

# ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Redactores: J. B. LONDOÑO y L. POSADA BERRIO

AÑO XV }

Medellin, Agosto de 1911.

} N° 12

## CONGRESO MEDICO EN MEDELLIN

*República de Colombia.—Academia Nacional de Medicina.—  
Junta Organizadora del segundo Congreso Médico Nacio-  
nal.—Bogotá, 29 de Junio de 1911.*

Sr. Presidente de la Academia de Medicina de Medellín.

En las sesiones científicas que, iniciadas por la Academia Nacional de Medicina, tuvieron lugar en esta Capital con el objeto de contribuir á celebrar el primer Centenario de nuestra Independencia, se acordó promover la reunión periódica de Congresos de Medicina en Colombia, internacionales ó nacionales. En las mismas sesiones se nos hizo el honor de designarnos para formar la Junta organizadora del próximo Congreso de Medicina, á la cual corresponde también resolver si éste debe ser internacional ó colombiano. Estudiado este punto, se resolvió que el Congreso sea nacional y que se reúna en la ciudad de Medellín.

El segundo Congreso colombiano de Medicina tendrá, pues, lugar en esa ciudad el 20 de Julio de 1912, é invitar á esa ilustrada Corporación á tomar parte en él es el objeto de la presente nota que, seguramente, será acogida con la buena voluntad que es de esperarse del patriotismo y de la ilustración de los honorables miembros de esa Academia. Por demás está encarecer los beneficios que la Nación en general y la medicina de nuestro país en particular, pueden recibir si to los nos decidimos á poner nuestro esfuerzo al servicio de esta idea, que no solamente contribuirá á estrechar más los vínculos que mantienen la unidad de la patria sino que acrecentará la solidaridad de los que nos hemos dedicado al estudio de las ciencias médicas y naturales.

En el programa del Congreso se señalarán los puntos que la Junta organizadora ha creído conveniente recomendar de un modo especial á quienes se inscriban como miembros

del Congreso, pero todos ellos quedan en libertad de presentar trabajos sobre cualesquiera otros asuntos relacionados con la medicina. El estudio de los climas de Colombia hará conocer en el Exterior la bondad de nuestras fértiles regiones; mostrará que las enfermedades tropicales no tienen aquí la intensidad ni la extensión que se les atribuye; que las grandes epidemias, como el cólera y la peste bubónica, no han llegado á nuestros puertos; que la fiebre amarilla no ha devastado las poblaciones de nuestros climas cálidos; todo lo cual será de grande importancia para nuestra vida internacional y económica. Las obras de salubridad de nuestras principales ciudades y de nuestros puertos, exigen imperiosamente nuestra atención, así como los demás problemas de higiene pública y privada, sin la cual no se concibe la civilización. A la vista tenemos problemas importantes relacionados con la medicina legal y con la neuropatología. Inélita está aún nuestra riquísima flora, fuente segura de elementos de salud. La higiene, así como la agricultura y la industria pecuaria, bases principales de nuestra riqueza, necesitan el concurso de la medicina veterinaria. La odontología reclama también el estudio de varios de sus ramos. Hé ahí por qué la Junta organizadora del Congreso ha recomendado los temas mencionados en el programa que ha elaborado, y por qué aguarda que esa docta Academia no vacilará en contribuir á la reunión de este Congreso y que le prestará el contingente de sus luces.

Al buen éxito de este segundo Congreso mélico de Colombia contribuirá decididamente la feliz idea de haber sido elegida para las sesiones la floreciente y bella ciudad capital del Departamento de Antioquia, centro social y científico que hace honor al país, y donde hallaremos fraternal acogida y eficaz apoyo en el ilustrado cuerpo médico de que es centro la Academia de Medicina de Medellín.

Con el objeto de organizar oportunamente los trabajos preparatorios y luego la reunión del Congreso, esta Junta, en su nombre y en el de la Academia Nacional de Medicina, suplica á la Corporación que Ud. dignamente preside se sirva nombrar una Comisión que se encargue de reiterar á los médicos, naturalistas, veterinarios y dentistas de los Departamentos de Antioquia y Caldas la invitación que se les hace y de recoger su adhesión al Congreso. Con esta honorable comisión se entenderá en lo sucesivo esta Junta para todo lo relacionado con la realización de este proyecto.

Si para el mejor éxito del Congreso estima esa Academia que deben recomendarse al estudio otros asuntos ó introducirse algunas modificaciones al programa, la Junta atenderá con gusto sus indicaciones.

Próximamente tendremos el gusto de remitir á la Academia el programa y los reglamentos del Congreso.

Nos suscribimos de Ud. muy atentos servidores,

PABLO GARCÍA MEDINA, Presidente.—ELISEO MONTAÑA, Vicepresidente.—ROBERTO FRANCO F.—CARLOS MICHELSEN U.—FEDERICO LLERAS A.—SEBASTIÁN CARRASQUILLA.—*M. Camacho*, Secretario.

## FIEBRE BILIOSA HEMOGLOBINURICA

DR. G. TORO VILLA

J. M. A., natural de Medellín, 35 años. Ha vivido siempre en esta ciudad sin haber tenido nunca manifestaciones palúdicas; su salud, en lo general, ha sido buena. Constitución robusta.

En Diciembre de 1910 va á orillas del Magdalena á trabajar en el Ferrocarril de Antioquia. Durante el primer mes conservó su buena salud, pero al segundo sufrió accesos francos de paludismo, forma terciaria, que lo obligaron á entrar al Hospital de la Empresa; en pocos días desaparecieron las fiebres y pudo continuar su trabajo, según dice, en un lugar de la línea más malsano que el que anteriormente ocupaba. Pronto reaparecieron las fiebres, que él mismo se trató al principio, tomando sulfato de quinina, hasta fines del mes de Febrero, en que tuvo una fiebre continua, con gran malestar y postración, emisión de orinas negras y vómito bilioso abundante, que lo obligaron á entrar de nuevo al Hospital, donde fué tratado convenientemente hasta hacer desaparecer todos esos síntomas en el curso de 36 horas. Por acertado consejo del médico resolvió abandonar esa región cuando estuvo un poco repuesto, y se puso en camino para Medellín; en su viaje reaparecieron de nuevo las fiebres y volvió á tomar algunas dosis de quinina, sin conseguir mejorar; después de unos días de demora llegó al Hospital de San Juan de Dios de esta ciudad, en Abril de 1911.

Se examinó el 21 de Abril. Revelaba una profunda infección palúdica. Bazo de 18,15 c. m., fiebre continua con exacerbaciones cada tercer día, precedidas éstas por violento calofrío. La sangre periférica tomada en uno de los días intermedios, con una temperatura de 38,5, mostró un gran número de hematozoarios en anillo (sp. *Laverania malariae*). El médico del servicio le prescribió sulfato de quinina en forma pilular hasta la concurrencia de 0,50 centigramos por día.

Dejámos de verlo cuatro días, cuando al quinto se nos comunicó que estaba muy grave; con permiso del Jefe del servicio lo examinámos para medicinarlo.

Desde el día anterior había despertado con intenso calofrío, dolor de cabeza, raquialgia y una sensación de angustia epigástrica, que lo mortificaba mucho; pronto apareció el vómito en un principio alimenticio y mucoso, para tornarse en pocas horas de un color verde obscuro, haciéndose cada vez más frecuente hasta haber completa intolerancia gástrica; al principio las conjuntivas, y más tarde todos los tegumentos, se volvieron completamente ictericos; la temperatura subió ese día hasta cerca de 41; por el mismo tiempo se obscureció la orina y tomó un color de cerveza negra.

Al día siguiente cuando lo vimos, su estado era bien precario: casi áfono en profunda postración, pulso pequeño depresible, 132 por minuto, temperatura 39, sensibilidad epigástrica, raquialgia, bazo 24,18. El vómito era cada vez más frecuente y con los mismos caracteres apuntados ya; orina casi negra muy albuminosa; la prueba del papel blanco absorbente fué positiva con respecto á la hemoglobina. Se le toma sangre, tropezando con alguna dificultad para extenderla convenientemente, debido á su mucha fluidez, cosa que no había sucedido cuatro días antes.

Se hizo el diagnóstico de fiebre biliosa hemoglobinúrica y, conocidos sus antecedentes palúdicos, procedimos á ponerle una inyección de clorhidrosulfato de quinina, al mismo tiempo que instituímos el tratamiento de Hearsey, al cual agregámos, de motu proprio, una pequeña cantidad de mentol para combatir más directamente el vómito; hielo en el epigastrio y dos grandes lavados diarios con suero fisiológico.

El examen de la sangre tomada esa mañana, fué completamente negativo con respecto al hematozoario del paludismo; se notaba en ella poikilocitosis, policromatofilia, algunos glóbulos con granulaciones de Schuffner y desigualdad globular.

En la tarde la temperatura había caído á 38,5, la orina siempre negra, el vómito había disminuído y el estado general era menos malo. Nuevo examen de sangre con el mismo resultado que el de la mañana. Se pone otra inyección de quinina y se continuó el mismo tratamiento.

En la noche desapareció el vómito completamente y las orinas de la mañana siguiente tenían un aspecto normal. La temperatura estaba en 37 y el pulso en 90; el tinte icterico había desaparecido en gran parte, y sólo era

bien visible en las conjuntivas. Nueva inyección de quinina. Se suspende en seguida todo tratamiento.

Durante el resto de su permanencia en el Hospital no volvió á tener accesos febriles; se le dió una poción tónica y pudo salir quince días más tarde completamente re-  
puesto.

Por muchos caracteres especiales no vacilamos en creer que en el caso presente se trató de una fiebre biliosa hemoglobinúrica, que nos sugiere algunas consideraciones, vistos los problemas que esta entidad, todavía materia de estudio, ha levantado:

Primero. Es indudable que esta enfermedad, de muy limitada distribución geográfica antiguamente, puesto que sólo se le aceptaba en las costas de Africa y algunos otros puntos muy lejanos, existe entre nosotros;

Segundo. Tres opiniones distintas sobre su etiología son sostenidas con abundancia de argumentos cada una:

a) La de su origen malárico;

b) La de origen quínico;

c) La de su origen en un organismo vivo, especial, hasta ahora desconocido.

Los de la primera la tratan por la quinina, droga prescrita por los segundos, de tal modo que quien conociendo la literatura de esa enfermedad, la observe sin prejuicios, encuentra una duda grande respecto al tratamiento que deba emplear. Desconocido el parásito á que la atribuyen los terceros y faltando, como faltó en este caso—y como dicen muchos autores que falta el hematozoario durante el acceso—se halla todavía más cohibido el médico para el diagnóstico diferencial y para el tratamiento específico. Es cierto que las granulaciones de Schuffner son patognomónicas de la infección malárica, pero pueden escaparse muy sencillamente á toda observación, y que las otras alteraciones y deformaciones globulares serian un indicio de ella, pero como tal carecen de valor aislada-  
mente.

