

REVISTA MEDICA DE BOGOTA



SERIE XVII—N.ºS 184 á 195

REDACTORES:

1.º, Dr. CARLOS ESGUERRA

Médico y Cirujano de la Universidad de Colombia, de la Universidad de Venezuela y de la Facultad de París.
Miembro de la Academia Nacional de Medicina.
Miembro de la *Britis Medical Association*.

2.º, Dr. ALBERTO RESTREPO H.

Médico y Cirujano de la Universidad de Colombia y de la Facultad de París.
Miembro de la Academia Nacional de Medicina.
Miembro honorario agregado de la Sociedad Dental de Bogotá.
Profesor de Materia médica en el Colegio Dental de Bogotá.
Profesor de Anatomía artística en la Escuela Nacional de Bellas Artes.
Miembro correspondiente de la Sociedad Geográfica de Berna.

Administrador: Dr. ALBERTO RESTREPO H.

Bogotá (Colombia), calle 9.ª, número 215, apartado 346, teléfono 158

Dirección telegráfica: ACADEMIA.—Bogotá.

~~~~~  
1893 — 1894  
~~~~~

BOGOTA (COLOMBIA)

Tipografía de LA LUZ, calle 13, número 100

Apartado 160. Teléfono 220

Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Redactores: 1º, Dr. Carlos Esguerra.—2º, Dr. Alberto Restrepo H.

DOS TUMBAS MAS

Dos miembros ilustres de nuestro Profesorado médico han pasado á mejor vida. Era el uno el doctor JORGE VARGAS, decano del Cuerpo Médico colombiano y Presidente honorario del primer Congreso Médico Nacional; y era el otro el doctor FRANCISCO BAYÓN, el sabio modesto que dedicó toda su laboriosa vida á la difusión de los conocimientos médicos entre los jóvenes estudiosos de nuestro país, y el heredero directo, en materia de estudios botánicos, de D. Francisco Javier Matiz, quien, á su vez, lo había sido del sabio Mutis.

Nacidos ambos—VARGAS y BAYÓN—en los momentos en que los héroes de nuestra emancipación luchaban por señalarnos lugar entre las naciones libres, crecieron y se desarrollaron oyendo el estruendo de los combates sin número, en que la razón y el derecho triunfaron sobre la opresión y la conquista. Más tarde, cuando del horizonte de la patria se hubo alejado el humo de las batallas, y que el estampido de los cañones de Pichincha, Junín y Ayacucho apenas se oía en ella como un eco; abiertas que fueron de par en par las puertas de los establecimientos de educación, los jóvenes que formaban la generación á que pertenecían estos dos hombres ilustres, se precipitaron con ansia á los claustros á gozar del placer, para ellos nuevo y hasta entonces casi desconocido entre nosotros, de beber, hasta saciarse, en las fuentes de la ciencia. Por eso dos cualidades caracterizaron á los hombres de esa generación; cualidades que alcanzaron su más esplendoroso brillo en nuestros dos venerables Profesores: el amor á la patria y el amor al estudio. Conocedores de los inmensos sacrificios en lágrimas y

sangre que había costado á nuestros mayores el darnos patria, aprendieron ellos á amarla con entrañable cariño, haciendo de ese amor el móvil principal de su vida; y habiéndoles tocado ser los primeros en acercarse al árbol de la ciencia entre nosotros, lograron, á pesar de la deficiencia de los elementos con que contaban, elevarse intelectualmente á un nivel que á las generaciones venideras les habría de ser difícil alcanzar. Estos dos sentimientos dieron por resultado en esos dos nobles corazones, el que ambos, rivalizando en celo, dedicasen la mayor y mejor parte de su vida á transmitir sus vastos conocimientos á la juventud, pensando, con razón, que la libertad sería un mito para la patria querida mientras no se difundiesen con profusión las luces de la ciencia entre sus hijos. Los resultados que ambos obtuvieron, son de todos conocidos, y aquellos dos ilustres sabios han debido bajar á la tumba satisfechos de su obra.

El Congreso Médico Nacional no fue para ellos otra cosa que una congregación de sus discípulos, que ambos habrían de presidir,—á título de Presidente honorario el uno, y el otro como Presidente de una de las sesiones,—y en que habrían de tener ellos dos la profunda satisfacción de ver crecida y fructificada la semilla que durante más de diez lustros habían sembrado. Desgraciadamente la muerte nos arrebató al primero de estos venerados maestros antes de que pudiera ver colmado su anhelo de presidir las sesiones del Congreso. Al segundo sí le concedió esa satisfacción la Providencia, y le fue dado ver allí reunidos á la mayor parte de aquellos á quienes había conducido con cariño por el camino de la ciencia, y entre los cuales, al lado de cabezas canas llenas de saber, se veían figurar rostros juveniles poseídos del ardor del trabajo y del amor al estudio que sus maestros les habían inculcado. Y así como el padre que ha dedicado todos sus desvelos á educar á sus hijos en la senda del deber, se extasía al contemplarlos ya crecidos y rodeados de la estimación y del respeto de sus conciudadanos; así también debe ser intenso y puro el goce que experimenta un maestro á quien, como á BAYÓN, le sea dado presenciar los triunfos intelectuales de sus discípulos, y ver crecida y multiplicada en abundancia la semilla que afanoso sembró y que cariñoso cuidó y cultivó. . . . Termina los tra-

bajos del Congreso, y cuando apenas principiaban á dispersarse sus miembros por todos los ámbitos del país, el sabio maestro, satisfecho de su obra, descendía al sepulcro. . . .

Gloria, pues, á esos dos nobles adalides del progreso, luchadores infatigables á quienes ni la edad ni los achaques pudieron distraer de sus fatigas profesoras; y paz á sus tumbas!

LL. RR.

CONGRESO MEDICO NACIONAL

Proposición de honores al doctor **JORGE VARGAS**, Presidente honorario de esta Corporación, aprobada por unanimidad de votos en la sesión del 25 de Julio de 1893.

“ El Congreso Médico Nacional hace constar en el acta del día de hoy la profunda pena causada en todos sus miembros por el fallecimiento de su Presidente honorario el venerable decano de los médicos colombianos, doctor **JORGE VARGAS**, acaecida en esta ciudad el día 13 de Mayo del presente año, y presenta el ejemplo de su laboriosa vida á las nuevas generaciones médicas como el modelo que debe seguir todo el que se dedique al alivio de la humanidad.”

El Secretario general del Congreso,

PABLO GARCÍA MEDINA.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Proposición de honores al doctor **JORGE VARGAS**, aprobada por unanimidad de votos en la sesión del 14 de Junio de 1893.

“ La Academia Nacional de Medicina lamenta la muerte del señor doctor **D. JORGE VARGAS**, decano del Cuerpo Médico de la República, Miembro honorario de la Academia, Presidente honorario del Congreso Médico, etc. etc. etc., y lo recomienda al Cuerpo Médico como ejemplo digno de imitarse.”

El Presidente de la Academia,

NICOLÁS OSORIO.

El Secretario de la Academia,

Pablo García Medina.

Colegio Mayor de Medicina y Cirujía del Rosario
 FACULTAD DE MEDICINA
 BIBLIOTECA

EL DOCTOR JORGE VARGAS

Tócanos registrar, con profundo dolor, el fallecimiento de uno de los hombres más prominentes del profesorado médico de Colombia. El ilustre y venerable decano, que ayer no más, al recibir el nombramiento de Presidente honorario del Congreso Médico, manifestaba al Comité encargado de presentarle el diploma, que asistiría á las sesiones para dar así una prueba de su acendrado amor, nunca desmentido, al progreso científico, hoy....;yá no existe....!

La muerte vino á arrebatárnoslo en los momentos precisos en que, lleno de entusiasmo cuasi juvenil, sólo pensaba en el día en que cumpliera el vehemente deseo de ver instalado en su país el primer Congreso Médico Nacional. Esa vigorosa naturaleza, joven á la edad octogenaria, cedió al golpe de la muerte, sin haberse debilitado con el transcurso de los años su ardiente amor á la ciencia, al progreso, al engrandecimiento de su patria. Atleta de la ciencia en lucha contra la ignorancia, no dio por terminada su jornada: el último día de su vida lo encontró tan animoso y dispuesto á trabajar como en sus mejores años; no se rindió, sucumbió asido al estandarte que enarbolará en su juventud, y cuya divisa—"amor á la humanidad"—supo cumplir siempre benévolo, modesto, abnegado y consagrado á la enseñanza, al ejercicio de su profesión y á hacer el bien.

