, pues, que una familia,—procedente de La Unión y La Ceja del Tambo en donde ha habido elefancia desde hace como 40 años—, fue á vivir á Pácora llevando probablemente algunos elefanciacos, y que éstos contaminaron á varios miembros de la misma familia y á otros extraños, de los cuales algunos llevaron la elefancia á Salamina. Actualmente hay pocos elefanciacos en Pácora [6], los demás han muerto ó han emigrado. En la familia de Mejía y Gutiérrez ha habido como veinte elefanciacos, y en otras familias diez y seis; de manera que en un lapso de tiempo, relativamente corto [25 años], se han presentado en aquella pequeña población [Pácora tiene poco más de 6,000 habitantes] treinta y seis elefanciacos poco más ó menos.

Voy á hacer ahora, unas breves observaciones, sobre la elefancia. Quien haya tenido la paciencia de leer los anteriores apuntes, habrá observado que las mujeres antioqueñas no han perdido su gran fecundidad por el hecho de llevar consigo el germen ó la predisposición para adquirir y para transmitir por herencia, si así puede transmitirse, el terrible mal que llamamos *lepra griega*; también habrá notado que hay pocos niños elefanciacos y que en éstos la enfermedad no apareció sino en la segunda infancia ó en la pubertad. Parece, pues, que

la enfermedad no la han heredado los hijos sino que ha sido contagiada á ellos por sus padres.

He observado que la elefantiasis de los griegos se desarrolla con mayor fuerza y rapidez en climas de baja temperatura; sin embargo, conozco elefanciacos que han padecido una especie de lepra tórpida [forma anestésica] no obstante haber habitado en climas de baja temperatura [13° C.<sup>os</sup>]; y en Sonsón, que tiene 14°, quizá menos, hubo, según informes que me ha suministrado el Dr. José J. Restrepo, un elefanciaco que duró muchos años con la lepra.

¿Por qué en Sonsón (1), Rionegro, La Ceja del Tambo y La Unión hay actualmente tan pocos elefanciacos, siendo así que fue en aquellas poblaciones donde se presentaron los primeros casos de elefancia hace cerca de cincuenta años? Esto se explica, en mi concepto, por el instintivo horror que un elefanciaco causa á las gentes,—pues el pueblo no duda del contagio—; y, también se explica por la emigración.

Sabido es que en Antioquia, no obstante el afecto del antioqueño al suelo patrio, hay una emigración considerable, y para convencerse de ello basta saber que de la extensa familia de Mejía y Gutiérrez, de Pácora, quedan muy pocos miembros en aquella población. Para las familias que tienen elefanciacos, la emigración es casi forzosa. Regularmente se ven obligadas á emigrar porque el horror que los elefanciacos inspiran, coloca á sus familias en cierto grado de aislamiento y para ellas se hace preciso buscar en tierra extraña, pan y amigos.

En Salamina la emigración no ha sido tan considerable como en Pácora; sin embargo, muchos leprosos pertenecen ahora á otros vecindarios como consta arriba. A pesar de ésto, es Salamina la población de Antioquia donde hay mayor número de elefanciacos hoy día. ¿Se-

---

(1) En Sonsón existen dos leprosos [madre é hija] y otro hijo de un leproso que vino de Bogotá y que murió ya aquí. En Rionegro y La Ceja quizá no hay. En La Unión hay dos. Excepto en Pensilvania, donde hay un leproso oriundo de Salamina, ningún otro pueblo de la Provincia del Sur tiene elefanciacos!

rá porque el clima es propicio para la propagación por contagio ó para la producción espontánea (2) de aquella terrible enfermedad? Veamos cuáles son los principales elementos del clima de Salamina:

El Distrito de Salamina está situado en la vertiente Occidental de la cordillera central de los Andes; tiene climas de temperatura poco elevada como la meseta de San Félix [á 9°] y de temperatura bastante elevada como las riberas del Cauca [27°]. La cabecera del Distrito está situada en una hermosa colina,—terminación de un ramal semicircular de la cordillera—, casi circuida por los ríos Pocito, Chamberí y La Frisolera. Se halla á 5° 23' 20" latitud Norte, y á 1° 26' 40", longitud Occidental; su temperatura es de 20° centígrados; su altura sobre el nivel del mar 1,830 metros. Está propiamente en nuestra zona templada como puede verse por el siguiente cuadro que tomo de un escrito del célebre viajero Sr. Alfredo Hettner:

Alto de Cruces, en la cima de la cordillera central .....	3,100 metros.
Alto de la Palma [sobre Salamina] .....	2,100 id.
Salamina .....	1,830 id.
Río Chamberí .....	1,230 id.
Confluencia del río Pozo con el Cauca .....	720 id.

(2) Mi ilustre maestro el Sr. Dr. Manuel Plata Azuero, en su Tratado de Terapéutica, página 404, dice que noventa y cinco veces sobre ciento la causa eficiente de la lepra en nuestro país está en un trastorno funcional del sistema nervioso y sanguíneo de la piel, determinado por un cambio súbito del calor al frío, hallándose el cuerpo en cierto grado de sobreactividad "en un lugar en donde abunden los microbios leprosos", y añade que "sólo en un pequeñísimo número de ocasiones se la adquiere (la lepra) por contagio". Recuerdo que uno de los elefanciacos de Pácora me refirió que estando bien de salud fue al campo á casa de un elefanciaco, que llegó allí muy agitado y entró precipitadamente al dormitorio del enfermo, y que sintió mucha fetidez y *descomposición en el cuerpo*, y que de allí databa su enfermedad. Esto, para mí, es prueba de que el mal se contagia más fácilmente en aquellas condiciones, pero nó de que nazca espontáneamente, á menos que se acepte, con el Dr. Ricardo de la Parra, que la lepra es una afección nerviosa sobre la cual influye mucho el medio cósmico por medio de los nervios vaso-motores.

A pesar de estar la población colocada en un plano inclinado de Occidente á Oriente, el piso es bastante húmedo y el aire es igualmente húmedo.