Tercero. Más aceptable que estas tres opiniones clásicas nos parece la de Brem que dicotomiza la enfermedad y considera una parte como forma de malaria pernicioso, como podrían serlo la pernicioso cerebral, la coleriforme ó la álgida, y la otra de origen quínico, debido á la alteración previa que el hematozoario ejerce disminuyendo la resistencia de los eritrocitos y aumentando su fragilidad. El examen hecho anteriormente de nuestro enfermo, la observación del hematozoario en su sangre periférica, nos llevaron á creer que se tratara de la primera forma, creen-

cia confirmada por el resultado que dió la medicación específica de la malaria.

Quarto. No vacilamos en recomendar el tratamiento de Hearsey, como coadyuvante en la primera variedad, como principal en la segunda. Es análogo al de Sternberg para la fiebre amarilla, que en manos de su autor ha mejorado tanto las estadísticas de mortalidad para esa enfermedad y del cual obtuvimos mucho éxito cuando dicha epidemia se presentaba en las minas de Muzo, al cual le agregábamos siempre 0,20 centigramos de mentol para combatir el emetismo.

Tratamiento de Hearsey:

Dar cada dos horas una copa de una solución acuosa que contenga por dosis:

Solución al milésimo de bicloruro de mercurio .....	1,50
Bicarbonato de soda.....	0,60

## ANEMIA Y DIARREA VERMINOSAS

DR. L. POSADA BERRÍO.

A. S., niña de siete años, habita en la parte oriental de la ciudad, sufría hacía ya algún tiempo de una diarrea pertinaz, con deyecciones muco-sanguinolentas, fétidas, con frecuentes accesos febriles y con dolores, á veces violentos, localizados principalmente en la S. ilíaca y alrededor del ombligo. El apetito era muy variable: voraz en ocasiones, en otras apenas si pasaba alimento, llamándole únicamente la atención la cal. El vómito era frecuente.

El 3 de Abril, día en que vimos por primera vez á la enfermita, la encontramos en el siguiente estado: lengua saburral, roja en los bordes y en la punta, con 39.5 de temperatura, 20 respiraciones por minuto y 90 pulsaciones, débiles. Edema generalizado, ó mejor, anasarca. Los párpados y los labios llamaban la atención por el edema, edema que se extendía no sólo á la región frontal sino también al cuero cabelludo. Era igualmente notable el edema en ambas regiones maleolares. Las conjuntivas palpebral y bucal completamente descoloridas, lo mismo que la cara, con aquel aspecto y tinte característicos de las grandes anemias.

A la auscultación se percibían soplos anémicos marcadísimos, lo mismo que en las yugulares y femorales. En los pulmones, fué de una respiración un poco ruda, no se percibía nada particular. A la palpación había gran sensi-

bilidad en la región epigástrica, lo mismo que en los cólonos transverso y descendente. A pesar del edema de la pared abdominal se percibían fácilmente grandes el hígado y el bazo, mas no con aquellas proporciones enormes con que suelen encontrarse en algunas anemias palúdicas. La orina era escasa y muy cargada de pigmentos. Según los datos que nos dieron pudiera evaluarse la cantidad de la orina en las 24 horas, en 300 ó 400 gramos. El examen en cuanto á albúmina fué negativo. Los ganglios preauriculares, del cuello y de la ingle estaban inflamados, algunos muy grandes y hasta sensibles á la presión.

El examen de la sangre, con relación á la hemoglobina, en el hemoglobímetro de la casa de Boehringer & Soehne, nos dió por resultado, aproximadamente, un 30%.

En vista de la anemia de la niña y de lo pertinaz de las perturbaciones digestivas pensámos en una diarrea y anemia verminosas.

Hecho el mismo día el examen de las materias fecales al microscopio, nos dió el resultado siguiente: En una preparación de 1 cjm. c. encontramos:

Huevos de tricocéfaló dispar,	150.
— ascárides lumbricoides,	100.

Cristales de Charcot.—Leyden, en abundancia.

Glóbulos rojos, algunos.

Por el resultado del examen se podía comprender con facilidad la expoliación que en aquel organismo mal nutrido, aquel considerable número de parásitos, por sus acciones mecánica, tóxica ó infecciosa, habían podido provocar, hasta llevarlo á aquel lamentable estado. Si bastaba una sola clase de aquellos gusanos para provocar aquellos trastornos, con mayor razón estando asociados.

Además, sabido es que en las enfermedades parasitarias las lesiones que éstos pueden provocar no están en relación directa con el número de éstos, pues individuos hay portadores de gran número sin que manifiesten ninguna perturbación, mientras que otros, por el contrario, con pocos parásitos, son éstos suficientes para provocar fenómenos desastrosos y mortales.

Hemos visto últimamente—*Presse Medicale*—que los factores principales de la hemolisis de la infancia, según Combe—*Revue médicale de la Suisse romande*—son la avariosis, la tuberculosis y los parásitos intestinales.

En vista del estado precario de la enfermita y de la mala eliminación renal, prescribimos, para empezar, lactosa, tomada en leche ó en agua de estigmas de maíz, y un

vermífugo con base de semen-contra. El efecto no se hizo esperar, pues desde el primer día arrojó unas 150 lombrices. En una sola deposición expulsó unas 60. Al cuarto día se repitió el vermífugo, arrojando en esta segunda ocasión más de 80.

Total de lombrices expulsadas 230 aproximadamente, en su mayor parte, según datos, de 10 á 16 centímetros.

Después de ocho días de reposo, durante los cuales prescribimos una medicación apropiada, y habiendo empezado á ganar bastante la enfermita, le mandámos tomar dos cucharaditas de leche de higuerón, una cada media hora, seguidas de 20 grs. de aceite de castor (1).

El número de tricocéfalos arrojado fué abundantísimo, mas á pesar de nuestra recomendación á la familia de contar el número de gusanos, ésta no lo hizo y nos quedámos sin saber su número.

Ocho días después habían desaparecido los edemas y la diarrea, y había una reposición sorprendente. Repetimos el examen de las materias fecales y encontramos aún cinco huevos de tricocéfalo por preparación.

Hicimos repetir la dosis de jugo de higuerón y sólo arrojó tres parásitos.

La niña A. S. continuó tomando una medicación apropiada para la anemia, y el 27 de Mayo en que la vimos por última vez, tenía buen color, estaba notablemente repuesta y todo aquel infarto ganglionar apenas se percibía. El examen de la sangre al hemoglobímetro nos dió un 75 % de hemoglobina.

Por este estilo tenemos varias observaciones de accidentes producidos exclusivamente por el tricocéfalo,—agregando, si, varios casos de pralapsus rectales muy frecuentes en Medellín por dicho parásito en los cuales da muy buen resultado un tratamiento seguido hace bastante tiempo por el Dr. Emilio Quevedo, el cual consiste en

(1) Como hasta el presente el empleo del jugo de higuerón—variedad de *figus*—lo hacemos de una manera enteramente empírica, puesto que por completo ignoramos el principio activo de dicho jugo, creemos prudente no aumentar mucho la dosis. Hemos observado en dos adultos fenómenos de enteritis con dos cucharadas, y en una niña de dos años, con sólo una cucharadita, vómito frecuente y enfriamiento. El Dr. G. Toro Villa ha observado, igualmente, fenómenos de intoxicación, como se verá en la nota publicada en este mismo periódico. Ciertamente es que en la generalidad de los casos dicha leche no produce el más mínimo trastorno, á dosis mayores. El Dr. Emilio Jaramillo, Profesor de Química de la Universidad, estudia en la actualidad, á petición nuestra, el jugo citado, por ver de conocer y aislar el principio activo. Si se logra obtener un resultado satisfactorio, publicaremos, con su valiosa colaboración, un trabajo sobre la materia.



una solución fuerte de nitrato de plata en lavativas,—pues como se verá por el pequeño cuadro estadístico que á continuación publicamos, el tricocéfalo es el parásito que más abunda en Medellín. De los individuos que yá por perturbaciones digestivas y anémicas hemos examinado hasta ahora, nos ha dado el resultado siguiente:

EXAMENES

coprológicos correspondientes á Abril, Mayo y Junio.

VECINDAD	Número de enfermos.	huevos de Tricocéfalo, en	huevos de Necator, en	huevos de Ascarides lumbricoides, en	huevos de Tenia saginata, en	Larvas extropiloides.
Medellín.....	23	22	5 (1)	19	1	2
Girardota.....	40	15	38	26	0	2
El Poblado.....	7	4	6	4	0	0
Itagií.....	6	3	5	4	0	0
Copacabana...	5	2	5	4	0	0
Prado.....	5	5	3	5	0	0
Don Matías....	3	1	2	1	0	0
Barbosa.....	2	1	2	1	0	0
Envigado.....	2	1	2	2	0	0
La América....	1	0	1	0	0	0
Robledo.....	1	1	0	1	0	0
S. Jerónimo....	1	0	1	0	0	0
Bogotá.....	1	1	0	0	0	0
Breslau.....	1	0	0	0	0	0
Cádiz.....	1	1	1	0	0	0
Neufchatel....	1	1	0	0	0	0
	100	58%	71%	67%	1%	4%

Por este principio de estadística vemos que, mientras á Medellín corresponden un 95.15% de individuos portadores de tricocéfalo y un 21.17% de anquilostómos, en Girardota se cambia la proporción y encontramos en 37.20% de individuos atacados de tricocéfalos y un 95% de anquilostómos.

Esto se explica fácilmente si tenemos en cuenta que Girardota es una población cuyos habitantes se dedican á la agricultura, principalmente al cultivo de la caña de

(1) Tres de estos individuos han estado en cafetales en Fredonia y el otro es alfarero.

azúcar, lo que no pasa con los de Medellín. La misma proporción se guarda en las otras poblaciones agricultoras.

Así, mientras en Medellín abunda la tricocefalosis, en las otras poblaciones es la anquilostomosis la que domina.

## LA TINTURA DE YODO Y LA ANTISEPSIA

POR EL PROFESOR PAUL RECLUS

(Traducción por F. A. P. P.)

