

ANALES

DE LA

ACADEMIA DE MEDICINA

DE

MEDPELLIN

TOMO PRIMERO

IMPRESA DEL DEPARTAMENTO
1888

16,
15
ucc 185, 196
dio, 386:

INDICE

DEL TOMO PRIMERO

A

Abortivo (Procedimiento) contra el furúnculo y el ántrax, 139.

Abortivo [Tratamiento] de la blenorragia, 243.

Abscesos intracraneanos, 336.

ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN, 1, 4, 37, 149, 165, 166, 167, 190, 195, 341.

Acido fénico (Inyecciones de) en el hidrocele, 37.

Acido fénico [Pulverizaciones de] en el ántrax, 132.

Acido oxálico [Incompatibilidad del], 230.

Actualidad (De), 368.

Alcoholismo, 336.

Alumbra, 269.

ALVAREZ [JUAN CLIMACO], 215; cita 108.

Amileno [Hidrato de], 99, 227.

Amoniuro de mercurio, 231.

Amputación sin antisepsia, 155.

Analgesina (Envenenamiento por la), 216. Véase *Antipirina*.

Aneurisma espontáneo de la arteria femoral, 47.

Antimonio [Oxisulfuro de], 232.

"*Antioquia*, alerta"! 336.

Antipirina, 83, 130, 163, 216.

Antisepsia [Operaciones sin], 149, 155.

Antrax [Tratamiento del] por las pulverizaciones de ácido fénico, 132.

ARANGO [FRANCISCO A.], 5,

108, 133, 166. Citas 146, 150, 177, 281.

ARANGO [RAMÓN], 108, 124, 150, 165, 170, 194, 279, 341. Citas 6, 135, 147, 177, 321.

Asfixia (La respiración artificial en la), 291.

Azufre en la ciática, 338.

— en la clorosis, 271.

B

Beriberi, 179.

BERNAL [TOMÁS], 39, 81.

Bibliografía, 272, 304, 338, 365.

Bismuto [Salicilato de], 272.

Blefaritis crónica, 68.

Blenorragia (Nueva manifestación de la infección blenorragica), 91.

Blenorragia (Tratamiento de la), 324, 341.

BOTERO [ANTONIO J.], 35.

Bromuros en la tos ferina, 362.

C

Calcio (Cloruro de), 229, 341.

Calomel en la neumonía, 341.

CAMPUZANO (RAFAEL), 185, 196.

54.

Cáncer (Contagio del), 139.

Candelillas en la obstrucción de Eustaquio, 336.

CANO (FIDEL), 197, 209.

Carbunclo (El), 186, 307.

Caspa (Tratamiento de la) de la cabeza, 92.

- Monstruos*, 265, 268, 320.
Mordeduras de serpiente, 32, 86, 275.
Morfina (Clorhidrato de), 130, 231.

N

- Naftalina* en la disentería, 349.
Nefrectomía, 336.
Nitrato de plata (Inyecciones anti-blenorrágicas de), 342.
Nitroglicerina, 231.
Nombramientos, 37, 165.
Notas, 100, 273.

O

- Obstetricia*, 118.
Oclusión intestinal, 57, 59, 271, 279.
Ofiología, 275.
Opio (Exantema causado por el), 66.
Ovariectomía, 108, 158, 177.
Oxigentes, 228.
Oxido de manganeso, 230.
 — de plata, 230.

P

- Paraldehida*, 228.
Paraplegia, 12.
Parásito del gusano de seda, 232.
Párpados (Irritación de los), 68.
 PELÁEZ (VESPASIANO), 158.
 PEÑA (FEDERICO A.), 301. Cita. 26.
 PEREZ (RAFAEL), 11, 130, 190, 342. Citas, 7, 136, 149, 359. 344.
 4, 167, 185, 201, 203. l) tugo,

miento de la] por el clorato de potasa, 298.

- Pólipos de la laringe*, 5.
 — uterinos, 244.

POSADA ARANGO (ANDRÉS), 1, 24, 25, 44, 57, 61, 69, 224, 239, 269, Cita, 235.

Producción córnea del cuero cabelludo, 301.

Prurito cutáneo [Tratamiento del], 130.

Prurito vulvar [Tratamiento del], 130.

Pulmones [Veneno de los], 131.

Pulverizaciones de ácido fénico en el tratamiento del ántrax, 132.

Q

Quemaduras [Curación de las], 369.

Quermes mineral, 232.

QUEVEDO [J. IGNACIO], 326.

QUEVEDO [TOMÁS]. Cita, 326.

Quistes del ovario, 108, 121, 177.

R

Ración alimenticia, 339.

Rana [Veneno de] de del Chocó, (ci

Raquis (Lesión traumática), 11.

Razas civilizadas

Recién nacidos en la), 54.

Resección de la, 21.

Resección del hí

Respiración artificial abortivo

RESTREPO

tas, 140, 20

RESTREPO (JOSÉ VICENTE), 32.

A RESTREPO (JULIO), 42, 59, 150, 158, 298, 342. Cita, 179.

Revisitas, 89, 96, 130, 163, 270, 302, 336, 367.

Rhus juglandifolia, 217, 222.

Riñón tuberculoso, 336.

m RODRÍGUEZ (RICARDO), 37,

sa, 118, 326, 343. Citas, 5, 83, 135, do 279.

Sal.

SANS

S

sa 148a rina, 270.

lubridat gelato de bismuto, 272.

Veintisis (Purgantes) en la disente-

Seorrretai 314.

Serpiente en la ciática, 369.

Sifilis y en la disentería, 349.

Sodio (Cl) AMARÍA (FAUSTO). Cita,

— (Cl)

Sublimado (Tratamiento de la), 92.

blenorragio venenosas, 32, 86, 275.

Sulfato de que traumatismo, 131.

en la blenorragio (rato de), 231.

Sulfonal, 228. (uro de), 229.

Superfetación, 13. Inyecciones de) en la

a, 324, 342.

Quina (Inyecciones de)

Tragía, 345.

Talla hipogástrica, 130.

TAMAYO (JUAN B.)

Teratología, 265, 268,

Tétanos (Etiología del),

— (Naturaleza del),

— de los recién nacidos, 145, 148.

Tocología, 291. Cita, 179,

Tos ferina (Tratamiento) en 320.

367. aei 96.

Trastornos tróficos de ori-stoy 122

dular, 16.

Traumatismo y sífilis, 131.

Trepanación del cráneo, 336.

— del raquis, 21.

Trofoneurosis, 210, 215.

Tuberculosis (Etiología y trata-

miento de la), 90, 91.

Tuntún (El), 224.

U

Ulceras, 307.

Urétano, 90, 228.

Uretrotomía interna, 259,

URIBE ANGEL (MANUEL),

34, 40, 68, 86, 92, 101, 139, 149,

153, 167, 201, 259, 265, 291,

307, 342, 355, 365. Citas, 83,

180, 281.

URIBE G. (JUAN DE D.), 66, 145,

155. Citas, 84, 149.

URIBE MEJÍA (FRANCISCO A.),

120, 186, 222, 270, 302, 336,

339, 345, 367.

Utero (Inversión del cuello y pa-

te del cuerpo del), 133.

Utero (Pólipos del), 244.

V

Variedades, 129.

VELÁSQUEZ (FRANCISCO), 216,

320.

VÉLEZ (BALTASAR), 328.

VÉLEZ (MARCELIANO), 185, 196

Veneno de los pulmones, 131.

— de rana, 69.

Vermífugos, 20.

Vías re

VI

Y

Yodo, 231.
— (Inyecciones de tintura de)
en el hidrocele, 42.

Z

ZEA (RODOLFO). Cita, 149
ZULETA (EDUARDO),
149, 156, 163, 227, 324,

Ob.
Oci.
?
Ofi.
Opi
6
Ovi
Oxi
— di

aralde,
raplegic
rásito de
pados
LÁEZ
NA (F

REZ (RA)

Saca del],
Salic
alino I.
ría, p en
sol e 32.
S e
TA
Sal. las
— z
SAN s
148
o

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

AÑO I

Medellín, Noviembre de 1887.

NUM. 1.º

LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

El 7 de Julio del presente año, á la una de la tarde, nos hallábamos reunidos en el salón de la Asamblea Legislativa de Antioquia, la casi totalidad de los médicos domiciliados en Medellín, excitados al efecto por el Sr. Gobernador del Departamento, General D. Marceliano Vélez, con el fin de formar una Sociedad que, á la vez que se ocupara en el adelanto de la Ciencia, especialmente en sus aplicaciones al país, sirviera al Gobierno de Cuerpo consultivo para las numerosas cuestiones de higiene pública y de salubridad general, que con no poca frecuencia se le ofrecen.

Veintiséis profesores atendieron aquella excitación del Jefe del Departamento.

Después de ligera discusión, provocada por proposiciones que hizo el que esto escribe, la Sociedad quedó constituida, tomó nombre, eligió sus empleados para el primer año y designó la comisión que debía redactar los Estatutos.

Tál es el origen de la ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN. Diose á la Sociedad esta denominación, que acaso alguno juzgará presuntuosa, no por vanidad pueril, ajena ciertamente del ánimo de todos los concurrentes, sino para dar á conocer desde luego, por su solo nombre, el objeto, el fin, esencialmente científico, de la Asociación, á la vez que su carácter oficial; pues debe saberse que el Gobierno departamental, con una elevación de miras tanto más merecedora de encomios cuanto que es éste el primer ejemplo dado en el país, tomó á su cargo todos los gastos de la Sociedad, la hizo suya, dejando sólo á nuestro cuidado la labor.

Si no estoy equivocado, éste será en lo porvenir uno de los timbres más honrosos para la actual Administración.

Quizá para varios de mis colegas no será pequeña la ofrenda, escaso el sacrificio, hecho en aras del bien general, de ese tiempo que habrán de quitar á las faenas cotidianas, á la lucha por la vida; pero no obstante eso, estoy seguro de que todos sabrán corres-

ponder dignamente á las miras elevadas del Gobierno, secundarlo en sus propósitos, hacer útiles sus esfuerzos, fructuosa su intervención.

Vese, por lo expuesto, que aunque la Academia se titula sólo *de Medellín*, por no poder ser miembros activos ó titulares sino los residentes en esta ciudad, ella es en realidad departamental, es del Estado (según se llamaba antes esta sección de la República), y como tál convida al trabajo, invita á que ingresen en ella, con el carácter de correspondientes, á todos los médicos de Antioquia, á todos los profesores de sus Provincias y Distritos. De todos ellos aguardamos apoyo y colaboración. Que cada cuál recoja las observaciones importantes de su práctica, los casos curiosos de su clientela, y nos los transmita, que todo será bien venido.

Pero no son sólo los médicos los que pueden coadyuvar á nuestra obra común; nó, y ni siquiera se necesita para ello ilustración: con un poco de buen sentido y de amor al bien público, de patriotismo bien entendido, basta y sobra para ayudar eficazmente al fin que nos proponemos. Que todo el que observe alguna enfermedad que le parezca rara, en la especie humana ó en los animales domésticos, la describa á su modo, con la claridad que le sea posible, y envíe su comunicación á nuestra Academia; que la acompañe, si le fuere dable, de piezas anatómicas; que si halla en ellos entozoarios ó gusanos particulares, cálculos ó concreciones de cualquiera especie, los remita igualmente; que haga lo mismo con los insectos útiles ó dañinos, con las serpientes, con las plantas medicinales, venenosas, alimenticias ó aun simplemente aplicables á la industria y que juzgue poco conocidas. Todo eso será recibido por nosotros con agradecimiento, conservado con esmero en nuestras colecciones, para que sirva en todo tiempo de objeto de consulta, estudiado y descrito con el nombre del remitente (*).

La Academia ha establecido, para dar á conocer sus trabajos, este periódico, que saldrá una vez al mes. A pesar de su modo de aparición, se juzgó que podría dársele el nombre de ANALES, porque

(*) Los animales ó sus partes, cuando sean putrescibles, deben enviarse en frascos con alcohol ó aguardiente fino, y á falta de esto, con petróleo. De todas las sustancias vegetales que se remitan hay que enviar siempre, con el producto útil, una rama del árbol ó planta que lo produce, con sus hojas, flores y frutos ó semillas.

Para preparar dichas ramas se coloca cada una de ellas dentro de un pliego de papel secante ó caloso, y se las prensa, poniendo aquellos pliegos en medio de otros pliegos ó cuadernillos de papel de la misma clase, y pisándolo todo con un objeto á propósito (como una tabla y unas piedras), teniendo cuidado de cambiar, dos veces al día, los cuadernillos ó papeles que separan una rama de otra, durante cuatro ó seis días, hasta que las ramas estén suficientemente secas.

Si los frutos fueren grandes se enviarán por separado, y si blandos y susceptibles de alterarse, se remitirán en frascos con aguardiente ó con miel espesa, sea de caña ó de abejas.

al fin de cada año formará un volumen completo, con su índice respectivo.

