Año XXIII Febero de 1902 N.º 262

# REVISTA MEDICA DE BOGOTA

Organo de la Academia Nacional de Medicina

REDACTORES

1.º, Dr. José María Lombana Barreneche—2.º, Dr. Carlos Michelsen U.

## TRABAJOS ORIGINALES

### PESTE BUBONICA

En las diferentes veces que la peste de Oriente ha invadido la Europa, no ha extendido su propagación de este lado del Océano Atlántico, probablemente por las medidas adoptadas en esos países para impedir su difusión, y también por la poca importancia del tráfico directo entre América y Asia; pero en la última epidemia, las circunstancias han variado, porque si es cierto que las medidas defensivas adoptadas en Europa han sido tan eficaces que han librado casi todos sus puertos de la epidemia asiática, exceptuando á Glasgow, Oporto, Marsella y Constantinopla, y han conseguido circunscribirla á ellos, también es verdad que la importación de productos asiáticos á las Repúblicas americanas se hace hoy en mayor escala directamente, ó con transbordes que conservan á los cargamentos las condiciones que tenían en los puertos de origen; por esta razón nos encontramos en peligro más inminente que en otras épocas, y si hasta ahora no hemos sido visitados por la peste, como las Repúblicas del Plata y del Brasil, se debe á que nuestras relaciones comerciales están muy limitadas con el Exterior, por la situación que atraviesa el país; pero como al variar ésta tendremos que proveernos, por lo menos durante un

año de cereales importados, y principalmente de arroz, es muy probable que los sacos que contienen este grano nos traigan el contagio, como ha sucedido en las Repúblicas del Plata, donde se les ha considerado como los principales vectores del miasma pestoso. La importación de arroz de la India ha aumentado notablemente; lo recibimos en la mayor parte por intermedio de los Estados Unidos de Norteamérica, circunstancia favorable, porque naturalmente debe infectarse esa nación primero, y por lo tanto, las medidas profilácticas que en ella se adopten, redundarán en provecho nuéstro; pero esta seguridad no es completa, porque la epidemia puede existir desconocida dos, tres ó cuatro meses, como sucedió en Oporto y en el Plata, y por lo mismo, considerarse el puerto como bueno para el comercio, siendo así que es un foco pestífero; ó bien el miasma al estado latente en los sacos de granos no produce infección en los puertos de escala, y va á contaminar otros (1). Con todo la posibilidad para nosotros, de importar la peste por nuestros puertos del Atlántico ó del Pacífico, recibiendo el arroz por intermedio de Norteamérica, me parece poco probable, porque en esa nación tendremos siempre una vanguardia inteligente y eficaz; y en cuanto á una importación marítima originaria de los países Suramericanos, es también muy remota, porque con ellos nuestras relaciones comerciales son nulas en absoluto; ningún barco que visite sus costas llega á las nuéstras. Pero si la importación marítima es por ahora improbable, no creo lo mismo respecto á la terrestre, porque invadido el Brasil, y dada la naturaleza persistente de la epidemia de tal manera, que aun después de haber desaparecido y de haberse hecho la declaratoria oficial de ese suceso, como en Río Janeiro, ha habido nuevas manifestaciones epidémicas, es lo probable que la en-

(1) Habiendo llegado en Octubre de 1901 al puerto de Marsella el vapor Senegal, procedente de lugares contaminados (por la peste), sin que hubiera habido á bordo ningún caso, se adoptaron por M. Cattelan, médico sanitario en ese puerto, todas las mediadas prescritas para esos casos, las que resultaron ineficaces, porque después de haber abandonado la bahía de Marsella, se desarrolló la peste á bordo, sucumbiendo el Jefe de equipajes.

fermedad siga difundiéndose lentamente, y arraigándose con tenacidad en los lugares invadidos, como ha sucedido hasta ahora, no siendo el carácter principal de esta emigración de la peste atacar gran número de personas al mismo tiempo, pero sí permanecer en los lugares invadidos. El Brasil, por su posición geográfica, sus inmensas llanuras, sus grandes ríos, y su masa de población negra, se encuentra en condiciones muy desfavorables para deshacerse de la peste, que, por el contrario, es posible que lo siga invadiendo; primero en sus costas marítimas, y después hacia el interior, siguiendo el curso de sus grandes ríos; por esta vía es que juzgo posible la invasión de nuestro territorio; los indios de toda la riquísima hoya del Amazonas bajan al Pará á llevar el caucho que extraen en los bosques seculares de esas inmensas soledades, y una vez que algunos de ellos tomen la enfermedad y la transporten á sus tribus, de allí seguirá extendiéndose, lenta pero progresivamente por el Amazonas arriba y por sus tributarios el río Negro y el Caquetá, que la pueden propagar hasta el Cauca y los llanos de San Martín; el viaje del microbio de Yersin puede ser lento por lo poco densa de la población, pero las condiciones higiénicas de vida de esos salvajes, que se asemejan mucho á los animales, le serán muy favorables para su aclimatación, el aumento de su virulencia y su difusión.

La invasión de la América por la peste bubónica es asunto muy importante de la epidemiología de estos países, y por esto hacemos en seguida la relación de cómo se ha verificado en los que hasta ahora la han tenido, tomando los datos necesarios de dos conferencias dictadas por el Dr. José Penna, profesor de clínica epidemiológica en la ciudad de Buenos Aires, publicadas en los números 40 y 41 de la *Semana Médica* de esa ciudad, correspondientes al mes de Octubre.

La peste vino á América á bordo del vapor *Centauro*, que, procedente de Oporto (Portugal), llegó á la Asunción (Paraguay); los primeros casos se observaron en cuatro tripulantes, que desembarcaron en este puerto el 28 de Abril; parece que según el dato anterior sería fácil determinar con precisión el origen de la epidemia; pero á este

respecto no se ha llegado á un acuerdo; Calmette y Salimbeni creen que el germen llegó de Oporto, donde á la sazón principiaba una epidemia de peste en los ratones de los barrios de Fuente Taurina y de la Aduana, y creen que probablemente fue llevada por ratas enfermas procedentes de Alejandría, del Golfo Pérsico ó de la isla Mauricio, ó por los cereales ú otras mercaderías originarias de estos países ó de la India. El Dr. Stewart admite que el vapor *Centauro* importó la peste al Paraguay, pero no le da el mismo origen que los médicos franceses. Los Dres. Agote y Medina creen que un cargamento de arroz y otras mercaderías, transbordado en Montevideo, de la barca *Zeier*, procedente de Rotterdan al vapor *Centauro*, llevó también el germen de la peste, que se presentó á bordo y que se propagó después en la Asunción.

El Dr. Machon cree que un enfermo que él recetó en el mes de Junio, en el Rosario (República Argentina), y al cual diagnóstico una apendicitis, fue el primer enfermo atacado de peste oriental en esa ciudad, donde la epidemia se propagó de tal manera, que el Presidente de la República dio un Decreto por el cual establecía una secuestración completa de la ciudad, medida muy censurada con mucha razón, y que además fue tardía. Del Rosario pasó la epidemia á Buenos Aires, donde fueron declarados oficialmente los primeros casos, por la asistencia pública á mediados de Enero de 1900; con las medidas profilácticas que se pusieron en ejecución, quedó la epidemia muy circunscrita durante todo el mes de Febrero y aun pareció extinguirse en algunos de sus focos; pero en el mes de Marzo se generalizó tanto, que no pasaba un día sin que se observasen nuevos casos; en Abril y Mayo los enfermos disminuyeron en más de la mitad; en Junio apenas se presentaron dos casos; en Julio uno, y otro en Septiembre; en 1901 todavía se ha hallado tal cual pestoso. Tucumán fue otro foco de peste; el primer caso fue diagnosticado el 8 de Diciembre de 1900 por el Dr. Amador L. Lucero; pero las medidas adoptadas fueron tan eficaces para combatir el flagelo, que pronto se extinguió la epidemia; en la Provincia de Córdoba se presentaron algunos casos en los meses de Enero y Febrero de 1901.