Puesto que dicen que es necesario dar siempre en el mismo clavo y con el mismo martillo, os hablaré hoy todavía de la tintura de yodo, que tanto había descuidado la terapéutica quirúrgica hasta estos dos últimos años; No hacer de ella, en efecto, dadas sus maravillosas propiedades microbicidas, el antiséptico de más fácil manejo, el de menor peligro y el más poderoso?

La historia médica del yodo data de 1820, época en que el Dr. Coindet (de Ginebra) probó que si ciertos remedios, conocidos hacía tres mil años, como la esponja quemada y el polvo de encina marina, curaban el bocio, lo debían al yodo, metaloide que Courtois había aislado en 1811—Apoderáronse los médicos del descubrimiento y en menos de quince años aparecieron más de sesenta memorias para demostrar la eficacia de esta sustancia—En 1836 los cirujanos á su turno se apoderaron de él, y desde los éxitos obtenidos por Martín (de Calcuta) y por Velpeau en la cura de la hidrocele, queda uno estupefacto del número de afecciones declaradas tratables por el yodo. Para convenceros de ello recorred solamente el Tratado de Yodoterapia de Boinet, volumen de 835 páginas publicado en 1855, y veréis allí el yodo indicado contra casi todos los casos morbosos, desde la lepra hasta el cáncer, pasando por la tuberculosis, la gota y la sífilis.

Mas aunque Boinet pronuncia la palabra “antiséptico” desde la segunda página de su libro, las lesiones traumáticas están reducidas á la porción congruente, y un solo capítulo de los más cortos, trata de las heridas y de sus complicaciones. Encuéntranse allí no obstante nociones que precisan las modificaciones del pus que, bajo la influencia del yodo, de fétido y virulento que era se transforma en pus de buena naturaleza, y punto de mayor importancia, aun se muestra que gracias á la tintura de yodo algunas fracturas complicadas pueden curar. Toda la devoción, ya próxima, estaba contenida en esas palabras, y si se hubiera prestado atención ó confianza á esas observaciones, si resueltamente se hubiera adoptado el método, la infección purulenta fuera vencida y la era

antiséptica naciera veinte años más temprano. Desgraciadamente Pasteur no había pasado por allí, para apoyar con su doctrina este descubrimiento debido sólo al empirismo. Boinet mismo se contentaba con decir que "la tintura de yodo, aplicada sobre las heridas recientes ó antiguas, puede prevenir ó detener las reabsorción purulenta". Pero la autoridad de este médico modesto no era suficiente para arrostrar la cohorte de nuestros estados mayores quirúrgicos.

Muy bien! mas cuando la suerte fué verdaderamente injusta, fué cuando en plena batalla y cuando la doctrina de la antisepsia estaba ya triunfante, no se vió á la tintura de yodo resaltar y ganar á su rival, el ácido fénico, fué cuando en 1873, Davaine, el émulo demasiado olvidado de Pasteur, declaró que para matar la bacteridia carbuncosa y curar pústula maligna, la tintura de yodo era sesenta veces más activa que el ácido fénico; Pero nó! Lister y su eminente discípulo Lucas Championiere, nuestro gran apóstol de la antisepsia en Francia, habían sostenido el combate ardiente, y hecha la revolución bajo la bandera del ácido fénico, le había tocado la pena, debía corresponderle el honor. No se pensó mucho en la tintura de yodo, y esta hermana mayor debió de contentarse con el modesto papel de una Cendrillon; recurrióse á ella para trabajos pequeños: reprimir los botones carnudos demasiado exuberantes, excitar las úlceras atónicas ó purificar el campo operatorio, y aun esto con precaución añadida al jabonado y al cepillado de la piel ya lavada con éter y alcohol.

Verdaderamente no fué sino después de las pesquisas de Grossich (de Fruimes), en 1903, y á las comunicaciones de Walther á la Sociedad de Cirugía en 1909, cuando se esclareció el valor incomparable de la tintura de yodo. Fué entonces cuando muchos entre los nuestros la propusieron como antiséptico de elección. Los resultados parecen decisivos, y cada día crece el número de los que la proclaman el microbicida más poderoso, el de menor peligro y el de más fácil manejo. Daré la prueba de ello, ó lo probaré.

*El de más fácil manejo*; ninguno negará esta afirmación. Y para demostrarlo abramos el tratado tan justamente clásico de Lejare y leamos en la última edición, de 1909, creo que la séptima, cómo se debe curar una cortadura ó una herida contusa de la mano en un obrero, cuya piel ajada por el trabajo, está en parte recubierta de unto, de grasa de despojos epiteliales, de polvos sucios, espesos que encierran los gérmenes patógenos más terribles. Es necesario, nos dice el autor, desinfectar desde luego la piel que rodea la herida, jabonarla con agua caliente, cepillarla larga, minuciosa, sistemáticamente con un cepillo áspero, de modo que ninguna

arruga, ninguna depresión, escapen á este primer lavado. Esto no es suficiente, y para bien desostrar toda la región, es necesario lavarla con éter, bencina, petróleo, alcohol; después de estos preliminares que pueden durar más de media hora, porque debe obrarse sin brutalidad sobre este órgano palpitante, es necesario ocuparse de la herida propiamente dicha, quitar los coágulos, los cuerpos extraños, regularizarla, ponerla en agua oxigenada, cubrirla con compresas empapadas también en agua oxigenada, después compresas secas, algodón hidrófilo, todo sujeto por bandas que no sean impermeables, para que no se opongau al drenaje capilar. Y sólo entonces se habrá terminado esta laboriosa curación.

¡Cuánto más simple con la tintura de yodo! ¿Qué se necesita para la curación? Un frasco, un pincel, ó más simplemente una compresa de gasa aséptica. Se impregna una punta con la tintura de yodo, y se comienza por embadurnar la herida; se unta toda la superficie, penetrando en todas las anfractuosidades, todos los fondos de saco que se ensanchan si estuviesen estrechos. No se dejará un milímetro sin poner en contacto con el antiséptico. Y lo hecho con la herida se hará con la piel que la rodea, esa piel ajada, rugosa, receptáculo de todos los gérmenes; se la unta simplemente con la tintura de yodo. Y sobre todo no digáis que dos seguridades valen más que una, no os imaginéis que un lavado, un jabonado y una cepillada previos, darán mayor seguridad porque además del tiempo perdido, las experiencias de Walther, y más recientemente las de Crouget, demuestran que la tintura de yodo muerde mejor, que penetra más pronto y más profundamente cuando los tegumentos no han sufrido el contacto de la bencina, del éter y del cloroformo, cuando están vírgenes de toda maniobra anterior.

Esta simplicidad admirable, esta rapidez de ejecución que permite desinfectar y curar en algunos minutos la herida más sucia, constituye yá un progreso de primer orden, en la práctica civil; pero es para la cirugía militar una verdadera revolución. Sabéis que en el curso de la batalla una parte del personal médico organiza de antemano en un lugar apartado, si se encuentra alguno, un puesto de socorro inmediato para los heridos. Con la lentitud de las curaciones de ayer, y con poco que la refriega sea recia, la ambulancia se colmará bien luego, y se encuentra uno ante dos escollos: desinfectar mal las heridas, ó no cuidar sino un número ínfimo de combatientes. Hoy bastan algunos minutos, al cabo de los cuales un soldado cuya herida ha sido realmente desinfectada por una embrocación con la tintura de yodo, se apresura á dejar á otro el lugar que ocupaba. Y lo que digo á este respecto no es una visión de lo porvenir. Quizás

algunos de nuestros conferencistas os hayan contado ya los maravillosos resultados obtenidos en la guerra ruso-japonesa: jamás, en ningún tiempo, en ningún país, en ninguna guerra se había visto á las más crueles mutilaciones sanar mejor y más rápidamente. Y no olvidéis cuán á menudo los heridos se infectan con la tierra desde que la táctica exige al soldado se oculte lo más posible y se abrigue detrás de las desigualdades del terreno.

Las curaciones consecutivas son más simples todavía: al cabo de veinticuatro horas se descubre la herida quitando las bandas, las compresas y el algodón hidrófilo de que se le ha ro-leado, en general una resumiación abundante los empapa, se hace un nuevo embaladura lo con tintura de yodo; se acumularía en las anfractuosidades declives si no se tuviera el cuidado de dar al miembro una posición que favorezca el corrimiento del líquido sobrante; se deja evaporar la tintura que deposita su yodo sobre los tejidos. Se colocan entonces las compresas, el algodón, las bandas de sostén. Y se renovará el apósito á diario—y esto es importante—hasta que desaparezcan las secreciones abundantes de los primeros días. A partir de aquel momento bastará una embrocación cada tres, cuatro ó cinco días.

Una pequeña circunstancia merece llamar vuestra atención: los exsudados de la herida se concretan y pueden formar con la epidermis costras más ó menos espesas; éstas recubren la herida botonante; algunas secreciones se colectan á veces debajo de ellas, permanecen allí, y, como no están sometidas á la acción directa de la tintura de yodo, se hacen virulentas y retardan la cicatrización. Cuando se sospecha la existencia de esos abscesos minúsculos, se ordenará la inmersión de la región enferma en agua oxigenada; las costras reblandecidas caen, la superficie granulosa se descubre, y se comienza como anteriormente las aplicaciones de tintura. Todas estas maniobras son simples, pero conviene no descuidarlas, porque abrevian á menudo varios días la curación definitiva.

\*  
\*\*

Ya he dicho que la tintura de yodo no es sólo el anti-séptico más fácil de manejar, sino también *el menos peligroso*. Y aun sobre este punto la prueba es fácil. Cuando mi comunicación á la Academia de Medicina, mi excelente amigo Lucas Championnière trató de enfriar nuestro entusiasmo, siempre con la mesura y cortesía que le eran habituales. Desde luego nos dijo, la aplicación de la tintura de yodo es dolorosa; después puede provocar la vesicación de la piel; en fin, como todos los antisépticos poderosos, es tóxica, y con

el uso se comprobará que también produce accidentes graves.

No podemos suscribir al primero de esos reproches. Ciertamente el enfermo experimenta una sensación de picadura ó de comezón más bien desagradable, pero es fácilmente soportada; hace más de un año que aplico la tintura de yodo en heridas vivas, en úlceras, en tejidos inflamados, en las más diversas regiones, á niños, hombres, mujeres, y jamás he visto uno solo rechazar el tratamiento.

Lo he ensayado en mí mismo, y un día en que torpemente me hice con una podadera una ancha herida en la región del puño, experimenté una sensación más bien penosa bajo la embrocación yodada, mas fué de corta duración y no excedió la resistencia que el más modesto valor pudiera oponer.