Los alisios del Sur son extraordinariamente fríos y hay constantes corrientes de aire, á veces violentos huracanes, que cambian con inusitada rapidez de dirección determinando enfriamientos repentinos y lluvias torrencionales acompañadas de horribles tempestades.

La constitución geológica del terreno de Salamina es, según el Sr. Alfredo Hettner, la siguiente:

“Viniendo de Herveo para Salamina se hallan primero esquistos arcillosos y esquistos micáceos interrumpidos por rocas eruptivas [graníticas]. Del Cedral para abajo hasta cerca de Salamina, hay algunos terrenos sedimentarios: arenisca de un color gris claro, esquistos arcillosos y greda. De Salamina hacia el Oeste, aparecen otra vez los esquistos cristalinos, esquistos arcillosos, esquistos anfibólicos, esquistos talcosos, esquistos graníticos, gneiss anfibólico, interrumpidas estas formaciones por granitos porfíroides ó porfídicos, *diabas* y *pórfidos*”.

En el Oeste se hallan también depósitos de yeso y calcáreos comunes.

Las aguas de Salamina, excepto las que llaman de *caleras* y de *pozos*, son excelentes. El agua de la fuente pública contiene gran cantidad de materias orgánicas y se corrompe fácilmente.

Entre los principales alimentos figura la carne de marrano, de la cual se consume una cantidad considerable; pero la carne de pescado se consume en muy poca cantidad y solamente cada año por la cuaresma.

Los habitantes de Salamina son sobrios, trabajadores, la mayor parte agricultores y honrados. Abusan del tabaco que es de muy mala calidad y según entiendo hubo un tiempo en que abusaron considerablemente del aguardiente (3) pero no sucede hoy igual cosa.

---

(3) Me han dicho que entre los miembros de las familias que tienen hoy elefancia había algunos muy aficionados al licor.

La lepra parece que es una enfermedad de todos los climas y lugares, pero es natural que en climas de ciertas condiciones atmosféricas y telúricas el organismo esté más propenso á sufrir alteraciones, especialmente perturbaciones en la acción nerviosa. He observado que en Salamina predominan las afecciones nerviosas—la epilepsia esencial, la locura, la histeria en sus múltiples formas, la corea, la *angina pectoris*, la eclampsia, etc.—y esto debe depender del clima y de los malos hábitos; pero, ¿se podrá asimilar la lepra á una enfermedad nerviosa esencial? Varios micrografos han visto los tubérculos de los leprosos inundados de bacterias y hoy se acepta generalmente que la lepra es una afección parasitaria. El desequilibrio en la acción nerviosa proveniría en tal caso de la alteración de las placas terminales de los nervios, alteración determinada por los *bacilos*. El clima no haría más que preparar el terreno para el desarrollo de éstos.

Lo que se diga de la influencia del clima se puede aplicar á la influencia de los hábitos; estos pueden preparar el terreno para el desarrollo de la lepra y nada más. Yo creo que de los leprosos de Salamina no se puede decir que la enfermedad les provino del uso de la carne de pescado, y mucho menos del de la carne de marrano. Me inclino á creer que la crápula prepara un magnífico terreno para el desarrollo de la lepra, pero en Salamina son rarísimos los leprosos que se puedan llamar crapulosos.

Dos palabras más para concluir: La forma de la elefancia que me ha parecido más común es la anestésica; la lepra tuberculosa ó leonina es rara y llega á un período en que forzosamente se confunde con la otra forma. Las otras formas de la lepra—la leucé, la tiria, la espiloflaxia indiana, la espiloflaxia escorbútica, la vitiligo, etc.—que considero como períodos de una misma forma, no las conozco. En algunos enfermos he visto manchas callosas, escamosas, con ó sin areola, que caen y se reproducen con facilidad; en éstos enfermos se ha presentado la lepra anestésica siempre y he considerado aque-

llas placas como un síntoma importante para el diagnóstico. Como únicas necrobiosis he visto las de las falanges de los dedos y artejos, las de los huesos del tarso [úlceras perforante del talón] y las del vomer y los cornetes [úlceras de la nariz, con ozena y una costra durísima]: todas ellas en la forma anestésica.

En cuanto á tratamiento debo decir que estaba ensayando con buen éxito el del Dr. Unna de Hamburgo, pero desgraciadamente no pude conseguir más de sesenta gramos de ictiol y el enfermo lo perdí de vista. Buscó un *curandero* que le diera zarza!

He creído que en el *Manzanillo* [*Rhus juglandifolia*] y en la *Otoba* [resina del Otobero.....] tenemos nosotros dos poderosos agentes de curación de esta terrible enfermedad y que debíamos ensayarlos.

J. B. LONDOÑO.



1534

POSADÆA

Nuestro distinguido colega el Dr. A. Posada Arango ha descubierto un nuevo género de plantas de la familia de las Cucurbitáceas, al cual M. Cogniaux, el sabio autor de la monografía de esa familia, ha dado el nombre de *Posadæa*, en honor de su descubridor.

Insertamos en seguida la descripción del nuevo género, tomándola del *Boletín de la Academia Real de Bélgica*. (Serie 3.<sup>a</sup> número XX.)

LL. RR.

POSADÆA, COGN. GEN. NOV.

Flores monoici. Masculi racemosi, pauci. Caycis tubus subrotatus, 5-lobatus, lobis ovato-lanceolatis, acu-

tis, reflexis. Corolla rotata, usque ad basim 5-partita, segmentis irregulariter obovatis, apice plus minusve emarginatis. Stamina 3, libera, in medio tubi calycini sessilia; antherae quadrangulati-obovatae, dorso affixae, una unilocularis caeterae biloculares, loculis linearibus, apice extus replicatis non sigmoideo-flexuosis, colectivo angusto, apice ultra loculos non producto. Pollen sphaericum, leave, poris 3 apertum. Pistillodium cupuliforme, obscurum.—Flores feminei solitarii, inflorescentiae masculae coaxillares. Calyx supra ovarium maris. Corollae segmenta ovato-oblonga, apice rotundata. Stamino-dia 3, brevia, ligulata. Ovarium elliptico-ovoideum, tricenpla tiferum; stylus brevis, crassus, stigmatibus 3, dilatatis, obcordatis, subreflexis; ovula numerosa, horizontalia. Fructus indehiscens, sphaericus, cortice lignoso, carne pulposo. Semina numerosa, anguste obovata, compressa, immarginata, laevia.