Hé aquí cuáles son, hasta ahora, los miembros de que la Academia se compone:

DOCTORES:

- Manuel Uribe Angel, Presidente.
- José Ignacio Quevedo, Vicepresidente.
- Ramón Arango, Secretario.
- Francisco A. Arango, Vicesecretario.
- Francisco A. Uribe, Tesorero.
- Andrés Posada Arango, Redactor.

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| Manuel Vicente De la Roche. | Pedro D. Estrada. |
| Ricardo Rodríguez. | Rafael Campuzano. |
| Rafael Pérez. | Alejandro Restrepo. |
| Tomás Quevedo. | Tomás Bernal. |
| Juan de Dios Uribe. | Julián Escobar. |
| Joaquín Castilla. | Federico A. Peña. |
| Francisco Molina A. | Eduardo Zuleta. |
| José María Hernández S. | Juan Clímaco Alvarez. |
| Julio Restrepo. | Teodomiro Villa. |
| Ricardo Restrepo U. | Enrique Villa. |
| <i>Veoposissimo Pelaez</i> | |
| Honorarios..... | { Antonio Mendoza. |
| | { Florencio Mejía. |

Como se ve, el personal no es pequeño, y el campo que se ofrece á nuestras investigaciones es vasto, es dilatado, es fecundo. Permitido es, pues, confiar en que la ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLÍN, por más modesta que hoy sea, debido á su origen, á la manera como ha sido formada, por llamamiento general, vendrá á ser con el tiempo una Corporación respetable y sobre todo verdaderamente útil al país. Que cada cuál trabaje á la medida de sus fuerzas, con la actividad y consagración que le sea posible, en esta obra de adelanto y de pública conveniencia, y de seguro que si no alcanzáremos el título de sabios, obtendremos ciertamente el parámetro más estimable de obreros del progreso, de BUENOS CIUDADANOS.

Medellín, Octubre de 1887.

ANDRÉS POSADA ARANGO.

DISCURSO

PRONUNCIADO POR EL PRESIDENTE DE LA ACADEMIA, DR. URIBE ANGEL, EN LA SESIÓN SOLEMNE DEL 20 DE JULIO.

Señores:

Hace hoy 77 años que se proclamó en esta tierra emancipación absoluta de la monarquía española. Diez años después de haber dado ese grito sublime de señorío nacional, la Capitanía general de Venezuela y el Nuevo Reino de Granada, en virtud de enormes sacrificios de sangre, ganaron independencia y formaron Estado poderoso entre los pueblos del continente americano.

Con las batallas de Pichincha y Bomboná y con la incorporación de la Presidencia de Quito á las dos colonias anteriores, la Gran República de Colombia ocupó puesto distinguido al lado de las naciones más respetables del globo; y esta creación de eminente grandeza fue registrada con honra en las páginas de la Historia Universal, con asentimiento unánime de los más distinguidos historiadores.

¿Qué mira movió el aliento de nuestros antepasados cuando pretendieron darnos independencia? La respuesta me parece clara y perentoria: quisieron fundar sobre bases de trabajo, de virtud y patriotismo un pueblo libre y feliz, que figurara más tarde como altamente civilizado y como ornato del Nuevo Mundo.

La tarea que en aquella noble empresa correspondió á nuestros padres fue cruenta y sobre modo penosa; pero ellos la desempeñaron con acierto y éxito afortunado. La labor que á nosotros toca consiste en respetar el santo legado que nos vino por la voluntad expresa de ese noble conjunto de héroes y de mártires que se inmolaron por sus hijos.

Otros pueblos han venido andando por el mismo camino que llevamos; pero lo han hecho con suerte más propicia y con resultados más ventajosos, porque no han tenido qué pasar el número de pruebas angustiosas que á nosotros han tocado. Sin embargo, es tal el poder autonómico de una nación, que aun en medio de nuestros lamentables errores y de nuestros tormentosos desvíos, el progreso se ha iniciado con señales consoladoras en las capas de nuestra sociedad. No puede establecerse comparación aceptable entre lo que fuimos como siervos y lo que somos como señores; pues mal que pese á nuestras desgracias, la situación de Colombia es más ventajosa al presente que lo fue en la época colonial.

Pertenece á una generación que tanto tiene de infortuna-

da, como tiene de dichosa. Si se dirige la vista á lo pasado, hay mucho qué deplorar, y si se dirige hacia adelante, mucho puede esperarse en bien de las generaciones venideras. Recojámos en este día nuestro pensamiento y consagremos con la inauguración de esta Sociedad científica, un recuerdo de amor y reconocimiento á los próceres que nos emanciparon de un yugo que se hacía intolerable. Trabajemos en el campo de los conocimientos útiles para procurar-nos la adquisición de verdades que dejaremos en herencia á las generaciones que han de sucedernos en la Patria á que pertenecemos. De esa manera llenaremos el deber que nos impusieron nuestros progenitores y tendremos derecho al reconocimiento de nuestros hijos.

Cuando dirigimos actualmente una mirada retrospectiva y percibimos á distancia el grupo egregio de nuestros libertadores, no podemos prescindir de un sincero sentimiento de admiración. Es posible que cuando haya pasado un siglo, desde el día en que me permito dirigiros la palabra, los habitantes de Colombia perciban entre las sombras del pasado esto que hoy forma una humilde reunión de obreros, que lidian por establecer el edificio de la ciencia, y que en medio de la humildad que engendra lo limitado de sus facultades, tienen el derecho de afirmar que trabajan con fe y con entusiasmo para lo porvenir.

Si más allá de la tumba fuera dado al espíritu humano individualizarse para gozar con el recuerdo de las virtudes practicadas durante la vida, yo creo firmemente que los hombres del 20 de Julio estarían hoy satisfechos al contemplar la magnitud de su intento. En todo caso, hay una verdad incontestable, que consiste en experimentar satisfacción cuando se siembra la semilla del bien para que sus frutos sean cosechados por los que vengan después. Esta satisfacción inefable podremos obtenerla por medio de la consagración y del trabajo asiduo, aplicados al cultivo de las materias que constituyen el fondo de nuestra humanitaria profesión.

UN CASO DE POLIPOS DE LA LARINGE

EXTRACCIÓN POR LA CRICO-TIROTOMÍA

Exito completo.

La niña M, natural de Santo-Domingo, de 13 años de edad, hija de padres sanos, robusta, de salud buena en apariencia, aunque algo linfática, fue puesta al cuidado de los Dres. Ricardo Ro-

dríguez, Ramón Arango y el que suscribe, con el fin de tratarla para una alteración de la voz que desde cuatro años antes padecía.

Entre los antecedentes de la niña sólo hallamos una fiebre tifoidea benigna, que duró 15 días, y algunos catarros de la faringe y de las vías respiratorias, manifestados por tos é infarto de las amígdalas. En uno de éstos comenzó la alteración de la voz, principiando por un timbre bajo y poco armonioso, hasta llegar á una afonía completa; al mismo tiempo la respiración fue haciéndose ruidosa y un poco dispneica, y la tos tomó un timbre crupal muy marcado, fenómenos que se desarrollaron lenta y gradualmente.

La afonía, la tos crupal, la respiración ruda y dispneica y la sensación de cuerpo extraño que experimentaba la enferma al nivel de la laringe y que la obligaba á frecuentes esfuerzos de tos, como para expulsar algo, nos hicieron sospechar un pólipo laríngeo; sin embargo, quisimos buscar en el órgano mismo la razón de estos accidentes, haciendo la laringoscopia.

Dos obstáculos encontrámos para ello: una grande hipertrofia de las amígdalas, y una excesiva timidez é indocilidad de la enferma.

Violentando la voluntad de la niña se hizo, con mucha dificultad, la extirpación de las amígdalas y se preparó así el campo para la aplicación del laringoscopio; pero la rebeldía de la paciente y la intolerancia de la región del istmo de las fauces, hicieron por mucho tiempo nula toda tentativa de examen. En vano se prescribían gargarismos de bromuro de potasio y se hacían aplicaciones de cocaína en la faringe y velo del paladar; todo era inútil porque el reflejo faríngeo era tan exaltado, que el contacto del instrumento provocaba siempre nauseas y vómitos. Después de una larga lucha, en que más de una vez desesperámos del resultado, lográmos que la región soportara el contacto del instrumento y pudimos practicar el examen.

Aplicado el instrumento y valiéndonos de la luz solar, reconocimos la existencia de tres papilomas pediculados, implantados sobre las cuerdas vocales inferiores, dos en la derecha y uno en la izquierda. Todos tenían algunas dimensiones, pero especialmente el implantado á la izquierda, el cual tenía el tamaño de una nuez y colgaba del lado del espacio infraglótico.

Hecho el diagnóstico, pensámos en la extracción como único medio curativo, y siguiendo una práctica prudente, tratámos de conseguirlo por la vía intralaríngea; pero renunciámos pronto á este propósito porque para esto la indocilidad de la enferma y la intolerancia de la región llegaron al extremo.

Como el contacto repetido de instrumentos, que naturalmente congestionaba la región, hizo quizás que la enfermedad progresara notablemente, hasta el punto de amenazar sufocación en el curso de una pequeña inflamación catarral, se pensó en hacer la extirpación por la vía exterior, y así se resolvió de acuerdo con la opinión del Dr. R. Pérez y previo el asentimiento del padre de la niña.

En asocio del mismo Dr. Pérez se discutió el punto por donde debía hacerse la sección y se decidió practicar la tirotomía, sin traqueotomía previa. Se cloroformizó á la enferma hasta la anestesia completa, y se comenzó la operación dividiendo las partes blandas al nivel de la cima del cartílago tiroides, el que fue puesto á descubierto, y yá en este punto resolvimos cortar también el cricoides y la membrana crico-tiroidea, con el fin de hacer una abertura que nos permitiera con facilidad explorar la región sin el peligro de producir una dislocación de alguno de los aritenoides. Descubierto el cartílago cricoides lo dividimos en la parte media y penetrámos en la cavidad, y por la abertura practicada, antes de cortar el tiroides, se mostró una parte del pólipo más grande, arrastrado por la corriente aérea que al instante se estableció; este pólipo fue tomado con unas pinzas y extraído dejando el pedículo en su punto de implantación.

Como la enferma había no sólo desayunado, como de costumbre, sino que había tomado caldo ó sopa, la operación fue varias veces interrumpida por vómitos frecuentes, lo que obligó á ir muy despacio y prolongar demasiado la cloroformización, la que duró dos horas, sobreviniendo al cabo de ellas amenaza de síncope cardíaco y respiratorio, manifestados por suspensión de la respiración y por palidez general. Este accidente, aunque de muy corta duración, hizo temer algo grave, y se resolvió suspender la operación hasta el siguiente día, lo que se hizo después de colocar entre los bordes de la herida de las partes blandas, una pequeña esponja desinfectada.

No temíamos por el momento ningún accidente, pues extraído el pólipo de mayores dimensiones, como se ha dicho, no sólo se hizo la respiración más fácil y libre, sino que reapareció en parte la fonación, y pudo la niña pronunciar distintamente la palabra "Papá".

Durante las 24 horas que siguieron, no sobrevino accidente ninguno.

Al día siguiente continuámos cloroformizando la enferma, lo que conseguimos más fácil y prontamente que la víspera. Para descubrir en seguida los cartílagos, preciso fue destruir la adheren-

cia que comenzaba á formarse, separando con el estilete acanalado la exudación plástica allí reunida. Luégo se hizo la división de la membrana crico-tiroidea y del cartílago tiroides al nivel de su ángulo, respetando cuidadosamente la inserción de las cuerdas vocales. De este modo se pusieron á descubierto, no sólo los pólipos que el laringoscopio nos mostrara, sino muchísimos más que ocupaban, unos el ventrículo izquierdo, que estaba lleno, otros, pequeños y numerosos, las cuerdas vocales, y gran número de pequeños y sesiles, como los anteriores, situados en el espacio infraglótico. Todos fueron extraídos cuidadosamente con unas tijeras curvas, y en seguida, con un lápiz de nitrato de plata, se cauterizó la mucosa, no sólo en los puntos de implantación de los pólipos, sino en toda su extensión, por considerarse imposible el limitar la cauterización á los puntos afectados solamente: tan numerosos eran y tan próximos estaban unos á otros. Toda la mucosa de la laringe tomó la coloración blanquecina del cloruro de plata.

Seguros de que no quedaba resto alguno de pólipo y aunque temíamos un edema laríngeo por exceso de inflamación, hicimos la sutura de la herida en toda su extensión. Quisimos aplicar un punto de sutura metálica profunda sobre los cartílagos mismos, afrontando bien los bordes, pero después de colocado lo retirámos, por no haber podido obtener el afrontamiento completo, pues los cartílagos cabalgaban unos sobre otros, y por temor de producir una mortificación de una parte del borde cartilaginoso. Para obviar este inconveniente pusimos la sutura profunda, tratando de afrontar lo mejor posible los cartílagos, al nivel de la membrana cricotiroidea, y en seguida pusimos en las partes blandas una sutura de puntos entrecortados, hecha con seda. Pusimos sobre todo esto una compresa fenicada y un vendaje.