Sin embargo no me atrevo á decir que este argumento no me impresione jamás, y, cuando la superficie viva es extremadamente extensa, á veces retrocedo. Quiero hablar aquí de las quemaduras. Las hay de poca extensión, entonces no dudo, y los resultados obtenidos me dan valor; pero cuando llega un desgraciado con el rostro, el cuello, el tórax, los dos miembros superiores alcanzados, me da miedo, y hasta el presente me he abstenido. Y confieso que quizás lo que me detiene es que tengo á mi disposición un remedio excelente, verdaderamente heroico, cierta pomada poliantiséptica, hemostática y analgésica que mis discípulos conocen y que no ha engañado su confianza (1). Entonces no pregunto si lo mejor no es enemigo del bien, y he dejado que mi pomada viva. Mi antiguo interno, mi joven colega Descamps, ha sido menos misericordioso para con ella; no ha dudado en recurrir á la tintura de yodo en una quemadura extensa, y el éxito ha sido brillante.

El segundo agravio que se invoca contra la tintura de yodo, la vesicación de la piel, merece ser atacado de cerca. Es cierto que hay pieles delicadas que una nada irrita y que la picadura de los más inofensivos insectos hincha. Pero, en fin, esas "idiosincrasias" son raras aun en los niños, y, si nuestro colega Ombrélanne ha visto en ellas algunas irritaciones de la piel provocadas por la tintura de yodo, otro colega, Mr. Mouchet, lo emplea en los muy jóvenes, y lo encuentra muy bien. Por mi parte, desde hace más de un año que hago de la tintura de yodo el antiséptico casi único de mi servicio del Hôtel-Dieu, desde que mis jefes de clínica, mis internos y yo, embadurnamos cada mañana gran núme-

(1) Hé aquí la fórmula: Vaselina 200 grs. Antipirina 5 grs. Acido bórico 3 grs. Salol 3 grs. Yodoformo 1 gro. Acido fénico nevoso 1 gro. Sublimado corrosivo 0,40 centigramos.—N. J.

ro de nuestros heridos, no hemos observado sino tres vesicaciones, tan fugaces que fueron verdaderamente despreciables, y aun debemos preguntarnos si en esos tres casos la tintura de yodo no estaba alterada.

Y abro aquí un paréntesis importante. Sabéis que la tintura de yodo se compone de yodo disuelto en alcohol. Antes del nuevo Codex de 1908, 1300 gramos de esta sustancia encerraban 100 gramos de yodo y 1200 de alcohol á 90°. Actualmente el tenor en yodo es más considerable, y la nueva tintura encierra 100 gramos de yodo por 900 de alcohol á 95. Quizás esta mayor concentración no es muy feliz desde el punto de vista terapéutica; por nuestra parte lo aceptamos por odio á las fórmulas disparatadas. Por lo demás, esto no es cosa de gran importancia, más si lo es el que la tintura de yodo no es estable: una reacción empieza desde el primer día, y se traduce por la formación de ácido yodohídrico, activa, sobre todo los dos primeros meses, para decrecer y detenerse al cabo de siete ú ocho meses, como lo ha demostrado Courtot en una reciente é interesante memoria. Es á este ácido yodohídrico al que se atribuyen las propiedades de la tintura de yodo envejecida.

Quizá no haya razón en esto, y Courtot hace notar que el problema de la tintura de yodo envejecida se complica con otro factor: la tintura se evapora y mucho más activamente el alcohol que el yodo. Y esta sustancia mucho más concentrada sería la que producía la vesicación. El médico, mayor Pelletier observa, después del empleo de la tintura envejecida, eritemas intensos, una vesicación que necesita en los soldados cinco días de indisposición. Así sucedió, entre otros, en un sargento que se había puesto en el pecho una tintura que tenía por lo menos ocho meses de preparada. Pelletier se contentó con añadir á la tintura una cantidad de alcohol correspondiente al evaporado, y los accidentes no se renovaron más. De esta doble observación—formación de ácido yodohídrico, concentración del alcohol—resulta que es necesario hallar un modo de conservar la tintura de yodo ó de no servirse sino de tintura de yodo fresca.

El problema de la conservación ha sido agitado desde ha largo tiempo, y según Courtot, ha sido resuelto: para impedir la formación de ácido yodohídrico bastaría añadir á la tintura cierta cantidad de yoduro de potasio; 30 gramos por litro bastarian, y yá la Farmacopea de los Estados Unidos los incorpora, no 30 sino 50, en su tintura oficial, sin que las propiedades terapéuticas de la tintura, se aminoren. Mas en verdad, ¿no es más simple tener siempre á su disposición tintura de yodo fresca, yá que el comercio nos da un

modo casi infantil por su simplicidad, de procurárnosla inmediatamente?

Hé aquí un tubo de fondo plano que contiene una cantidad determinada, 1 gramo, por ejemplo, de yodo que bien cubierto por un tapón untado de parafina no se alterará, ó poco y muy lentamente. Hé aquí, por otra parte, una ampolla de vidrio cerrada á la lámpara, y que contendrá la cantidad de alcohol á 95°, necesaria para fabricar la tintura del Codex, 9 gramos en este caso. Así, cuando tengáis necesidad de tintura de yodo, tomáis en vuestra reserva un tubo y una ampolla; destapáis el frasco, quebráis una de las extremidades de la ampolla, después la otra para verter en el tubo los 9 gramos de alcohol; volvéis á tapar el frasco, agitáis y tenéis diez gramos de tintura de yodo, la cantidad próximamente necesaria para dos, tres ó cuatro pequeñas curaciones. Cuando ésta se acabe se hace otra, de modo que sin pérdida de tintura, por falta de empleo, tiene uno siempre á su disposición una sustancia fresca. Si los químicos pueden afirmar que el yodo encerrado en el tubo no se altera, el procedimiento es excelente, y vemos desvanecerse la única objeción un poco seria que puede ponerse á la tintura.

Así caen una á una las objeciones que se nos dirigen: el dolor y la vesicación; quedan las catástrofes imprevistas que el porvenir reserva á todo antiséptico poderoso, según la profecía de Lucas-Championnière: en efecto, es imposible que á la larga no se encuentren casos de intolerancia individuales. No queremos desafiar el destino afirmando que no se verán, y que no asistiremos á esos envenenamientos que se han observado con los antisépticos mas célebres de antaño, el sublimado y el ácido fénico. Todo se ve en clínica, y podrán encontrarse tales ocasiones, tales conjuntos de circunstancias, que provoquen un desastre; pero una experiencia ya larga da una seguridad muy grande, tanto más cuanto que según el Codex no tenemos sino una sola tintura de yodo, que, no obstante su concentración aumentada, queda de una toxicidad muy mínima, en tanto que tenemos varias soluciones de sublimado, varias soluciones de ácido fénico, sustancias muy cáusticas y muy tóxicas; así, no se cuentan ya las espantosas equivocaciones, las gangrenas, los envenenamientos que ha podido producir un error en el frasco.

Estáis ya convencidos de que la tintura de yodo es el antiséptico más fácil de manejar y el menos peligroso; debe probaros que es también el más poderoso. No nos detendremos demostrándolo para la desinfección de las manos y del campo operatorio; sobre este punto la causa está ganada, y, si todos nuestros colegas de los hospitales no recurren á ella,



ninguno, que yo conozca, la protesta! Walther ha dado estadísticas importantes, y nosotros podemos añadir algunos hechos á aquéllos. El ejemplo ha atravesado ya los mares y el Dr. Paul Blondin, médico de la asistencia indígena en el Senegal, nos cuenta los bellos resultados obtenidos por la tintura de yodo en todos los traumatismos—heridos por estallido de fusil, por mordedura de pantera—añadiendo cómo entre los más legos, lejos de toda ambulancia, anegando sus manos en la tintura de yodo, y embadurnando el miembro alcanzado de una úlcera fagedénica había podido desarticular la rodilla de una indígena de cinco meses de embarazo; no sólo cicatrizó rápidamente, sino que parió á término, y, por reconocimiento al cirujano salvador, el negrito que dió á luz fué llamado “Doktor.” ¿No hubiera sido más justo llamarle “Tintura de Yodo”, pues que muy semejante tenía el color?

Luego para la desinfección de las manos del operador y del campo operatorio, la causa está extendida, más lejos está de ser para las heridas vivas y los supurantes. En estos son más patentes aún los resultados. En efecto, cuando hablaba yo antes de la lentitud y dificultades de la desinfección de las heridas contusas de la mano, no os he dicho que esas maniobras múltiples y delicadas no son siempre inocentes, y, que durante el cepillado y jabonado de los tegumentos, materias sépticas, arrastradas por el agua penetran en la herida y depositan en ella gérmenes patógenos. De hecho, se ve aún demasiado menudo estallar inflamaciones subagudas, y hasta agudas que se complican de supuraciones circunscritas ó difusas. Son infinitamente más raras que antes, pero no hay uno solo de nosotros que no las haya observado. Con la tintura de yodo todavía no las hemos visto, y creemos no se observarán si tenemos la ventura de aplicarla en las seis primeras horas de la herida.

Está bien, pero lo que está mejor es la rapidez y la seguridad de la curación. Con las inmersiones en el agua oxigenada, el método de tratamiento más empleado hoy, observamos casi siempre, en las heridas de la mano, una especie de edema inflamatorio que gana el órgano todo entero: de los dedos la infiltración invade la palma, la región dorsal, entesa los músculos, las vainas tendinosas, las junturas—y vosotros todos habéis visto esas manos en roqueta, arrecillas, inhábiles, largo tiempo impropias para todo trabajo. Llamo vuestra atención sobre un punto que he sido quizás el primero en señalar: con el empleo de la tintura de yodo los bordes de la herida marcan los límites de los desórdenes patológicos; el herido, que no sufre, contrae sus músculos, moviliza sus articulaciones y sus tendones; el órgano conserva

su forma; la cicatrización de la herida coincide con su curación, y se ve desaparecer el período desolante de vacación forzada; en una semana el obrero puede volver al trabajo, y no es poco beneficio para él y para el patrón.

En más de sesenta observaciones recogidas en más de un año, podríamos contar la historia de uno que sufrió un accidente del trabajo y que curado por nosotros con la tintura de yodo, veía su herida cicatrizar en tanto que su mano quedaba seca, ágil y blanda. El médico de la compañía de seguros poco confiado en esta terapéutica nueva para él, prescribió el agua oxigenada, y al cabo de tres días nuestro herido volvió con una herida pálida, con tejidos edematosos, que no volvieron á tener buen aspecto sino con la tintura de yodo. Podríamos mostraros en las salas del Hotel-Dieu ese hombre cuyos cuatro dedos han sido cortados en flauta de Pan, y que, felizmente embadurnado desde el primer día, curó lenta pero seguramente ante nuestros ojos. Abajo de la cortadura la piel era blanda; las articulaciones móviles; los muñones se plegaban y se extendían sobre sus articulaciones normales. Es un hecho nuevo y no lo he observado sino con un antiséptico: la tintura de yodo.