El puerto de Santos fue el primero invadido en el Brasil, según parece; el vapor *Rey de Portugal* llevó el germen de Oporto; pero algunos opinan que, como la peste duró por varios meses sin ser denunciada oficialmente, pudo ser ese ó cualquiera otro barco el culpable. La epidemia duró los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre de 1899 y Enero de 1900, en estos mismos meses se presentaron algunos casos en San Paulo y en río Grande. Río Janeiro fue invadido en los primeros días del mes de Enero de 1900, y duró la epidemia, con alternativas, hasta el mes de Marzo de 1901, en que por Decreto del Ministerio de lo Interior, se la declaró terminada y puerto limpio el de Río Janeiro; durante este tiempo se enfermaron 589 personas, de las cuales curaron 281 y murieron 308. En el mes de Septiembre de 1901, la peste volvió á desarrollarse en la capital del Brasil, con bastante intensidad, extendiéndose á la ciudad de Campos; esta reaparición no se ha atribuído á una nueva importación, sino á que revivieron los gérmenes que habían quedado de la epidemia anterior.

Se ve, pues, que esta epidemia, que dura ya veinte meses, tiene mucha tendencia á hacerse endémica, como lo indican los recrecimientos que ha presentado, después de que parecía terminada por completo.

Dos fueron las causas que impidieron atacar la epidemia desde los primeros momentos en la República Argentina: la una, la dificultad de hacer el diagnóstico, cuando no se presumía su existencia; los primeros casos se clasificaron en los países invadidos con los nombres de fiebre amarilla, fiebre tifoidea, paludismo, pulmonía y aun apendicitis, y fue más tarde cuando ya se impuso la verdadera naturaleza de la enfermedad, que se rectificaron esos conceptos; error muy explicable, que sólo se corrige después de discusiones clínicas, á veces acaloradas, y que ni aun el examen bacteriológico aclara con facilidad, como sucedió con el estudio de los órganos de un individuo muerto de una enfermedad que se sospechaba ser la peste bubónica, hecho por el Dr. Badia; él no encontró el bacilo pestoso en las investigaciones que hizo del hígado, del bazo y de los ganglios, y sólo encontró en los cultivos de la sangre pequeños bacilos de extremos

redondos; las inoculaciones en chanchos y ratas le dieron resultados negativos á la autopsia; por lo cual declaró que el enfermo no era un caso de peste; conclusión errónea, porque bien podía suceder que no existiese el bacilo en las porciones de los órganos examinados, y sí en otras partes de ellos ó del cuerpo. Es lo cierto que se expone á equivocaciones muy graves el médico ó la autoridad que con prescindencia de los datos clínicos, todo lo espera para establecer un diagnóstico ó dictar una resolución de los exámenes bacteriológicos; las reservas que se deben tener á este respecto las expone con mucha precisión el Dr. Penna en los siguientes términos:

"Pero antes de pasar adelante, debo llamarles la atención sobre la manera de plantear estas graves cuestiones y sobre todo, sobre la tendencia de pretender resolverlas sólo por la bacteriología—lo que ha inducido en muchísimas ocasiones á serios errores, é inducirá siempre á todo aquél que pretenda hallar en la individualización de un bacterio cualquiera el único criterio para juzgar de la naturaleza de una enfermedad, prescindiendo de ésta, de su evolución, de sus caracteres epidemiológicos, de sus lesiones anatómicas, en fin, de todo ese conjunto de observación apreciable á la clínica, que en todas las épocas ha bastado para aseverar la existencia de las enfermedades, mucho antes que la bacteriología viniera en auxilio de la medicina, para ilustrarla, para explicar los misterios del contagio, para prevenirlo, para curarlas, pero nunca para dirigir el diagnóstico médico ni para primar sobre él, sino sólo para confirmarlo con un elemento nuevo que lo completa, pero que, ausente, no autoriza á negarlo.

"Por ceñirse á este criterio estrecho del preparado, del cultivo y aun de la *experimentación*, con prescindencia de la clínica, generalmente considerada en segundo término, es que yo he visto desconocer la existencia de una epidemia de cólera que se iniciaba entre nosotros, he visto negar la existencia de otras enfermedades infecciosas, reconocidas por la clínica y por las investigaciones más prolijas y completas del laboratorio, es que igualmente he asistido á errores del mismo género en la difteria, el carbunclo y la neumonía

"Pero, señores, con este criterio de bacteriologista exclusivo se puede y he visto llegar á extremos curiosos, contraproducentes á veces. ¿No he visto acaso afirmar una difteria en un niño tuberculoso, una neumonía en un caso de bronquitis? Como si esos gérmenes que preexisten en la boca de los niños no pudieran reproducirse en el medio artificial, pero sin haber determinado ni la difteria, ni la neumonía. No está probado que otros bacterios accidentales como del cólera y fiebre tifoidea pueden mostrarse en los intestinos de sujetos que no han tenido ni cólera ni fiebre tifoidea?

"La importancia, pues, del aislamiento y determinación de un bacterio patógeno, para tener valor, debe ser correlativo á la manifestación mórbida en el sujeto que lo multiplica y desarrolla—separado de ella no tiene más significado que la comprobación de su existencia y nunca el de la enfermedad que es capaz de originar."

La otra causa que impidió que se combatiera la epidemia desde el momento en que se sospechó su existencia, fue la oposición oficial á hacer público lo que ya lo era; creyó el elemento oficial que con ocultar ó tergiversar los hechos impedía el alarma en el país y los perjuicios comerciales que se desprenderían de la declaratoria de la existencia de la peste, con este procedimiento no consiguió lo que se propuso, pero sí se retardó la adopción de los medios adecuados para impedir la propagación de la epidemia.

Lo que sucedió en la Argentina se repitió entre nosotros en el caso siguiente:

En Enero del año de 1900 fui llamado á recetar una persona distinguida y muy apreciada en nuestra culta sociedad á Anapoima, residencia entonces del Presidente de la República; naturalmente iban muchas personas de la capital á ese lugar: Ministros del Despacho, Agentes diplomáticos, empleados subalternos, contratistas, aspirantes, etc. Allí se bailaba, se paseaba, se divertía y se intrigaba; los pobladores habituales disfrutaban alegremente de los beneficios pecuniarios que la numerosa concurrencia de forasteros les daba; y éstos se pasaban contentos los días que residían lejos de sus quehaceres ordinarios, sin que nada los intran-

quilizara desde el punto de vista sanitario, porque en Anapoima no había existido otra enfermedad infeccíosa que la rubeola, á la cual se le ha perdido el miedo, porque ninguno de los atacados por ella ha fallecido. Pues bien: en medio de este bienestar llego á la casa de mi cliente, á quien encuentro con una fiebre amarilla clásica, en segundo período, tan avanzado, que seis horas después de mi llegada murió. Apenas lo examiné, dije á cuantos quisieron preguntármelo que el caso en cuestión era de fiebre amarilla; que por los datos que tenía dos caballeros muertos antes, habían sucumbido á la misma infección, y que otros enfermos la tenían; la noticia se difundió rápidamente en la pequeña villa, y el despueble por emigración primero y por muertes más tarde no se hizo esperar; sin embargo de que era perfectamente clara la naturaleza de la epidemia, se trató de disfrazarla con grave perjuicio para los residentes y transeuntes bautizándola con el nombre de paludismo, como se dijo en los periódicos políticos: pero como la verdad siempre se impone, algún tiempo después el Presidente se vio obligado á cambiar su residencia por otra menos mortífera para las personas que por su posición oficial tenían que ir á donde él viviera.

Para terminar transcribimos las medidas profilácticas que puestas en práctica en San Nicolás (República Argentina) extinguieron la epidemia.