Esta segunda sesión operatoria fue de dos horas, como la anterior, y durante ella la acción del cloroformo fue menos sostenida, debido sin duda á que la inhalación se hacía por boca y narices y que al mismo tiempo el aire penetraba libremente por la ancha vía que se había practicado, dando por resultado, que el cloroformo fuera en pequeña proporción con relación al aire respirado.

Ningún accidente siguió á la operación, ni local ni generalmente; la temperatura subió apenas unos pocos décimos de grado sobre la normal, y la región soportó, sin grande inflamación, el traumatismo de las dos sesiones operatorias. Tres días después fueron quitadas las suturas superficiales, y el cuarto día se extrajo el hilo metálico que formaba la sutura profunda, no sin alguna dificultad,

pues para conseguirlo fue necesario separar algo los bordes de la herida, lo que no impidió que ésta cicatrizara por primera intención, dejando sólo en la parte inferior un pequeño botón carnudo que, cauterizado en un lápiz de nitrato de plata, desapareció pronto.

Quitadas las suturas se pusieron tiras de esparadrapo con el fin de hacer que la cicatriz fuera lo más lineal posible, lo que en un principio se consiguió; pero luego tomó un aspecto de queloides que desapareció más tarde, como se verá en adelante.

La enferma fue sometida á un mutismo completo durante los primeros doce días que siguieron á la operación, en los que la cicatriz se formó y se consolidó; y pasado este tiempo, la voz reapareció con timbre bajo, es verdad, y poco armonioso; pero bastante claro para oírsele de una pieza á otra. Al mismo tiempo la respiración perdió su rudeza y la tos su timbre crupal.

Ha transcurrido más de un año después de la operación. Hoy, según nos informa el Dr. José V. Restrepo, médico de Santo-Domingo, el estado actual de la niña es el siguiente: "Muy buena salud general; ninguna sensación de dolor en la garganta y laringe; su voz es llena y suave; recorre una octava de nota subiendo y bajando; su grito se oye á más de 50 metros; en el colegio estudia en voz alta y clara." "Ha tenido dos veces la menstruación con 32 días de intervalo de una á otra, y según observa su madre, esto y el rápido crecimiento que en ella se nota, han aumentado considerablemente la intensidad de la voz." "La cicatriz está reducida y poco deforme."

Parece pertinente mencionar, después de esta observación, la de una niña de 5 á 7 años de edad que fue recibida en el servicio de niños del hospital de Bogotá, en el año de 1880, época en que el que suscribe era ahí el interno. La niña llegó al hospital con una enfermedad que le producía una disfonía notabilísima, tos casi crupal y dispnea muy marcada; al mismo tiempo mostraba un pequeño papiloma en el labio inferior, el que tal vez hubiera pasado inadvertido para un espíritu menos práctico y observador que el del Sr. Dr. X, médico entonces del servicio. La coexistencia de este papiloma con los síntomas apuntados, sirvió de base al expresado Dr. para diagnosticar, sin más examen, la existencia de pólipos laríngeos; mas no queriendo este profesor atenerse á un diagnóstico hecho de esta manera, quiso practicar la laringoscopia, pero no pudo conseguirlo, porque á pesar de la insistencia con que lo procuró y de constantes aplicaciones de bromuro de potasio

en la garganta, el reflejo faríngeo era tan desarrollado que el menor contacto despertaba la náusea y hacía imposible el examen.

La niña permaneció en el servicio durante cuatro ó cinco meses, al fin de los cuales los accidentes se agravaron, viniendo la disfonía á ser afonía completa, la tos y la respiración á hacerse cruciales y la dispnea tan intensa, que la menor emoción producía accesos de sufocación; éstos se hicieron más y más frecuentes, hasta que en uno de ellos murió.

Aunque el Sr. Dr. X parecía seguro de su diagnóstico y estaba resuelto á ejecutar la extracción, un exceso de prudencia le impidió obrar sin que el laringoscopio confirmara un diagnóstico que la autopsia comprobó luégo plenamente. En efecto, la laringe estaba literalmente llena de papilomas, en forma de coliflores, sesiles unos y pediculados otros, ocupando algunos las cuerdas vocales y la mayor parte el espacio infraglótico. La pieza anatómica, preparada por el que esto escribe, debe conservarse en el Museo de Anatomía patológica de la Escuela de Medicina de Bogotá.

Es de admirar en el caso que precede, la precisión del diagnóstico del Sr. Dr. X; pero también es de lamentar que él no hubiera practicado audazmente una operación que quizás habría salvado la enferma.

Varias enseñanzas deja el estudio de estas dos observaciones. En primer lugar muestra cuántas son las dificultades con que se tropieza en el estudio de las afecciones laríngeas en los niños, en quienes la voluntad es incapaz é insuficiente para vencer el temor que la laringoscopia les inspira, y por consiguiente nada ponen de su parte para ayudar al examen; antes por el contrario la dificultan y estorban. Como corolario de esto nos enseña que la paciencia es el primer elemento de que debemos servirnos en casos semejantes, pues sin ella quizás no habríamos llegado al resultado brillante que obtuvimos en la niña operada. En segundo lugar resulta, de la primera observación, la feliz influencia que tienen la juventud y la buena salud en la marcha regular, y en el buen resultado de las operaciones quirúrgicas; pues que, á pesar de dos sesiones operatorias, cada una de dos horas, hiriendo en ambas la laringe, aquel órgano soportó sin enfado el traumatismo. Por último, la lectura de ambas observaciones muestra que á veces es más prudente, en casos semejantes, arriesgar las consecuencias de una operación sangrienta y peligrosa, que atenerse á una expectación inconducente ó proceder á una extracción por las vías naturales, porque si nosotros hubiésemos penetrado por allí, dado que la niña nos hubiera ayudado con la voluntad, no habríamos quizás extraído los

pólipos que el instrumento nos mostró, y si habríamos dejado en el espacio infraglótico un semillero que poco tiempo después habría crecido y hecho nulo el resultado.

Como antes se dijo, la operación fue hecha sin traqueotomía previa, aunque muchos cirujanos notables recomiendan este modo de proceder. Se hizo así, primero porque es bien sabido que la traqueotomía es por sí sola una operación peligrosa, que pone la vida del enfermo en riesgos iguales, por lo menos, á los de la tirotomía; segundo, porque ella habría prolongado mucho la curación deformando notablemente el cuello de la niña; y por último, porque era nuestro ánimo abrir en todo caso la laringe, é ir á buscar en ella toda producción polipiforme para extirparla, lo que hubiera sido imposible si hubiésemos pensado en hacerlo sin abrir la laringe y previa traqueotomía. Parecerá extraño, por considerarlo inútil, el que hubiéramos cortado junto con el cartílago tiroides, el cricoides y la membrana crico-tiróidea; pero la extrañeza desaparecerá cuando se piense en que la niña era de cuello corto y robusto, y que por lo mismo la sección del solo cartílago tiroides no habría dado espacio suficiente para hacer una operación completa sin obligarnos á separar demasiado los bordes de la herida cartilaginosa, lo que nos habría expuesto á producir contusiones en aquellos órganos, y lo que hubiera sido más grave, á dislocar alguno de de los aritenoides.

Medellín, Octubre de 1887.

FRANCISCO A. ARANGO.

LESION TRAUMATICA DEL RAQUIS

El sujeto á quien se refiere esta observación, fue presentado á la Academia como afectado de luxación de la columna vertebral, y se solicitaba el dictamen de la Corporación acerca de la conveniencia de practicar en él la trepanación de la vértebra dislocada, con el fin de hacer cesar los efectos de la compresión. Los Dres. Rafael Pérez y Pedro D. Estrada, nombrados en comisión para estudiar el caso, presentaron al cuarto día la siguiente relación.

A. M., 20 años, jornalero. Buena salud habitual; enfermedades anteriores: paludismo y, una vez, reumatismo de un codo y los tobillos. Ningún antecedente hereditario especial: ni enfermedades de los huesos, ni neurosis, ni parálisis, ni afecciones mentales.

El 29 de Diciembre de 1886, sacando tierra de una barranca, había hecho una cueva espaciosa; y, como empezó á llover, entró á ella á guarecerse y se sentó, apoyando la espalda en la pared del fondo (pared sin piedras ni irregularidades notables), reclinado y

las piernas un poco encogidas. A cierto momento se desprendieron de la bóveda unos terrones (cuyo peso no pude calcular) y le cayeron sobre las piernas, que se le estiraron al choque, y sobre el vientre, del ombligo abajo. Experimentó un dolor atroz en la parte baja del tronco y se sintió como "partido por la mitad". Nada en los miembros inferiores: ni dolores, ni calambres, ni entumecimiento, ni hormigueo: inmovilidad é insensibilidad absolutas é instantáneas. No perdió conocimiento; arrojó algunas gotas de sangre por boca y narices; no tuvo vómito ni erección. Intentó moverse y no pudo; entraron unos compañeros suyos, les echó los brazos para levantarse, y entonces comprendió que estaba completamente tullido. Quisieron sacarlo en brazos; pero cuando, por dos veces, lo movieron para alzarlo, le volvió el dolor agudo, y tuvieron que dejarlo ahí una hora, mientras consiguieron una cama para trasladarlo á Santo-Domingo (á una milla de distancia). Allí lo vio un *componedor*, que declaró fracturadas las costillas; en la empresa de componérselas, lo hizo sentar, y esto le renovó el dolor vehemente, que en aquel momento, por primera vez, sintió localizado en el espinazo; llevose las manos al punto adolorido y notó que tenía "un hueso salido y muy hinchado": tál fue el primer indicio de la lesión vertebral [2 de Enero].

En los primeros días que siguieron al accidente apareció un edema considerable de las paredes abdominales, sin equimosis ni heridas. Nada de esto en los otros puntos contusionados.

Meteorismo y constipación, al principio; para combatirlos se le aplicaban clisterios, que recibía y arrojaba sin sentirlo; poco después vino la incontinencia de las materias fecales. Incontinencia de orina inmediata; á fines del primer mes tuvo una retención completa durante dos días, y en el tercero ó cuarto, abundantes hematurias. La retención exigió cateterismo, y de esta operación no sintió sino "cuando la punta de la sonda (sonda metálica) le levantó la barriga". Cistitis con tenesmo durante algunos días.

Desde el primer momento los miembros quedaron, como se hallan ahora, extendidos y en adducción. Vagos dolores irradiados, del tercer mes en adelante.

Edema de las piernas y pies desde la segunda semana; apareció primeramente á izquierda y en ambos lados empezó por el pie.

Alteraciones tróficas precoces. *Decubitus acutus*: escara sobre el trocánter derecho al cabo de una semana, poco después en el sacro, luégo en el trocánter izquierdo, y meses más tarde en los tobillos y talones.

Entró al Hospital en la segunda semana del presente.

Estado actual (20 á 23 de Septiembre).

FUNCIONES DE RELACIÓN.—Supinación (decúbito dorsal). Extensión (notable especialmente en el pie) y adducción de ambos miembros inferiores.

Paraplegia. Parálisis flácida, sin rigidez ni contracturas. A izquierda, imposibilidad de ejecutar el menor movimiento; á derecha, el sartorio se contrae débilmente.

No creemos que la extensión se acompañe de contractura: en primer lugar porque no notamos rigidez en las masas musculares, y en segundo porque en procesos de esta naturaleza no se pasa de la flacidez—primer término—á la contractura permanente—signo de esclerosis definitiva de los cordones laterales—, sin que antes haya excitación de estos mismos cordones; la cual se manifiesta con sobresaltos, calambres y rigidez temporal, signos que hasta ahora no se han presentado.

Hemos dicho parálisis flácida porque es el término usado para expresar la ausencia de contractura ó rigidez; pero si por flacidez se entiende la carencia de tonicidad muscular, declaramos que aquí no la hay, y lo demuestra la extensión exagerada de ambos pies. Una razón más tenemos para creer que la tonicidad no ha desaparecido; y es que, si así fuera, los miembros no estarían extendidos, puesto que los flexores son más cortos que los extensores.

La posición anotada aclara una cuestión muy discutida por los fisiólogos; á saber: si en los miembros los flexores son ó nó más poderosos que los extensores. Los unos alegan que en el reposo (del sueño, de la muerte) los miembros se ponen en semi-flexión; lo cual indicaría el predominio de los flexores. Los otros responden, como Kuss, que en el reposo no hay lucha y que sin lucha no puede concebirse predominio de fuerza [argumento, por cierto, especioso]: que cese el reposo, agregan; que la lucha se establezca, como en el tétanos, por ejemplo, y entonces se verá que los extensores son más poderosos que sus antagonistas. Es efectivamente lo que nuestro enfermo se halla demostrando.