Herba repens, pilosula. Folia longe petiolata, ambitu 7-angulata vel suborbicularia, integra vel usque ad medium trilobata, basi profunde emarginata. Cirrhi bifidi, superiores simplices. Flores mediocres, lutei, ebracteati vel minutissime bibracteolati. Fructus majusculus.

NOTA. La única especie conocida hasta ahora es la *Posadaea sphaerocarpa*, de los alrededores de Medellín.

---

## HIGIENE PUBLICA

---

Conclusiones de un informe presentado al Sr. Alcalde del Distrito:

“1.º Creemos que el punto en que se encuentran situadas las carnicerías en nada afectaría la salubridad pública, siempre que éstas reunieran las condiciones higiénicas indispensables en establecimientos de esta clase; pues en éstos, como en otros semejantes, lo que importa más esencialmente es la reglamentación higiénica.

2.<sup>a</sup> En nuestro concepto, la autoridad podría permitir la venta de carnes en cualquier parte de la ciudad, siempre que el establecimiento destinado para ello, tuviera las siguientes condiciones:

I. Edificio amplio y bien ventilado

II. Agua corriente en el mismo local, ó en abundancia tal, que hiciera excusable el requisito de ser corriente.

III. Mesas de mármol, ó en su defecto de madera, pero protegidas en su parte superior con cubierta de piedra, á semejanza de las que existen en nuestra plaza de mercado.

IV. Suelos embaldosados de mármol ó de piedra. En todo caso, estos, lo mismo que las mesas, deben ser de materiales impermeables.

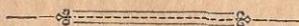
V. Vasijas apropiadas para depositar la carne antes de darla al consumo; y éstas, lo mismo que los suelos, paredes, mesas etc. deben estar en el más completo aseo.

VI. Buenos desagües.

3.<sup>a</sup> Las carnicerías que hemos visitado, no reúnen las condiciones higiénicas necesarias.

Medellín, Febrero 9 de 1891.

JULIO RESTREPO A.—EDUARDO ZULETA.”



REVISTA DE LA PRENSA MEDICA

LOS MICROORGANISMOS EN LOS VEGETALES ALIMENTICIOS.—(Fazio, de Nápoles). El autor admite, como lo ha demostrado Pasteur, que el organismo de los vegetales, como el de los animales, no puede en el estado normal dar paso á los microbios, y experimentos rigurosos lo prueban perentoriamente, aunque algunos autores hayan sostenido lo contrario.

Pero en su superficie, los vegetales regados por aguas impuras ¿no pueden conservar microbios patógenos no siempre destruídos por las preparaciones culinarias? Fa-

zio ha experimentado en varias hortalizas y ha hallado en ellas tres bacterias características.

Estas bacterias son absolutamente inofensivas para el hombre en estado normal: son saprofitos que no tienen importancia sino en el trabajo de putrefacción: en los vegetales desempeñan el papel de reductores de las sustancias orgánicas que constituyen el abono y son los purificadores de la tierra; en el intestino del hombre están listos para agentes de la putrefacción inmediatamente después de la muerte. [*Congreso de Berlín*].

EL CÓLERA ES UNA NEUROSIS; CONSECUENCIAS TERAPÉUTICAS. —Tal es el título de una memoria presentada á la Academia de Ciencias de París, por un pretendiente al premio Bréant.

Ya veremos eso.

LOS DIENTES EN LA DIABETES. [Magitot]. —El examen de la boca suministra en la glicosuria un signo constante de diagnóstico; signo que consiste en una ósteo-periostitis alveolar, se presenta desde los comienzos de la enfermedad, persiste por toda su duración y adquiere en ciertas circunstancias la importancia de *signo revelador*.

La afección alveolar se caracteriza, como signo inicial de la diabetes, por la *desviación de los dientes*: tal es su primer período. El segundo período, *flojedad de los dientes y catarro alveolar*, corresponde á la fase de estado de la enfermedad general; y el tercer período, *caída de los dientes*, á un grado más avanzado de la glicosuria. Pasado este último término, los bordes alveolares pueden ser sitio de una *reabsorción ósea*, consecutiva ó nó á la gangrena de las encías: este signo es crítico y anuncia una inminente terminación fatal de la diabetes. [*París Medical*].

LA TUBERCULOSIS PERITONEAL Y SU CURACIÓN POR LA LAPAROTOMÍA. —Se han recogido 131 observaciones de operados, de los cuales ha curado el 65%; se han visto curaciones sostenidas por varios años y la curación definitiva puede estimarse en el 25% de los operados; la mortalidad operatoria no ha sido sino de 3%.

El modo de intervención ha sido variable: simple laparotomía con evacuación del líquido, incisión con lava-

do antiséptico, ablución de los órganos enfermos, *curage* de los focos tuberculosos, etc. El empleo de los antisépticos no ha tenido influencia en los resultados, y se han obtenido curaciones en todas las formas de la peritonitis tuberculosa, cuando el pulmón y otros órganos estaban atacados ya.

No se entiende cómo una simple incisión con evacuación del líquido peritoneal, puede hacer entrar en regresión la lesión intestinal y cómo sigue esta evolución hasta la curación completa; pero hay un hecho demostrado, y es la curación indiscutible y frecuente [*Konig*].

ANEMIA AGUDA POST-PARTUM CURADA CON LAVATIVAS DE AGUA SAL.—En un caso, después de emplear sin éxito alguno, el centeno y coñac, café y otros estimulantes, Herr ensayó lavativas de sal marina, tibias, con 5 g. por litro. Después de inyectar 2 litros, el pulso se levantó y mejoró el estado general. Pasadas algunas horas, nuevo colapso: repitióse la inyección rectal y esta vez el éxito fue definitivo. [*Revue Médical de la Suisse*].