"1.º Aislamiento de los embarcaderos y sus depósitos, á fin de someterlos á prolija desinfección, permitiendo sólo á las personas vacunadas que trabajaran en ellos, las cuales eran desinfectadas diariamente antes de abandonar los locales;

"2.º Instalación de un lazareto para enfermos, y otro de observación para las personas sospechosas que habían estado en contacto con ellos;

"3.º Desinfección de las casas en que se habían producido enfermos, etc.;

"4.º Inoculación en grande escala de vacuna antipestosa, fabricada en La Plata, según el método de Lustig y Galeotti, y de vacuna de Haffkine.

"Según el informe oficial ninguno de los vacunados que se expusieron al contagio adquirió la peste."

No sé si llegará el caso de que tengamos que adoptar

medidas análogas á las anteriores; pero si la necesidad las impusiere, ojalá que sean prontas, porque si nos dejamos invadir por la peste, es muy posible que ella se nos haga huésped habitual, como la fiebre amarilla, la viruela, la fiebre tifoidea, etc., de las cuales parece probable que sólo nos libraremos en un porvenir muy remoto.

J. M. LOMBANA BARRENECHE.

---

# CUADROS SINOPTICOS

para facilitar el estudio de la patología general y del diagnóstico de algunas enfermedades, que el profesor Nicolás Osorio ha dictado en el curso de patología general del año de 1901

## DELIRIO

*No vesánico.* (Sintomático)
- Viruela,
- Fiebre tifoidea,
- Envenenamientos, etc. etc.

*Vesánico.*
- General
  - Manía.. — Exaltaciones de las facultades intelectuales.
  - Melancolía.. — Depresión de las facultades intelectuales.
  - Confusión de ideas.... —
    - Por alteración de la nutrición.
    - Excesos, lactancia.
    - Convalecencia.
- Parcial
  - Desarreglos en la percepción.
    - Ilusiones. — De la inteligencia internas.
    - Alucinaciones... —
      - Psíquicas-sensoriales.
      - Psíquicas.
  - Desarreglos de la inteligencia. — Concepciones delirantes. —
    - Grandeza,
    - Humildad,
    - etc. etc.
  - Ideas delirantes conscientes (obsecaciones). —
    - Locuras impulsivas
    - y
    - Locuras razonantes

## AFASIA

| | |
|---|---|
| *Por falta de percepción auditiva.* (Sordera verbal)... | Lesiones de la parte media de la 1.ª y 2.ª circunvoluciones temporales izquierdas. |
| *Por falta de percepción verbal.* (Ceguera verbal). Alexia..... | Lesión del pliegue curvo. |
| *Por falta de transmisión verbal.* (Afasia propiamente dicha)..... | Lesiones de la 3.ª circunvolución frontal izquierda, de los hacesillos que la relacionan con el cuerpo opto-estriado. Lesiones de la ínsula probablemente. |
| *Por falta de los movimientos de la escritura.* (Agrafia). | Lesión del pie de la segunda circunvolución frontal izquierda. |

## PARALISIS

se producen por falta de excitación de las circunvoluciones motrices, de la medula espinal ó de los ganglios del gran simpático.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Se dividen según sus causas en..... | Mecánicas, | ejemplo | Traumáticas, |
| | Infecciosas, | ,, | Diftéricas, |
| | Tóxicas, | ,, | Saturninas, |
| | Neuróticas, | ,, | Histéricas. |

Según el sitio de la alteración que las produce en.....

- Corticales,
- Del centro oval,
- De los hacesillos motores,
- Del pedúnculo cerebral,
- De la protuberancia anular,
- Del bulbo,
- De la medula,
- De los nervios periféricos.

**PARALISIS POR LESIONES CORTICALES**

- **LESIONES CORTICALES**
  - *Formas*
    - Hemiplégica
      - **Hemiplegia ordinaria.** Lesión de las circunvoluciones frontales y parietales ascendentes, lóbulo paracentral y partes contiguas en alguna extensión.
    - Parciales...
      - *Monoplegia braquio facial.* — Lesión de la mitad inferior de las circunvoluciones ascendentes.
      - *Monoplegia braquio crural.*—Lesiones de la mitad superior de las circunvoluciones ascendentes.
      - *Monoplegias facial y lingual.*—Lesiones muy limitadas de la extremidad inferior de las circunvoluciones motrices, particularmente de la frontal ascendente.
      - *Monoplegia braquial.* — Lesiones muy limitadas de la parte media de la zona motriz, particularmente de la frontal ascendente.
      - *Monoplegia crural.*—Lesiones muy limitadas del lóbulo paracentral.

## TERAPEUTICA

*Tratamiento médico de las vegetaciones adenoides.*—M. Lapeyre aconseja tratar las vegetaciones adenoides con la tintura de yodo al interior, que administra á la dosis inicial de seis gotas tres veces por día, según la edad. A pesar de estas dosis elevadas jamás se observan accidentes, obteniéndose resultados terapéuticos tan buenos que permiten prescindir de la operación en la mayoría de los casos.

*Tratamiento médico de la hernia estrangulada.*—Se prescinde de toda clase de tentativas de taxia, y se aplica inmediatamente sobre el saco herniario una bolsa con hielo; al mismo tiempo se hace tomar láudano al interior ó se aplica

una inyección de morfina; con este tratamiento siempre se ha obtenido muy buenos resultados; calmando el opio los movimientos peristálticos evita las tracciones que sobre el asa estrangulada pudieran ejercerse y suprime, por consiguiente, una de las causas más eficaces de estrangulación; al propio tiempo el saco de hielo, obra descongestionando el asa herniada, disminuyendo el volumen de los gases contenidos y ejerciendo una presión continua uniforme que termina por hacer volver las vísceras á su posición normal. Cuando no se pueda conseguir hielo podría reemplazarse, como lo aconseja el Sr. Fiessenger, con una hoja de algodón empapada en éter, renovando la aplicación; pero en este caso falta la compresión mecánica que él ree mplaza con maniobras de taxis.

J. M. L. B.

*Tratamiento de la eclampsia puerperal por medio de inyecciones subcutáneas de agua salada adicionada de acetato de sosa.*—Fundándose en la consideración de que la eclampsia puerperal va siempre ligada á una intoxicación del organismo, y que, por lo tanto, la terapéutica racional de esta afección debe principalmente encaminarse á asegurar la eliminación de las toxinas, el Dr. R. Jardine, médico en jefe del Hospital de la Maternidad, de Glasgow, ha procurado aumentar el poder diurético de las inyecciones subcutáneas de soluciones de cloruro de sodio, tales como de ordinario se las emplea contra la eclampsia, mediante la adición de acetato de sosa. Nuestro comprofesor inyecta en el tejido celular subcutáneo de la región submamaria ó de la pared abdominal con todas las precauciones antisépticas que en casos semejantes se usan, de 500 á 1,500 c. c. de agua esterilizada calentada hasta 40°, y agrega al líquido así dispuesto 8 gramos de sal común por cada litro y otro tanto de acetato de sosa. La absorción del líquido inyectado se efectúa rápidamente, pudiendo en caso necesario repetirse la operación varias veces.

De 200 inyecciones que Mr. Jardine ha tenido hasta ahora ocasión de practicar, ninguna ha sido acompañada de complicaciones sépticas, y desde que esta forma de tratamiento fue adoptada en la Maternidad de Glasgow, la mortalidad por eclampsia, que antes era de 47 %, ha descendido hasta 27 %.—(*La Sem. méd*).