No hay verdadera atrofia muscular, sino el natural enflaquecimiento por inercia funcional; no hay artropatías; la contractilidad eléctrica está abolida. Explicaremos más adelante el valor que debe atribuírse á estos signos.

Hay incontinencia de las materias fecales é incontinencia de orina; en otros términos, relajación de los esfínteres. En realidad este hecho no contradice nuestra opinión sobre conservación de la tonicidad en los otros músculos, porque está demostrado que tal

funcion es de naturaleza refleja é implica la intervenció de los nervios sensitivos. Si está suprimida en los esfínteres, quiere decir simplemente que sus fibras sensitivas están paralizadas por completo; en tanto que, como vamos á verlo, no lo están en igual grado en los músculos de la locomoción, y en ellos, por consiguiente, el reflejo de la tonicidad es todavía posible.

Practicámos el cateterismo y extrajimos unos 100 g. de orina amoniaca y cargada de mucus. Esta operació nos dio á conocer el estado efectivo de la contractilidad vesical, que podemos formular así: parálisis del cuello, paresia del cuerpo de la vejiga. La orina salía lentamente, y sólo comprimiendo el vientre bajo, lográmos que hiciera chorro. Cuando no salían yá sino gotas de sedimento mucoso, animamos al paciente á hacer esfuerzos de micción, y obedeciendo á la voluntad, la vejiga arrojó en chorro fuerte los sedimentos restantes; después de lo cual no pudimos hacer salir una gota más por presión y, retirada la sonda, cesó la incontinencia. La vejiga, es claro, se contrajo con bastante energía, porque los músculos abdominales no habrían alcanzado á expulsar la pequeña cantidad de líquido que contenía.

Esto prueba que si el esfínter está completamente paralizado (como sucede, según Charcot, siempre que la lesión se halla en la parte superior de la región lumbar), hay únicamente paresia en el resto de la vejiga: de donde la incontinencia, con rebosamiento por posición horizontal. Sin entrar en las complicadas discusiones que la inervación de este órgano ha sugerido, podemos explicar el hecho teniendo presentes estos datos anatómicos de todo el mundo conocidos: que el plexo hipogástrico, que anima la vejiga, se compone de fibras del gran simpático anastomosadas con raíces sagradas, que llegan, unas directamente y las otras por intermedio de los ganglios mesentéricos.

SENSIBILIDADES.—Al contrario de la miotilidad, la sensibilidad está más alterada á derecha que á izquierda; prueba de que á este lado son más graves las lesiones medulares, según la regla: hemiparaplegia del lado de la lesión y hemianestesia cruzada.

Está mucho menos interesada que la miotilidad: por consiguiente las lesiones deben ser mayores en los cordones anteriores que en los posteriores.

Anestesia.—La cara posterior de ambos miembros está insensible al tacto, al dolor, al calor, al frío y á la electricidad. Adelante y en los lados estas sensibilidades están generalmente bastante embotadas; pero hay puntos, como la parte superior de los muslos, en los cuales se hallan casi intactas. Se comprenderá la razón de estas

diferencias con recordar que la piel de la cara posterior está bajo la dependencia del plexo sagrado, en tanto que en las otras tiene su inervación de puntos más elevados de la médula, de las ramas lumbares.

Los tegumentos inervados por los dos abdómino-genitales (que nacen del primer par lumbar) conservan casi intacta la sensibilidad; los inervados por el ínguino-cutáneo (que nace del 2.º) y el crural (del 2.º también, y además del 3.º y 4.º) están menos sensibles; el músculo sartorio del lado derecho (animado por el crural) se contrae débilmente; todo lo demás está completamente paralizado. Con estos datos podemos determinar de una manera precisa el sitio de la lesión medular.

Sabemos que los cinco pares lumbares nacen, nó en los puntos correspondientes á su salida del canal raquídeo, sino un poco arriba: entre la 11.ª vértebra dorsal y la 1.ª lumbar. Las fibras que conservan sus funciones tienen que ser las que nacen arriba de la lesión, las de origen más elevado, las que emergen de la médula entre las dos últimas vértebras dorsales: luego ninguna de estas vértebras causa la compresión. Por otro lado, puesto que el plexo lumbrar está gravemente comprometido, la lesión tiene que interesar el espacio en que nacen sus otras raíces, es decir, el que media entre la última dorsal y la primera lumbar; la vértebra dorsal está indemne: luego la causa de la compresión es forzosamente la primera vértebra lumbar. Yá se verá que por otras vías llegamos á esta misma conclusión.

La *zona hiperestésica* (abdominal, en lesiones como ésta) es poco precisa.

No hay *disestesia*, es decir, aquella sensación penosa, siempre una misma cualquiera que sea la causa de excitación (tacto, pinchazo, calor ó frío), y que los enfermos comparan á una vibración cuyo punto de partida no pueden fijar.

No hay sensaciones asociadas ó simétricas (*sinestesia*).

Lo dicho respecto á la sensibilidad táctil es aplicable á la *sensibilidad de temperatura*, salvo que ésta se conserva en mejor estado.

Analgesia.—Más pronunciada que la anestesia. Notable retardo de la sensación: de 14 segundos en algunos puntos. Dolores irradiados, insignificantes por su rareza y poca intensidad (datan del tercer mes). Insensible al cateterismo, excepto un sentimiento de constricción en la verga cuando la sonda toca las paredes vesicales. De todo el tren inferior los únicos órganos que guardan perfecta sensibilidad y son sitio de frecuentes dolores espontáneos, son el testículo y el cordón espermático; lo cual se explica por su espe-

cial inervación (plexo espermático, formado por ramos de los plexos solar, renal y lumbo-aórtico).

Los *reflejos* están abolidos. Esto indica, si no siempre (como advierte Vulpián), sí en la generalidad de los casos, que hay compresión del nudo dorso-lumbar.

La *sensibilidad á la presión*, nula á derecha, se conserva bastante bien al lado opuesto. Un peso que en el muslo izquierdo calcula en 4 kg., le parece inapreciable sobre el derecho, y sólo le causa una vaga sensación de dolor que compara á un pellizco. Por causa de la paraplegia no pueden obtenerse otros datos sobre lo que algunos fisiologistas han llamado *sentido muscular*; pero el apuntado no va de acuerdo con la teoría. Según Brown-Séguar la obnubilación debería ser más considerable en el lado de la mayor lesión de la médula (que, como queda dicho, es el izquierdo), y sucede lo contrario. ¿No prueba esto algo en contra de la teoría? Para Claudio Bernard y Vulpián, el sentido muscular ni posee conductores particulares ni es otra cosa que una forma de la sensibilidad general; y por tanto sus alteraciones deben coincidir con las de esta última. Así lo vemos en el presente caso.

TRASTORNOS CIRCULATORIOS.—Edema notable en los pies, menor en las piernas, nulo de la rodilla arriba.

Actualmente es casi igual en los dos lados; pero, como dijimos, se presentó primeramente y fue mayor al lado izquierdo.

Elevación de temperatura en las regiones edematizadas: 2°, 1 más en el pie que en el antebrazo derechos. (*)

El edema es efecto de la parálisis vasomotora; la cual es á su vez síntoma habitual de la sección, dislaceración ó compresión de la médula. Concuerda con los principios fisiológicos el hecho de que haya sido más considerable en el lado de la mayor lesión medular.

La hipertermia local es natural consecuencia de la hiperemia neuro-paralítica.

TRASTORNOS TRÓFICOS.—Escaras en las caderas, tobillos y talones; la del sacro está cicatrizada. Flictenas y principio de mortificación en el dorso del pie izquierdo. Anteriormente tuvo una erupción vesiculosa al lado derecho; las uñas se desprendían de la raíz al tocarlas, y los vellos caían al menor contacto.

Dijimos yá que no hay atrofia muscular ni artropatías. La pérdida de la contractilidad eléctrica, si fue precoz, indicaría una le-

(*) A falta de instrumento conveniente, tomamos estas temperaturas con un termómetro común, que hicimos adaptar á las superficies cutáneas y aislámos del aire exterior por medio de unas cuantas vueltas de la banda de Esmarch.

sión del centro gris; pero como faltan aquellos otros dos síntomas de distrofia que acompañan siempre tal lesión, es de creerse que la contractilidad eléctrica ha venido perdiéndose lentamente, como sucede á veces, por inacción prolongada.

La primera escara se presentó en la segunda semana, en la región trocanteriana derecha, á pesar de que el sujeto no se hallaba siempre en el decúbito lateral correspondiente. Este síntoma (que aparece algunas ocasiones desde el 4.º día) es especial á ciertas enfermedades de los centros nerviosos y se conoce con el nombre de *decubitus acutus* ó escara de desarrollo rápido.

Como la observación de los trastornos señalados aclara puntos muy discutidos de fisiología patológica, será oportuno que entremos en algunos pormenores.

Brown-Séguar ha demostrado experimentalmente que la sección transversal de la médula y aun su destrucción bastante extensa, no producen por sí solas sino la atrofia lenta y ulceraciones del dermis, ó escaras comunes, en los puntos más comprimidos; es decir, alteraciones semejantes á las que desarrollaría la simple influencia de la quietud, la presión y el desaseo. Para que haya distrofias de origen central se requiere, dice él, una acción mórbida de la médula, una exaltación funcional por proceso irritativo ó inflamatorio. Vulpián y otros sostienen, al contrario, que es la simple intercepción del influjo de la médula, y nó su superactividad, la que determina trastornos de nutrición en los miembros paralizados, y rechazan la teoría fundada sobre el citado experimento.

El estudio de este enfermo comprueba los dos puntos más importantes de la teoría de Brown-Séguar: en primer lugar, que la hiperemia neuro-paralítica y los trastornos tróficos son fenómenos independientes; y en segundo, que la nutrición de los tejidos depende de dos centros medulares completamente distintos.

Lo primero queda demostrado con recordar que las tres principales escaras, las primeras también en orden cronológico, fueron las de los trocánteres y el sacro, puntos en los cuales no se ha hecho sentir nunca la parálisis vasomotora y la hipremia consiguiente. Además, ésta no existía aún sino al lado izquierdo cuando apareció á la derecha la primera escara.

Veamos lo otro. Brown-Séguar establece dos categorías entre los diferentes trastornos tróficos por lesión medular. El decúbito agudo, las erupciones penfigoides y las alteraciones de uñas y vellos, componen la primera, dependen de lesiones de los cordones blancos posteriores y no se presentan nunca en lesiones de los otros haces blancos ni de la sustancia gris. Nuestro enfermo presenta to-

dos estos síntomas. A la segunda categoría pertenecen la atrofia precoz, la abolición inmediata de la contractilidad eléctrica y las artropatías. Estos no se han observado nunca en lesiones de los cordones blancos (anteriores, posteriores ó laterales): el centro de nutrición de los músculos y articulaciones son las grandes células multipolares de los cuernos anteriores de la sustancia gris. Tales signos faltan íntegramente aquí.

Hay por consiguiente en la médula, como dice nuestro autor, "dos regiones dotadas de propiedades distintas, dos centros tróficos", de los cuales solamente el uno (los cordones blancos posteriores) se halla alterado en el caso que nos ocupa.

Más aún. Como queda dicho, aquí las lesiones más graves interesan el lado izquierdo de la médula; y la escara precoz, así como la erupción, aparecieron á la derecha, y no al lado de la lesión, como debía esperarse según la opinión de Vulpian: hé ahí una prueba más en apoyo de teoría tan combatida; puesto que, según ella, las fibras nerviosas cuya alteración provoca la mortificación de los tegumentos externos no siguen el trayecto de las que rigen la nutrición de los músculos y articulaciones, y se entrecruzan, al contrario, como las fibras destinadas á la transmisión de las impresiones táctiles.

Las alteraciones viscerales no merecen especial mención.

Erección suprimida, como era de esperarse (fisiológicamente hablando)

SIGNOS LOCALES.—La columna vertebral no presenta desviación sino al nivel de la primera vértebra lumbar, cuya apófisis espinosa hace atrás una propulsión anormal de unos 5 milímetros. Las dos vértebras vecinas están absolutamente en su lugar. No se nota ninguna otra particularidad.

DIAGNÓSTICO

Que se trata aquí de un traumatismo de la médula, no hay para qué decirlo.

La jiba que hallamos en la columna vertebral excluye la idea de una simple conmoción ó contusión de la médula y de una esguince ó diastasis del raquis. El diagnóstico queda por tanto limitado á la luxación y la fractura.

Las luxaciones de la columna lumbar son raras sobre toda ponderación. Examinando la trabazón ósea y la singular resistencia de los ligamentos articulares de esta región, no se sorprende uno de que los cirujanos anteriores á Malgaigne hayan declarado imposibles tales luxaciones, y de que el mismo Malgaigne no haya po-

dido encontrar sino un caso de luxación sin fractura de la primera vértebra lumbar, caso que ha quedado único en la ciencia. Son rarísimas aun acompañadas de fractura; y, puesto que se nota proeminencia anormal de la apófisis espinosa, nuestro enfermo tendría una luxación hacia atrás — variedad la más rara de todas.