CURACIÓN RADICAL DE LAS HERNIAS.—Bassini ha practicado en estos seis años 274 operaciones de cura radical, con mortalidad nula y solamente 7 recidivas.

Billroth ha hecho 93 operaciones; 53 de ellas para hernias no estranguladas, de las cuales hubo 3 muertes por peritonitis. Respecto á los resultados finales, no teniendo sino los casos operados desde hace dos años por lo menos, Billroth ha tenido el 32% de curaciones completas. No ha aplicado la cura radical sino á las hernias incontenibles ó irreductibles y á las que causan dolores ó trastornos serios. En las hernias voluminosas lo mejor es abstenerse, sobre todo en las personas de edad, en atención á la gravedad de la operación. Hay que advertir que las hernias de recidiva son más pequeñas, reducibles y fácilmente contenidas por el braguero, que no provocan accidentes penosos, y que por lo tanto la operación deja aun en esos casos algún beneficio.

TRATAMIENTO DE LA TISIS POR MEDIO DE LA LINFA DE KOCH.—En la mayor parte de los tuberculosos las condiciones se presentan de diferente manera. Conviene saber de an-

temano que los enfermos atacados de tuberculosis pulmonar pronunciada son, respecto del líquido, más sensibles que los enfermos de afecciones tuberculosas quirúrgicas. Prontamente observamos que la dosis de un centímetro cúbico era demasiado fuerte para los tísicos, y obtuvimos en ellos una enérgica reacción con una inyección de dos milímetros cúbicos y aun de un milímetro cúbico de líquido. Mas, principiando por esta dosis, se puede bien pronto aumentar rápidamente la dosis, y al poco tiempo, los tísicos soportan las mismas dosis que los otros enfermos.

Generalmente nosotros inyectamos á los tísicos en la primera vez un milímetro cúbico, y, si la inyección producía elevación de la temperatura, inyectábamos diariamente la misma cantidad hasta que no produjera reacción. Entonces, y sólo entonces, inyectamos dos milímetros cúbicos hasta que esta inyección no fuese seguida de reacción; y así sucesivamente, aumentando cada día la dosis de un milímetro cúbico, llegamos á la dosis de un centímetro cúbico y aun más. En mi concepto este procedimiento debe seguirse en los enfermos débiles, pues permite administrar á los enfermos las dosis necesarias casi sin elevación de temperatura.

Algunos tísicos cuyas fuerzas estaban aun bastante buenas fueron tratados ya por medio de dosis inmediatamente elevadas, ya por medio de dosis rápidamente crecientes, y me pareció que el resultado favorable se hacía sentir más prontamente. La acción del líquido en los tísicos era tal, que los quintos de tos y las expectoraciones después de aumentar como de costumbre al principio un poco con las primeras inyecciones, iba disminuyendo después hasta llegar otra vez á lo ordinario; más tarde estos síntomas decrecían más y más para desaparecer completamente á lo menos en los casos de marcha favorable; al propio tiempo la expectoración hasta entonces purulenta se volvió mucosa.

El número de bacilus no principiaba á bajar sino cuando la expectoración tomaba el aspecto mucoso; [aquí importa observar que para estas experiencias se

han escogido enfermos que presentaban bacillus en los esputos], los bacillus entonces desaparecían completamente por un tiempo, pero de cuando en cuando se hallaban de nuevo hasta que acababa la expectoración; al mismo tiempo los sudores nocturnos se suprimían, el aspecto general del enfermo mejoraba y su peso aumentaba. Los enfermos tratados en el periodo inicial de la tisis fueron librados, en el corto espacio de cuatro á seis semanas, de la totalidad de los síntomas de su enfermedad, de suerte que se les pudo considerar como curados. Los enfermos con cavernas pequeñas fueron mejorados considerablemente y casi curados. En los tísicos cuyos pulmones contenían numerosas y bastas cavernas, salvo una disminución manifiesta de los esputos acompañada de calma en los fenómenos subjetivos, no se comprobó ninguna mejoría objetiva. Según estas experiencias estoy inclinado á admitir QUE UNA TISIS QUE PRINCIPIA PUEDE CURARSE POSITIVAMENTE CON ESTE MEDICAMENTO. Esta conclusión se aplica también, pero solamente en parte, á los casos en los cuales la afección no está todavía demasiado avanzada.

Pero los tísicos con grandes cavernas y en quienes existe el mayor número de las veces complicaciones, [tales como la penetración en las cavernas de diversos microbios susceptibles de producir la supuración ó la formación en otros órganos de alteraciones patológicas que no se pueden *remediar*, etc.], no obtendrán, sino excepcionalmente, un beneficio durable con el empleo de este remedio. [R. Koch. Tratamiento de la tuberculosis].

PASTEUR Y KOCH.—Se dice que M. Pasteur ha dicho esto: “Hasta el presente no ha habido un solo caso de curación auténtico de tisis y puede decirse que ni aun de lupus. El Dr. Bergmann habla de un paciente que á los quince días de haber sido dado de alta, por habersele considerado curado del lupus que sufría, volvió al hospital en grave condición sufriendo del mismo lupus que se creyó curado. La linfa tiene una virulencia extraordinaria y la reacción que determina es terrible. Ningún veneno de serpiente administrado en tan pequeña dosis

[dos décimos de milígramo] podría causar semejantes resultados. Los periódicos de ayer hablan de que un individuo que ha estado sometido al tratamiento de Koch, ha sido atacado de albuminuria y hematuria. En verdad, los riñones son particularmente afectados por la linfa". [*Medical Record*].

ETIOLOGÍA.—Un médico de Boston, la ciudad del latín, de las teorías y de los literatos, dice que las neuralgias faciales y dolores de oído que se observan ahora, son debidos á la corriente de aire que se establece entre los lados de cara y los altos hombros de trapo que se estilan en estos días entre las damas.