# ESTADISTICA de las operaciones de Cirugia practicadas en el Campito, de Octubre de 1900 á Marzo de 1902

| NOMBRE DE LA ENFERMA | OPERACIÓN PRACTICADA | FECHA DE LA OPERACIÓN | OPERADOR | AYUDANTES | RESULTADO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1900 | | | |
| 1.ª Mercedes Hernández (1) | H. (*) abdominal parcial. Fibroma uterino subperitoneal..... | Diciembre 5..... | G. Gómez..... | P. Martínez, E. Montaña. | Curación. |
| 2.ª Cristina Jiménez (2).... | Nefropexia. Riñón flotante ..... | Diciembre 6..... | J. Z. Torres ..... | G. Gómez, E. Montaña.. | Id. |
| 3.ª Natividad..... | Nefrostomia. Pyo-mefrosis . ..... | Diciembre 16..... | Z. Cuéllar D ..... | E. Montaña, H. Machado. | Id. |
| | | 1901 | | | |
| 4.ª Crisanta..... | Cataratas ..... ..... | Abril 30..... | H. Machado..... | ..... | Id. |
| 5.ª Dolores..... | Ampuación del cuello, Curetaje uterino. Metritis parenquimatosa..... | Julio 8..... | Z. Cuéllar..... | E. Montaña, H. Machado. | Id. |
| 6.ª Ana María (3)..... | H. vaginal total. Metritis y salpingo-ovaritis doble..... | Abril 12..... ..... | E. Montaña..... | G. Gómez, Z. Cuéllar..... | Id. |
| 7.ª Benigna Bravo (4) ..... | H. abdominal total. Fibromas uterinos..... | Abril 25..... | G. Gómez..... | E. Montaña, J. D. Herrera, M. Rueda A... | Id. |
| 8.ª Desposorios (5) ..... | Colecistoptomia. Litiasis biliar.... | Agosto 24..... | J. Z. Torres..... | G. Gómez, E. Montaña.. | Id. |

## OBSERVACIONES

(1) 1.ª Laparotomía practicada en el Campito.
(2) Esta operación no había sido practicada en Bogotá sino por el Dr. Torres.
(3) 1.ª operación de este género practicada con éxito en Bogotá.
(4) 1.ª operación de este género practicada con éxito en Bogotá.
(5) 1.ª operación practicada en Bogotá.
(*) H. quiere decir *Histerectomía*.

| NOMBRE DE LA ENFERMA | OPERACIÓN PRACTICADA | FECHA DE LA OPERACIÓN | OPERADOR | AYUDANTES | RESULTADO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1901 | | | |
| 9.ª Mercedes Rico | H. abdominal total. Fibroma | Septiembre 4 | J. Z. Torres | G. Gómez | Curación. |
| 10. Dionisia | Resección abdominal de los anexos. Supuración pelviana. Fístula rectal | Septiembre 23 | Z. Cuéllar D. | E. Montaña, H. Machado. | Muerte. |
| 11. Dolores | Curetaje uterino. Metritis parenquimatosa | Septiembre 26 | N. Buendía | Z. Cuéllar, E Montaña | Curación. |
| 12. Concepción Mata | Extracción de pólipo intrauterino | Octubre 9 | E. Montaña | Z. Cuéllar., N. Buendía. | Id. |
| 13. Carlina | Extracción de un pólipo uterino. | Noviembre 5 | L. Barreto | E. Montaña, M. A. Iriarte | Id. |
| 14. Desiderio | H. abdominal total. Quiste interligamentario | Diciembre 2 | Manrique | Z. Cuéllar, E. Montaña | Id. |
| 15. Rita | H. abdominal total. Tumor maligno interligamentario | Diciembre 17 | E. Montaña | J. E. Manrique, Cuéllar. | Muerte. |
| 16. Josefina de Galvis | H. vaginal Anexitis doble supurada | Diciembre 21 | Z. Cuéllar | Montoya, Manrique | Curación. |
| 17. Beatriz Vargas | Curetaje uterino. Metritis hemorrágica | Diciembre 28 | Z. Cuéllar | Montaña, Buendía | Id. |
| 18. Edelmira Durán | Colpo-perinorrafia posterior. Amputación del cuello Curetaje. Metritis, ulceración del cuello | Diciembre 10 | Z. Cuéllar. | Montaña, Gómez | Id. |
| | | 1902 | | | |
| 19. Carmen Torres | Resección de un osteoma nasal | Enero 14 | Z. Cuéllar | Montoya, Montaña | Id. |
| 20. Juanita Pineda | Extracción de un ganglio tuberculoso | Enero 27 | Z. Cuéllar | Montaña, Rodríguez | Id. |
| 21. Silveria | H. abdominal total. Fibromioma | Febrero | J. Z. Torres | E. Montaña, G. Gómez | Muerte. |
| 22. Margarita Pinzón | Ovariotomía. Quiste compuesto del ovario | Febrero 26 | J. E. Manrique | Cantillo, Montaña | Curación. |
| 23. Luciana Escobar | H. abdominal total. Fibromioma y hematocele | Marzo 3 | J. M. Montoya | Cuéllar, Montaña | Id. |

# REPRODUCCIONES

## EJERCICIO DE LA MEDICINA

POR CHARLES WEST. M. D.

Traducida por Carlos Tirado M.

*(Continuación.)*

En otros dos casos, puede agitarse la cuestión del secreto profesional.

Un padre quiere averiguar por la salud de un joven ó de una señorita, que va á casarse con su hija ó su hijo, ó por la familia del pretendiente ó pretendida, para saber si en ella existe alguna enfermedad constitucional hereditaria, que sea inconveniente para el matrimonio; en estos casos me parece que lo prudente es enviar á indagar el asunto con la misma familia, manifestando que se abstiene siempre de responder tales preguntas; pero que de esto no debe deducirse la existencia de esa clase de enfermedades, sino que hacerlo así es su regla invariable de conducta, porque proceder de otra manera sería revelar el secreto profesional, comprometiendo tal vez los intereses de una familia; aun cuando en la gran mayoría de casos la conducta que acabo de indicar es la más correcta, hay una excepción, que es cuando se trata de la sífilis; si el novio no es un cliente, y tiene señales visibles de sífilis secundaria, entonces debe dar aviso á los padres de la señorita de la sospecha ó certidumbre que se tenga á ese respecto, porque en este caso no hay secreto profesional que respetar; pero si hubiese sido cliente, y le hubiese recetado, entonces sería conveniente hablar directamente con él disuadiéndolo, por cuantos medios se encuentren, de su pretensión, señalándole el peligro de infectar á su esposa y de transmitir la enfermedad á sus hijos. En caso de insistencia se levanta una de las más elevadas cuestiones de moral, que exime al hombre de guardar secreto, y que autoriza al médico para denunciarlo al padre de la prometida,

con la seguridad de que él no se atreverá á intentar un juicio por calumnia, y que si lo hiciere ningún jurado lo condenará (1).

A un hombre que se vuelve sifilítico después del matrimonio, y cuando consulta al médico, se le debe hablar del peligro de infectar á su esposa, y de la absoluta necesidad de evitarlo, agregándole que la ley reputa esto una crueldad, y que es causa de divorcio (2); pero al mismo tiempo es necesario hacer todo lo posible para alejar las sospechas de la esposa, y guardar el secreto del marido. ¡Qué beneficio podría obtenerse con no hacerlo? En una ocasión vino un caballero con lágrimas en los ojos á consultarme sobre una gonorrea que contrajo una noche que regresaba á su casa después de haber hecho abundantes libaciones; él quería mucho á su esposa y deseaba ocultarle la situación; naturalmente lo ayudé á salir de esa, para un buen marido, apurada situación; cuando se trata de maridos de no muy arreglada conducta, ellos mismos se descubren, sin que el médico tome participación inútil en el asunto.

Podemos agregar á los ya enumerados otros casos de secreto de los esposos entre sí. Cuando marido y mujer, van juntos á pedir al médico opinión sobre la salud de cada uno, no hay inconveniente en hacerlo, porque para ello autorizan

---

(1) No estamos de acuerdo en este punto. El médico por ningún motivo debe considerarse relevado del deber de guardar absoluta reserva sobre las enfermedades de sus clientes. Así como en los puertos marítimos se exige á los barcos de procedencias extranjeras patente de sanidad, de la misma manera las familias deben tener las suyas para casos tan serios como el de matrimonio con obligación de presentarlos si se les pidieren; tan prudente disposición contribuiría poderosamente á la extinción de muchas enfermedades y taras morales hereditarias; opondríase á esto nuestra viciosa educación, que haría enrojecer la cara de pena por semejante exigencia; pero después que la costumbre se adoptase, sus benéficos resultados serían inapreciables. Tampoco creemos que en cuestiones de cumplimiento del deber moral deba tomarse en consideración si hacerlo puede ó no acarrearnos persecuciones. Si no nos sentimos con temperamentos de mártires para sufrir, no asumamos el papel de redentores; porque entonces no cumpliremos con nuestro deber sino á medias, es decir, cuando no temamos que un perjuicio, un castigo ú otra calamidad se nos venga encima.