Con ó sin fractura, estas luxaciones no se producen sino por caídas de sitios elevados ó choques directos, y “requieren una violencia exterior considerable que cause enormes destrozos” (Follin y Duplay). No se conocen luxaciones por contragolpe.

El principal signo objetivo de estas luxaciones, casi el único, el hundimiento de la vértebra vecina, falta aquí. No hay desalojada sino la primera lumbar; la última dorsal y la segunda lumbar guardan su posición ordinaria. Demás, la dislocación de la primera lumbar es poca para una luxación.

Rareza excepcional; mecanismo que aquí no ha podido realizarse; carencia de signos físicos de valor positivo, son razones suficientes para desechar el diagnóstico de luxación.

Queda la fractura. Esta es frecuente; proviene de causas directas ó indirectas; puede existir con insignificante desviación del raquis.

Comprende tres variedades, según su sitio: cuerpo, arco ó apófisis espinosa. Las fracturas del arco vertebral posterior reconocen siempre causas directas, sea choque *in loco*, sea caída sobre la parte posterior de la columna: no es el caso. La fractura de la apófisis espinosa no provoca accidentes espinales. Nos vemos, por exclusión, reducidos á creer en la fractura del cuerpo de una vértebra.

Esta variedad compone las dos terceras partes de las fracturas vertebrales, según Leyden; y “en la gran mayoría de los casos (dice Malgaigne) se efectúa por contragolpe”. Hay razones anatómicas que explican su frecuencia, su sitio de predilección y su mecanismo, y éste puede comprobarse experimentalmente en el cadáver. Parece que vamos bien encaminados.

Chédevergne y Legouest, en el *Dicc. Enciclop*, art. *Raquis*, dicen á la letra:

“Las curvaturas normales del raquis desempeñan un importante papel en la producción de las fracturas. Las inflexiones dorsal y lumbar, la primera cóncava y la otra convexa adelante, forman uniéndose una S muy alargada. El punto de conjunción de las cuerdas de estas dos curvaturas, llamado en geometría *punto de inflexión*, se halla á la altura de la 12.^a vértebra dorsal; es el lugar matemático por el cual pasa la tangente de las dos curvas, y de su situación única se desprenden circunstancias capitales relativamente

á las fracturas indirectas del raquis. Si en experimentos cadavéricos se dobla la columna vertebral, estando el sujeto sentado, á medida que la flexión es más enérgica, la curvatura dorsal se exagera, y la lumbar, enderezándose, de convexa adelante, se vuelve cóncava. La S formada por las dos curvaturas viene á ser un arco de círculo bastante regular, cuyo radio va disminuyendo bajo una presión más y más fuerte: el ligamento supraespinoso rompe su inserción en la cima de la apófisis de la 12.^a vértebra dorsal ó de la 1.^a lumbar; una separación se establece entre la apófisis lesionada y la que está arriba; el interespinoso se lleva la cresta de la apófisis espinosa, y el ligamento amarillo del borde superior de la lámina vertebral. Pronto la capa ligamentosa posterior se desgarrá y el cuerpo de la vértebra se separa en dos fragmentos, de los cuales el superior es generalmente muy delgado y el inferior más considerable.----

“ Cuando se dobla un tallo recto, flexible é igualmente resistente en toda su longitud, se produce un arco de círculo regular, que bajo una presión exagerada, se rompe en el sitio máximum de su curvatura, es decir, en mitad del tallo, en el punto más violentado. Las cosas pasan de otro modo en el tallo vertebral, flexible pero compuesto de partes diversamente móviles y resistentes: la porción lumbar se endereza al principio y luégo se encorva en sentido inverso al normal; la fractura se produce entonces en el punto más lejano del sitio primitivo de la curvatura natural, en el disco óseo más fuertemente tirado, á saber: 12.^o dorsal ó 1.^o lumbar.

“ La fractura se produce, pues, en dado cuerpo de vértebra, porque ésta ocupa una situación especial, el punto de conjunción de las cuerdas de las dos curvas de la columna, y porque goza de mayor movilidad que las otras.

“ ---- El poco espesor del fragmento superior del disco vertebral se explica por esta particularidad: que antes de los 25 ó 30 años la osificación de los discos es incompleta; de lo cual resulta que la fractura se efectúa entre la lámina epifisaria superior y el cuerpo de la vértebra, y hay verdadero arrancamiento de la epífisis.

“ ---- Hay fracturas transversales, verticales y oblicuas ---- Las verticales resultan de la compresión y aplastamiento de los cuerpos vertebrales. Las fracturas transversas y oblicuas se hacen, más que todo, por flexión del tronco, adelante ó atrás ----

“ Sin rechazar las fracturas de causa directa ---- no vacilamos en admitir que la mayoría de las fracturas raquidianas se producen por contragolpe, ya por presión vertical, ya por flexión forzada. Estos dos mecanismos dan lugar: el primero á una fractura por

aplastamiento, el segundo á una fractura por arrancamiento; aquél interesa particularmente la 12.^a vértebra dorsal y ÉSTE LA 1.^a LUMBAR.”

Con demostración de tan admirable lucidez y resumiendo los precedentes raciocinios, podemos fijar el diagnóstico en los términos siguientes: *Fractura oblicua ó transversa del cuerpo de la 1.^a vértebra lumbar, y compresión de la médula, más pronunciada adelante que atrás y un poco mayor á izquierda que á derecha.*

PRONÓSTICO

La parálisis súbita y completa indica la violencia del traumatismo medular, porque con tal síntoma “se ha hallado casi siempre la médula quebrantada, machacada ó molida”.

La influencia trófica de la sustancia gris sobre los músculos, dice Vulpián, es un hecho tan bien establecido, que puede deducirse el estado de la médula de las condiciones de la nutrición muscular. De consiguiente, el centro gris está indemne.

La flacidez muscular prueba que no hay mielitis ni esclerosis en los haces blancos antero-laterales.

No ha habido dolores tabéticos: luego los cordones posteriores no están tampoco esclerosados.

“Es notorio que la paraplegia del mal de Pott cura frecuentemente, las más de las veces quizá, aun en casos en que los síntomas propios de una mielitis inveterada se han manifestado de la manera más evidente.” Eso dice Charcot; y cita, en apoyo, el caso de una paraplégica cuyos miembros recuperaron perfectamente sus funciones durante dos años; sucumbió luego por otra afección, y en la autopsia se halló la médula en tal grado comprimida, que “no era más gruesa que un cañón de pluma”. ¿Será aventurado referir á semejantes casos el nuestro? Deformación patológica ó traumática; todo no viene á ser compresión ósea?

“El pronóstico es menos grave de lo que hasta ahora se ha dicho”, opina Legouest. Chédevergne cita 12 casos de fracturas dorso-lumbares curadas sin operación. “La mayor parte de las curaciones de fractura vertebral (dice Leyden), pertenecen á la última dorsal y la 1.^a lumbar; y de 19 observaciones de fracturas del raquis que han curado, hay 9 que conciernen á la 1.^a lumbar.”

TRATAMIENTO

En este capítulo lo que puede interesar á la Academia es la cuestión de resección ó trepanación de la columna vertebral.

Puesto que no hay en este sujeto mielitis ni esclerosis irremediables, quitando el agente de la compresión, es de esperarse que las funciones medulares se restablezcan. En principio la operación está justificada; veamos su aplicación.

Quitar la compresión de la parte posterior puede ser, en medicina operatoria, cosa fácil; pero la de los lados es difícil, y la anterior, completamente imposible. Las lesiones principales son, pues, inaccesibles: si la operación tiene buen éxito, mejorará la sensibilidad, pero subsistirá la compresión de los cordones anteriores y el paciente quedará paraplégico ó poco menos.

Puede alegarse que la mayor amplitud que con la resección de las láminas se da al canal vertebral, disminuirá los accidentes de compresión. Consultemos la anatomía y se verá que esto no es probable: "Hay entre el eje nervioso y las paredes óseas un intervalo bastante considerable; el volumen de la médula es á la capacidad del canal raquídeo como 3 es á 5." (Sappey); "La médula está suspendida y fijada en el eje mismo del canal óseo." (Fara-beuf). La desviación de la columna puede ser pequeña, notable ó excesiva. En casos de dislocación poco pronunciada, la compresión se produce más por el cambio de dirección que el cuerpo extraño imprime á la médula apoyando contra ella, que por falta de espacio en el canal óseo para retirarse ésta del obstáculo. Cuando al contrario la desviación vertebral es considerable, sucederá lo que expresa Legouest: "El raquis se encorva adelante en ángulo más ó menos obtuso. Saliente atrás, este ángulo está constituido en el canal raquídeo por el borde superior y posterior de la vértebra fracturada que hace parte del fragmento inferior; de tal manera que la compresión la ejerce adelante la vértebra lesionada, y atrás la lámina de la vértebra superior, que no presenta lesión ninguna, pero lleva consigo el delgado fragmento superior que se desprendió de la vértebra fracturada." Si, finalmente, la flexión es exagerada, "entonces los dos agentes de compresión no quedan opuestos, y el superior, á medida que sube, obra menos sobre la médula, la cual no se hallará en contacto sino con las partes blandas situadas entre las apófisis espinosas": con la flexión exagerada, la compresión aumentará adelante, pero atrás nó. "Una consecuencia importante se desprende de esta disposición (concluye el autor), y es la inutilidad de la trepanación vertebral."

Eso, discurrendo como operadores de anfiteatro. Si juzgamos como cirujanos, habremos de tener también en cuenta que la práctica no ha conprobado la razón de ser de ese como desbridamiento: que la trepanación contra lesiones anteriores ha sido siempre "en-

teramente infructuosa”, y que “son muchos los accidentes que pueden resultar de tal operación, entre los cuales hay que citar especialmente la mielitis y meningitis espinal.” (Follin.)

Con todo, Brown-Séguar presta á la trepanación el apoyo de su inmensa autoridad como fisiólogo. Pero hé aquí sus razones: 1.^a Desnudar la médula no es operación peligrosa; 2.^a La muerte es en general consecuencia de la compresión ó irritación mecánica y nó de desgarró de la médula; 3.^a Los fragmentos de vértebra resecados puede reemplazarlos nuevo tejido óseo; 4.^a Una herida de la médula puede reunirse y restablecerse las funciones; y 5.^a La operación es muy posible ---- Verdades en los perros del laboratorio; suposiciones, por lo menos aventuradas, en el hombre enfermo.

Practicada por primera vez bajo la dirección de Astley Cooper, la trepanación fue violentamente combatida por Carlos Bell, y, en presencia de la pobreza de los resultados obtenidos, cayó luego en desuso. Después de repetidas tentativas de rehabilitación “se halla hoy casi abandonada en Inglaterra, en Alemania” (Leyden) y en Francia.

Gurlt logró reunir 21 casos de operados, de los cuales no sobrevivieron sino 4, y en ninguno se obtuvo curación completa (ídem). “Resulta de la estadística general de las operaciones antiguas y modernas, cuyo número se eleva á 27, que esta operación cuenta 7 éxitos y 20 muertes, y que de 12 operados de la columna dorso-lumbar sólo curaron 2.” (*Diccionario Enciclopédico.*)

“Los resultados han sido hasta ahora detestables y casi no se puede esperarlos mejores”, dice Leyden; mas agrega, un poco embrollado: “Comoquiera que sea, hay que persuadirse de que en ciertos casos se debería practicar la operación”; es verdad que rebaja en seguida, dando á entender que lo anterior *puede referirse* á casos de muerte inminente: “No hay que ilusionarse ---- por feliz puede darse el cirujano si logra salvar la vida del enfermo, y sólo de una manera enteramente excepcional llegará á curar, aun incompletamente, la parálisis” — *ce qui n'est guère encourageant.*

Así, desde Carlos Bell, que calificó esta operación de “insensata”, hasta Legouest, que declara rotundamente que “la trepanación debe siempre rechazarse”, hasta el mismo Leyden, que afirma que “no la practican hoy sino cirujanos temerarios y atrevidos del Nuevo Mundo”, no hemos hallado autoridad ninguna que, en casos comparables al presente, aconseje la resección ó trepanación vertebral.

Sin experiencia personal de operaciones de esta clase ¿qué

opinión hemos de dar nosotros, si no la que sencillamente se desprende de los conceptos citados? Reconocemos y acatamos el generoso impulso y la fe científica de nuestros respetados colegas interesados en favor de la intervención quirúrgica, y les pedimos perdón por la humildad de recursos á que pretendemos reducirlos. Dámosles, en cambio, la seguridad de que estamos prevenidos para mudar de opinión ante argumentos mejores que los expuestos, y sobre todo, si la operación se ejecuta con buen éxito, para aplaudir á los cirujanos; para aplaudirlos mucho, por el entusiasmo que nos inspira todo progreso, y un tanto, en desagravio de la timidez que ahora mostramos en seguirlos.