En este primer grupo pongo el caso que el antiséptico ha sido empleado desde las primeras horas, antes de toda infección apreciable. Pero hemos obtenido magníficos éxitos aun después de haber estallado los primeros signos de inflamación local y aun de septicemia. Recordaré sin describirlo, el caso de ese tonelero cuya mano, cogida entre un muro y un barril de 500 litros, se rompió, y bajo esta enorme presión, fueron expulsados por fisuras dorsales y palmares los músculos de la eminencia tenar y los interóseos; bajo la piel floja, á través de las desgarraduras, se veía el tendón flexor que movía un índice mutilado. Habían transcurrido cuarenta y ocho horas después del accidente; las masas musculares ya putrefactas esparcían un olor nauseabundo, y ya se anunciaban los fenómenos precursores de una infección general. Con una curación rigurosa con la tintura de yodo todos los síntomas se han extinguido, y, no obstante una desarticulación del índice, se ha obtenido que vuelva á funcionar de una manera que calificaría de milagrosa. Desde que se obtuvo la cicatrización nuestro hombre volvió al trabajo.

Y si nos elevamos un grado en la escala de la gravedad, si tomamos los casos temibles de las fracturas abiertas, presa de la inflamación, qué bellos resultados hemos obtenido! Este año entra en nuestro servicio un hombre que presentaba una fractura por aplastamiento de la cabeza humeral y de la cavidad glenoide; la fractura estaba cerrada, y parecía que todo debía evolucionar normalmente, cuando el foco desten-

didado por un enorme hematoma, se infectó por la vía de los linfáticos emanados de un pulgar con un panadizo muy anterior al traumatismo del hombro. Hicimos dos grandes incisiones al enorme receptáculo; pus y coágulos salieron de allí, y después de su expulsión embadurnamos las cavidades hasta los huesos fracturados, y repetimos á diario la manobra; al cabo de una semana los orificios eran demasiado estrechos para introducir el pincel, y muy pronto se obtuvo la cicatrización sin necrosis ósea.

Recordad aún á aquel trabajador cuya pierna había sido aplastada por la rueda de un carrutón. Un cirujano joven y temerario había reducido la fractura esquirlosa, quitado los pedazos de hueso, los coágulos sanguíneos, algunas franjas musculares, lavado con agua oxigenada, y suturado desgraciadamente la piel sobre este enorme foco traumático; el castigo fué inmediato, y desde el primer día en que se nos mostró el herido notamos una inflamación gangrenosa. Quitamos las suturas, desnudamos los tejidos profundos, abrimos todos los fondos de saco, todas las anfractuosidades, pasamos y repasamos nuestro pincel sobre todas las superficies, sobre los músculos desgarrados sobre las superficies óseas, y á la cuarta ó quinta curación tuvimos la alegría de ver disminuir la septicemia. En fin el herido ha vivido, y ha quedado bien con una extracción de esquirlos, y la pierna un poco torcida.

Así, no dudo en tratar todos los grandes aplastamientos de los miembros por la tintura de yodo; la prefiero al embalsamamiento del miembro traumatizado que preconizaba hace quince años, cuando, proposición revolucionaria á fuerza de ser conservadora, pedía yo que se proscribiera sistemáticamente la amputación primitiva. Mostraba yo el peligro de la exeresis del miembro que añade al *choc* traumático un doble y nuevo *choc*, el operatorio y el clorofórmico. Yo mostraba que la naturaleza es más económica que nosotros cuando se para lo muerto de lo vivo, porque, para un aplastamiento del pié, nosotros debemos amputar la pierna, el muslo para un aplastamiento de la pierna, y, para uno del muslo, desarticulamos la cadera. En tanto que cuando se abandonaron las cosas á sí mismas, bajo una antisepsia rigurosa, la pérdida de sustancia será siempre mucho menos considerable.

Con la tintura de yodo los éxitos serán más numerosos, porque su potencia antiséptica es mayor y menor su toxicidad. Y de hecho, hace algunas semanas yo podría decir que, gracias á la tintura de yodo, yo no contaba un solo revés. Esto no es ya cierto, y habéis visto morir á esa mujer con el miembro inferior despedazado después de haber arrojado á su hijo de un cuarto piso, y haberse precipitado tras

él. Mas si esta desgraciada ha muerto no obstante la tintura de yodo, juzgo que no fué por el estado de la región, ni por una infección partida del foco traumático, sino más bien debido al miserable estado de sus centros nerviosos, al *choc* traumático, y, sin duda, también á algunas complicaciones internas que la autopsia médica legal nos revelará sin duda.

En fin, he visto la tintura de yodo triunfar de la más terrible de las complicaciones de las heridas: quiero hablar de la gangrena fulminante. Tengo aún en mis salas al hombre de 42 años que, por una hematocele, desgraciadamente puncionada en la ciudad, fué presa de una septicemia supraganglial. Los gases pútridos crepitaban en un enorme tumor escrotal; habían invadido el vientre, el tórax, y formaban bolsas sonoras bajo las axilas; el pulso era inconstante y el desgraciado tenía ya esa sensación de bienestar, y ese aire vágamente beatífico que habitualmente precede sólo algunas horas á la muerte. Lo operé por una especie de reflejo profesional, mas sin esperanza alguna de éxito. Hicé la bolsa con el termocauterio, vacié los gases, que encendidos por el platino enrojecido, ardían con llama azulada; saqué los coágulos, los pedazos de tejido celular esclerados, y, sin descanso, embadurné de tintura de yodo las paredes anfractuosas. Al día siguiente nuestro operado vivía aún, al quinto día iba mejor, al sexto aguardábamos salvarlo, y al cabo de un mes y diez días la inmensa cloaca estaba casi colmada. Hoy la cicatriz es completa.

\*

Mis conclusiones serán breves: espero haberos convencido que la tintura de yodo es actualmente hasta otro nuevo descubrimiento, el antiséptico de más fácil manejo, el menos peligroso y el más potente.

Abril 25 de 1911.

(*La Presse Medicale*).

## ESPLENECTOMIA

(SERVICIO DEL DR. MONTOYA Y FLÓREZ)

JULIO ORTIZ V.

### I

Antonio María Betancur, de Gómez Plata, 20 años de edad, soltero, jornalero.

Antecedentes palúdicos oscuros:

En el año pasado lo tratamos como palúdico en el Hospital de esta ciudad, en la Clínica del Dr. Delgado; y el 12 de Septiembre del mismo, abandonó el servicio con la esplenomegalia que poco cedió al tratamiento.

Ha vivido siempre en malos climas y en detestables condiciones higiénicas.

El 10 de Mayo del presente año entró de nuevo al Hospital.

*Estado actual:* á la inspección se nota un gran aumento de volumen del vientre y emaciación considerable del resto del cuerpo, con pigmentación de la piel; á la percusión: el hígado hipertrofiado bajando hasta tres traveses de dedos debajo del reborde costal y del lado izquierdo gran macidez del bazo ocupando todo este lado y avanzando hacia la parte media.

También existe gran circulación suplementaria de las venas superficiales del lado del hígado.

Este individuo á pesar de tener 20 años se encuentra en un estado marcado de infantilismo y sus órganos genitales tienen igual desarrollo á los de un niño de 10 años.

El 15 de Mayo se le hizo la esplenectomía. El bazo después de extraído medía 35 centímetros de largo, 20 de ancho y 9 de espesor; pesaba 4 kilos y era de color rojo violáceo.

Anestesia por la raquiesticnoestovainización lumbar con 0,10 centigramos de estovaina, 0,001 miligramo de estricnina, y un gramo de agua hervida, según el procedimiento de Jonnesco.

A los 10 minutos empezó la anestesia que subió hasta la región xifoidiana con paraplejía de los miembros inferiores; se procedió á la operación y el enfermo sólo acusó un ligero dolor al hacer la incisión de la piel, abierto el peritoneo y cuando se procedió á romper las adherencias del bazo y á su extracción, únicamente acusaba un dolor vago en el estómago sin que le impidiera en lo más mínimo conversar con los operadores. La operación duró hora y media, con una anestesia muy satisfactoria, á pesar de las muchas maniobras para sacar el bazo fuera de la cavidad abdominal y sobre los intestinos para reducirlos cuando hacían hernia.

Como se sospechaba que la esplenomegalia pudiera tener por origen la *Leishmaniosis*, el Dr. Gabriel Toro Villa, por insinuación del Dr. Montoya y Flórez hizo frotos del bazo para el examen microscópico; el resultado de éste fué negativo tanto para los corpúsculos de Leishman como para el hematosoario de Laveran, á pesar de lo cual

seguimos pensando que en el presente caso se trata del Kala-Azar, el cual ha sido sospechado entre nosotros aun cuando no ha podido demostrarse; y es producido por un parásito, el cual según creen algunos se transmite por la chinche (*cimex megalocaepala*).

Esta entidad mórbida es, como se sabe, excesivamente contagiosa y caracterizada por su cronicidad, fiebre irregular, enflaquecimiento, anemia, pigmentación de la piel, mortalidad elevada, hipertrofia del bazo y del hígado, cuyo parásito que se encuentra en las células endoteliales de estos órganos y en los leucocitos, casi nunca se encuentra libre y cuando lo está es porque las células endoteliales se han roto.

Es una infección producida por un parásito del género *Leishmania* de la subfamilia de los tripanosominos (Sambon, 1906)

Rogers la ha mirado como forma maligna de la malaria que no cede á la quinina.

Giles la confundió con la anquilostomiasis por haber encontrado anquilostomas en algunos de estos enfermos; para Ronald Ross es una infección secundaria que se superpone á la infección palúdica; para Leishman, Donovan y Patrick-Monson, es una enfermedad sui-géneris causada por un parásito de la subfamilia de los tripanosominos; Bentley basándose en el largo período febril, creyó en la identidad de esta enfermedad con la fiebre de Malta (*Melitococia*).

En razón de su contagiosidad y mortalidad sobre todo en las pequeñas ciudades, el Kala-Azar, enfermedad de Sirkari ó fiebre de los negros como también se le llama, á medida que se extiende se hace el terror de los indígenas; los que son atacados los expulsan inmediatamente de la ciudad, algunas veces se les hace beber hasta embriagarlos y se les lleva luego á la *jungle* (bosque), donde se les quema vivos.