Nació el doctor VARGAS en Charalá, departamento de Santander, el 23 de Abril de 1806; fueron sus padres "gente de buen linaje, y sobre todo, educada en la escuela de la sencillez de costumbres, la piedad cristiana y la virtud austera," como dice su biógrafo, el distinguido y malogrado doctor Francisco de P. Rueda, quien trazó con amor filial los pocos fragmentos que poseemos de la vida del doctor VARGAS. (*Papel Periódico Ilustrado*, año 11, 1883, pág. 134). Hizo sus primeros estudios en el lugar de su nacimiento con el señor D. Joaquín González, respetable é ilustrado vecino de aquella villa, quien le dio lecciones de latín bastantes para que, cuando se hubo trasladado á Bogotá en 1822, pudiera desempeñar una cátedra de esta asignatura en el colegio que á la sazón dirigía el señor D. José María Triana, sin perjuicio de seguir sus es-

tudios y de emprender más tarde los de medicina, á los cuales estuvo consagrado hasta el año de 1833, en que obtuvo el grado de Licenciado y Doctor en medicina.

Como hubiese tenido la desgracia de perder á su padre, y como su familia no contase con recursos suficientes para proporcionarle una educación que correspondiera á las buenas dotes y aptitudes que desde niño manifestó, hubo de pasar por todas las angustias y sufrimientos inherentes á la vida de estudiante pobre en la capital de la República. Supo, empero, sobreponerse á todo, y no contento con subvenir á sus propias necesidades, atendió á las de su familia, al mismo tiempo que se abría brillante carrera con su profesión, y ocupaba, desde el principio, puesto muy distinguido entre sus compañeros.

Vino al mundo el doctor VARGAS á tiempo que nacía también á la vida independiente Colombia, su patria: á la heroica generación que entonces se estaba sacrificando en aras de la patria, sucedía otra sobre cuyos hombros pesaba la responsabilidad que el grande acto de la emancipación traía consigo. Obligada estaba la nueva generación á mostrarse digna del sacrificio consumado; y así lo comprendieron los que, como el doctor VARGAS, sin vacilación, sin reparar en las inmensas dificultades y obstáculos hijos del tiempo y de la situación, acometieron la grande obra de fundar la instrucción pública, base de toda sociedad civilizada. Profesores, textos, hospitales, anfiteatros para el estudio de la medicina, nada de todo esto había; preciso era crearlo, ó por lo menos sacar partido de los escasos y deficientes elementos de que se podía disponer en aquella época. Yá el señor doctor Pedro M. Ibáñez nos dejó consignada la historia del estado de la medicina (*Memorias para la Historia de la Medicina en Santafé de Bogotá*, cap. VI, pág. 58 y siguientes). El nos dice que en los primeros meses de 1823 llegaron á Bogotá los doctores Pedro Pablo Broc y Bernardo Daste, profesores franceses, y que el primero abrió un curso de anatomía práctica en el Hospital de San Juan de Dios, á fines de aquel mismo año, y que al doctor Daste se le dio la cátedra de cirugía, haciendo notar que se debe al doctor Broc la fundación del curso de anatomía práctica, base de los estudios médicos, y la cual no había sido enseñada antes de él sino teóricamente ó sobre figuras.

Fue el doctor VARGAS uno de los discípulos del doctor

Broc, cuyas enseñanzas recordaba siempre, si bien hacía notar cuánto tuvieron de imperfectas y deficientes. Figúrense ustedes, nos decía un día, cuál sería nuestra desilusión cuando, después de esperar con ansia la clase de anatomía práctica que por primera vez se iba á inaugurar, nos muestra el profesor el músculo *Sartorius*, el más largo del cuerpo humano! Los nombramientos de estos profesores extranjeros y la manera como ellos empezaron á dar sus enseñanzas, motivaron la famosa controversia que por muchos años sostuvo el señor doctor José Félix Merizalde con uno de ellos.

A pesar de tan malas condiciones y de hallarse tan incipientes y defectuosas las enseñanzas, pudo el doctor VARGAS obtener su título y coronar con lucimiento sus estudios. Poco tiempo después de graduado, el Gobierno lo comisionó para visitar y modificar la organización del Lazareto del Socorro, que contaba con abundantes recursos, y él se ocupó en discutir, redactar y publicar una *Memoria sobre el establecimiento de Lazaretos*, que fue recibida y atendida por el Gobierno (Ibáñez). Más tarde tradujo y publicó una *Memoria sobre el cólera*, escrita por una comisión de la Academia de Medicina de París, que remitió á Colombia el doctor Antonio M. Silva. Puede decirse que no hubo en todo el largo período de su brillante carrera un solo acontecimiento que marcara un progreso, un solo impulso dado al estudio de la medicina, que no encontrara al doctor VARGAS al frente, ora como iniciador, ora como protector y auxiliador de toda mejora, de toda idea de adelantamiento. Felizmente para el progreso de las ciencias médicas, encontró pronto el doctor VARGAS muy distinguidos colaboradores en su empresa, tanto entre sus maestros, como entre sus condiscípulos y sus discípulos. Entre todos merece particularmente nuestra gratitud y reconocimiento el eminente doctor Antonio Vargas Reyes, hombre de vastísima ilustración, que levantó en Colombia el nivel de las enseñanzas á una altura que antes no habían tenido.

El doctor Manuel Uribe Angel, que, como nosotros, fue discípulo del doctor JORGE VARGAS y pudo conocerlo perfectamente y apreciar en lo que valían sus relevantes prendas, dijo al saber que había muerto: "Ninguno como mi maestro peleó con mejores bríos la lucha por la ciencia, y si muchos le

igualaron en sus labores coronadas por éxito feliz, ninguno le aventajó. Prueba de lo que afirmo es, que el camino de su vida está formado por el reguero de luz científica que trazó en el horizonte de la patria, y si así no fuera, ¿qué razón había para escuchar, como escuchamos hoy, el coro de aplausos que sigue á su memoria y el lamento unísono que formula el labio de todos sus conciudadanos? Si me fuera dado trazar el epitafio de mi maestro, compañero y amigo, lo haría en los términos siguientes:

“‘JORGE VARGAS, *ilustre sabio, enaltecido por la justicia de los colombianos,*’” (*El Espectador*, año v.—Medellín, 3 de Junio de 1893).

JUAN DE D. CARRASQUILLA L.

EL DOCTOR JORGE VARGAS

El último correo de la capital de la República, ha traído á esta ciudad la triste nueva del fallecimiento de este importante colombiano, y yo, que fui su discípulo y amigo, quiero llenar el deber de tributar un recuerdo á su esclarecida memoria.

No pretendo trazar la biografía de mi ilustre maestro; quiero simplemente decirle adiós y enviarle á las regiones de lo eterno la expresión de mi agradecimiento por tantos y tantos beneficios como de él recibí.

De los discípulos del doctor JORGE VARGAS soy acaso uno de los más viejos; los otros han ido yá á la tumba. Yo los he visto desfilar uno por uno, y he seguido andando por el escabroso sendero de la vida.

La paz de Dios sea concedida á mis amigos que yá no viven y á mi maestro que me ha dejado.

Aunque poco fecunda, mi pluma está fatigada yá de escribir recuerdos necrológicos dedicados á las personas que me fueron queridas en este mundo. Bien saben los que me conocen de cerca, que al evocar recuerdos de amistad y de cariño á los que amé, mi corazón se ha oprimido de veras y mis lágrimas han corrido espontáneas y sin ficción.

Mi lamentado maestro y amigo me dio generosamente alimento para el espíritu, y quiso me elevara, cuando yo era todavía joven, á la altura honrosa que él ocupaba por sus merecimientos.

¡Que Dios le haya pagado todas sus bondades para conmigo, es el voto más fervoroso que puedo consagrarle!

Ninguno como mi maestro peleó con mejores bríos la lucha por la ciencia, y si muchos le igualaron en sus labores coronadas por éxito feliz, ninguno le aventajó. Prueba de lo que afirmo es que el camino de su vida está formado por el reguero de luz científica que trazó en el horizonte de la patria, y si así no fuera, ¿qué razón había para escuchar como escuchamos hoy el coro de aplausos que sigue á su memoria y el lamento unísono que formula el labio de todos sus conciudadanos?

Si me fuera dado trazar el epitafio de mi maestro, compañero y amigo, lo haría en los términos siguientes:

“JORGE VARGAS, *ilustre sabio, enaltecido por la justicia de los colombianos.*”

MANUEL URIBE A.