CUERPO EXTRAÑO

EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS.

Un niño de 4 años de edad, robusto, hijo del Sr. Serna, de Copacabana, estando comiéndose un poco de cañafistula, tuvo un ataque de sufocación. Pasado éste, el niño volvió á sus juegos habituales; pero dos días después reapareció el acceso, y la dificultad para respirar se hizo permanente, yendo en aumento, hasta que cinco días después del primer ataque, y fue entonces cuando yo lo vi, estaba casi asfixiado, presentando los síntomas del crup en su último período.

No teniendo laringoscopio á la mano, exploré la garganta con el dedo, que introduje por la boca, profundamente, pero sin resultado alguno. Juzgando, sin embargo, que se trataba de un cuerpo extraño detenido en las vías respiratorias, y viendo que no había tiempo qué perder, resolví practicar inmediatamente la traqueotomía, la que ejecuté teniendo por ayudantes á los sirvientes de la casa.

Como nada salía por la herida del cuello, introduje por ella una pluma de gallina, suficientemente larga, dirigiendo hacia la glotis la extremidad de las barbas. De este modo *barrí* la laringe, desprendiendo y empujando el cuerpo extraño, hasta hacerlo salir por la boca. Era éste un pedazo de *rueda* de cañafistula, es decir, un fragmento de uno de los falsos tabiques que dividen el fruto en compartimientos. El grabado adjunto reproduce su figura y dimensiones.



Sin duda su forma angulosa y los dos ganchos que presenta, lo retenían en la laringe, sin dejarlo pasar á la tráquea.

Teniendo que regresar en el acto á Medellín y considerando que la presencia del cuerpo extraño había ocasionado en la laringe más ó menos flogosis ó edema, creí prudente colocar en la herida una cánula traqueal, y así lo hice, rodeando después el cuello con una gasa y dejando el niño en una pieza muy bien cerrada y con velas encendidas, para tibiarse el ambiente.

Al otro día volví y retiré la cánula, uní la herida con tafetán adhesivo y la dejé cicatrizar, lo que se verificó en pocos días, sin accidente de ninguna clase y sin que al niño le quedara alteración alguna en la voz.

Tál es la observación en globo, suprimiendo detalles sin interés y que he olvidado, pues el hecho data yá de algunos años.

ANDRÉS POSADA ARANGO.

EL GUACO

Más de ochenta años hace yá que D. Francisco Antonio Zea, natural de esta ciudad y Director en aquella época del Jardín Botánico de Madrid, publicaba en el *Semanario de Agricultura* de aquella metrópoli, las primeras noticias sobre el GUACO, experimentado por Mutis en este país. No obstante eso, el asunto no está aún suficientemente esclarecido, pues no faltan autores que dudan de la verdadera naturaleza de dicha planta, y muchos que desconocen sus efectos. Hemos creído útil, por eso, contribuir en algo á su conocimiento.

Fue en 1788 cuando D. Francisco Javier Matís, distinguido pintor granadino que trabajaba en la *Real Expedición Botánica* que dirigía Mutis, aprendió en Mariquita, de un negro llamado Pio, el secreto de hacerse invulnerable para las serpientes venenosas, tomando ó inoculándose el jugo de la planta de que nos ocupamos. Este secreto, que el negro pretendía haber hallado por sí mismo, era, sin embargo, de un uso común y yá antiguo entre los indígenas y los esclavos, pues que el padre Gumilla, que escribía en 1741, menciona la planta, con el nombre de *bejuco de Guayaquil*, y explica detalladamente el proceder para inoculársela.

Mutis, á quien Matís comunicó su descubrimiento, enseñándole la planta, lo sometió á la experiencia haciendo inocular á varias personas, entre ellas Matís mismo, que manejaron impunemente una serpiente, hasta que al fin, el último, á fuerza de irritarla, fue mor-

dido en una mano, pero sin seguirse accidente alguno, sin otro tratamiento que la succión de la herida hecha con la boca.

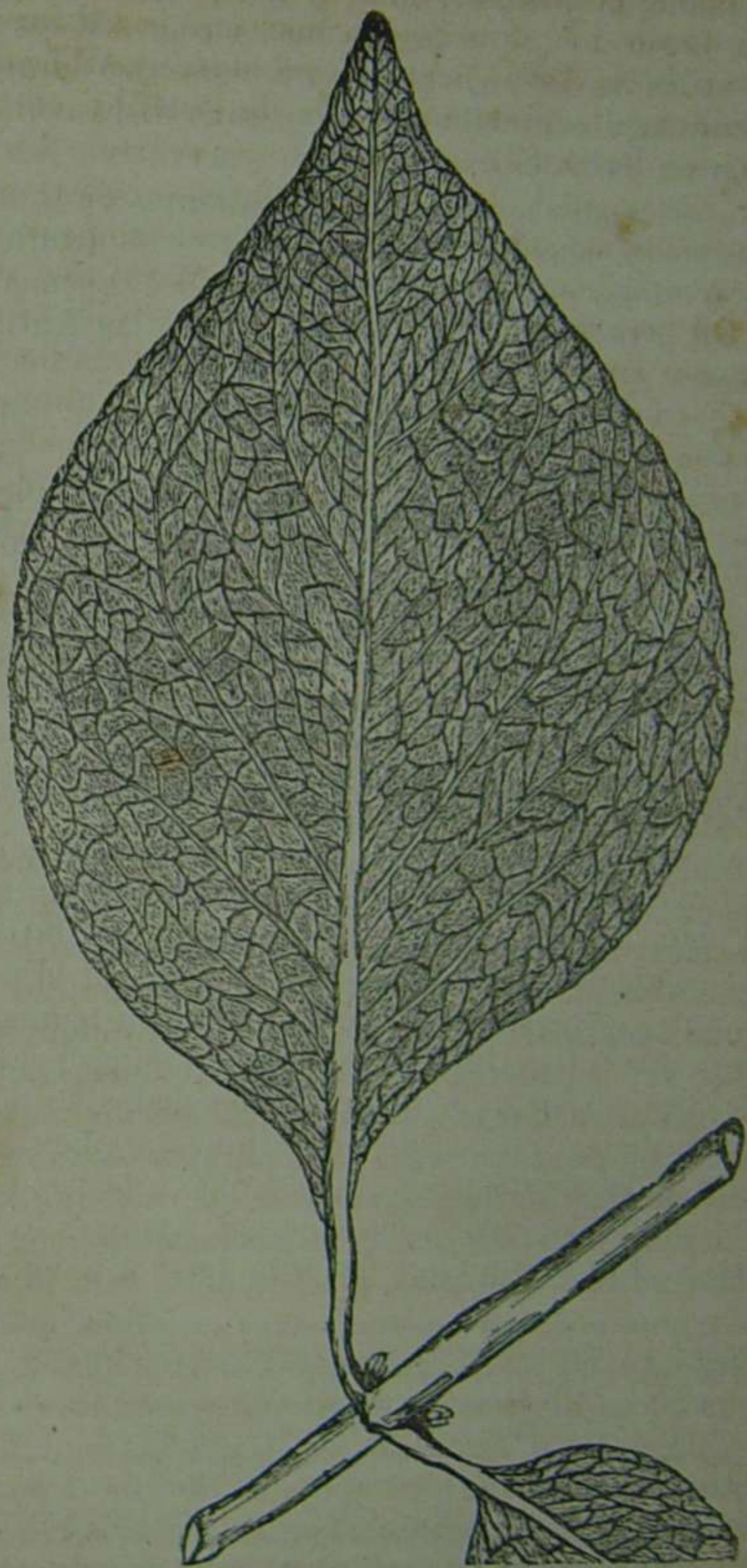
Ese acontecimiento tardó poco en hacerse del dominio público, y como nuevas observaciones venían cada día á confirmarlo, el empleo del Guaco en tales casos, como preservativo, fue pronto en el país de un uso popular. Hasta los muchachos, según refiere Matís, se hacían *curar*, es decir, preparar con el zumo, y se iban en tropel á buscar serpientes en los bosques de Mariquita, y las llevaban á la ciudad para jugar con ellas.

Hay autores que piensan todavía (y tál es la opinión consignada por A. Richard en el Diccionario de Medicina en 30 volúmenes), que el vegetal en cuestión era la *Spilantes ciliata*, que aunque pertenece á la misma familia que el Guaco, no se le asemeja en manera alguna. Este error proviene de que se han confundido sus nombres vulgares. La *Spilantes*, en efecto, que es una yerba pequeña, usada en la medicina popular á título de antibiliosa, en algunas afecciones del hígado ó de las vías digestivas, es llamada entre nosotros *guaca* (precedida del artículo *la*.)

Principiemos pues, por determinar bien el famoso antídoto antes de hablar de sus aplicaciones.

Descripción.—El Guaco, que ha conservado su mismo nombre específico, en el género *Mikania*, entre las sinantéreas ó compuestas, es un bejuco, es decir, planta voluble, vivaz y muy ramosa, que sube hasta la cima de los más grandes árboles.

Sus ramos son opuestos y redondos como el tallo, que en su completo desarrollo es casi leñoso. Las hojas, cuya longitud varía de 15 á 30 centímetros, son opuestas, pecioladas, ovales, agudas ó ligeramente aguzadas, apenas estrechadas en la base, subintegérrimas ó con dientes distantes y muy poco aparentes; membranosas, reticulato-venenosas, algo ásperas por encima y cubiertas por debajo, como las últimas divisiones de los ramos, de pelos cortos y suaves (aterciope-ladas), de color violeta. Ese color morado de la cara inferior de las hojas, que presentan siempre cuando son tiernas, es un buen carácter que permite distinguir fácilmente el Guaco de otros bejuco semejantes. Las flores, dispuestas en grandes corimbo axilares, pedunculados y provistos de brácteas, son pequeñas, sentadas, blancas y ligeramente olorosas. Están compuestas de un involucre cilindroide, de cuatro hojuelas obtusas, que contiene, sobre un receptáculo desnudo, cuatro flósculos que sobresalen. Las semillas ó aque-nios son lineares y pentágonas, lampiñas, pero coronadas de un penacho sentado, de doble longitud, formado de pelos simples, tirando á rubio.



Hoja de Guaco.

Sus ramos no son huecos, ni el jugo propio de la planta es amarillo, resinoso ni aromático, como en la *Mikania amara* (*Eupatorium parviflorum Aublet*), con la cual lo ha identificado ó confundido Mr. Baillon, el eminente profesor de Botánica en la Facultad de Medicina de París. (*)

El Guaco es silvestre en las regiones calientes de Colombia, y se le cultiva en las huertas hasta á 2,400 metros de altura sobre el mar; es decir, en climas cuya temperatura media es apenas de 16°,5 del centígrado. Existe igualmente en Méjico, en las Antillas y en la América Central.

Propiedades.—Las hojas frescas del Guaco, sobre todo al machacarlas, exhalan un olor bastante desagradable, que pierden al secarse. Su sabor es extremadamente amargo, más quizá que el del sulfato de quinina, y sin astringencia marcada. Sus propiedades son debidas á un principio neutro, la *guacina*, descubierto por Faure, que es sólido é incristalizable, fusible á la temperatura del agua hirviendo, de color blondo, amarguísimo, inodoro y de naturaleza resinosa; soluble en el éter, mejor aún en el alcohol y en agua caliente, de donde se precipita en gran parte por el enfriamiento. Treinta y dos gramos de hojas dan 50 centigramos de guacina.

Aplicaciones.—Ya dejamos dicho que la manera de emplear el Guaco como profiláctico de la mordedura de las serpientes, era inculándose su jugo. El procedimiento aprendido por Matis del negro Pío, y que es exactamente el mismo descrito por el padre Gumilla 48 años antes, consiste en hacerse, con un instrumento cortante cualquiera, dos ó tres incisiones largas y superficiales en las manos y en los pies, en los intermedios de los dedos, lo mismo que en el pecho, cerca de las tetillas, frotando inmediatamente las heridas con el zumo de la planta fresca, y tomando á la vez una ó dos cucharadas de él, crudo, por la mañana, en ayunas, durante tres días consecutivos. Los que no quieren someterse á la cura radical,

(*) Bueno será, yá que se presenta la ocasion, rectificar otro error del mismo sabio, que hallamos en el Tomo 21 del *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, error que consiste en considerar como idénticos el *Casalpinia coriaria* y el *Coulteria tinctoria*. Árboles que aunque se asemejan en el fruto, son en realidad bien diferentes. El primero, ó sea el *Dividivi*, es propio del litoral, donde crece silvestre y en tal abundancia, que ha habido años en que sus frutos se exporten en cantidad de cuatro millones de kilogramos. Sus hojas se componen de foliolos pequeños y numerosos, más de treinta en cada pinula. El segundo, ó sea el *Guarango*, relativamente raro, es más propio de nuestros climas templados, pero prospera aun en las montañas, á 2,600 metros sobre el mar. Sus hojas están compuestas de foliolos anchos y poco numerosos, pues no exceden de diez y seis en cada pinula. Sus ramos suelen llevar aguijones, sin que por esto haya dos especies de *Guarango*, como equivocadamente lo admitieron Humboldt, Bonpland y Kunt, creando su *Coulteria hórrida*.