---

ERRATA.—En el artículo titulado "Tifo-malaria intermitente" del último número, en el penúltimo renglón de la página 73, dice 38°6, léase: 36°8.

muy acentuado por las noches, decúbito lateral persistente y acritud de carácter que contrastaba con su dulzura habitual; del lado del aparato respiratorio había tos quintosa y grasa, macicez en la cima de los pulmones y *craquements* generalizados; del lado del aparato digestivo, con excepción del estado saburral de la lengua, no presentaba ningún síntoma que llamara la atención. La fiebre cayó al cabo de 5 ó 6 días á 38°, las pulsaciones á 120; y así permaneció por espacio de 2 semanas hasta que sucumbió en el marasmo más completo. Mi opinión fue que se trataba de una tuberculosis de forma galopante, que tuvo como causa determinante, á más del temperamento, la constitución y la herencia [la madre sufre de accidentes sífilíticos terciarios], el *sarampión* que atascando las células pulmonares del epitelium de descamación propio de la enfermedad de que se trata, favoreció, á no dudarle, el desarrollo del bacilo de Koch, abonando el terreno en que indudablemente se hallaba en el estado latente.

Es el segundo caso el de un niño de 10 años de edad, hermano de la anterior, quien después de tres días de presentar todos los fenómenos precursores de la entidad nosológica que nos ocupa, apareció el exantema de una manera acentuadísima; y cuando principiaba á desaparecer la erupción y que todo hacía aguardar una convalecencia pronta y fácil, encendió de nuevo la fiebre, se recrudecieron los síntomas pectorales [tos quintosa y estertores sibilantes y roncales], apareció diarrea y meteorismo, postración, delirio y contracturas tendinosas, en una palabra, todos los fenómenos ataxo-adinámicos de la fiebre tifoidea. Así permaneció por espacio de dos septenarios, al cabo de los cuales comenzó la remisión de los síntomas, la que continuó acentuándose hasta la completa curación del enfermo.

Se trataba realmente en este caso de una fiebre tifoidea, conforme lo rezan los síntomas apuntados; Y si es así, coexistió con el *sarampión*, ó la una pirexia hizo continuación á la otra? ¿Existía á la verdad en el primer caso una *tuberculosis aguda*, y en el segundo una *dotinenteria* ó viceversa? Y si la respetable Academia á quien someto mis dudas opta por lo último, ¿cómo se explica la terminación feliz de una enfermedad tenida como incurable por todos los maestros del arte?

Trata el tercer caso de un niño de 14 años que después de haber sufrido un *sarampión* complicado de *neumonía* y ter-

minado de una manera feliz, fue atacado á los veinte días de estar completamente bien, de ligero movimiento febril seguido de una erupción que ocupaba casi todo el cuerpo aun cuando no tan confluyente como la primera, que desapareció sin otros accidentes tres ó cuatro días después. Ahora me pregunto: ¿las fiebres eruptivas pueden reincidir en un lapso de tiempo tan corto, pecando así contra las leyes de fisiología patológica, admitidas desde los tiempos hipocráticos que nos enseñan que las recidivas de esta clase de enfermedades no se verifican sino después de perdida la inmunidad que se contrae, lo que no tiene lugar sino pasados algunos años, 10 á 7 cuando menos? ¿O es que la epidemia actual tiene condiciones especiales distintas de las que hemos observado en otras ocasiones?

Pudiera ser también que la segunda afección fuera un *dengue eruptivo*, y en tal caso confirmaría la opinión de los que creen que al presente nos visitan dos epidemias distintas, que se modifican mutuamente acrecentando sus desastrosos efectos especialmente en los climas fríos y rara vez atenuándolos.

Comencé al ocuparme del *sarampión* por referir la manera como se propagó la epidemia en el barrio Norte de la ciudad, porque creo, como mi ilustrado colega el Dr. Uribe Angel, que la enfermedad se desarrolla por contagio directo, y que poco ó nada influyen en su transmisión las condiciones telúricas que reinan actualmente en el Departamento.

Medellín, Noviembre 26 de 1890.

TEODOMIRO VILLA.

---

157

## LOS CHARLATANES EN MEDICINA

---

Puesto que nuestros legisladores no han tenido á bien reglamentar el ejercicio de la Medicina en nuestro país y que el Gobierno carece por consiguiente de una norma legal para ejercer uno de sus más sagrados y honrosos deberes, cuales es el de velar por la conservación de la vida y propiedad de los ciudadanos, porque, digámoslo de paso, aunque parezca perogrullada, la ver-

dadera y mejor propiedad del hombre consiste en la salud y la vida; siendo esto así, será suficiente que el Gobierno esté alerta para castigar con el rigor de la ley el puñal del asesino ó el despojo violento que un hombre sufra de una parte más ó menos considerable de sus bienes; por qué no se castiga también severamente el homicidio encubierto ó enmascarado que á cada paso se ve cometer por los empíricos, que so pretexto de ejercer la ciencia más noble de la humanidad, administran diariamente medicamentos enérgicos, sin conocer su acción é indicaciones especiales y produciendo de este modo ya la muerte, ya un aborto que hubiera podido evitarse, ó al menos prolongando demasiado una enfermedad que tratada oportuna y convenientemente no hubiera pasado quizás de una simple indisposición? Pero dejemos á un lado la cuestión médica, propiamente dicha, que á tantos abusos se presta y fijémonos un momento en lo que ocurre á menudo en el campo de la cirugía, donde los hechos, por más palpables, no permiten la menor duda. Frecuentemente vemos acometer graves y difíciles operaciones de cirugía á gentes que no tienen el menor conocimiento de las regiones anatómicas donde operan y que por tanto ignoran los graves accidentes que pueden sobrevenir inmediata ó posteriormente, y que muchas veces no son otra cosa que la muerte acaecida mientras que el empírico ejecuta su acto de atrevimiento. Ahora bien, ¿cuál es el castigo que se impone á semejantes escandalosos hechos? Ninguno: por respetar la libertad de industria!