(De *El Espectador*, números 263 y 264, de 3 de Junio de 1893).

DISCURSO

PRONUNCIADO POR EL DOCTOR JUAN DAVID HERRERA ANTE EL
CADAVER DEL DOCTOR JORGE VARGAS.

Señores:

A nombre de la Academia Nacional de Medicina, vengo á cumplir con el doloroso encargo de dar la despedida á uno de sus más distinguidos miembros, al decano del Profesorado colombiano, al ilustre y venerable anciano que hasta sus últimos momentos trabajó por enaltecer la ciencia con su constante labor y por honrar á su patria legándole el ejemplo de una vida inmaculada.

No cabe en las cortas líneas de una despedida, la rica y gloriosa necrología del ilustre doctor JORGE VARGAS. Baste recordar que desde los albores de nuestra libre patria, abrió campaña por la Ciencia y fue uno de los fundadores de la medicina en Colombia y asiduo propagandista de sus diversos ramos. Muchos de nuestros ancianos maestros, recuerdan con gratitud las primeras lecciones científicas que salieron de sus labios y que fueron los cimientos sobre que se construyó el edificio de las ciencias médicas colombianas, edificio que es hoy el orgullo de la patria y de la América latina.

Durante más de cuarenta años colaboró constantemente en la enseñanza, en las corporaciones científicas, y nunca desmayó cuando se trataba de llevar el alivio al desgraciado. Bien lo recordamos cuando, anciano yá, con la marcha vacilante y casi falto de vista, se hacía conducir al lecho del enfermo á llevarle la salud ó el consuelo! ;Alma elevada, se nutría y se fortificaba con el bien que siempre dispensaba su corazón benévolo! ;Bien lo recordamos cuando yá su cuerpo imposibilitado para ejercer el bien, su espíritu sano, ávido siempre de la verdad, no cesaba de engalanarse con los adelantos modernos, para hacer instructiva y amena su yá cascada voz.

Fervoroso entusiasta de toda obra de progreso, ayer no más recibíais con lágrimas de placer el título que os confería el Cuerpo Médico de Colombia para que lo presidierais en el primer Congreso Científico nacional. ;De derecho os pertenecía el solio en el edificio que con vuestras luces ayudasteis á levantar!

Luchador infatigable en las verdaderas batallas del Progreso, vuestras armas conquistaron los únicos laureles envidiados por las almas nobles, aquellos que van regados con las lágrimas del reconocimiento.

Listo siempre al llamamiento del Dolor, nunca os faltó alivio para él, y regresasteis al hogar con vuestra fama immaculada, sin haber visto nunca más de lo que se os mostró, sin haber oído más de lo que se os dijo: vuestra conciencia fue siempre la urna sagrada, depositaria inviolable de los males, de las faltas y del remordimiento del desgraciado. ;Honor á vuestra acrisolada rectitud!

Pero qué mucho que fuerais lo que fuisteis, si vuestro espíritu y vuestro corazón se desarrollaron templados con el ejemplo de las virtudes cívicas de mejores edades; si pertenecisteis á aquella época legendaria en que el soldado era corteza de león y corazón de niño; el magistrado honraba á la patria respetando sus votos; el juez, verdadero ministro de la Justicia, se vendía, no para luear, sino para resarcir el error cometido, y el sacerdote, verdadero ministro del Crucificado, se hacía mártir por suavizar las cadenas de sus hermanos.

Es doloroso ver partir de nuestras filas hombres del carácter y de las virtudes de JORGE VARGAS, pero en cambio llevamos, al volver á la lucha por el Progreso, el consuelo de que

nuestro espíritu se ha fortalecido con la lección objetiva de la verdadera grandeza de alma.

¡Adiós, glorioso soldado de la Beneficencia! ¡Os hicisteis ver en todos los peligros empuñando las nobles armas de la Ciencia y militando siempre bajo el pabellón del Deber!

Noble sacerdote de la verdadera caridad cristiana: descansa en paz, pues merecisteis el reposo de los justos.

J. DAVID HERRERA.

Bogotá, Mayo 14: 1893.

A NUESTROS LECTORES

Habiéndonos dispensado la Academia Nacional de Medicina el inmerecido honor de nombrarnos redactores de la REVISTA MÉDICA, en reemplazo de nuestros ilustrados colegas doctores Abraham Aparicio y Carlos Michelsen U., cuyas funciones habían cesado por ministerio del Reglamento de la Academia (artículo 36), entramos á encargarnos de dicha redacción desde el presente numero.

Nuestra tarea es tanto más difícil cuanto nuestros predecesores llenaron su encargo á satisfacción completa de la Academia y del público médico del país, y cuanto, por otra parte, nuestras aptitudes son tan pocas para misión tan delicada. Felizmente contamos en cambio con la cooperación decidida de nuestros colegas de la Academia, quienes gustosos nos la han prometido, con la de todos nuestros colegas del país, quienes sin duda nos la prestarán, y estamos por nuestra parte animados de la mejor buena voluntad. Con tales elementos, esperamos poder mantener la REVISTA á la altura á que la han mantenido todos nuestros predecesores, y continuar haciendo de ella un periódico estrictamente científico; un órgano de publicidad para los trabajos de la Academia y de todos los médicos y naturalistas de nuestro país; un campo abierto sólo á las discusiones de carácter puramente científico, que con la medicina se relacionen.

Para dar cumplimiento al artículo 37 del Reglamento de la Academia, cada número de la REVISTA contendrá una *sección oficial*, en que figurarán las actas de la Academia y los demás trabajos cuya publicación ordene aquella Corporación;

actas y trabajos que serán publicados tales como nos sean comunicados por el señor Secretario de la Academia.

Cada número contendrá igualmente una sección de *revista extranjera*, según lo dispone el artículo 38 del Reglamento de la Academia. Para la redacción de esta parte de la REVISTA—que trataremos de hacer lo más interesante y útil que nos sea posible—pondremos á contribución todos los canjes con que cuenta el periódico y todas las publicaciones médicas extranjeras que lleguen á nuestras manos, procurando siempre tener á nuestros lectores al corriente de los progresos de la ciencia médica.

Como, según el artículo 40 del Reglamento de la Academia, los Redactores de la REVISTA son los únicos responsables de todo cuanto en ella se publique, y como, por otra parte, nuestro deseo y nuestro deber son de evitar en la REVISTA toda discusión de carácter personal, no aceptaremos ningún trabajo en que su autor, saliéndose del campo puramente científico, éntre á tratar cuestiones personales. Con el mismo fin examinaremos concienzudamente todo trabajo que se nos envíe para su publicación en la REVISTA, y sólo daremos publicidad á aquellos que creamos dignos de ella; rechazando los que, por su deficiencia científica ó por tocar cuestiones extrañas á la ciencia médica, no nos parezcan propios para ser publicados.

Como consideramos importante para el público médico en general y para sus autores en particular el hacer conocer de una manera sucinta las tesis que se sostengan ante nuestra Facultad, hemos resuelto consagrar una sección de la REVISTA al examen crítico de las tesis que nos sean remitidas. Excitamos, pues, á todos los nuevos graduandos á que nos envíen sus tesis inaugurales, y no dudamos que ellos acogerán gustosos nuestra idea.

Daremos cabida también en nuestras columnas á una sección de medicina práctica y de formulario, que creemos será útil para nuestros lectores. Asimismo hemos creído conveniente ponernos en relación con todos los médicos que ejercen dentro del país, y ya hemos dirigido á todos aquellos cuyos nombres y dirección han llegado á nuestro conocimiento, una circular que publicamos á continuación, en que les pedimos nos envíen mensualmente una breve relación del estado sanita-

rio del punto en que cada uno de ellos ejerce, con indicación de todos los hechos que allí ocurran relacionados con la práctica de la medicina en esa localidad. A medida que tales informes vayan llegando á nuestras manos, los iremos publicando en la REVISTA.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 41 del Reglamento de la Academia, y para asegurar la exacta distribución de la REVISTA entre los académicos y los suscriptores, hemos resuelto que uno de nosotros, el segundo redactor, se haga cargo de la Agencia del periódico. Con dicho segundo redactor se entenderán, pues, todos aquellos que necesiten tratar de asuntos referentes á la administración de la REVISTA. Su dirección es la siguiente: doctor Alberto Restrepo H., calle 9.^a, número 215, Bogotá.—Apartado número 346. La correspondencia y los canjes deben ser dirigidos así: Redacción de la REVISTA MÉDICA. Bogotá (Colombia). Apartado número 346.