J. M. L. B.

(2) Entre nosotros no es causa de divorcio.

con su presencia y mutua confianza; pero cuando el marido escribe cartas para averiguar por la enfermedad de la mujer, ó viceversa, no se puede contestar sin previa y formal autorización. En una ocasión recibí una carta agresiva de un marido, porque me denegué á responderle; en otra un caballero y su abogado tuvieron conmigo la siguiente conferencia: "¿Ha examinado usted á mi esposa la señora....?" "Siento mucho, pero no puedo responderle." "Tal vez vino con este nombre ó le telegrafió de tal punto." "No puedo responderle; pero ¿qué diría usted si viniese á consultarme reservadamente, y luégo me escribiese su esposa preguntándome lo que á usted le pasaba y yo la informase de todo?" Andaba buscando los medios de divorciarse, sin tener en qué apoyarse; al salir colérico del cuarto, decía: "encontraré los medios de hacerlo hablar;" yo contesté: "lo veremos." Nunca volví á saber de él.

La última de estas cuestiones se refiere á los casos en que una Compañía de Seguros de Vida pide informe sobre la salud de un cliente, que desea asegurar. Estos certificados son de muy poco valor, porque el Dr. tiene naturalmente tendencia á complacer á su cliente, dando un informe tan favorable á su salud como sea posible, sin falsificar por supuesto los hechos; por esta razón tales certificados más bien engañan á las compañías que las informan.

Sería de creerse que estas dificultades desaparecerían por completo cuando el reconocido autoriza al médico para decir con toda franqueza cuanto sepa respecto de él, relevándolo de la obligación del secreto; pero aun en estos casos como el certificado puede comprometer á la familia, suponiendo que se indique que algunos miembros de ella estén afectados ó hayan muerto de tisis, diabetes, albuminuria ó enfermedades del corazón, que haya habido epilépticos ú otros muertos de apoplejía; no obstante la autorización personal no tiene derecho para dar detalles que se refieran á la familia. Si el médico sólo da certificados cuando son favorables, el negarlos implica tácitamente que hay alguna cosa en la salud del solicitante ó de su familia que hace poco aceptable el seguro.

Lo más prudente y lo mejor para el médico es decir

que, como regla general, no da esta clase de certificados, sin que por eso se deduzca ninguna conclusión desfavorable para el solicitante, porque esta regla de conducta no es excepcional, sino, por el contrario, general.

Por lo demás, la negativa no perjudica á la compañía, porque ella tiene sus médicos especiales, que pueden hacer al solicitante todas las preguntas que quieran, relativas á él ó á su familia, así como también un completo examen de la persona. En este caso no hay secreto alguno que deba guardar el médico ó examinador, porque el solicitante sabe bien que él tiene el compromiso de suministrar á la Compañía todos los datos que haya adquirido, sea que se le hayan comunicado ó que los haya descubierto, y porque en este caso el médico hace el oficio de perito.

Si se adoptare por la generalidad de los médicos, como regla de conducta, no dar esta clase de certificados, ellos perderían algún dinero; pero se relevarían de una posición muy difícil, en la que el deseo de decir la verdad, lucharía con el temor de ofender á su paciente si con toda exactitud dijeran el estado real de su salud; con esto las compañías nada perderían, dejando de recibir certificados frecuentemente ilusorios.

Por razones semejantes tampoco deben darse certificados sobre la causa de la muerte de una persona asegurada; lo prudente y conveniente es referir la Compañía al certificado de defunción ya dado, y no extender ningún otro. (1)

(*Continuará*).

---

Entre nosotros lo relativo al secreto profesional no está perfectamente dilucidado, y toca al Cuerpo Médico establecer la práctica del secreto absoluto, que más tarde podrá introducirse en la legislación nacional en forma de leyes que lo protejan; en estas materias, como en la generalidad, la ley no debe ser otra cosa que la aceptación de las costumbres; creer que éstas se modifican

(1) En la redacción de las opiniones sobre el modo como el médico debe conducirse en los casos de aseguro de vida he seguido el brillante informe de M. Brouardel, y adoptado sin vacilación sus conclusiones.—N. DEL A.

con aquéllas es un error; lo único que puede variarlas racionalmente es la educación. Volviendo al secreto, á algunos parecerá irracional que sea absoluto, pero debe tenerse en cuenta que el médico es un confidente obligado, y que por razón de profesión se encuentra en condiciones análogas al confesor, y así como la ley protege á este último y no lo compele á revelar los secretos de la confesión, sin que por esto se hayan perjudicado las sociedades, de la misma manera, introducida la costumbre, debe proteger al médico. Habrá casos en los cuales la revelación de un secreto comunicado ó sorprendido por el médico pudiera esclarecer la averiguación de un delito; pero esto será la excepción y para rarezas no se dan reglas. Las autoridades tienen siempre á su alcance los medios de averiguar los delitos, y un médico no debe hacer nunca con el manto sagrado de su profesión el papel de espía y delator; nuestra legislación, hasta cierto punto, consagra esto en el artículo 295 del Código Penal, que dice: "Los médicos y cirujanos que en la asistencia de una persona advirtieren señales de envenenamiento ó de otra grave violencia material, que pueda ser resultado de un delito, deberán dar cuenta á la autoridad, so pena de una multa de cinco á cincuenta pesos.

"Sin embargo, no estarán sujetos á pena alguna, si al llamarlos para la asistencia del enfermo se les hubiere exigido que guarden el debido secreto."

De manera, pues, que para la ley el secreto que siempre se exigirá cuando haya un delito que ocultar es sagrado; si, pues, en este caso que visiblemente encierra malicia desde que expresamente se exige secreto, el médico no puede ni debe revelarlo, ¿por qué ha de hacerlo cuando atenidos á su discreción y á su honorabilidad, se le entrega la honra de las personas sin reticencias y tal vez para cosas de menos monta? Por fortuna la misma ley facilita los medios de reformarla por la costumbre; la sanción penal en los poquísimos casos que se presentaren es tan pequeña, aun en su *máximum* para quien no revele el secreto, que bien vale la pena de pagar la multa para salvar el principio.

Ahora veamos las sanciones que recaen sobre el médico que quebranta el secreto profesional. El artículo 299 del

Código Penal dice: "Los médicos, cirujanos y demás personas á quienes se refiere este capítulo, que revelen los secretos que se les confíen por razón de su profesión ú oficio, sufrirán arresto por dos meses á un año, y multa de cinco á cincuenta pesos. Si procedieren por soborno ó cohecho ó deliberadamente por causar mal, la pena será de prisión por doble tiempo, multa doble é inhabilitación para ejercer la profesión ó el oficio respectivo.

"El sobornante sufrirá las mismas prisión y multa de que habla el inciso precedente."

Por las anteriores disposiciones se ve que el legislador ha considerado, y con razón, falta grave, que castiga con severidad la divulgación del secreto profesional, y si hemos de considerar la importancia que da á cada una de las dos disposiciones antes transcritas, hasta cierto punto contradictorias, puesto que la primera restringe parcialmente el alcance de la segunda, por las sanciones penales, es evidente que el médico debe atenerse á las disposiciones del artículo 299, y en ningún caso dar cumplimiento al inciso primero del artículo 295.

Inútil sería en muchos casos que el médico guardase secreto si las personas que han intervenido con los enfermos no tuviesen la misma obligación moral y no estuviesen sometidas á las mismas sanciones penales, este vacío notabilísimo de la legislación chilena, en la cual no hay disposición legal que obligue al practicante ó alumno de medicina á guardar secreto, de manera que lo que el médico no divulga lo cuentan los otros, lo llena el artículo 306 del Código Penal, que dice: "Lo dispuesto en el artículo 299 es aplicable á los boticarios, practicantes y negociantes que expendan sustancias medicinales." Ya que incidentalmente hemos citado la legislación chilena, debemos agregar que las disposiciones de su Código Penal son muy deficientes, según lo dice el Dr. Caupolicán Pardo C. en el número 10 de la *Revista Médica* de Chile, correspondiente al mes de Octubre de 1901. En Chile no se puede decir que existe jurisprudencia sobre esto.