No hay para esta enfermedad tratamiento alguno.

El enfermo de que venimos tratando ha presentado después de operado algunos accesos febriles, ligero meteorismo el cual cesó con un lavado intestinal; al octavo día la lengua era saburral por lo cual se le dió un purgante, y ese mismo día se le quitaron los hilos de sutura.

Se hizo el examen de la sangre periférica varios días después de haber estado tomando quinina y el resultado de investigación para el *Laverania hematobia* fué negativo. En el interior de algunos glóbulos rojos se encontraron unos corpúsculos en forma de cocus con las reacciones colorantes de la cromatina, muy brillantes, distintos por

su forma y su aspecto á los hematoblastos con los cuales pudieran confundirse, sobre cuya naturaleza nada se puede decir.

Frotos de este bazo y sangre periférica fueron enviados á la Escuela tropical de Londres para su examen.

Medellín, Junio de 1911.

## GASTROENTEROSTOMIA TRANSMESOCOLICA

### II

Isidro Ospina, de Amalfi, 46 años de edad, casado, jornalero.

Antecedentes hereditarios sin importancia; personales: paludismo y tifoidea y es además arterioescleroso.

Hace 14 años que comenzó á sentir acedias y digestiones lentas y penosas; desde esa época ha sido tratado por médicos competentes, sin resultado alguno.

De 6 años á esta parte las acedias son más frecuentes, las digestiones más difíciles, casi nulas, pues los alimentos permanecen cuatro días y á veces más en el estómago, al cabo de los cuales se deshace de ellos por medio de vómitos, los cuales, según el enfermo, tienen lugar todas las noches y á veces tan pronto como acaba de comer, siendo de notar que la cantidad es siempre mayor á los alimentos ingeridos.

El enfermo ha venido agotándose lentamente y hoy se encuentra en plena caquexia gástrica.

El 1.º de Mayo entró al Hospital.

Al examen directo se encuentra una gran dilatación del estómago, el cual llega hasta el pubis cuando contiene alimentos y gases y en estado de reposo, es decir, privado de ellos, se encuentra su límite inferior á cuatro traveses de dedos encima del pubis.

A la inspección se notan los movimientos peristálticos del estómago durante la digestión; á la palpación se encuentra una dilatación enorme del mismo y á la succión se produce el ruido de *chapotage*, el cual es indicio cierto de la retención de los alimentos; á la presión se encuentra un punto doloroso entre la apéndice xifoide y el ombligo.

*Diagnóstico:* dilatación con dislocación vertical del estómago debido á la estenosis pilórica, la cual, según se vió en la operación, es de origen reflejo.

Fué operado el 3 de Mayo y se encontró una ascitis de poca consideración, líquido citrino; el hígado estaba en perfecto estado; había gran dilatación del estómago, los cólo-

nes, la parte superior del jeyuno y la inferior del mismo, estaban atrofiados.

Se le hizo la gastroenterostomía posterior transmesocólica, por el procedimiento de Von Hacker.

Anestesia clorofórmica precedida de una ampolla de 5 gramos de somnoformo, y durante la cloroformización se le inyectaron al enfermo 500 gramos de suero.

A pesar de haberle hecho la víspera y el día de la operación un lavado estomacal con 2,000 gramos de agua hervida, el operado tuvo vómitos durante la cloroformización, de olor penetrante á ácido acético y en los cuales la sustancia predominante era el maíz. Estos vómitos se repitieron varias veces ese día para calmar después definitivamente.

Al segundo día se le dió como alimento, agua y té; el tercero, leche; el cuarto, té, leche y buevos tibios; el quinto, sexto y séptimo, media ración de hospital, y del octavo en adelante ración completa.

Al tercer día de la operación tuvo  $37\frac{1}{2}$  grados de temperatura, sudor y calofrío. La primera deposición, que tuvo lugar al sexto día, fué espontánea, negra y fétida; después continuó con diarrea, la cual cesó con un poco de cocimiento blanco de Sydenham.

Los hilos de sutura se le quitaron al noveno día.

## LEPRA EN COLOMBIA

DR. J. B. MONTOYA Y FLÓREZ.

[*Conclusión.*]

El elefanciaco llegado ocasionalmente al estado de curación, recobra su sensibilidad en todos aquellos puntos donde la lesión nerviosa no ha sido tan intensa que impida su reparación; en aquellas partes, al contrario, en que los nervios son muy superficiales y sobre todo reposan sobre huesos ó articulaciones muy expuestos á la presión ó á la tensión, como sucede en los codos, rodillas y extremidades de los miembros, á las lesiones propias de la elefancia se agrega una inflamación secundaria, y mientras la afección elefanciaca primitiva engruesa apenas los nervios, la inflamación secundaria aumenta mucho su diámetro, y cuando la inflamación secundaria desaparece, el tejido conectivo se contrae, y el nervio engrosado antes se adelgaza más de lo normal, entonces todo rastro de bacilos desaparece. La afección elefanciaca



está curada pero sólo ha quedado un rudimento de nervio completamente sin funciones.

Se comprende perfectamente por qué, cuando la neuritis elefanciaca pasa sin complicaciones, los cilindros axis se restablecen de nuevo y recuperan sus funciones. Esto sucede, especialmente, con los nervios colocados profundamente.

La sensibilidad se recobra, en gran parte, por algunos elefanciacos al curarse, lo que prueba que subsistieron algunos nervios susceptibles de regeneración. Precisamente las deformidades y mutilaciones que les quedan á los elefanciacos después de curados, (que podrían compararse á las de los que se han molido en un trapiche) hace que el vulgo considere que el que ha sido elefanciaco lo será siempre, lo cual es juzgar las cosas sólo por la apariencia, que es casi siempre engañosa, porque las deformidades no son siempre signos de enfermedad. Basta que los signos activos desaparezcan, que no haya ya progresión sino regresión para que se considere lógicamente que la enfermedad ha desaparecido.

Como lo hicieron primero notar Hansen y Looft, las dos formas de elefancia pueden retroceder, pueden curarse; el bacilo específico sufre una degeneración granulosa y desaparece. La curación espontánea de la forma fimatoide es rara, y generalmente acontece en sus primeros períodos, para mí, por un tratamiento apropiado; para los autores escandinavos, por el paso á la forma llamada por ellos anestésica, después de muchos años; para Hansen, pues, la curación "en los casos nodulares, es una rarísima excepción mientras que es la regla en los maculo-anestésicos. Las lesiones leprosas específicas desaparecen gradualmente y sólo sus consecuencias quedan. En otras palabras, la lepra está curada". Según la expresión de Hansen, ya no sufren de elefancia sino sólo de sus resultados.

Es, por supuesto, difícil determinar el hecho de la curación, porque cuando todos los signos externos diagnosticables de la elefancia, han desaparecido, los bacilos pueden subsistir aun en los linfáticos ó en las vísceras. Opinan, además, que en la forma maculo-anestésica, la curación de la elefancia, es casi invariablemente el resultado, aunque los pacientes, de ordinario, mueren mucho

antes de que la enfermedad haya pasado por todos sus períodos. Sin embargo, lo que queda después de la curación, por lo general, ya no es un hombre vigoroso, sino un valetudinario comparable al baldado ó impotente que ha dejado algún mecanismo de engranaje, uno de los molidos por nuestros trapiches de caña, á quienes tiene que sostener la caridad pública.

Así se ven, con manos y pies más ó menos paralizados y deformados, con ojos desmesuradamente abiertos, que no pueden cerrar, de los cuales corren constantemente las lágrimas, con la boca torcida por la parálisis de los músculos faciales, con la quijada caída, de donde gotea constantemente la saliva, ó privados de oler, gustar, palpar y oír en muchas ocasiones. En tales casos los pacientes viven mucho y suelen conservar intactas sus facultades intelectuales, como sucede con el enfermo Jesús Teleche, sin que, ciertamente, pueda considerarse como una ventaja la vida en tales condiciones.

De esta manera describe Hansen la curación debida á la evolución natural de la enfermedad; pero entre nosotros, especialmente en Agua de Dios, hay muchos niños y adolescentes que se curan artificial ó espontáneamente con absoluta *restitutio ad integrum*, y quedan tan vigorosos y de tan buena salud y apariencia como si jamás hubieran tenido la elefancia. De modo que no sólo son yá inofensivos, desde el punto de vista del contagio, por no tener el bacilo específico en la piel ni en ninguna de las secreciones—que desde el punto de vista social y profiláctico es lo importante—sino que vuelven á ser valores reales, por gozar de buena salud y hallarse en la plenitud de la vida.

Si pudiéramos, pues, apresurar de cualquier manera la desintegración de los bacilos, ó sea la evolución espontánea de la enfermedad hacia la curación, haríamos los médicos un gran bien á la humanidad. De todos modos, no veo la razón para que la elefancia no se cure, *sin dejar casi trazas*, en sus primeros períodos.

En cuanto á las curaciones de Hansen, ó mejor dicho la transformación en *anestésica*, apenas merece el nombre de curación, en el sentido que ordinariamente le da á esta palabra el pueblo, y esta curación no tiene importancia sino desde el punto de vista profiláctico, pues

de la persona atacada no le ha quedado á la sociedad un sér útil, sino el resto lamentable de un naufragio. Indudablemente que en la elefancia existe una causa, poco estudiada y mal conocida, que detiene la enfermedad, la hace retroceder y la cura en algunas ocasiones. Esta causa de las curaciones espontáneas es la que hay que investigar, estudiar é imitar. El tratamiento de la elefancia debe, pues, basarse, racionalmente, en los casos de curación espontánea.

#### DEDUCCIONES GENERALES

Es de observación corriente que los elefanciacos indigentes, mal alimentados, mal vestidos que viven en chozas desmanteladas, en zahurdas infectas, obligados á trabajar para vivir ó á mendigar, arrojados y perseguidos en todas partes, se reponen, y la enfermedad hace un alto más ó menos largo, cuando se conducen á los leprosorios, colocándolos en mejores condiciones de vida.

La naturaleza lucha ventajosamente contra las enfermedades crónicas, cuando el individuo es vigoroso, vive al aire libre, lleva una vida activa, tiene comodidades para montar á caballo, para comer bien, cambiar su ropa con frecuencia y bañarse diariamente. En esta clase de individuos la enfermedad se cura aunque no tomen otra cosa que bebidas diaforéticas, porque verdaderamente es raro el caso de un elefanciaco curado, que no haya recurrido por lo menos á la zarza, al guayacán ó á algún otro vegetal reputado como depurativo. Debe evitarse toda droga que pueda comprometer las funciones digestivas ó renales.