LL. RR.



CIRCULAR

Señor doctor D.

Muy señor nuestro y apreciado colega:

Debiendo encargarnos de la Redacción de la REVISTA MÉDICA, por designación que en nosotros tuvo á bien hacer la Academia Nacional de Medicina, hemos resuelto dirigirnos á todos nuestros colegas del país, pidiéndoles su concurso para llevar á más satisfactorio término nuestra labor. Es nuestro ánimo aumentar cada día el interés de la REVISTA, insertando en ella todo cuanto pueda relacionarse con la práctica de la medicina en nuestra patria. Con tal fin, deseamos procurarnos un informe mensual sobre cada una de las poblaciones del país, en que se nos indique el estado sanitario de la localidad y en que se nos apunten todas las circunstancias que puedan tener alguna importancia desde el punto de vista médico, tales como formas raras de enfermedades, epidemias reinantes, causas que á éstas puedan atribuírse, natalidad y mortalidad, etc. etc.

Atendida la importancia suma de los datos que sôlicitamos, y contando con la benevolencia de usted, nos permitimos

esperar que usted se dignará remitirnos el informe mensual de que hablamos, sirviéndose enviárnoslo á principios del mes, y así dirigido: REVISTA MEDICA, Bogotá, Apartado 346.

Esperando una respuesta satisfactoria de parte suya, quedamos de usted colegas y seguros servidores,

CARLOS ESGUERRA.—ALBERTO RESTREPO II.

LAS INYECCIONES

DE LÍQUIDOS ORGÁNICOS DESDE EL PUNTO DE VISTA FISIOLÓGICO Y TERAPEÚTICO

Como asunto de actualidad, y atendida su capital importancia, reproducimos á continuación un artículo de M. L. Dufournier, que corre publicado en el número 3.º de la *Semaine Médicale*, correspondiente al 14 de Enero del corriente año; artículo que lleva por título el mismo que encabeza estas líneas, y que presenta en resumen la historia y el estado actual de la cuestión. Híelo aquí:

Las inyecciones de líquidos orgánicos desempeñan actualmente un papel importante en terapéutica. Hasta hace poco tiempo, el líquido testicular y el líquido cerebral eran casi los únicos líquidos que empleaba el nuevo método; se comenzaba á estudiar el jugo tiroidal, pero antes de la comunicación del profesor Bouchard al *Congreso para el adelanto de las ciencias*, hecha en Agosto de 1892 (1), solamente se contaban tres ensayos de inyección de este producto.

Posteriormente presentaron á la *Sociedad médica de los hospitales*, el profesor Dieulafoy y el doctor Comby, dos observaciones, la del primero referente á la inyección de líquido renal en un caso de uremia; la del segundo relativa á la inyección de líquido pancreático en un diabético. Por último, el doctor Langlois acaba de hacer, en el servicio del Profesor Bouchard, inyecciones con líquido proveniente de las cápsulas suprarrenales.

Vamos á examinar sucesivamente los efectos fisiológicos y terapéuticos de las inyecciones practicadas con tales líquidos.

(1) BOUCHARD. (*Semaine Médicale*, 1892, pág. 382).

I

El 1.º de Junio de 1889 M. Brown-Séquard exponía el punto de partida de su método y daba cuenta de su proceder experimental y de los resultados que en él mismo había obtenido, por medio de inyecciones de líquidos provenientes de testículos de animales. Partiendo del hecho de que la debilidad de los viejos es debida en parte á la disminución de las funciones testiculares, y que quizá se podría atenuarla supliendo á estas funciones por medio de inyecciones subcutáneas de extracto de testículos de animales, trató primeramente de demostrar por experimentos hechos en conejos y á viejos, la inocuidad del proceder, y hecho esto, hizo su aplicación en sí mismo. Obtenía el líquido triturando los testículos con un poco de agua y filtrando luégo el producto en un filtro de papel ó en un filtro Pasteur. Inyectado bajo la piel, este líquido produjo en el experimentador un aumento de fuerza física y de fuerza intelectual. El autor aleja la idea de toda auto-sugestión, y además, no cree que el traumatismo haya podido contribuir á la producción de los fenómenos descritos en su observación (1).

Durante todo el mes de Junio de 1889 M. Brown-Séquard mantuvo á la *Sociedad de biología* al corriente del experimento hecho en él mismo. El número total de inyecciones de líquido testicular al $\frac{1}{2}$ que se puso, desde el 15 de Mayo hasta el 4 de Junio, fue de diez; la mayor parte habían sido practicadas en las piernas, las otras en el muslo y el brazo izquierdos. Estas inyecciones eran dolorosas y producían una inflamación local que duraba ocho días por término medio. El dolor se debía, con toda verosimilitud, á una infección fácilmente explicable si se tenía en cuenta la manera rudimentaria, desde el punto de vista antiséptico, de hacer la preparación.

Para evitar el dolor, M. Brown-Séquard se proponía practicar, antes de la operación, una inyección de cocaína, y para impedir el trabajo inflamatorio subsecuente á la inyección, pensó en diluir un poco más el líquido, aumentando sí proporcionalmente el número de inyecciones. Los buenos efectos producidos por las diez inyecciones duraron un mes.

De estos hechos podía deducirse, con razón, que el líqui-

(1) BROWN-SÉQUARD. (*Semaine Médicale*, 1889, pág. 190).

do testicular es probablemente capaz de proporcionar á los viejos sanos y robustos, un vigor nuevo, caracterizado por un aumento en sus fuerzas físicas é intelectuales; propiedad que dicho líquido debe á la fuerza dinamógena que ciertamente poseen los testículos.

Algunas semanas más tarde (1) M. Brown-Séquard emitió, como corolario, la hipótesis de que en la mujer la inyección de un líquido proveniente de la trituración de ovarios, podría producir los mismos efectos que las inyecciones de un líquido proveniente de la trituración de testículos en el hombre.

A la excitación hecha á los fisiólogos de edad madura de verificar en sí mismos los resultados del nuevo método, respondieron muchos médicos experimentándolo en enfermos de toda edad. En las primeras series de hechos recogidos, los médicos parecen dar una importancia capital á la renovación del poder genésico; pero ciertamente no era por este lado, hasta cierto punto pueril de la cuestión, por donde el nuevo método había de implantarse. M. Brown-Séquard centraliza los documentos y recibe de ambos mundos gran número de hechos confirmados referentes á la mejoría de enfermos numerosos, palúdicos los unos, otros leprosos, otros atáxicos, hemipléjicos, reumáticos. Este entusiasmo de tantos médicos obliga al sabio fisiólogo á concluir, casi á su pesar, diciendo que los debilitados por enfermedad, tanto como los debilitados por senilidad, se encuentran favorablemente influídos por la inyección subcutánea de un líquido extraído del testículo perfectamente fresco de un curí, de un perro, de un conejo ó de un carnero, y que en unos y en otros se produce un aumento notable del poder de acción del sistema nervioso y sobre todo de la medula espinal (2). Desde entonces el método parece destinado á reforzar los medios terapéuticos dirigidos contra las enfermedades nerviosas en particular, y aun contra todas las afecciones crónicas.

Pero surgieron, como era natural, varias objeciones. Antes de reunir á este método con un fin terapéutico, había lugar á investigar qué parte podía tener en él la sugestión, y á pesar

(1) BROWN-SÉQUARD. (*Semaine Médicale*, 1882, pág. 208).

(2) BROWN-SÉQUARD. (*Arch. de physiol.*, 1890, págs. 201 y 443).

de la afirmación de M. Brown-Séguard, hecha sí con reservas, se imponía la necesidad de someter el método á la *contra-experimentación*. Para ello se practicaron en un enfermo inyecciones de agua ligeramente coloreada, anunciándole resultados maravillosos, y sin embargo ningún efecto se obtuvo. En el mismo enfermo, inyecciones de líquido testicular, practicadas algunos días después, sin dar á conocer al paciente el cambio de líquido, produjeron felices resultados. Por otra parte, inyecciones practicadas con éxito en individuos enajenados, vienen á constituir un argumento de cierto valor. A pesar de ello, forzoso es confesar que el estado de espíritu del médico que practica las inyecciones y la potencia de sugestión del enfermo, deben siempre tener alguna influencia sobre los resultados.