Es cierto que nuestra carta fundamental, actualmente en vigencia, encierra en su Art. 44 la siguiente doctrina:

“Toda persona podrá abrazar cualquier oficio ú ocupación honesta sin necesidad de pertenecer á gremio de maestros ó doctores.”

“Las autoridades inspeccionarán las industrias y profesiones en lo relativo á la moralidad, la seguridad y la salubridad públicas.”

“La ley podrá exigir títulos de idoneidad para el ejercicio de las profesiones médicas y de sus auxiliares.”

Nuestra Constitución actual tiene casi cuatro años y medio de vigencia, durante los cuales el Supremo Cuerpo legislativo ha tenido dos reuniones ordinarias; pero ¿dónde están sus disposiciones en desarrollo de la doctrina del Art. 44? En ninguna parte, porque ese artículo no encierra sino una facultad potestativa y *la mayor parte* de los representantes del pueblo han mirado con desdén uno de sus más sagrados deberes, cual es el de velar por las masas ignorantes. Efectivamente, ellas son incapaces de juzgar y discernir por sí mismas y desde el momento en que se presenta un cualquiera dándose el pomposo título de Doctor, se ponen voluntariamente en sus manos, corriendo por consiguiente los peligros inherentes á la torpe ignorancia cínicamente disfrazada con ropajes de sabiduría y experiencia.

¿Y quiénes son los verdaderamente responsables de las fatales consecuencias de semejante hecho? Naturalmente aquellos que los gobiernan ó representan sus derechos. Sin embargo, puesto que nada se hace sobre punto tan importante, creemos que el mismo gremio médico debe llamar sobre él la atención de las gentes, aunque esta tarea tendrá poco éxito, puesto que la mayor parte de los interesados no tienen siquiera conocimiento de sus escritos: al menos quedará la satisfacción de un deber cumplido.

Citemos, pues, algunos hechos en comprobación de nuestros asertos.

Ya el señor Dr. Proto Gómez, con su autorizada voz y en un luminoso artículo titulado "Irresponsabilidad de los charlatanes", publicado en el número 127 de la *Revista Médica* de Bogotá, correspondiente al 28 de Julio de 1888, llamó seriamente la atención del Gobierno y de la sociedad, sobre este punto, con motivo de un hecho escandaloso que él relata someramente en su escrito, y cuya parte esencial consiste en que un empírico *titulado* médico quiso extraer á una señora un tumor canceroso situado en la región del cuello, prometiendo que no había peligro ninguno. El resultado de dicha operación fue, como era de esperarse, la muerte instantá-

nea de la enferma antes de que la operación terminara. Dicha operación fue practicada con una navaja común, en altas horas de la noche y á la pálida luz de unas miserables velas, sin que siquiera se pretendiera ligar alguno de los vasos naturalmente seccionados en aquella región tan ricamente vascular. Es cierto que sobre este hecho se inició un sumario, cuyos resultados no conocemos, pero suponiendo que se haya castigado, preguntamos, ¿será mejor castigar un hecho semejante que prevenirlo? ¿Y cómo podrían prevenirse semejantes hechos? O exigiendo diploma de idoneidad para ejercer la profesión de médico y cirujano, cosa fácilmente practicable; ó bien ilustrando las masas para que procedieran con conocimiento de causa, cosa poco menos que imposible.

Al hecho relatado por el Sr. Dr. Gómez podríamos nosotros agregar muchos igualmente escandalosos, pero en obsequio de la brevedad no mencionaremos sino unos pocos. No hace muchos años sucedía el siguiente en uno de los Distritos de esta Provincia de Sud-Oeste: estaba en trabajo de parto una infeliz mujer y como dicho trabajo se prolongase, su padre no halló medio más expedito que el de practicar él mismo la operación cesárea, y al efecto la emprendió con una navaja de barba. ¿Cuáles fueron los resultados de semejante atrevimiento? La respuesta no puede ser dudosa: la muerte de la operada antes de que la bárbara operación fuese terminada.

.....

Hace más ó menos año y medio que fui llamado á una fracción de uno de los pueblos circunvecinos á prestar servicios profesionales á una pobre señora que *seis días* antes había tenido un parto prematuro de siete meses y no había arrojado la placenta. A mi llegada quise informarme de por qué no se había llamado oportunamente un médico y entonces supe que uno de nuestros empíricos, tratando de extraer la placenta, había tirado fuertemente del cordón umbilical, causando la ruptura de éste, cerca de su inserción placentaria y que por tanto había hecho perder un tiempo precioso, amén

de los graves accidentes debidos á la retención de la placenta en la matriz y de que el médico que debiera operar no encontrase ya el cordón, que es su verdadero guía. Esto sin hablar de la administración intempestiva de las preparaciones de centeno y ergotina, que habían determinado un enquistamiento de la placenta.

La situación de la enferma era, pues, excesivamente grave: fiebre 41°, pulso 150 por minuto, delirio constante, calofríos repetidos, loquios de una fetidez insupportable, meteorismo abdominal &c.; síntomas todos de un envenenamiento pútrido, por permanencia de la totalidad de la placenta en la cavidad uterina.

Quise investigar por el tacto el estado del útero y encontré su cuello completamente cerrado [enquistamiento placentario]; después de un largo y laborioso trabajo en que conseguí dilatar medianamente el cuello, pude extraer grandes pedazos de placenta en putrefacción y por medio de inyecciones una gran parte de ese putrílago gangrenoso. Mediante un tratamiento rigurosamente antiséptico y sistemático tuve el gusto de ver terminar por la curación aquel caso que tan poca esperanza me dio al principio. Cuál fue el verdadero culpable de semejante hecho, cuya terminación más probable debió de ser la muerte? El empírico que arrogándose el título de médico y partero impidió que ese mismo día un médico competente hubiera extraído la placenta sin consecuencias graves para la enferma.