"El Código Penal en sus artículos 231, 247 y 494, habla de los secretos que se *vendan*, y se refiere á todas las profe-

siones tituladas. Pero en el inciso número 12 del 495 "obliga á los médicos, matronas y farmacéuticos, etc., á prestar declaración" sobre casos en que ellos hayan intervenido. En otro inciso obliga al denuncio á estas mismas personas.

Se ve, pues, que en Chile la cuestión del secreto profesional está todavía á un nivel inferior al nuéstro, en cuanto se refiere á disposiciones legales.

Nuestro Código Judicial, en el artículo 1614, impone la obligación á los ciudadanos de denunciar á los funcionarios de instrucción los delitos ó culpas que se han perpetrado. Esta es una disposición general que impone á los ciudadanos un deber social, pero el no cumplirlo no implica el quebrantamiento de la ley, porque si así fuese, el mismo Código indicaría las sanciones que recaerían sobre el transgresor.

En resumen: 1.° El médico nunca hará el oficio de espía ó delator, para denunciar los delitos ó culpas que se le hayan comunicado, ó que haya sorprendido en el ejercicio de la medicina, y tendrá siempre presente lo que dice Brouardel: "En principio, el secreto profesional médico propiamente dicho, no *puede* y no *debe* ser violado ni aun por la justicia."

2.° Todos los médicos procurarán establecer de hecho la existencia del principio anterior, y tratarán de que se introduzcan en la legislación disposiciones que lo protejan en el sagrado cumplimiento de ese deber; mientras esto no se consiga, y, por el contrario, subsista el mandato contenido en el inciso primero del artículo 295 del Código Penal, preferirán someterse á la sanción penal contenida en él.

J. M. L. B.

---

# SEROTERAPIA EN LA FIEBRE TIFOIDEA

(Traducido por José Ignacio Uribe).

## SUERO ANTITIFOIDEO DEL DR. CHANTEMESSE.

La fiebre tifoidea es una enfermedad infecciosa determinada por un microbio específico: el bacilo de Eberth (descubierto en 1880); localizado primitivamente en el intestino,

susceptible más tarde de esparcirse en todo el organismo y de secretar venenos llamados *toxinas*, que van á impregnar todos los tejidos. Hoy está demostrado, sobre todo después del descubrimiento hecho en 1886 del bacilo tífico, en un pozo de Pierrefonds, que el microbio es acarreado por el agua. Además, la fiebre tifoidea ha desaparecido de las localidades que se proveen de aguas de fuente, exentas en su trayecto, de toda contaminación.

Conocido el origen de la fiebre tifoidea, las epidemias de esta enfermedad han disminuído y se ha podido detenerlas en su vuelo. Hoy es posible evitar la invasión del bacilo. Vamos á ver lo que se puede hacer contra él, una vez que la invasión se efectúe y que la enfermedad se haya declarado.

El solo tratamiento general, verdaderamente eficaz, ha sido y será por largo tiempo el de los baños fríos, inventado por el médico alemán Brand en 1861, y llevado en 1873 á Francia por el Dr. Glenard y la escuela de Lyón. Después del descubrimiento del microbio en 1880, parecía natural pensar que faltaba atacarlo directamente, así como á los venenos que él secreta. Los antisépticos que lo destruyen no pueden usarse en dosis suficientes en el organismo sin ocasionar desastres, ni la ciencia posee ningún medio capaz de neutralizar las toxinas tíficas, no obstante la antisepsia, más aparente que real, practicada en el tubo intestinal. El medicamento específico, mejor dicho, el que ataca directamente el microbio y sus venenos, no existe. El descubrimiento de la seroterapia antidiftérica de Behring (suero contra la difteria) orientó los investigadores hacia métodos nuevos.

Buscóse un suero capaz de detener la evolución de los bacilos tíficos en el organismo y de neutralizar las toxinas elaboradas por ellos. En 1892, los Dres. Chantemesse y Widal (miembros del Instituto Pasteur) hicieron las primeras inoculaciones de suero antitifoideo. Este suero era extraído de animales inmunizados con bacilos tíficos vivos ó muertos. Los resultados fueron negativos. Como era de preverse, este suero no podía ser sino preventivo, y en ningún caso curativo. Era necesario un suero anti-infeccioso, un suero que impidiera la evolución de los microbios, y antitóxico, esto es, que destruyera los venenos secretados por estos

microbios. Hasta 1898 no se pudo obtener este suero anti-infeccioso y antitóxico, porque no se había podido aislar hasta entonces la verdadera toxina soluble de la fiebre tifoidea, ó sea el veneno fabricado por los bacilos de Eberth. El Dr. Chantemesse hizo conocer en 1898 al Congreso de Madrid el descubrimiento de esta toxina, el modo de prepararla, sus principales propiedades y el método que le permitía obtener un suero provisto de las propiedades anti-infecciosas y antitóxicas necesarias para combatir la infección tífica. Vamos á indicar las propiedades de este suero.

Para juzgar del valor de un tratamiento es necesario examinar antes los diferentes síntomas de una enfermedad y ver su atenuación por determinado tratamiento con relación á los otros. Esta comparación es muy delicada, pero como ella reposa sobre datos precisos de temperatura, sobre modificaciones conocidas y apreciables de los diferentes humores ó secreciones, sobre el estado de los diferentes órganos, es así como obtendremos las indicaciones más exactas para resolver el problema.

Veamos la estadística. Esta nos da muy frecuentemente el resultado que queremos obtener. Vamos á consultarla para estudiar el valor del suero antitifoideo del Dr. Chantemesse. En su servicio hospitalario del bastión 29, el Dr. Chantemesse ha empleado la seroterapia en 29 tíficos; se alentaron todos. Debemos decir, no obstante, que semejantes cifras no deben entusiasmarnos mucho. Fuera de estas series afortunadas, es preciso tener presente que las epidemias de fiebre tifoidea varían desde una mortalidad que va del 7 por 100 al 40 ó 50 por 100 Además, el Dr. Chantemesse presenta 100 casos tratados por su suero en varios hospitales y en la ciudad. La mortalidad con la seroterapia ha sido del 6 por 100. En vista de estas cifras el Dr. Chantemesse ha querido mostrarnos los datos que él ha recogido en nueve hospitales, desde el 1.º de Enero hasta el 1.º de Octubre 1901. Sobre 371 que entraron con fiebre tifoidea murieron 109, ó sea una mortalidad del 29 por 100. En el hospital de niños enfermos, la mortalidad para estos tres últimos años ha sido del 10 por 100 (la fiebre tifoidea es más benigna en el niño). El boletín de la estadística municipal da para 1900 y 1901,

en los enfermos no hospitalizados, una mortalidad del 18½ por 100 En el ejército la mortalidad ha llegado al 16½ por 100.

El resultado parece bello á primera vista. No obstante, es difícil sacar una conclusión en presencia de un número tan pequeño de casos. La estadística de la seroterapia puede ser mucho menos favorable con un número mayor de casos y en un espacio de tiempo más considerable.

Llegamos á la parte más importante del asunto. ¿Cuál es la acción del suero sobre la marcha de la enfermedad? Siendo la temperatura lo que se debe consultar de preferencia en la fiebre tifoidea, veamos el resultado que da una inyección de suero sobre la curva término. Es evidente que cada inyección de suero baja notablemente la temperatura, y aun en ciertas observaciones la enfermedad parece haber sido cortada. La acción ha sido tanto más clara cuanto que la inyección ha sido puesta en los primeros días de la enfermedad. Sin embargo, resulta de las diferentes observaciones que este descenso de temperatura no ha sido en ciertos casos sino una detención en la marcha de la infección. Parece también que ésta, detenida por un momento, vuelve á aparecer con más violencia cuando la acción del suero se ha agotado. Este es un lado malo, que puede ser peligroso en la práctica. Es útil repetir que no embargante las inyecciones de suero, el tratamiento por los baños fríos ha sido prescrito en todo su rigor.