Bien pronto se opuso una segunda objeción. La inyección era muy dolorosa, y muy á menudo era seguida de la formación de un absceso, de un flemón, que hacían impracticable un tratamiento continuado. El proceder primitivo debió sufrir entonces algunas modificaciones, que permitían atenuar y aun anular los fenómenos dolorosos y que presentaban todas las garantías necesarias de antisepsia. Fürbringer (1), en Alemania, pensó hacer antiséptico el líquido inyectable por la adición de timol. Sus ensayos fueron infructuosos, debido, según D'Arsonval, á que la adición del líquido antiséptico destruye el poder dinamogenisante de la preparación (2).

D'Arsonval pensó entonces en utilizar las propiedades absorbentes de la glicerina y la potencia antiséptica del ácido carbónico comprimido, y aconsejó proceder de la siguiente manera:

Se dividen los testículos de toro en 4 ó 5 rodajas que se dejan macerando en glicerina á 30°, en la proporción de un litro de glicerina por un kilogramo de testículos; se deja macerar asépticamente durante veinticuatro horas. Se añaden luego 500 centímetros cúbicos de agua hervida que contenga 25 gramos de sal marina, de suerte que marque 15° al areómetro de Baumé próximamente. Se deja macerar nuevamente por media hora. Se filtra al través de papel y se esteriliza por medio del ácido carbónico bajo presión (3).

(1) FÜRBRINGER. (*Sem. Méd.*, 1891, pág. 263).

(2) BROWN-SÉQUARD. (*Sem. Méd.*, 1891, pág. 284).

(3) D'ARSONVAL. (*Sem. Méd.*, 1892, pág. 529, y *Arch. de physiol.*, 1893, pág. 180).

Para efectuar esta esterilización se hace uso de un aparato inventado por M. D'Arsonval, que hoy día es de uso corriente en los laboratorios, lo mismo que en el comercio, para esterilizar todo líquido extraído de los diversos órganos (1).

Este aparato comprende dos partes distintas: el receptáculo de ácido carbónico y el filtro propiamente dicho.

El receptáculo de ácido carbónico está formado por una botella terminada en su parte superior por una llave de bronce con punta de acero, la cual se abre ó se cierra por medio de una llave especial. Esta botella se encuentra colocada verticalmente en un soporte cilíndrico que reposa á su vez sobre una tabla pequeña. La botella contiene 500 gramos de ácido carbónico líquido. Esos 500 gramos de ácido carbónico representan 250 litros, es decir, una cantidad de gas suficiente para filtrar de 50 á 80 litros de líquido según sea el grado de viscosidad de éste.

(Continuará).

RENACIMIENTO DE LA SINFISIOTOMIA (2)

POR EL DOCTOR H. J. GARRIGUES A. M., M. D.

(Comunicación leída á la Academia de Medicina de Nueva York el 4 de Mayo de 1893).

“*Una Fides, Altare Commune,*” es el noble proverbio de esta Corporación. Con el curso del tiempo la ciencia médica se ha hecho tan extensa y complicada, que ha sido necesario, para aquellos que aspiran á la perfección en la ejecución de alguna de sus ramas, ó que más contribuyen al perfeccionamiento de alguno de sus medios, limitar más ó menos exclusivamente sus investigaciones originales y su práctica á un grupo de órganos ó á una clase de enfermedades. Gracias á esta sabia división en especialidades, la ciencia médica ha tomado tan enorme vuelo en la última mitad de este siglo. Empero, si es imposible á un hombre, producir trabajos, originales en todos sentidos, y si es casi imposible familiarizarse suficientemente con

(1) D'ARSONVAL. (*Arch. de physiol.*, 1891, págs. 594 á 597).

(2) Traducido para la REVISTA MÉDICA, por el doctor Juan E. Manrique.

todas las ciencias médicas, para poderlas practicar con honra para el médico y provecho para el paciente, el médico imbuído de un sentimiento verdaderamente científico, que lo distinga del mecánico, debe por lo menos procurar estar al corriente de los más importantes descubrimientos, invenciones y acontecimientos que diariamente se realizan en el amplio campo de la ciencia médica. Para ayudar á este designio, la Academia de Nueva York promueve de tiempo en tiempo reuniones generales, bajo el auspicio de alguna de sus secciones, y así hoy sucede que el Presidente nos ha reunido bajo los auspicios de la Sección de Obstetricia y Ginecología, con el objeto de tratar de un hecho de grande importancia y de incalculables consecuencias en la práctica del arte de los Partos. Tengo, pues, el honor de abrir la discusión con algunas breves observaciones sobre el renacimiento de la Sinfisiotomía.

Historia y estadística.—La historia de esta operación es única. Fue propuesta en 1768 por el estudiante francés Jean René Sigault, y rechazada por la Academia de París, pero practicada por él mismo en 1777, poco tiempo después de haber obtenido su grado. Fue entonces recibida con entusiasmo, pero pronto cayó en descrédito, y solamente sobrevivió en Italia, en donde ya estaba también casi olvidada, cuando en 1866 el Profesor Morisani la presentó de nuevo, con entusiasmo, sin lograr que lo secundaran fuera de Italia hasta el año de 1891, época en la cual uno de sus discípulos, Spinelli, convenció en favor de la operación á Pinard (de París), quien la practicó por primera vez fuera de Italia en 1892. Desde entonces la operación se ha practicado en casi todos los países civilizados (1).

La primera sinfisiotomía en los Estados Unidos fue practicada por el doctor Hirst, en Filadelfia; la primera en el Estado de Nueva York por Jewett, en Brooklyn, y la primera en la ciudad de Nueva York, por Garrigues, en Diciembre de 1892.

De 1777 á 1860 hubo cien operaciones, en las cuales murieron treinta y una mujeres y sesenta y cinco niños. Desde 1866 hasta el fin de 1892 hubo ciento setenta y tres operaciones. En nueve naciones hubo en 1892 un total de sesenta y seis ope-

(1) En Bogotá fue practicada con buen éxito por nuestro colega el doctor Carlos Clopatofsky, en el mes de Diciembre de 1892, en el Hospital de San Juan de Dios.—(N. del T.).

raciones con cinco defunciones. La mortalidad en la época moderna de la operación puede fijarse en 10 por 100, pero casi todas las muertes han sido consecutivas á malos estados anteriores. De cuarenta y cuatro operaciones últimamente referidas en Italia, sólo en dos sobrevino la muerte de la madre.

En trece operaciones practicadas por Pinard, no ha habido ninguna muerte materna. Sobre veinte operadas en Francia, todas las madres han curado y diez y ocho niños han vivido.

En los Estados Unidos en diez y siete operaciones ha habido tres muertas.

Espacio ganado.—Si se corta la sínfisis del pubis de una mujer, en decúbito dorsal y con las piernas separadas, los huesos pubianos se separan muy poco, cuando más media pulgada; pero si se aproximan las rodillas y se comprimen los trocánteres, la distancia que separa los dos pubis aumenta de $1\frac{1}{4}$ á $1\frac{1}{2}$ pulgada, y ejerciendo presión sobre los huesos ilíacos, puede obtenerse una separación de $2\frac{3}{4}$ de pulgada, sin producir ninguna lesión en las articulaciones sacro-ilíacas, las cuales no sufren sino en el caso de que la separación alcance de $3\frac{1}{2}$ á 4 pulgadas.

Como consecuencia de la separación de los huesos del pubis, se produce un cambio considerable en todos los diámetros de la pelvis, la cual se vuelve más espaciosa en todas direcciones, sobre planos que caigan en ángulos rectos sobre sus ejes.

Los diámetros antero-posteriores dejan de existir, y hacia delante se forma una cavidad que permite á la parte presentada, colocarse entre las puntas de los huesos. Si la presentación es de vértice, la eminencia parietal anterior avanza entre los huesos hasta tal punto, que produce sobre las relaciones mecánicas entre la cabeza y la pelvis, el mismo efecto que si el diámetro ante-posterior se hubiera vuelto $\frac{1}{4}$ ó $\frac{3}{8}$ de pulgada más largo. A causa de la movilidad de las articulaciones sacro-ilíacas, aumentada durante el embarazo, la distancia del centro del promontorio á las puntas de los huesos pubianos, aumenta con la separación de estos huesos. Este aumento puede llegar hasta $\frac{1}{2}$ pulgada cuando la separación de los pubis es de 2 pulgadas y $\frac{3}{4}$ de pulgada.