Los hechos semejantes se me agrupan por decenas y á pesar de extenderme sobre esto más de lo que deseaba, no puedo dejar de referir el siguiente: presto actualmente mis servicios á una pobre señora, de diez y nueve años de edad, primípara, víctima del empirismo. Hace ocho meses que se presentó el parto en un paraje distante de aquí, fracción de uno de los pueblos vecinos; llamado un charlatán con ínfulas de médico, entretuvo el tiempo durante cinco días; la presentación del niño era buena, pero la cabeza permaneció varios días encajada; luégo, el titulado médico, careciendo de instrumentos apropiados y á pesar de que seme había llama-

do ese día y se aguardaba mi pronta llegada, resolvió operar con sus manos, desgarrando lastimosamente la piel de la cabellera del niño, así como la horquilla y todo el periné de la madre, y produciendo una amplia fistula véstico y uretro-vaginal, en tejidos ya mortificados probablemente, pero que quizás no se hubieran desgarrado obrando con algún cuidado y cuyas lastimosas consecuencias se hubieran evitado, sin duda, llamando oportunamente un médico que hubiera terminado pronto el parto.

Como era de esperarse, el niño murió poco tiempo después de su nacimiento y la madre sufre desde entonces las atroces consecuencias de su estado: la orina principió desde luego á escaparse por la fistula y á ulcerar los tejidos por donde pasa; ha sobrevenido una fuerte cistitis, acompañada de formación de cálculos vesicales (ha arrojado algunos), probablemente por parálisis de ese órgano y estancamiento de una parte de la orina en su fondo. Solamente después de ocho meses de sufrimientos esa ignorante familia, á pesar de tener comodidades pecuniarias, ha solicitado los recursos del arte de gentes competentes, pues desde entonces ha estado en manos de unos y otros empíricos. Véase, por tanto, si tenemos razón en pedir, para bien de la humanidad, que se reglamente en nuestro país el ejercicio de la profesión médica. Ojalá que voces más autorizadas que la nuestra quisieran hacer más palpable aún la necesidad de dicha reforma.

FEDERICO A. GOMEZ.

Jericó, Febrero de 1891.

---

## ESTADO PUERPERAL

PLEURO-NEUMONIA. PHILEGMATIA ALBA DOLENS.

158

La señora N., de buena constitución, temperamento sanguíneo, 22 años de edad, casada y cuya salud general se ha conservado bien, antes y después de su ma-

trimonio, se hallaba en el último mes de su primer embarazo y el día 11 de Noviembre se presentó el trabajo del parto. Fui llamado para asistirle. Comprobé desde luego una presentación céfalo-iliaca izquierda anterior, el cuello del útero se hallaba ya regularmente dilatado y el primer período del parto se verificó con regularidad; pero como el período de expulsión se retardaba bastante, á pesar de ser buenos y regulares los dolores y como la cabeza encontrase notable resistencia para atravesar la vulva, apliqué el forceps y terminé fácilmente el parto, extrayendo luego la placenta. Las consecuencias no pudieron ser más felices: pronto establecimiento de la respiración del niño, que desde luego ha seguido viviendo sin novedad alguna; rápida calma en la situación antes agitada de la madre, sin que hubiera sobrevenido hemorragia ni ningún otro accidente.

La primera parte del puerperio fue tan feliz que la señora se levantó y principió á hacer ejercicios en su casa desde el noveno día [esto sin nuestro consentimiento, pues creemos que la mujer no debe levantarse antes de los diez y ocho días que siguen á un parto regular y sin consecuencias anormales]. Quince días después del parto la señora fue súbitamente atacada de un fuerte dolor hacia el hipocondrio izquierdo y la base del tórax, dolor tan agudo que no le permitió acostarse esa noche y tuvo que permanecer sentada; cuando la vimos al día siguiente la hallámos con el dolor fuerte y la respiración anhelosa, pero no tenía fiebre; examinando detenidamente la base del pecho no pudimos comprobar nada anormal, ni por la percusión ni por la auscultación y prescribimos solamente una poción anodina para tomar por cucharadas; bajo la influencia de esa poción, cuyo principal agente fue el hidrato de cloral, el dolor disminuyó notablemente, pero no fue sino dos ó tres días después cuando el dolor desapareció del todo, de modo que la enferma siguió bien y continuó levantándose.

En esos días nos ausentámos de esta ciudad y durante nuestra ausencia se presentó de nuevo el dolor con síntomas semejantes, de tal modo que otro médico

que la vio debió recurrir á inyecciones de morfina y otros remedios para calmarla y los dolores desaparecieron igualmente al cabo de tres ó cuatro días. Habiendo regresado nosotros el día 12 de Diciembre la hallámos bien y así la dejámos el día 13, que nos dirigimos á Andes á recetar á otro enfermo. A nuestra vuelta, el día 15, supimos que en la noche anterior la enferma había tenido varios calofríos, tos con expectoración sanguínea, fuerte dolor en el lado derecho del tórax, disnea y fiebre.

Examinándola detenidamente comprobámos los signos de una pleuro-neumonía derecha en su primer período é instituimos un tratamiento adecuado. Por la noche la enferma sintió un gran dolor en la pierna izquierda y al día siguiente, 16 de Diciembre y trigésimo quinto del puerperio presentaba todos los síntomas de una fuerte phlegmatia alba dolens: edema blanco doloroso en toda la extensión de la pierna, desde la ingle hasta el pie, de modo que el volumen del miembro estaba más que duplicado.

El 17 la situación era la siguiente: fiebre 39°, pulso 130 por minuto, tos seca; no han vuelto los esputos sanguíneos; disnea notable; dolor fuerte en el costado derecho, sobre todo durante la tos ó las amplias inspiraciones; á la percusión encontramos plena macicez en el tercio póstero-inferior derecho del pecho, con ausencia de las vibraciones vocales á ese nivel; la auscultación reveló ausencia del murmurio vesicular en esta región, á la vez que algunos frotos pleurales un poco más arriba, síntomas, como se ve, de un derrame considerable en la pleura derecha.