No se necesita un específico para curar la elefancia, lo que se necesita es un régimen y una higiene apropiada. El ejercicio al aire libre y en su defecto el masaje, son y han sido dos grandes factores de curación, ya porque regularizan la circulación periférica, ya porque activan las combustiones y la eliminación del microbio específico.

Los enfermos prefieren los leprosorios en localidades calientes y secas, porque muchos de ellos sufren intensamente del frío, por lo cual les conviene la ropa interior de lana, que los hace menos susceptibles á las vicisitudes del clima, porque toda perturbación de la circulación cutánea favorece la localización del bacilo en el

tegumento externo; por eso una máscara de caucho ó una mascarilla de gasa con óxido de zinc, aprovecha tanto para los tubérculos de la cara, como los guantes á los de las manos y el calzado á las infiltraciones de los pies, pues es bien sabido que la paquidermia sólo es conocida en los países en que los elefanciácos andan descalzos; por eso es una lesión casi constante en nuestros enfermos del pueblo.

El estudio de los casos de curación espontánea muestra que basta sólo la higiene para curarse ó al menos para mejorarse. La depresión moral del enfermo, tan común en los que viven clandestinamente en sus casas, agregada á la vida sedentaria y á la inacción forzosa, son condiciones que agravan mucho la enfermedad y que naturalmente desaparecen en los que se trasladan á las Colonias, pues allí no tienen sobresaltos, y si disponen de algunas comodidades, pueden dedicarse á su tratamiento con toda tranquilidad, en medio de la placidez que les proporciona una sociedad amiga.

El dormitorio del elefanciáco debe ser amplio y bien ventilado, la aglomeración de muchos enfermos, por la noche, en lugares estrechos, es sumamente pernicioso y reagrava la enfermedad. La alimentación debe ser sana, evitando el enfermo todos aquellos alimentos que la experiencia le ha demostrado que le sientan mal.

El Dr. Tavera creía que podía curarse la elefancia obligando los capilares y las glándulas sudoríparas á funcionar por las fricciones y los diaforéticos; dice que Elvira Mosquera se curó con la incubación del calor solamente, por el uso exclusivo de la estufa. Respecto á lo que él entiende por curación, dice que basta que la enfermedad haga alto y que los principales síntomas desaparezcan para que pueda considerarse un elefanciáco como curado, y que al principio la elefancia se cura fácilmente, de un modo espontáneo, y aun sin advertirlo las personas atacadas. La mayor parte de nuestros médicos antiguos son de opinión que los elefanciácos deben evitar las grasas, los ácidos y los dulces; por lo general desaconsejan los alcohólicos, pero los Dres. Nicolás Restrepo y Samuel Durán no los creen perniciosos, y el último afirma haber visto casos, en Agua de Dios, de curación por las bebidas alcohólicas.

Impey asegura haber obtenido mejorías notables, en los elefanciacos fimatoides, con yoduro de potasio y cociamiento de zarza, y en segundo lugar con ácido salicílico.

Tal ha sido la terapéutica de la elefancia hasta hoy. De haber alguna droga específica, á la manera de la quinina para las fiebres palustres ó el mercurio para la sífilis, ésta no se ha ensayado. Los hechos demuestran que la elefancia, como la tuberculosis, puede curar espontáneamente, y que muchas de estas curaciones pasan realmente inadvertidas; que lo más lógico es, para llegar á la curación artificial, imitar la naturaleza en su proceso de curación espontánea, el cual parece simplemente consistir en sostener las fuerzas del organismo, para dar tiempo á que la enfermedad recorra su ciclo, y que el microbio específico sea eliminado del organismo, donde yá no encuentra un medio próspero para su vegetación.

---

## HISTERECTOMIA ABDOMINAL

(Servicio del Dr. Montoya y Flórez.)

JOSÉ DE LA C. RESTREPO M.

---

E. R., 50 años, natural de Belén, viuda, tejedora de sombreros.

Antecedentes hereditarios sin importancia.

Antecedentes personales: sarampión y viruelas.

Pasado genital. Las menstruaciones aparecieron á los 12 años de edad; á los 15 tuvo el primer parto, fisiológico. Tuvo 5 hijos y dos abortos. Hace 24 años fué el último parto; desde entonces empezaron las irregularidades menstruales; pues se demoraba el menstruo hasta tres meses, y una vez llegado duraba diez ó más días, con metrorragias.

Así ha venido sin tratamiento alguno, hasta hace tres meses que empezó á tener dolores en el bajo vientre, metrorragias, flujo sanguinolento, anorexia, repulsión por la carne, cefaleas, lipotimias y enflaquecimiento notable á diario.

Así se presentó al Hospital el 15 de Abril del presente año, y ocupó la cama número 17 del servicio del Profesor Montoya y Flórez.

Hecho el examen, se encontró: un tumor en el hipo-gastro, del tamaño de una cabeza de feto á término, duro,

liso, inmóvil, doloroso al lado derecho; el examen vaginal mostró lo siguiente: cuello uterino reblandecido, dilatado, hasta permitir la introducción del índice, manando constantemente flujo sanguinolento, inodoro; fondos de saco borrados. No hay signos de compresión alguna.

Se diagnosticó un cáncer del útero y anexos derechos.

El estado general de la enferma, á pesar de sus años, hemorragias y enflaquecimiento de los últimos días, es satisfactorio.

El 24 de Abril se procedió á la operación, que fué practicada por el Dr. Montoya y Flórez y el subscrito.

Se hizo la anestesia con cloroformo, previa una ampolla de somnoformo.

Hecha la laparotomía supra-puviana, se descubrió el tumor adherido íntimamente á la vejiga, y con ligeras adherencias intestinales. Cuidadosamente desprendidas y yá aislado el tumor se abrió una colección color de chocolate, no abundante, que ocupaba la parte superior del tumor. Por esta abertura, y mezcladas al líquido, salieron fungosidades de consistencia mucosa como de pólipos, que en seguida extrajimos por puños, y que eran la degeneración carcinomatosa del útero. El ovario derecho estaba confundido con el tumor; el izquierdo, aunque un poco congestionado, no estaba comprometido.

Se practicó la Histerectomía, por el procedimiento de Segond, dejando el ovario izquierdo. La hemostasis fué laboriosa por la facilidad con que se desgarraban los tejidos al hacer las ligaduras; así que la enferma perdió mucha sangre. Los muñones fueron perfectamente peritonizados con catgut número 3. Puesto un tubo de Tuffier se cerró la herida abdominal con dos planos de sutura: profundo al catgut, y superficial ó cutáneo con crines de Florencia.

En el curso de la operación se le inyectaron 400 c. c. de suero fisiológico. Se ordenó ponerle un saco con hielo en el vientre y plantillas calientes.

A los dos días cambiamos el apósito, retirando el dren. No había reacción térmica ni dolorosa.

El 4 de Mayo quitámos las suturas de la piel. El estado de la operada es admirable. Ni un solo día tuvo fiebre, y desde el día de la intervención, se mostró sin la menor huella de sufrimiento, y en la cara se le veía á E. R. la satisfacción de una persona alentada.

El 16 del presente mes dejó el Hospital, en completo estado de salud.

Medellín, Mayo 19 de 1911.

## UN CASO DE DISTOMATOSIS

A mis respetados Maestros los Doctores J. de D. Villegas Ruiz y J. G. Hernández.

JESÚS RAFAEL RISQUEZ.

(Interno de los Hospitales.)

El 5 de los corrientes, al examinar una preparación de heces fecales que nos había enviado un amigo, llamaron nuestra atención unos huevos grandes, parecidos por su magnitud á los de la *bilharzia hematobia*. Hechas otras preparaciones, descubrimos más ejemplares de esa nueva especie de huevos, sin poder encontrar ninguno de las otras que comúnmente existen en los enfermos de nuestro País.

### Caractéres morfológicos.

*Magnitud.*—Lo primero que resalta en estos huevos es el tamaño; de las medidas que hemos efectuado resulta; 106,66 micromilímetros de largo, por 66,66 de ancho, los más pequeños; y 133,33 por 80 m. m. los mayores encontrados.

*Forma.*—Su forma es irregularmente elíptica; uno de los polos es más aguzado que el otro. En algunos hemos encontrado muy ensanchada la parte central, de manera que no guarda proporción el ancho con el largo: con longitudes de 106  $\mu$  medimos anchuras de 66  $\mu$ , y con esta última medida, longitudes de 123  $\mu$ . En unas preparaciones vimos formas irregulares, que supusimos fuesen deformaciones por la posición, hecho que pudimos comprobar casualmente, una vez que, habiendo quedado uno de los huevos fuera de la laminilla y teniendo por comodidad que inclinar un poco la platina del microscopio, el huevo fué arrastrado por la corriente de líquido que se formó por la posición al rededor de la laminilla, apareciendo entonces las formas irregulares que habíamos observado.

*Color.*—El color es amarillo claro, ó amarillo obscuro.

*Cápsula.*—Su envoltura externa es delgada y hialina.

*Protoplasma.*—El protoplasma es granuloso, debido á una concentración de gran cantidad de células cuyos núcleos son perfectamente visibles en algunas preparaciones. Hacia alguno de los polos se encuentra comúnmente un nucleolo muy perceptible.

Tales son los caracteres que corrientemente hemos encontrado. Pero adrede dejámos de mencionar, al hablar de la cápsula y del protoplasma, dos modificaciones importantes que son: la presencia de un opérculo y el aspecto del huevo cuando contiene un embrión perfectamente desarrollado.

El opérculo se presenta en uno de los polos, unas veces hay simplemente una línea, y otras, hay un verdadero corte del polo ovular. No hemos encontrado esta forma sino en preparaciones mal fijadas, y en los cultivos que tenemos actualmente en observación; nunca en preparaciones de heces frescas. Las medidas que hemos tomado del opérculo son las siguientes: el huevo medía 122,33 por 73,33 *u*; la cuerda del opérculo, 26,66 *u*, y su altura era de 6,66 *u*.

Al examinar una vez más las heces frescas encontramos que casi todo el protoplasma del huevo estaba amarillo homogéneo, dibujando una forma poligonal que tenía en uno de sus ángulos un espolón, circunscrito todo por la membrana ovular. Al principio no nos dábamos cuenta de la significación de esa rara apariencia, y fué después cuando encontramos en *Raillet, Zoología Médica*, una figura muy análoga á la que había nos observado y que representaba un huevo con el embrión completamente desarrollado.