Los diámetros oblicuo y transversal, y cualquiera línea tirada del centro del promontorio á cualquier punto de la mitad anterior de la línea ileo-pectínea, aumentan la mitad ó la cuar-

ta parte por lo menos, de la distancia que separa las dos puntas de los huesos pubianos. Por consiguiente, con una separación de 2 pulgadas y $\frac{3}{4}$, que es la distancia segura, la que no expone á lesiones profundas en las articulaciones sacro-iliacas, los diámetros dichos ganan de $\frac{3}{4}$ á $\frac{1}{2}$ pulgada en longitud.

En cuanto al límite superior de separación, debe aceptarse el de $3\frac{1}{2}$ pulgadas, para una pelvis oblicua, pues allí comienza el dominio propio del forceps y de la versión.

En una pelvis estrecha en todos sus diámetros, que prácticamente ofrece la misma resistencia que una oblicua con un conjugado de media pulgada más corto, creo conveniente extender el límite superior hasta un conjugado de 4 pulgadas.

Además de las estrecheces pelvianas, hay otras condiciones en las cuales puede estar indicada la sinfisiotomía. Se ha practicado en casos de tumores desarrollados en la cavidad pelviana, y se ha propuesto en las presentaciones de cara mento-posteriores, cuando el mentoano puede girar hacia adelante, así como en casos de absoluta estrechez de la pelvis, si el niño está muerto, con el objeto de facilitar la craniotomía y la embriotomía.

Después de medir la pelvis, el partero debe examinar la movilidad de las articulaciones sacro-iliacas, doblando las rodillas y los muslos y dirigiendo las rodillas hacia fuera. Una anquilosis en una de esas articulaciones contraindica la operación.

Modus operandi.—Dos métodos se usan actualmente, el subcutáneo y el abierto. Morisani, de Nápoles, á quien prácticamente debemos la supervivencia de esta operación, hace una incisión longitudinal sobre la línea media, que tenga pulgada y media de largo, y que termine á media pulgada encima (*above*) de la sínfisis. Corta luego capa por capa entre los dos piramidales, hasta una profundidad suficiente para permitir la introducción del dedo indicador, el cual dirige hacia abajo hasta sentir el borde inferior de la sínfisis. Sobre este dedo desliza un bisturí fuerte y sin punta, con el cual corta el cartílago sinfisario, de atrás hacia adelante y de abajo hacia arriba. La uretra se protege con una sonda metálica que se procura atraer hacia la derecha. Después del parto se cierra la herida con suturas, se cura antisépticamente y se aplica al rededor de la

ble por afrontar bien juntos los dos huesos, y algunos han ido hasta aplicar tres puntos de sutura metálica. Basándome en mi experiencia y en las observaciones que he leído, creo que solamente se necesita suturar las partes blandas, pasando los hilos profundamente, de manera que abarquen por lo menos media pulgada á uno y otro lado de la sínfisis. Al apretar las suturas, se aproximan los huesos ejerciendo presiones sobre los trocánteres y dejando caer las piernas á uno y otro lado del operador, lo cual aproxima mucho los pubis.

Con el objeto de mantener los huesos aproximados, no conozco nada más conveniente que la aplicación de tres bandas de emplastro adhesivo de caucho, que pasen sobre los trocánteres y vengán á cruzarse sobre el abdomen encima de la herida.

La herida debe expolvorearse con yodoformo, cubrirse con gasa yodoformada y una tela impermeable. La curación debe renovarse diariamente, pues con mucha facilidad se impregna con flujo loquial.

Para colocar la enferma sobre el vaso plano es necesario levantarla por los trocánteres. Es preciso hacerla permanecer acostada, con las piernas inmóviles y las rodillas amarradas una contra otra, durante tres semanas.

Pronóstico.—Tocante á la vida de la madre, el pronóstico de la operación es absolutamente bueno si se respetan los límites arriba indicados y se observan las más rigurosas precauciones antisépticas. Es cierto que aun en las operaciones modernas, el 10 por 100, próximamente, de las enfermas han succumbido, pero su muerte no ha dependido de la operación. En algunos pocos casos se forma una fistula vesico-vaginal, pero ésta puede curar por sí sola, ó más tarde puede cerrarse con la operación. Respecto del niño, el pronóstico no es tan bueno como respecto de la madre: varios niños han muerto de fractura del cráneo, y muchos han nacido en un estado de asfixia más ó menos profunda; pero la mortalidad infantil de 10 por 100 es mucho menor que la observada en las operaciones difíciles de forceps ó de versión, sin hablar de los casos horripilantes en los que, expofeso, hay que mutilar ó matar al niño.

Relación con otras operaciones de Obstetricia.—Con el renacimiento de la sinfisiotomía, las indicaciones para casi todas las medidas que deben tomarse con el objeto de vencer un obs-

táculo que se oponga al nacimiento, han cambiado, y esta es una razón capital, para que todo partero práctico se familiarice con la técnica de esta operación, aun cuando no desee practicarla ó no esté preparado para ello.

Ante todo y sobre todo, el repugnante homicidio del niño en el vientre materno, ó, lo que da el mismo resultado, la abstención mientras viene la muerte natural del niño y la mutilación de su cuerpo en seguida, deben borrarse para siempre de la lista de los recursos obstetricales, en los lugares en donde es posible practicar la sinfisiotomía.

También debe abolirse la determinación del trabajo prematuro, que da una mortalidad materna de 5 por 100 y una mortalidad infantil de 43 por 100 (1).

La sección cesárea perfeccionada, que entre las manos de un Leopold da una mortalidad de 8 por 100 (2), y que en manos de operadores miscelánicos ha alcanzado hasta el 26 por 100 para las madres y el 8 por 100 para los niños, debe reservarse únicamente para los casos en que las medidas bien trazadas de los diámetros conjugados, sean menores de 2 pulgadas y $\frac{3}{4}$ de pulgada.

La sinfisiotomía parece también llamada á reemplazar la operación de Porro en un gran número de casos; puesto que la experiencia demuestra que puede practicarse cuando la mujer ha estado en trabajo durante muchos días, y que la mortalidad materna alcanza en la operación de Porro el número aterrador de 57 por 100!

Más aún: en muchas operaciones de forceps ó de versión deberá practicarse además la sinfisiotomía, porque cuando se ejecutan estas operaciones con un conjugado menor de $3\frac{1}{4}$ pulgadas, las acompaña una gran mortalidad, tanto para la madre como para el niño, ó bien producen, como resultado remoto, el idiotismo en el último.

La operación ha sido practicada dos veces en una misma mujer, y la segunda operación no fue más difícil ni menos feliz que la primera. Este hecho bastaría para abandonar las suturas de plata, las cuales impedirían el paso del bisturí en una operación ulterior.

(1) WYDER: *Archiv für Gynäkologie*, 1888, pág. 60.

(2) LEOPOLD HIEL. 1889, pág. 313.

Hasta ahora hemos considerado una pelvis defectuosa con un niño normal. Es evidente que una pelvis normal con un niño deformado ó excepcionalmente grande, ofrece la misma desproporción mecánica y reclama la misma intervención.

Hace apenas poco más de un año que Pinard practicó su primera operación, la cual fue pronto seguida de otras practicadas en casi todos los países civilizados. Los hechos relativos á todos los detalles se han acumulado prontamente. Pronto sabremos con mayor seguridad cuándo y cómo se debe operar, pero la experiencia adquirida, basta yá para declarar con certeza que la generalización de la sinfisiotomía es un acontecimiento de la mayor importancia y de las más imprevistas consecuencias en la historia de la práctica de los partos.



NOTAS

SOBRE ALGUNAS LESIONES ANATOMO-PATOLÓGICAS PRESENTADAS POR NUESTRA ESPECIE BOVINA

(A mi distinguido y benévolo maestro el señor doctor
D. Heliodoro Ospina L. G.)

Mereced al estudio para la elaboración de mi tesis, fui llevado á ciertos resultados que tal vez no estén desprovistos de toda importancia y que por este motivo me atrevo á publicar.

I

A fin de formarnos clara idea de la naturaleza de las lesiones de nuestro ganado, tomadas por tuberculosas por algunos, haremos una breve reseña de la tuberculosis del ganado europeo, tal como la han estudiado los autores clásicos. Nos concretaremos especialmente á la tuberculosis del intestino, del hígado y del pulmón, por haber sido estos órganos el objeto de nuestras observaciones.