Justo es hacer notar que el error de Mr. Baillon no es sólo de él, pues en Bogotá tambien suelen dar al *Guarango* el nombre impropio de *Dividivi*.

es decir, á las incisiones, están precisados á tomar el zumo todas las mañanas antes de ir á su trabajo.

Entre las personas notables que en Colombia se han practicado dicha inoculación, podemos citar, por saberlo de uno de sus discípulos, al Canónigo Dr. Juan María Céspedes, antiguo profesor de Botánica en Bogotá.

Son tan numerosos los hechos dados á conocer entre nosotros por Matis, por los doctores Manuel María Quijano, Juan Antonio Nieto, José María Estévez y otros observadores, acerca de la eficacia del Guaco usado con el objeto y de la manera que quedan explicados, en el hombre como en perros sometidos á la experiencia, que, por nuestra parte, consideramos como una verdad definitivamente comprobada, que *en general* las serpientes tienen aversión ó repugnancia á morder un individuo *recientemente* impregnado de Guaco, y más aún, que si llegan á morderlo, los accidentes son mucho menos graves que en todo otro caso.

Admitiendo, pues, el hecho en principio, establecemos dos restricciones. Creemos, en primer lugar, que la acción preservadora se extingue con el tiempo, y en esto los *culebreros* parecen estar de acuerdo, pues aunque inoculados, acostumbran tomar de tarde en tarde un poco de zumo, siempre en ayunas. Por lo mismo damos poca importancia á la observación citada por James, de Curaçao, relativa á un hombre que, habiendo sido inoculado anteriormente, fue, sin embargo, mordido por una serpiente de cascabel (*crotalus*), y murió. Pensamos igualmente que puede haber entre los ofidianos venenosos algunas especies á las que el Guaco no inspire antipatía. De ese modo se comprende por qué mientras que los observadores en Colombia han tenido resultados confirmativos, con serpientes que desgraciadamente no han sido clasificadas, y mientras que Humboldt ha visto una de ellas retirar la cabeza cada vez que le acercaba una vara mojada en zumo de Guaco, Guyón, por el contrario, ha visto el *bothrops* de la Martinica morder con furor las hojas de dicha planta.

Y aquí conviene recordar la opinión que en otra ocasión, ocupándonos de las serpientes, habíamos emitido, á saber: que en nuestro concepto, juzgando por los síntomas diversos que su mordedura ocasiona, el principio tóxico no es para todas idéntico: de donde se deduce que una sustancia dada puede ser antídoto eficaz para las de uno ó más géneros, y no serlo para otras.

Para explicar la acción profiláctica del guaco, la idea que naturalmente ha ocurrido, como la más racional, es la de que el olor desagradable de la planta se comunica á los humores del hombre,

y sobre todo á su traspiración. En apoyo de esta manera de ver, nosotros citaremos una observación interesante, sobre la que yá otra vez habíamos llamado la atención, cual es el olor particular que adquiere la sangre humana por el uso prolongado de algunas sustancias y aun de ciertas viandas.

Admitido eso así, fácilmente se comprende que si productos animales, naturalmente más fijos y más afines, como el virus vacuno, por ejemplo, acaban á la larga por destruirse en el organismo, de donde la necesidad de la revacunación, con más razón un principio de origen vegetal debe disiparse al cabo de más ó menos tiempo.

De lo expuesto se infiere también que el Guaco seco, el extracto y todas las preparaciones que han perdido más ó menos su olor, aunque conservando la amargura, deben ser poco ó nada eficaces desde el punto de vista de que hablamos.

Al empleo de esta planta como medio preventivo de la mordedura de las serpientes, se siguió luego su aplicación como agente curativo, y hoy, cuando un accidente de esa naturaleza se presenta en Colombia, el Guaco es siempre una de las prescripciones de ordenanza; pero como se usan á la vez diversas sustancias, sin omitir aún el tratamiento local (succión, cauterización &c.), dichas observaciones, cualquiera que fuese su resultado, nada de concluyente probarían en favor del Guaco en particular. Hay, por el contrario, hechos bien averiguados que manifiestan su ineficacia. Don Jorge Tadeo Lozano, el ilustre zoólogo de la Expedición, refiere en el *Semanario de Nueva Granada*, el caso de una mujer que fue picada por una *taya* y murió á pesar de haberle administrado inmediatamente el Guaco, que lo había en el jardín. Varios elefanciacos llevados de la vana esperanza de sanar de su enfermedad haciéndose morder por serpientes de cascabel, han apelado al Guaco cuando yá los accidentes les han parecido graves, muriendo no obstante, por efecto del veneno. Sigaud, en su libro sobre el Brasil, cita uno de estos casos. Por otra parte, Ruz ha ensayado el extracto reciente de la misma planta, y siempre con mal resultado, en perros que hacía picar por el famoso *bothrops* de la Martinica.

Por tales razones, nosotros, sin considerar la *Mikania guaco* destituida de toda utilidad como agente curativo, y aun admitiendo que pueda bastar por sí sola á disipar los accidentes ocasionados por la víbora ó por serpientes poco enérgicas, no le acordamos casi ninguna confianza en la generalidad de los casos. Creemos que sucede en el hombre con este vegetal lo que Dumont ha demostrado respecto del *Cedrón* (del que nos ocuparemos en un artículo próxi-

mo), aplicado á los roedores; es decir, que administrado con la debida anticipación, los hace inmunes contra el veneno de la víbora, mientras que aplicado cuando yá han sido mordidos, no los preserva de la muerte.

El Guaco ha sido igualmente usado contra la hidrofobia, ó más bien para prevenirla. Matis parece haber sido el primero que lo haya aconsejado con tal objeto, y esa es hoy en Colombia una práctica vulgar. Los Dres. Quijano, Manuel Vicente De la Roche, José María Sánchez y otros varios médicos, entre nosotros, y Hawkings en Norte-América, la han preconizado. Por nuestra parte, sabemos que dos individuos mordidos por un perro con todas las apariencias de hidrófobo, fueron tratados con zumo de Guaco, interiormente y sobre la herida, *sin cauterización*, y sanaron sin ningún accidente.

Atendiendo á la poca actividad del virus rábico comparada á la de los venenos, pues que su incubación es á veces demasiado larga, nosotros esperamos mucho más del empleo del Guaco en este caso, y creemos que debe administrarse con confianza. Pero recomendamos á los futuros experimentadores que antes de dar muerte al perro reputado rabioso, aguarden á que muerda otro animal y le comunique la enfermedad, pues sólo así se puede estar seguro de que en realidad tenía hidrofobia.

Nosotros hemos ensayado y hecho conocer yá la acción casi específica de esta misma planta para combatir los síntomas, á veces alarmantes, que produce la picadura de los escorpiones en la América intertropical.

En patología el Guaco ha sido encomiado, sobre todo para el cólera, especialmente por Chabert, que dice haber perdido únicamente 35 enfermos entre 400 que asistía. El prescribía la planta en infusión y en tintura, tanto por la boca como en lavativas y en fricciones. Los resultados obtenidos por otros profesores, si no tan favorables para pretender hacer del Guaco un remedio seguro contra ese terrible azote, han confirmado que éste es en realidad uno de los agentes que pueden emplearse con más provecho en tales casos, particularmente en el período álgido de la enfermedad.

Noel Pascal y Ricord han recomendado su tintura alcohólica como un tópico muy ventajoso para modificar ciertas úlceras sifilíticas.

Han sido elogiados también sus buenos efectos en la fiebre amarilla contra las intermitentes, en los reumatismos sub-agudos ó crónicos, y como emenagogo y antihelmíntico; pero los hechos no son bastante numerosos para poder dar por demostradas estas propiedades.

Todo induce, sin embargo, á hacer creer que ensayos bien dirigidos acabarían por asignarle un lugar importante en la terapéutica. Nosotros pensamos que podría prescribirse con buen éxito en la forma adinámica de la fiebre tifoidea y en algunas perniciosas que se le asemejan.

ANDRÉS POSADA ARANGO.

UN MORDIDO DE SERPIENTE

El Dr. José V. Restrepo, médico en Santo-Domingo, envió á la Academia la siguiente observación.

Heliodoro N., de 34 años de edad, casado, de temperamento nervioso, muy buena salud habitual, de costumbres sobrias y trabajador infatigable en las márgenes del río Porce, fue mordido por una *mapaná equis* el día 23 de Agosto, á las nueve a. m. La serpiente tenía, poco más ó menos, un metro veinte centímetros de longitud, y cuatro centímetros de diámetro en su parte más gruesa. Uno de sus colmillos lo hundió en la inserción de la uña del segundo dedo, y el otro, en medio del segundo y tercero metatarsianos del pie derecho.

En el primer momento sólo experimentó una ligera punción y que lo tiraban del pie. Vio la serpiente y lleno de terror manifestó á sus compañeros de trabajo su desgracia, y éstos, asustados, le dieron por primer remedio diez y nueve frutas de contrasolima. (No me he podido proporcionar esta fruta para examinarla y estudiar sus efectos.) Poco después tomó un frasco de *serpentina*, que parece ser una tintura concentrada de guaco y mejorana.

Por instantes el dolor en el pie y la pierna se hacía insoportable, y el pobre hombre, lleno de miedo, apeló al aguardiente de anís, tomando de una vez de 250 á 300 gramos. Desesperado por los dolores, y yá ebrio, fue llevado á su cama, donde un peón le brindó diz que un "remedio infalible"; no era éste otra cosa que 60 gramos (?) de amoniaco líquido, el cual de un solo trago lo ingirió el paciente, quedando casi ahogado. Después de un cuarto de hora de sufocación y con todos los recursos que podía prestarle gente ignorante, volvió con sus anteriores dolores, más los producidos por la acción tópica del amoniaco sobre las mucosas.

A las cuatro de la tarde, yá sin embriaguez, el enfermo daba gritos arrancados por el dolor en toda la pierna, y sobre todo en el pie y en los ganglios inguinales, muy infartados yá.

A este tiempo le aplicaron ventosas escarificadas sobre el pie, y con asombro general arrojó dos ó tres bocanadas de sangre provenientes de las encías y de la boca en general. Por la noche apareció calofrío fuerte, continuado por fiebre acompañada de delirio y convulsiones tónicas, á la vez que epistaxis abundante que duró nueve horas; al terminar ésta, siempre con fiebre, vinieron la orina sanguinolenta y náuseas fuertes, sin poder producir el vómito á pesar de que empleó medios mecánicos.

En este mismo estado pasó el día y la noche del 24, aunque por momentos apuraba la hemorragia renal hasta ser su orina verdadera sangre.

El día 25, además de todo lo anterior, apareció una constante diarrea de sangre.

Solicitados mis servicios médicos el día 26, ordené: percloruro de hierro líquido para tomar 15 gotas cada dos horas, hasta la terminación de las hemorra-

gias capilares; polvo de Dower y de ratania como antidiarreicos; lavativas con tanino, diuréticos y diaforéticos, sobre todo decocciones de grama, borraja y tilo.

El día 29 se me dio cuenta de que habían cesado las hemorragias nasales y de las encías, pero que la diarrea y orina eran de sangre; prescribí entonces lo siguiente:

T.	Polvo de Dower.....	6 gramos.
	D. en 6 papeles.	
2º	Ergotina de Ivon.....	10 —
	R. Gotas.	

Un papel cada cuatro horas, y seis gotas de hora en hora hasta llegar á 140, ó sea 7 gramos próximamente.

El día 31 lo trajeron á esta ciudad, pudiendo recorrer á caballo el trayecto de cuatro y media á cinco leguas. En el camino tuvo un espantoso dolor que se extendía de la región lumbar por ambos lados hasta el hipogastrio y las partes pudendas. Sus conductores diagnosticaron cólico y procedieron á aplicarle lavativas purgantes, pediluvios, fomentaciones emolientes &.^a &.^a

Al siguiente día fui á verlo por primera vez y encontré lo siguiente: fiebre poco intensa, 96 á 100 pulsaciones; treinta y ocho y medio grados temperatura, palidez notable, nada de diarrea ni hemorragias de la boca, fosas nasales y recto; ninguna hinchazón en el pie; nada de adenitis; ningún dolor, mucho apetito y poca sed; deseo muy frecuente de orinar. Le presenté un vaso y hubo, sin tenesmo ni dolor alguno, 112 gramos de líquido que á la vista era sangre arterial, y además dos coágulos fibrinosos. Examinado este líquido, hallé que la mayor parte de él era sangre y que no contendría 30 gramos de orina.