La duración de la enfermedad ha disminuído según Chantemesse. Sin embargo, si se consultan las observaciones que él presenta, se nota que en una la terminación de la fiebre no se efectúa sino hasta el 32° día, en otra el 41° y en los otros á los 42 días.

La influencia del suero sobre el pulso es paralela á la de la temperatura. El número de pulsaciones es claramente influenciado por la inyección y tiende á acercarse á la normal.

La presión sanguínea, muy baja en la fiebre tifoidea, sube en los tres ó cuatro días que siguen á la inyección de suero de doce centímetros de mercurio á diez y siete y diez y ocho centímetros. Este aumento de la presión explica la

enorme eliminación de orina que sigue á la inyección de suero. Pero pasa aquí un fenómeno singular. En la fiebre tifoidea los cloruros disminuyen rápidamente en la orina y no vuelven á la normalidad sino en la época de la convalecencia. El suero no afecta la cantidad de cloruros eliminados. Parece que la infección tífica no es aniquilada sino simplemente contenida ó aletargada.

Modificaciones importantes tienen lugar en la composición de la sangre después de la inyección de suero. Durante la fiebre tifoidea hay disminución del número de glóbulos blancos ó leucocitos. Veinticuatro ó cuarenta y ocho horas después de la inyección se nota un aumento considerable del número de glóbulos blancos que alcanza su *máximum* en el momento en que baja por completo la temperatura.

Las complicaciones habituales de la fiebre tifoidea siempre sobrevienen, no obstante el suero. En los cien enfermos tratados se ha notado un caso de perforación intestinal, tres casos de hemorragia intestinal, tres casos de otitis media, dos casos de flebitis, un caso de neumonía. Cuando se piensa que son estas complicaciones las que matan á la mayor parte de los enfermos de fiebre tifoidea, deploramos que el suero sea ineficaz contra estas terribles manifestaciones de la infección tífica.

Los inconvenientes de la seroterapia en la fiebre tifoidea son inapreciables. No se notan esos enormes edemas, como los que se ven después de la inyección del suero de Behring, en la difteria. No hay aparición de albúmina en la orina, y si ésta existía antes de la inyección, desaparece rápidamente. La inyección de suero trae algunas veces una reacción febril bastante fuerte. Cuando la fiebre tifoidea es benigna ó cuando la inyección ha sido puesta desde el principio de la infección, esta reacción no dura sino unas pocas horas. Cuando la enfermedad es más antigua ó más grave, la reacción es más fuerte y prolongada.

La inyección del suero antitifoideo se hace bajo la piel del antebrazo, en la región en donde se practica la sangría. La jeringa y la aguja deben esterilizarse y la piel debe lavarse cuidadosamente.

La aguja se introduce bajo la piel y si se nota algún

derrame sanguíneo debe colocarse más lejos. Una vez que se haya puesto la inyección, debe taparse la herida con colodión. La dosis de suero es de diez á doce centímetros cúbicos para los adultos robustos, tratados en los ocho ó diez primeros días de la enfermedad.

Si después de la inyección la ausencia de fiebre no es completa al cabo de una semana, ó si una recaída parece amenazar, se inyectan de nuevo cinco centímetros cúbicos en los casos benignos y diez centímetros cúbicos en los casos graves. Las inyecciones de suero deben ser menos fuertes cuando se interviene en los primeros días de la enfermedad ó cuando se trata de una intoxicación antigua y profunda. En este último caso hay peligro de una reacción muy violenta. Es prudente poner una nueva inyección algunos días después de la primera.

Por ahora es muy difícil juzgar el suero antitifoideo del Dr. Chantemesse. Además, nuevos casos van á ser tratados en los diferentes hospitales de París, y nosotros adquiriremos poco á poco un conocimiento más profundo de este tratamiento especial. Deploramos que el suero no se ponga á la disposición de los prácticos en gran cantidad. La preparación de dicho suero es, en efecto, muy larga, trabajosa y muy costosa. Nos parece indispensable agregar, que el suero hasta hoy no presenta ningún peligro en su aplicación. Habrá, pues, mucho interés en emplearlo al manifestarse síntomas que hagan creer que se trata de una fiebre tifoidea.

DR. BRUYERE.

# VARIEDADES

*El Sr. Francisco de P. Barrera* ha sido nombrado Sub-Secretario de Instrucción Pública.

*Por Decreto número* 193 *de* 31 *de Enero*, se han declarado en interinidad los Directores, Subdirectores y demás supe-

riores ó empleados de los Establecimientos públicos de enseñanza en la capital de la República.

*Por el Ministerio de Instrucción Pública* se han dictado las dos resoluciones que se leerán en seguida :

RESOLUCIÓN

que ordena la presentación de informes científicos sobre las aguas de la ciudad

*El Ministro de Instrucción Pública,*

CONSIDERANDO :

Que en concepto de muchos facultativos las condiciones en que se encuentra el servicio de aguas de la ciudad de Bogotá son una de las causas más activas de las epidemias que la afligen ;

Que existen en la capital centros científicos encargados del estudio de la higiene pública y que tienen el carácter de Cuerpos consultivos del Gobierno ;

Que el Ramo de Higiene pública está adscrito á este Ministerio,

RESUELVE :

Dénse las órdenes del caso á fin de que la Academia Nacional de Medicina y la Junta Central de Higiene procedan á presentar, por separado, informes científicos lo más breve posible sobre la calidad y condiciones de las aguas de la ciudad. Dichos informes deben contener conclusiones claras y precisas sobre los puntos consultados, y reglas higiénicas para el uso de las aguas, de modo que las autoridades á quienes incumbe velar por la salubridad pública tengan bases seguras para dictar sus providencias.

Los estudios de que se trata deben presentarse á este Ministerio dentro de los quince días siguientes al en que sea comunicada esta Resolución á los Presidentes de las Corporaciones dichas.

Comuníquese y publíquese.

Bogotá, Febrero 15 de 1902.

El Ministro,

JOSÉ JOAQUÍN CASAS

Para dar cumplimiento á la Resolución del Ministerio de Instrucción Pública que ordena la presentación de informes científicos sobre las aguas de la ciudad, se reunió la Academia de Medicina el día 22 del presente mes en uno de los salones del Club médico y nombró para redactar el informe á los Sres. Dr. J. M. Lombana Barreneche y Profesor Luis María Herrera R.

---

RESOLUCIÓN

sobre pérdida de becas y auxilios oficiales.

*El Ministro de Instrucción Pública,*

Tomando en cuenta el Decreto número 1,491, de 31 de Diciembre de 1901, sobre concesión de becas, y

CONSIDERANDO:

Que no es justo ni decoroso que gocen de especial protección y auxilio del Gobierno personas que le son hostiles y conspiran contra él,

RESUELVE:

Los individuos que de cualquier manera favorezcan la actual rebelión, y mucho más los que hayan tomado ó tomen armas contra el Gobierno quedan sin derecho á gozar de becas ó auxilios oficiales para hacer estudios.

Parágrafo. Los individuos que hayan tomado ó tomen armas contra el Gobierno no serán matriculados ni admitidos á exámenes en las Facultades Superiores oficiales.

Comuníquese á los Gobernadores de los Departamentos para el cumplimiento estricto y riguroso de esta Resolución, y publíquese.

Bogotá, 17 de Febrero de 1902.

El Ministro,

JOSÉ JOAQUÍN CASAS.

*Los Sres. Santiago Cortés y Ricardo Lleras Codazzi,* miembros de la primera Sección de la Comisión encargada para determinar sobre el terreno la línea fronteriza con Ve-

nezuela, han publicado el primer cuaderno, relativo á los estudios á ellos confiados; contiene la geográfia física, la mineralogía, la geología, la paleontología y la meteorología de las regiones que recorrieron.