El punto de partida de toda lesión tuberculosa, la espina que le da nacimiento, como dice Laveran, es la granulación tuberculosa. Esta granulación tuberculosa tiene el aspecto de nodulillos, de volumen variable que, al principio grises, trans-

parentes (granulación gris), se vuelven pronto amarillos, opacos, al mismo tiempo que aumentan notablemente de volumen (granulación amarilla). La granulación es una *neoplasia* de forma nodular, en la que los elementos están arreglados concéntricamente al rededor de una célula. Así, se le han descrito varias zonas, á saber:

1.º Una *zona central*, compuesta de una célula gigante esférica, plana ó alargada, á menudo con prolongamientos, multinucleada y de existencia casi constante;

2.º Una *zona intermedia*, compuesta de células planas epitelioides; y

3.º Una *zona externa*, compuesta de células de aspecto embrionario, más pequeñas que las de la zona anterior, con un núcleo muy grande con relación al protoplasma y agrupadas íntimamente. En el límite de esta producción y los tejidos que la contienen se observa una proliferación en la cual se pueden seguir las modificaciones que sufren las células planas del tejido conjuntivo por la influencia de la inflamación.

Dejamos á un lado la conocida cuestión del papel patogénico que desempeña el bacilo de Koch en la producción de estas lesiones.

Las producciones tuberculosas de los grandes mamíferos recorren varias fases sucesivas. En el principio están representadas por una mancha equimótica ó por un conjunto de células; mancha que viene á ser prontamente nodular, redonda. Entonces puede alcanzar el volumen de un grano de trigo; es firme, dura, difícil de dilacerar, aparece íntimamente unida á las partes vecinas, sobre las cuales forma una prominencia perfectamente visible, grisosa, transparente, ó semitransparente. Cuando muchos tubérculos se reúnen en conjunto, resultan masas de aspecto abollado. Bien pronto el tubérculo, que era grisoso y semitransparente, se vuelve opaco, blanquecino, y más tarde amarillento, cuando su centro ha sufrido la degeneración caseosa. El corte permite observar en este momento la existencia de una zona central, seca, frágil, caseosa, comprendida en una concha de tejido inflamatorio. Esta degeneración caseosa comienza por la parte central, donde presenta al principio, como lo ha demostrado Gaucher, los caracteres de la degeneración vítrea: las células grandes se vuelven pálidas, pierden sus núcleos

y se transforman en masas hialinas; las células pequeñas cesan de ser distintas y se confunden unas con otras, formando masas de aspecto de mosaico; los núcleos desaparecen; más tarde el tejido se infiltra de grasa y se disocia; la caseificación es entonces completa; la granulación acaba á menudo por eliminarse en totalidad, y después de haber provocado una inflamación de vecindad. La eliminación de la materia tuberculosa produce una caverna en un pulmón, ó una ulceración de la mucosa en un intestino. Es éste el resultado ordinario del proceso tuberculoso, y sólo en casos excepcionales, dice Hallopeau, se observa la transformación fibrosa, proceso curativo.

“Los tubérculos situados sobre las mucosas (mucosas digestiva, uterina, etc.) llegan á la ulceración después de haber sufrido la degeneración y el reblandecimiento. En los grandes mamíferos se observa á veces que las granulaciones tuberculosas sufren la infiltración calcárea, y en este caso quedan apenas del tamaño de la mitad de una cabeza de alfiler.” Esta opinión de Galtier es importante y la utilizaremos á su tiempo.

Las lesiones intestinales son importantes y deben tenerse muy en cuenta; por esto, y con el fin de dar más sólido apoyo á nuestro aserto, nos permitimos citar textualmente las palabras de Galtier:

“La mucosa intestinal presenta muy á menudo numerosas lesiones que consisten en tubérculos, en inflamaciones difusas y en un estado catarral más ó menos acentuado. Los tubérculos están situados bajo el epitelium, pero se les puede también encontrar en el espesor de la mucosa y entre las glándulas. *Cuando el intestino está enfermo, hay modificaciones profundas en los folículos cerrados y en las placas de Peyer, que sufren la inflamación tuberculosa y acaban por ulcerarse.* Los folículos cerrados, que normalmente contienen elementos linfoides, son el sitio de una inflamación violenta, su contenido aumenta y luégo se caseifica. Se hipertrofian y *acaban por abrirse para evacuar su contenido en la cavidad del intestino, dejando en su lugar otras tantas ulceraciones pequeñas*” (1).

Citamos también las palabras de Laveran, igualmente concluyentes en esta materia:

(1) GALTIER, *Maladies contagieuses des animaux domestiques*. Tomo 2.º, pág. 434.

“Las granulaciones tuberculosas se desarrollan, ya en los folículos cerrados y placas de Peyer, ya á lo largo de los vasos del intestino; *estos tubérculos se ulceran rápidamente, como todos los de las mucosas, y resultan de ahí PÉRDIDAS DE SUSTANCIA INTESTINALES* que revisten varias formas” (1).

La mayor parte de los autores dicen que es en el aparato respiratorio donde las lesiones tuberculosas son más abundantes, y Galtier nos asegura que la ley de Louis, observada en la tuberculosis humana, se cumple también en la tuberculosis bovina. El proceso tuberculoso sigue la marcha ya indicada: degeneración caseosa, reblandecimiento y eliminación de la materia tuberculosa, y de ahí las cavernas, ó bien, la transformación fibrosa y calcárea como fin excepcional.

No hablamos de la tuberculosis del hígado porque lo creemos inútil para este trabajo.

II

Pasamos ahora á describir las lesiones que presenta nuestro ganado, para tratar así de conocer su naturaleza.

Consiste la lesión intestinal en pequeños tumores redondeados, de tamaño que varía desde el de un grano de cañamón hasta el de un garbanzo y á veces hasta el de un grano de maíz. Estos tumores están colocados en las paredes del intestino, hacia el borde libre ó el borde adherente, sin preferencia por ninguno de ellos; al separarlos, se confirma su situación submucosa, su forma esférica, y se percibe claramente la cavidad que ocupaban. Disecándolos cuidadosamente, se ve que están colocados entre la serosa y la mucosa, con la cual se adhieren fuertemente, y que la túnica muscular se encuentra disociada. El corte los muestra compuestos de una envoltura fibrosa, blanquecina y adherente á los tejidos vecinos, que encierra contenido blando de aspecto variable, blanco gelatinoso en los pequeños, y negruzco ó ligeramente verdoso y más espeso en los grandes. En los más pequeños, el contenido se coagula formando fibrillas bajo la acción del amoníaco; mientras que en los grandes, dicho reactivo disuelve el contenido, revelando así su naturaleza purulenta. Hemos observado igualmente cristales de sílice en este contenido.

(1) LAVERAN Y TESSIER, *Pathologie médicale*. Tomo 1.º, pág. 265.

Los doctores Escobar y Lores aseguran haber observado siempre estas neoplasias en la última porción del intestino, es decir, en el *ileum*. En los muchos intestinos que tuvimos ocasión de examinar, nunca vimos esa predilección de los tumores por aquella porción del intestino; siempre lo encontramos diseminado en toda la extensión del órgano. Ultimamente se ha encontrado la lesión en el recto.

El doctor Escobar nos dice que esta lesión existe en nuestro ganado en la proporción de un 40 á un 50 por 100, y el doctor A. Lores dice en su notable tesis haberla encontrado en un 95 por 100 de las reses que ha examinado. Creemos que nuestro inteligente amigo doctor Lores está en la verdad. Sin embargo, la última estadística que el señor Flórez ha levantado nos da el 90 por 100 solamente.

En esta ciudad se matan 45 reses diarias por término medio, y si se toma al acaso un intestino proveniente de cualquiera de ellas, es casi seguro que en su gran longitud se encuentren á lo menos tres ó cuatro veces las mencionadas neoplasias.

Al nivel de la producción, la mucosa aparece ligeramente rosada á causa de una hiperemia local. En tantos tumores de esta clase que hemos observado, *jamás* encontramos ulceración de la mucosa, que, á lo sumo, aparece deprimida á ese nivel. Esta ausencia de ulceración había sido también observada yá por los doctores Vericel y Flórez y por el mismo doctor Escobar.

Se ha dicho que esta lesión es de naturaleza tuberculosa, olvidando ciertos caracteres de los neoplasmas tuberculosos. Rara, por cierto, sería una lesión tuberculosa del intestino que, contrariamente al dicho de autores competentes, tales como Galtier y Laveran, yá citados, no ofreciera ulceración de la mucosa. Se dirá que la tuberculosis puede evolucionar sin esfácelo de sus neoplasmas y, por tanto, sin ulceración de la mucosa; es cierto, pero tal evolución es una excepción y nó la regla, y es contraria en un todo á la que sigue el mismo proceso en el intestino, no sólo del hombre sino de los demás animales. Creemos la razón anterior de tanto mayor fuerza cuanto hasta ahora no se ha visto esa ulceración ninguna vez.