#### **Clasificación del parásito.**

Ayudados por nuestro maestro el Dr. José Gregorio Hernández, Jefe del Laboratorio del Hospital "Vargas", en donde trabajamos actualmente para nuestra tesis de Doctorado, y en donde hicimos las presentes observaciones, hemos clasificado los huevos encontrados como pertenecientes á un zooparásito, de la clase de los *platelmin-tos*, orden de los *trematodes*, sub-orden de los *distomianos*, familia de los *distomídeos*, subfamilia de los *distomí-*



neos, género *distoma*, subgénero *fasciola* ó *dicrocelium* y tipo *fasciola hepática* ó *fasciolopsis Buski*.

Analicemos esta clasificación.

De los parásitos del hombre los fito-parásitos hongos y bacterias no dan huevos; luego el ejemplar pertenece á un ZOOPARÁSITO.

De éstos apartamos los protozoarios, por ser de estructura poco complicada, y los insectos y acarinos, por no encontrarse sus huevos en las heces fecales: nos quedan, pues, los HELMINTOS.

Entre los helmintos, ni en el orden de los nematodes, ni en el de los cestodes, existen huevos del tamaño del que nos ocupa: sólo los hay en el orden de los TREMATODES.

De los trematodes, los polistomianos son ectoparásitos; luego nuestro ejemplar es del sub-orden de los DISTOMIANOS, que son endoparásitos.

Este suborden comprende cinco familias, algunas subfamilias, muchos géneros y subgéneros, multitud de tipos, cuyas diferencias estriban en la magnitud de los huevos, los caracteres de éstos y sobre todo en la estructura del parásito adulto. No teniendo éste, nos contentaremos con seguir haciendo la clasificación por exclusión, fundándonos en las mensuraciones que hemos practicado y los caracteres que hemos encontrado.

De esta manera apartamos cuatro familias: *Monostomide*, *Wedlidae*, (*Didymozoonide*), *Amphistomide* y *Holostomide* quedándonos con la familia de los DISTOMIDEOS.

De las dos subfamilias que comprende esta última excluimos la *Gasterostomide* y nos quedamos con la subfamilia *Distomine*.

Esta comprende siete géneros, *Rhopaloforus*, *Distoma*, *Cephalogonimus*, *Mesogonimus*, *Urogonimus*, *Kollikeria* y *Gynecophorus*; el sólo aplicable es el género DISTOMA.

A su vez, éste se divide en nueve subgéneros: *Paliorchis*, *Apobema*, *Podocolylo*, *Fasciola*, *Brachicelium*, *Dicrocelium*, *Brachilaimus*, *Echinostema* y *Crossodera*. Entre éstos, los subgéneros FASCIOLA y DRICOCELUM comprenden, entre otros, dos tipos cuyos huevos son semejantes al que hemos encontrado: el DISTOMA HEPATICUM y el DISTOMA BUSKI. El primero dá medidas de 130

por 80 y el segundo, de 125 por 72  $\mu$ . Nosotros hemos encontrado 133 por 80  $\mu$  y 123 por 66  $\mu$  que, como se ve, se acercan tanto á uno como á otro.

Hacemos, pues, una interrogación sobre este punto de la clasificación, que sólo podremos dilucidar cuando, en presencia del parásito adulto, obtengamos sus respectivas características anatómicas.

Mientras tanto, resumimos la clasificación así:

ZOOPARÁSITO.

HELMINTO.

CLASE-PLATELMINTO.

ORDEN-TREMATODE.

SUBORDEN-DISTOMIANO.

FAMILIA-DISTOMIDE.

SUBFAMILIA-DISTOMINE.

GÉNERO-DISTOMA.

SUBGÉNEROS FASCIOLA Ó DRICOCELIUM.

TIPOS-DISTOMA HEPATICUM, Ó FASCIOLOPSIS BUSKI.

#### **Observación clínica.**

Trátase de una niña de 8 años de edad, natural de Caracas, de donde no ha salido sino á temperamento á Maiquetía y Los Dos Caminos, sin complicaciones dignas de notarse en su desarrollo hasta hace más ó menos un año, que presentó los siguientes síntomas:

Primeramente, la madre la notaba pálida y triste y poco tiempo después sobrevino el cuadro sintomático de una afección gripal, con su bronquitis correspondiente, pero sin mucha expectoración. Al mismo tiempo, la enfermita se quejaba de un dolor persistente en el hueco epigástrico. Tratada de modo adecuado por su médico el Dr. Michelena, actualmente en Europa, se la llevaron convaleciente á Maiquetía. Algún tiempo después de encontrarse en este último pueblo se le notó una hinchazón en el vientre y el hígado crecido á punto de pensarse en una hepatitis supurada; las venas de la pared abdominal se le dibujaban perfectamente; había un pequeño derrame de líquido en la cavidad abdominal; hinchazón de los párpados, sobre todo al amanecer; diarrea no muy abundante; epigastralgia y fiebre con máxima vespéral. En medio de este cuadro sintomático, la enfermita acusaba dolores musculares, "como si le estuvie-

ran clavando agujas", y al mismo tiempo en cada sitio de un dolor aparecía una equimosis.

En vista de este estado alarmante, la trajeron á Caracas, en donde al cabo de cuatro meses se estableció una relativa mejoría, con la desaparición de la fiebre y la evolución hacia la curación de todos los demás síntomas.

El tratamiento que se siguió fué teobromina, colargol y una pomada de ictiol en uso externo.

Desaparecidos los síntomas alarmantes, fué llevada á Los Dos Caminos, en donde estuvo hasta la fecha y de donde la han traído para ponerla en tratamiento, encargando del caso al Dr. J. de D. Villegas Ruiz, quien presumiendo una enfermedad parasitaria, ordenó hacer antes que todo un examen de las heces fecales, que al practicarlo nosotros, nos hizo descubrir lo que dejamos dicho.

*Estado actual.*—La enfermita presenta hoy una gran palidez, cierto grado de ictericia y no está flaca. El hígado sobrepasa el borde costal derecho; el bazo está pequeño; el vientre abombado; hay soplos anémicos y siente cansancio á veces. Sus funciones digestivas se ejecutan bien; pero de vez en cuando suele tener ligeras indisposiciones. Hace más ó menos un mes se le dió un vermífugo y expulsó cinco lombrices; sin embargo, en el examen de las heces hecho con numerosas preparaciones, no hemos podido comprobar la presencia de huevos de ascárides.

Esta historia abreviada coincide con la que hemos leído en el reciente tratado de *Patología Tropical de H. Salanoue Ipin*, que dice á la página 339 de su edición francesa de este año.

"Hipertrofia del hígado, anorexia, dispepsia y diarrea, dolores vivos localizados en el hueco epigástrico, tinte subictérico de las conjuntivas y á veces de los tegumentos, fiebre irregular, remitente ó intermitente."

#### Conclusiones.

En vista del examen microscópico que hemos efectuado y de la historia clínica que hemos recogido, podemos enunciar las siguientes conclusiones:

1ª Las heces fecales contienen numerosos huevos de un parásito que, por los caracteres de aquéllos, debe ser la *Fasciola hepática*, ó el *Fasciolopsis Buski*, inclinándonos más á la primera por el cuadro clínico del enfermo, más aproximado á la distomatosis hepática que á la distomatosis intestinal.

2ª El cuadro sintomático no se adapta á ninguna de nuestras entidades mórbidas, con excepción de la helmintiasis, y

3ª El diagnóstico de esta última enfermedad, hecho por el examen de las heces fecales, nos ha evidenciado la presencia de un caso de distomatosis, primero y único observado entre nosotros.

Caracas, 28 de Septiembre de 1910.

### Apéndice.

#### BIBLIOGRAFÍA.

*A. Railliet.*—Traité de Zoologie Medicale et Agricole.—1895.

*R. Blanchard.*—Parasites Animaux.—Traité de Pathologie Générale de Bouchard.—1896.

*Max Braun.*—The Animal Parasites of Man.—1906.—A system of medicine.—Volume II, Part II.—Tropical Diseases and Animal Parasites.—1909.

*J. Guiart.*—Precis de Parasitologie.—1910.

*H. Salanoue Ipin.*—Precis de Patologie Tropicale.—

1910.

#### PREPARACIONES MICROSCÓPICAS.

I	Huevo sin opérculo	Medida	110×63,33 $\mu$
II	— con opérculo roto	—	116,66×66,66 $\mu$
III	— regularmente elíptico	—	110×73,33 $\mu$
IV	— sin opérculo	—	133,33×66,66 $\mu$
V	— operculado	—	120×88,33 $\mu$
VI	— sin opérculo	—	126,66×73,33 $\mu$

#### MICROFOTOGRAFÍAS ORIGINALES.

Número	1	Huevo fijado en lactofenol	(Pequeño aumento).
—	2	— — — —	(Gran aumento).

rica y postración; ceden espontáneamente y desaparecen en las 12 horas siguientes.

Las dosis que los han producido han variado, pero en ningún caso han sido excesivas.

Sabemos que otros colegas han observado igualmente accidentes similares á los nuestros, y aun otros de distinta naturaleza; sería de utilidad general conocerlos para ir estableciendo la toxicidad de este remedio que tanto papel está llamado á desempeñar entre nosotros, donde son tan comunes los tricocéfalos como patógenos.

## DE REVISTAS CIENTIFICAS

DR. L. POSADA BERRÍO.

### I

*El 606 en las ulceraciones de la boca no sifilíticas.*—Para el Profesor Gerber de Koenigsberg, toda aquella serie de ulceraciones de la boca, de la garganta, de las amígdalas, &c., debidas en su mayor parte á espiroquetas, son todas, hasta la misma angina de Vincent y el noma, susceptibles de curación por el Salvarsan.

En apoyo de esto, presenta las observaciones de un joven de 20 años con una angina clásica de Vincent, y un marino de 23 años quien después de navegar por espacio de más de 4 años, se presentó con escorbuto y con las encías y las amígdalas llenas de ulceraciones, semejando algunas de éstas á un caso de aftas, y con los ganglios submaxilares infiltrados, curados ambos radicalmente por el 606.

Además, en ambos casos se comprobó por medio del microscopio y del ultramicroscopio que no se trataba de avarirosis.

Ya podemos comprender la importancia de estas observaciones, para no caer en el error de atribuir á la sífilis ciertas lesiones ulcerosas de la boca ó de la garganta, en las cuales obra rápidamente el Salvarsan, lo mismo que para el empleo de éste cuando se trate de una estomatitis grave ó de un noma.

### II

*Preñez ectópica abierta en el intestino.*—Este curioso é interesante caso fué presentado á la Sociedad de Medicina de Berlín, por el Dr. Böekenheimer.