*Nuevo procedimiento de anestesia general por el cloruro de etilo*—M. A. Malherbe—Dice el autor que el empleo del cloruro de etilo como anestésico general es de fecha reciente; los primeros ensayos fueron hechos en 1898 en la clínica del Profesor von Hacker; y resume del modo siguiente las ventajas que le ha encontrado después de 170 narcosis:

1.º No se necesitan fuertes dosis para producir la anestesia, dos á cuatro gramos son suficientes. Estos 2 á 4 gramos de cloruro de etilo, deben derramarse sobre una compresa, como lo diremos después, que se aplicará herméticamente sobre la nariz y la boca del paciente para no dejarle respirar aire;

2.º La narcosis se produce con mucha rapidez; á veces es tan extraordinaria que en algunos enfermos bastan diez segundos para obtenerla; pero en lo general la anestesia se produce en veinticinco á cuarenta segundos, y está caracterizada por un sueño tranquilo, acompañado á veces de un ligero ronquido;

3.º Muchos enfermos no presentan coloración de los tegumentos; pero en algunos hay una ligera congestión de la cara y de las conjuntivas, cuando se contraen y detienen la respiración. Jamás hemos observado cianosis;

4.º No hay agitación que pueda compararse con la que produce el bromuro de etilo. Ciertos enfermos hacen movimientos de defensa; pero es solamente en los primeros segundos de la aplicación de la compresa y cuando son nerviosos ó alcohólicos. Muchos permanecen enteramente tranquilos;

5.º Los enfermos duermen generalmente sin que haya contractura, y cuando la hay, cosa muy rara, es incompleta y pasajera; sin que haya trismus, como es frecuente, con el bromuro de etilo; tampoco hay salivación ni lagrimeo, ni otras secreciones glandulares provocadas por los vapores bromurados. Como con el bromuro, pero menos frecuentemente, hemos observado algunas veces en los niños emisiones de

orines, emisiones que se producen siempre al principio de la anestesia bajo la influencia de los esfuerzos, y cuando los niños no habían orinado;

6.º Nos ha parecido que el cloruro de etilo obra igualmente bien en el niño y el adulto, sin que provoque accidentes consecutivos. Se conserva más fácilmente y tiene menos tendencia que el bromuro de etilo á alterarse con la luz;

7.º Todos los que han usado el cloruro no le han encontrado hasta ahora ningún peligro; nosotros mismos nunca hemos observado el menor síntoma inquietante; en nuestros experimentos no hemos conseguido matar perros con con este anestésico;

8.º No ha habido vómitos después de la inhalación del cloruro. En las anestesias mixtas, cloruro seguido de cloroformo; casi siempre han faltado los vómitos, y cuando los ha habido han sido poco frecuentes y poco abundantes;

9.º El despertar es en general muy rápido, apenas tarda tres ó cuatro minutos. Antes que los enfermos se despierten completamente se puede mantenerlos dormidos con una nueva dosis de cloruro de etilo; se pueden dar dosis sucesivas sin pasar de 15 á 20 gramos, lo que permite intervenciones hasta de 15 á 20 minutos. Los enfermos narcotisados sólo con el cloruro de etilo, pueden en despertando levantarse y caminar sin peligro de síncope;

10. El cloruro de etilo no da olor aliáceo al aliento de las personas que lo han respirado.

*Administración del cloruro de etilo.* Las máscaras que se han usado con este objeto, no lo han llenado convenientemente; ni se pueden desinfectar, de todos modos queda como mejor el *procedimiento de la compresa.* Basta una simple compresa hecha en cuatro dobleces, con la cual se tapiza el interior de la mano derecha fuertemente ahuecada, con lo que se evita una gran superficie de evaporación, se dirige sobre ella el chorro de dos tubos de cloruro de etilo, de los que sirven para la anestesia local; según la edad dos á tres gramos de líquido bastan; gracias á este medio la evaporación es casi nula. Sin perder tiempo y estando el paciente acostado sobre la espalda, se le aplica sobre la

nariz y boca la compresa siempre dispuesta en cucurucho y cubierta por la cara palmar de la mano derecha, instándole que haga inspiraciones profundas; con la mano izquierda se sostienen la cabeza y la quijada inferior. Es absolutamente necesario no dejarle respirar aire. Cuando los enfermos hacen profundas inspiraciones ó cuando gritan, como sucede con los niños, se anestesian á veces con asombrosa rapidez, en diez ó quince segundos. Cuando los enfermos suspenden la respiración durante algunos segundos, basta levantar ligeramente la compresa y después reaplicarla, para que hagan una inspiración profunda seguida de otras regulares; de esta manera en unos veinte segundos la anestesia es completa, sin que jamás se necesite recurrir á nuevas cantidades de líquido. La agitación falta con frecuencia, ó cuando la hay se manifiesta por movimientos de defensa que duran muy poco tiempo; ella se observa sobretodo en los nerviosos y los alcohólicos. La anestesia está caracterizada por tres signos que nos parecen patognomónicos: 1.°, *resolución muscular*, que no es precedida por contractura; 2.°, *ritmo respiratorio regular* acompañado algunas veces de un ligero ronquido; 3.°, *sensación de una evaporación fría*, en la mano que cubre la compresa.

La cara es casi siempre normal, pero algunas veces se congestiona ligeramente lo mismo que las conjuntivas; la pupila se dilata un poco, el reflejo conjuntival desaparece, y los ojos se desvían hacia arriba; los miembros levantados caen inertes; este estado es el que se aprovecha para proceder á la intervención quirúrgica; cuando ésta se prolonga se puede repetir cada cuatro ó cinco minutos la dosis de dos gramos de cloruro de etilo hasta quince gramos, obteniendo una narcosis de 5, 10, 15 ó 20 minutos de duración; cuando la intervención sea más prolongada se sustituirá el cloruro de etilo por el cloroformo, á pequeñas dosis, aplicando vivamente la compresa sobre la nariz y la boca del paciente sin dejar penetrar aire; de esta manera se pasa de un anestésico á otro, sin reacción apreciable del enfermo. Las ventajas de la anestesia general por el cloruro de etilo, según nuestro procedimiento, son las siguientes: *sencillez*, porque no se necesitan aparatos especiales más ó menos

incómodos, desaseados y de difícil desinfección; bastan una simple compresa y unos pocos tubos de cloruro de etilo del que sirve para las anestesias locales. *Innocuidad absoluta*, por la cantidad verdaderamente mínima de líquido necesario para la anestesia. En los niños practicamos seis operaciones con dos tubos de 10 gramos cada uno; *Rapidez* en la narcosis enteramente inofensiva, y que permite las operaciones más dolorosas. Para terminar indicaremos las preciosas ventajas del cloruro de etilo en la anestesia mixta. Además de que, gracias á su empleo, se suprimen los peligros siempre grandes de un síncope mortal al principio de la cloroformización, se gana considerable tiempo, suprimiendo el período á veces muy largo, que precede á la anestesia clorofórmica. Por último, la cantidad de cloroformo absorbida por el paciente se reduce mucho, siendo el choque que de ella resulta tal vez menos considerable, y las alteraciones gástricas menores también. (*Le Progrès Médical*).

*Tratamiento de la ocena por el azul de metileno.* Basándose en un trabajo del Sr. Bonnet (de Massine), aconseja el Sr. Hallopeau que se hagan, en los casos de ocena, irrigaciones en las fosas nasales con una solución de azul de metileno al 2,50 por mil, al principio tres veces por día y después una sola vez; estas inyecciones, que tienen el inconveniente de azular los orificios nasales y el labio superior, hacen desaparecer rápidamente el olor de las fosas nasales, y curan generalmente en tres ó cuatro semanas la enfermedad. Cuando ella es de origen sifilítico, el azul sólo obra sobre las infecciones asociadas, causa próxima del mal olor.

IMPRENTA NACIONAL