Si esta lesión fuera tuberculosa, tendríamos un hecho contrario á la ley de Louis, aplicable, como hemos dicho, á la patología bovina, pues la tuberculosis empezaría entonces por el

intestinal. Muchos son, en efecto, en nuestro ganado, los casos en que el pulmón está sano, y pocos aquellos en que el intestino lo esté. Yá veremos que la lesión del pulmón es generalmente distomatosa.

Por último, esta lesión es frecuente en los solípedos de Bogotá, y se sabe que la tuberculosis es rara en los animales de esta especie.

Creemos inútil hacer observar que el contenido de esos tumorecitos no presenta en ninguna época de su desarrollo el aspecto caseoso.

En esta materia, la presencia del *bacilo de Koch* sería importante y hasta decisiva si se quiere, pero hasta ahora no se ha encontrado de un modo cierto dicho bacilo, sea por falta de medios para esta observación delicada, sea aún por falta de investigadores prácticos que no se dejen engañar por las apariencias.

Los partidarios de la naturaleza tuberculosa de esta lesión intestinal ven en ella la más importante causa de la frecuencia de la tuberculosis en la clase pobre de Bogotá. ¿Qué! ¿la vida que lleva esa clase de la población no basta para explicar esa frecuencia? Sabido es que en la dicha clase se encuentran todas las causas que debilitan el organismo: respiración de un aire viciado é infecto, alimentación insuficiente y mala, habitación húmeda, excesos de toda clase, grandes fatigas, enfermedades caquetizantes como la sífilis, el alcoholismo, etc. Basta entrar una vez á esas chozas inmundas para convencerse de que el bacilo de Koch no pudo hallar mejor terreno de cultivo que el ofrecido por sus miserables habitantes.

Pero si esta lesión no es siempre tuberculosa, ¿de qué naturaleza es? Es esta una cuestión que necesita estudio y que por ahora no cuenta sino con explicaciones probables. Para el profesor Vericel, estas producciones son enquistamientos de una variedad de *estrongillus* ó *aspergilia*. En nuestro sentir, serían á veces quistes glandulares producidos por la obstrucción del conducto excretor, determinada por granos de arena, y esto es tanto más probable, cuanto hemos visto cristales de sílice en el contenido de tales producciones. ¿Qué de extraño tiene, en efecto, que la arena tomada con los pastos ó el agua, obstruya los conductos excretores de las glándulas simples, al ser

comprimidos sobre el contenido del intestino por virtud de los movimientos peristálticos de este órgano? Esta explicación nos parece confirmada por el aspecto ya indicado del contenido: gelatinoso y coagulable en fibrillas por el amoníaco, es decir, de naturaleza mucosa en los tumores pequeños y purulenta en los grandes. En los pequeños, ó sea en los que empiezan á desarrollarse, el moco glandular aparece sin modificación alguna, mientras que en los más antiguos es ya purulento, debido quizá á algún proceso inflamatorio.

III

Sobre la naturaleza de la lesión del hígado debe cerrarse todo debate, pues basta cortar esa glándula para encontrar multitud de distomas completamente desarrollados, por ser este órgano el más propio para la vida de estos seres, sea por su elevada temperatura, debida á sus múltiples funciones en la economía, sea porque el pigmento biliar les es necesario para vivir.

Las lesiones del pulmón presentadas por nuestro ganado son también de fácil interpretación. El doctor R. Escobar confiesa no haber encontrado ninguna de naturaleza bacilar. Nosotros tampoco hemos encontrado de esa clase, pero sí unas que podrían ser tomadas por tales. En el año de 1892, sobre 16,907 reses examinadas, sólo existió esta lesión en la proporción de un 2,7 por 100. Un hecho importante, observado ya por el doctor Flórez y confirmado por nosotros, es que el pulmón *jamás* está atacado sin estarlo *mucho* el hígado. En el mismo año, se encontró el hígado distomatoso en un 32.9 por 100 de los casos examinados (1).

De esta sola relación de coexistencia entre la lesión del pulmón y la del hígado, debiera deducirse la identidad de naturaleza entre las dos lesiones y reconocer á ambas un origen distomatoso. Por otra parte, y como lo habían hecho ya los doctores Vericel y Flórez, hemos visto confirmada esta explicación por la presencia de distomas en el centro de las cavernas pulmonares.

(1) Estos datos los hemos tomado de un importante trabajo estadístico del doctor Flórez. Ojalá el simpático y benévolo amigo se decida á publicarlo.

La duba ó su germen abandonan el hígado, sea por falta de alojamiento (yá hemos dicho que en estos casos el hígado está lleno de estas producciones), sea por otra causa, y penetran en el torrente circulatorio, llegando por las venas supra-hepáticas y por la vena cava al corazón, de donde pasan al pulmón, en cuyos capilares se detienen. Llegado allí, el parásito sufre detención en su desarrollo, y muere por no ser ése un órgano apropiado para su vida, sea por el cambio de gases que en ese órgano se efectúa, sea por el frío producido por la evaporación, sea por falta de alimento (pigmento biliar). Entonces el cadáver del parásito desempeña el papel de cuerpo extraño, y del mismo modo que las inyecciones de licopodio ú otras sustancias pulverulentas, produce un proceso de irritación, una verdadera pseudo-tuberculosis.

El corte de la lesión pulmonar hace ver que aquella está formada por una cavidad de paredes fibrosas con un contenido blando, de color moreno y en el cual se hallan una ó dos dubas. En ocasiones se necesita mucha atención y hasta paciencia para encontrar estas últimas, pero á veces es lo primero que se ve al examinar el corte.

IV

Lejos estamos de asegurar de un modo absoluto la ausencia de la tuberculosis bovina entre nosotros. Es indudable que ella existe; pero también lo es que la alarmante proporción de 80 por 100 que se le ha dado, no es la expresión de la verdad; habiéndose debido el error á que se tomó por tuberculosa una lesión que no lo era. Opinamos con el doctor Vericel que es entre el ganado de Europa que aquí nos llega, donde se encuentran algunos individuos realmente tuberculosos, y quién sabe si nosotros recibamos aquí lo que allá rechaza la siempre activa policía. Las dos autopsias en que se han encontrado lesiones tuberculosas pertenecen, por lo demás, á reses de procedencia europea.

Cuando pensamos en nuestro ganado de las sabanas de Bogotá y del departamento de Bolívar, no nos explicamos la necesidad que tengamos de importar ganado europeo. La atenuación que producen el cruzamiento de razas y el cambio favorable de vida, quizá son la causa de que la tuberculosis bovina no sea

tan frecuente en aquel ganado, en el cual nos parece existir la enfermedad en la proporción de 1 á 2 por 1,000.

Apoya la cifra anterior el estudio comparativo de la vida de nuestro ganado con la del ganado europeo. En efecto, éste, acumulado en las llamadas *casas de vacas* y en establos estrechos y desaseados, utilizado en el trabajo de laboreo de la tierra y otros en que la fuerza animal es necesaria, es más accesible á la tuberculosis. El nuestro, en cambio, con una vida al aire libre y puro, buena alimentación y nunca empleadas las vacas lecheras en los trabajos del campo, es menos atacado por la terrible enfermedad.

V

De lo expuesto, nos permitimos sacar las siguientes conclusiones:

1.^a Que del estudio comparativo de la tuberculosis bovina observada en Europa y de las lesiones que presenta nuestro ganado en el intestino, se puede concluir que estas últimas no son de naturaleza tuberculosa;

2.^a Que es casi probable que esa lesión intestinal sea una producción parasitaria ó un quiste glandular mecánico ocasionado por la obstrucción del conducto excretor por granos de arena;

3.^a Que las lesiones del hígado y del pulmón son verdaderas pseudo-tuberculosis de origen distomatoso;

4.^a Que el género de vida de nuestra clase pobre basta para explicar la frecuencia de la tuberculosis en ella;

5.^a Que es probable que el ganado realmente tuberculoso se encuentre en el que nos viene de Europa; y

6.^a Que el género de vida de nuestro ganado lo hace menos accesible á la tuberculosis que lo es el europeo.

MIGUEL ARANGO M.