El edema de la pierna izquierda era muy notable y había fuerte dolor cuando se imprimía algún movimiento al miembro; el edema no dejaba en ninguna parte la impresión del dedo, por excesiva tensión de la piel; palpando cuidadosamente el miembro se notaba un cordón duro en la dirección que sigue la vena safena interna en el muslo. Como tratamiento se prescribió lo siguiente: una poción tónica con alcohol, extracto de qui-

na y vino, á la cual se asoció un poco de tintura de digital; se indicó además un gran sinapismo, en la parte posterior derecha del tórax y aplicar en el muslo, sin ejercer fricción, una pomada mercurial belladonada y en todo el miembro grandes cataplasmas emolientes. Por otra parte, se ordenó levantar el miembro por medio de cojines, para facilitar la circulación venosa, y se recomendó esmeradamente el reposo, evitando en cuanto fuera posible los movimientos del miembro afectado.

El día 18 persistía poco más ó menos la misma situación y encontrándose accidentalmente en esta ciudad, de paso para Andes, nuestro estimado amigo Sr. Dr. Eduardo Zuleta, tuvo la amabilidad de acompañarnos á ver nuestra enferma. En asocio de él comprobámos los síntomas antes indicados y convinimos en seguir el mismo tratamiento, añadiendo además á la posición, un poco de yoduro de potasio. El Dr. Zuleta continuó su viaje y nosotros seguimos el tratamiento de la enferma.

El 19 por la noche, en el acto de un pequeño movimiento, la enferma sintió desprenderse algo extraño de la pierna, é inmediatamente sobrevino una amenaza de asfixia: la enferma se desmayó, y hubo una lividez notable, seguida de cianosis; el pulso se hizo filiforme, un sudor frío inundó el rostro y luégo se presentaron accesos de tos, durante los cuales la enferma expectoró sangre. Este accidente duró hora y media y desapareció lentamente, de modo que la enferma volvió á su primitivo estado.

En los días siguientes se repitió dos ó tres veces este accidente, pero con menos intensidad. Entre tanto la afección torácica ha mejorado notablemente, pues el dolor no es tan agudo, la tos ha disminuído y el derrame de la pleuía se ha reabsorbido bastante, después de haber llegado hasta dos centímetros encima del ángulo inferior del omoplato.

El día 22 la enferma se quejó de dolor y tensión en la pierna derecha y ésta principió á hincharse, de modo que en 24 horas alcanzó un volumen casi semejante al

de la pierna izquierda, cuyo edema había desaparecido ya un poco.

Teníamos pues una doble phlegmatia alba dolens, pero en favor la mejoría del pecho. La temperatura oscilaba entre 38°5 y 39°; pulso de 120 á 130 por minuto. Se continuó el mismo tratamiento.

El día 24 regresó el Dr. Zuleta y tuvo la condescendencia de acompañarnos cuatro días, durante los cuales se presentaron de nuevo algunos accidentes asfíxicos, seguidos siempre de una corta expectoración sanguínea. En esos días persistimos en las aplicaciones locales, en la poción antes indicada, cambiando la tintura de digital por infusión de hojas; dimos además algunas cápsulas de Pelletier y una poción con esparteína y prescribimos como bebida ordinaria una tisana con cuatro gramos de nitrato de potasa, como diurético.

En estos días se notó alguna mejoría en todos los síntomas de la enfermedad, pues aun el edema ha principiado á ceder, pero con suma lentitud. El día 28 siguió el Dr. Zuleta para Medellín y quedámos de nuevo encargados solos de la enferma.

El tratamiento en lo general se continuó el mismo con pequeñas variaciones sintomáticas, entre las cuales una de las principales ha consistido en mantener muy corriente el vientre, por medio de ligeros laxantes.

Es de notarse que cuando los síntomas torácicos y de phlegmatia alba dolens se presentaron, hacía ya varios días que, sin accidente alguno y paulatinamente habían desaparecido los loquios y que la secreción láctea se suspendió, para no volver, tres ó cuatro días después de haber principiado la fiebre.

Del 4 de Enero en adelante se ha notado una mejoría considerable en todos los síntomas: la fiebre ha desaparecido del todo, la tos no ha vuelto; la auscultación revela que el aire penetra bien en el pulmón derecho y que ha desaparecido del todo el derrame pleural; el edema de las piernas ha cedido notablemente, principiado su retrocesión por los muslos y extendiéndose paulatinamente á las piernas y á los pies, los que aun

están un poco hinchados; al ceder el edema se ha palpado mejor el cordón duro que existe en el trayecto de las venas safenas internas y que indudablemente es constituido por ellas.

Como tratamiento se ha prescrito últimamente el yoduro de potasio [gramo y medio diarios], ligeras fricciones excitantes en la pierna y el pie y como la mejoría es notable no se ha creído aún necesario recurrir á una ligera compresión por medio de un vendaje de franela, cosa que se hará si las últimas huellas del edema no desaparecen pronto. El estado general de la enferma es muy satisfactorio.

REFLEXIONES.—Este caso presenta algunas particularidades: desde luégo se ve que una causa general, la puerperalidad, domina toda la escena. Efectivamente, esos accesos dolorosos del principio, que por entonces no sabíamos á qué referir, reconocían indudablemente la misma causa. Pero ante todo es de notarse la época tardía de los accidentes: los más graves no estallan sino treinta y cinco días después del parto; es decir después del tiempo suficiente para que en una puerperalidad normal, como lo fue ésta hasta esa época, el útero hubiera vuelto á ocupar su situación natural y á afectar las mismas relaciones que antes de la concepción.

Teniendo en cuenta esta consideración y la no menos cierta de que la matriz no reveló afección ninguna durante estos accidentes, podemos desde luégo preguntarnos cuál fue la verdadera causa de la plegmatia alba dolens.

Sabemos que David Davis fue el primero que, haciendo una autopsia en Marzo de 1817, encontró obliteradas las venas safenas, femorales é iliacas por coágulos resistentes que él comparó á los que se forman en los sacos aneurismales y llamó la atención sobre este punto. ¿Esos cuáguulos principian á formarse en las venas ó plejos uterinos, origen de la hipogástrica, de donde se extienden á las venas de mayor calibre, como son las iliacas y de éstas á la femoral y safenas, impidiendo así la circulación de vuelta (*retour*) y determinando