Ordené lo siguiente: mucha quietud, dieta láctea, agua de borraja y goma y la siguiente poción:

T.	Tanino.....	1 gramo.
	Tint. de digital.....	4 gramos.
	— de acónito.....	5 —
	Solución gomosa.....	250 —
	M. R. Pn.	

Dos cucharadas cada hora. Además una untura de bálsamo de Fioraventi con láudano sobre la región renal, que á la sazón era indolora.

A las 7 de la noche se me llamó porque estaba con el cólico; fui y reconocí un verdadero cólico nefrítico: apelé al cloral á dosis elevadas, y no habiéndome producido ningún buen resultado, apliqué el cloridrato de morfina, con lo cual se narcotizó hasta la mañana siguiente.

Apuré en este día los diuréticos y empleé además gránulos de digitalina é infusión de jaborandi. En catorce horas hubo 760 gramos de orina y sangre, pero ésta sobre la primera, pues á veces lo que orinaba era sangre pura. Por la tarde vino calofrío y luégo fiebre con manifestaciones de paludismo. No retiré mi tratamiento, y di 1,15 centigramos de quinina en dos tomas distintas.

Desde la una de la mañana empezaron á disminuir la fiebre y la sangre, y á las ocho de la mañana que lo visité, observé que orinó treinta y dos gramos de orina natural, pero con bastantes pelusas amarillosas.

Este líquido era ácido, de olor urinoso, no contenía albúmina, y con un lente, por carecer de microscopio, vi y creo no equivocarme al asegurar que las pelusas eran verdadero epitelio.

A las dos de la tarde había orinado cinco veces con abundancia, y en la quinta vez la orina era absolutamente natural.

Desde ese momento el enfermo entró en completa convalecencia, y actualmente sólo experimenta los síntomas de un anémico. Lo tengo tomando vino de quina Laroche y píldoras ferrotónicas, y por días se ve su reposición.

EL DOCTOR ANTONIO MENDOZA

Hoy registra la Academia de Medicina de Medellín, con sincero pesar, el fallecimiento del Sr. Dr. Antonio Mendoza, acaecido el día 23 del mes próximamente pasado; y al hacerlo, recomienda su memoria al respeto de sus compatriotas, y anhela con ahinco que su nombre sea rodeado de la consideración que se merece.

Nació el Sr. Mendoza en la ciudad de Bogotá el año de 1803, y fueron sus padres D. Manuel Mendoza y D.^a Concepción Camacho, miembros distinguidos de una antigua familia que honró con virtudes tradicionales á la capital del Nuevo Reino de Granada.

La instrucción que cumple á la niñez la recibió Mendoza de los ejemplos y enseñanzas de sus padres, quienes mostraron siempre gran celo por la educación de sus hijos.

Después de recibir preparación elemental, entró el inteligente joven al Colegio de San Bartolomé, donde cursó latinidad bajo la dirección de dos distinguidos profesores, los Dres. Bayona y Bustamante. El aprovechado discípulo conservó hasta el término de su vida profundos conocimientos en esta lengua, que miró siempre con especial cariño, y de la cual se sirvió para asentar sobre sólidas bases el aprendizaje de otros ramos de la ciencia, que cultivó con entusiasmo y afán.

Al estudio del latín sucedió un curso completo de Filosofía, dictado al estilo en que por aquella época se estudiaba; y es de notar que en todas las materias que abrazaba esa facultad, se distinguió como aventajado alumno y de modo sobresaliente.

En el Colegio del Rosario, y teniendo como maestro al erudito Dr. Manuel Forero, perfeccionó el conocimiento de ciencias preparatorias, que debían servirle para continuar sus tareas en la facultad de Medicina, según sus geniales aspiraciones.

Había por aquel tiempo en la capital de la República dos grandes profesores de ciencias médicas: los Dres. Pedro Pablo Broc y Bernardo Daste. Mendoza siguió con provecho y consagración las lecciones de aquellos ilustres sabios, y merced á trabajo constante adquirió bien pronto variados conocimientos en Anatomía, Fisiología y demás ramos de la ciencia médica.

Cuando yá tuvo gran caudal de ideas y de principios en la profesión que debía ejercer, adquirió la práctica de su arte con el erudito Dr. José Félix Merizalde, honra y gloria de la Medicina nacional. Como discípulo de tan experimentado director, asistió á los Hospitales militares establecidos por entonces en la capital de Colombia, y avigoró su capacidad en manera tál, que á la temprana edad de diez y ocho años se le consideraba como perito en el arte de curar.

Con el insigne naturalista, químico y matemático Sr. de Boussingault adquirió copiosos elementos de Química, y con el Dr. Juan María Céspedes cursó Botánica en el Observatorio Nacional, ciencia á la cual, por gran afición, dedicó mucho tiempo de observaciones y prolijo esmero en su cultivo.

El año de 1822 presentó exámenes públicos, con el fin de optar á grado de doctor en Medicina y Cirugía. Estos actos, dedicados al General Francisco de P. Santander, Vicepresidente de Colombia, á más de ser coronados con éxito brillante, llamaron la atención del pueblo, por ser de los primeros que ocurrieron después de nuestra emancipación de la madre patria.

Era el General Santander entusiasta promotor de la educación pública, y como tál estimó en alto grado los vastos conocimientos científicos del Dr. Mendoza, depositó en él gran confianza y le honró constantemente con amistad personal.

En el año de 1827, la República de Colombia estuvo á punto de caer en anarquía, por imposibilidad de completar el número de Senadores que debían reu-

nirse en Congreso para renovar el personal de empleados públicos. Dependía la dificultad de enfermedad que había atacado al Dr. Alonso Uscátegui, quien desde Guayana venía como Senador á Bogotá; pero que detenido por su dolencia en Sogamoso, no podía continuar camino.

El Gobierno comisionó al Dr. Mendoza para ir rápidamente al lugar indicado, salvar al paciente y seguir con él á la capital. Así hubiera sucedido, porque el enfermo mejoró bastante para llegar hasta la ciudad de Tunja, donde, por incidente inesperado, recayó con gravedad tanta, que fue imposible continuar el viaje.

El Dr. Mendoza puso en conocimiento del Gobierno este desgraciado acontecimiento, y para obviarlo resolvieron los Diputados de Venezuela, Ecuador y Cundinamarca trasladarse inmediatamente á Tunja, donde reunidos en Congreso, en la casa misma del enfermo, salvaron por entonces los inconvenientes de la situación; debiéndose al Dr. Mendoza, en la mayor parte ó en el todo, la solución favorable de este asunto, pues para ello obró con singular inteligencia y actividad.

En 1828 vino el Dr. Mendoza por primera vez á la Provincia de Antioquia, y se estableció en la ciudad de Río-Negro, en la cual contrajo matrimonio un poco más tarde con una recomendable señorita, descendiente de una de las más respetables familias de la Provincia.

Por el tiempo á que aludimos, la ciudad de Río-Negro se hallaba en estado floreciente, tanto por su riqueza comercial, cuanto por la exquisita cultura de sus habitantes y por la importancia personal de muchos hombres, que por su porte y sus caudales le daban suma influencia entre todas las poblaciones de la comarca.

Las relaciones del Dr. Mendoza en Río-Negro fueron desde el principio extensas y de recíproca utilidad para él y para los vecinos; porque si de un lado él estaba rodeado de respetos y atenciones, de otro pagaba esas ventajas con señalados servicios profesionales, que tanto tenían de desinterés como de inteligencia; porque es bueno que se sepa que entre las eximias dotes que formaron el carácter de este colombiano ilustre, el desprendimiento y la caridad se mostraron constantemente para beneficio de pobres y ricos, sin distinción.

Una vez establecido en Antioquia, el Dr. Mendoza tomó casi siempre parte activa en los acontecimientos políticos que agitaron nuestra sociedad. Vencedor unas veces en nuestras contiendas intestinas, y derrotado otras, ni el triunfo lo envanecía, ni los reveses lo humillaban; porque sereno y resignado de costumbre, se mostraba benévolo en la prosperidad y decoroso en el infortunio.

Como obrero de la política militante, nuestro comprofesor fue llamado con frecuencia por el voto de sus conciudadanos á tomar asiento en los Congresos Nacionales y en las Asambleas de Provincia ó Estado; sin que por esas tareas abandonara en los tiempos de tregua el ejercicio de su profesión de médico y el de educador de la juventud; pues en Río-Negro fue, en los primeros tiempos de su vida pública, director de un Colegio, y en Medellín, en sus últimos años, Rector de la Universidad de Antioquia.

En el año de 1855, por motivos políticos, se vio precisado á ausentarse de Antioquia y obligado á establecerse en Ambalema, punto al cual fue llamado por amigos que apreciaban su carácter y estimaban sus conocimientos. En esa última ciudad trabajó como Médico, con acierto y utilidad, porque sucedía eso cuando Ambalema era emporio de riqueza, y cuando esa notable factoría, próspera por su comercio y por su agricultura, llamaba hacia ella opulentos capitalistas nacionales y extranjeros. En este último lugar de su residencia alcanzó mucho crédito como profesor de medicina, y por la bondad de su índole obtuvo la confianza de las respetables casas comerciales Percy Brandon, Adams y Crosby, Uribe y Santamaría, Uribe y Tamayo, Posada y Muñoz, Uribe Hermanos y C.^a &c. Tuvo, sin embargo, que separarse de esas tareas, obligado por los acon-

tecimientos revolucionarios que principiaron á efectuarse en la República en el año de 1860. Por consecuencia de aquellos trastornos fue preso en Bogotá durante 14 meses, al término de los cuales formó parte en 1861 de la comisión de Ministros Plenipotenciarios que extendieron y firmaron el Pacto Federal de Unión en 20 de Septiembre del mismo año.

Uno de los servicios más valiosos prestados á la humanidad por el Dr. Mendoza se verificó durante su permanencia en Ambalema. La viruela invadió por aquel tiempo con terrible furia la mayor parte de las poblaciones de nuestro territorio, y, para tratar de evitar tan gran calamidad, el humanitario doctor, puesto de acuerdo con el Sr. Antonio Santos, hizo llevar de Bogotá pus vacuno de excelente calidad. Con esmero recomendable propagó tan felizmente la redentora linfa, que inoculados todos los habitantes de la ciudad y sus contornos, ni un solo caso de la mortal epidemia se presentó entre ellos.

Durante la guerra que estalló en 1860, nuestro compatriota, al regresar de Bogotá á Antioquia, fue nuevamente aprisionado; pero en esa ocasión se le trató con tanta dulzura y cortesía que, apenas detenido, se le permitió permanecer en Río-Negro al lado de la familia.

Terminada aquella desastrosa guerra asistió á la Asamblea constituyente del Estado Soberano de Antioquia, en la cual fue nombrado Gobernador de esta Sección de Colombia, destino que desempeñó á contentamiento de la gente sensata, y ocupó también puesto en la Convención Nacional que se reunió en Río-Negro en 1863.

Fue después de esto cuando desempeñó el Rectorado del Colegio del Estado y cuando, por cambio de Gobierno en 1864, pasó de ese empleo á funcionar en la Administración de Hacienda Nacional por algunos años, y terminó más tarde su carrera pública como diputado á la Convención constituyente de Antioquia en 1877 y como Inspector de la Casa de Moneda de Medellín. La Convención y algunas Asambleas expidieron en favor del Dr. Mendoza varios Decretos, y uno de éstos lo condecoró con una medalla de honor.

Larga, como se ve, ha sido la existencia del ciudadano cuya pérdida lamenta hoy la Academia de Medicina de Medellín, y eximios los merecimientos de tan distinguido colombiano.

Cuando le tocó estar en el poder como Gobernador de las Provincias de Córdoba y Antioquia, manifestó claramente que en todos sus actos públicos no tenía más norma que la honradez y la justicia, el patriotismo y la rectitud. Vivió mucho y luchó siempre; trabajó con empeño infatigable por el bien y alivio de sus semejantes; vivió y murió pobre, lo que revela la índole de sus privilegiadas facultades y la bondad de sus intenciones.

El trato familiar del Dr. Mendoza era sumamente ameno, y su discurso, espontáneo y copioso, corría parejas con su pensamiento sólido y correcto. Su oratoria, sin alcanzar los términos de la vehemencia, era admirable, y sobre la tribuna, estimulado por el convencimiento, que era su pasión, dominaba siempre al auditorio por la persuasión y la blandura.

Feliz el hombre que, como el Dr. Antonio Mendoza, al rendir el último aliento para entrar sereno por el camino infinito de lo eterno, puede decir con entera certidumbre: he servido en la esfera de mis facultades y según las miras de la Providencia, á la patria y á la civilización, á la familia y á la humanidad.

Medellín, 1887, Noviembre 1.º

MANUEL URIBE ANGEL.