

Boletín de Medicina

Organo de la Sociedad Médica de Manizales.

Redactores:

Dr. Luis Zea Uribe.
Dr. D. Gutiérrez y Arango.
Dr. Emilio Robledo.

AÑO I.—Manizales, Mayo 15 de 1907.—Número 1.°

REGLAMENTARIO

Art. 26.—La Sociedad no será responsable colectivamente de las opiniones y conceptos emitidos por los socios individualmente. Los artículos que se publiquen en el *Boletín* tendrán siempre una firma responsable.

INFORME DE LOS TRABAJOS DE 1906.

AL declinar el puesto de Secretario de la Sociedad de Medicina, que me ha tocado desempeñar durante el período que espira, tengo el honor de presentaros un informe de nuestras labores.

Al momento de la iniciativa de nuestra sociedad, creímos, y no sin fundamento, que en el primer año podríamos presentar ya una obra creada y en completo desarrollo. Desgraciadamente el escaso número de socios, obligados en el trabajo cotidiano y sujetos á las eventualidades personales, por una parte, y la escasez de nuestro erario, que no hemos podido en manera alguna que sea sanado ó defendido por el Gobierno, á quien más interesan nuestros trabajos, no han sido parte á que el contingente científi-

co y práctico de cada uno de nosotros haya sido suficiente á formar acervo ni á que los trabajos que hemos presentado nosotros y los colegas del Departamento hayan podido hacerse conocer del público que necesita y que lee. Varias tentativas se ha hecho por recabar del Gobierno un auxilio, no como una dádiva, sino como una remuneración por los trabajos de la Honorable Junta de Higiene, que hemos prometido publicar en nuestro periódico, y siempre hemos obtenido una negativa fundada en la pobreza del Tesoro del Departamento, que no puede disponer de un óbolo para obras de esta naturaleza. No obstante la Sociedad de Medicina ha resuelto los problemas que se le han presentado por el Gobierno y está dispuesta á resolver los que se le presenten en pro del bien comunal. (*)

Hoy hace un año que nos reunimos en el local de El Escorial á hacer ostentación de nuestro comunismo profesional. Nos reunimos modestamente, pero el público, y la prensa y el Departamento entero nos recibieron con beneplácito y satisfacción. De los avisos dados de nuestro proyecto de vida se holgaron las sociedades científicas y todas nos auguraron nutrición continua. Tales se mostraban nuestros propósitos y tan puro creíamos nuestro entusiasmo y la sabiduría que corría como iniciativa en el seno de nuestra sociedad.

El iniciador de nuestro concurso auxi-

* El Gobierno, impuestó de la necesidad de nuestra publicación y tocado del interés que siempre lo ha caracterizado por toda obra buena, ha resuelto que la publicación del Boletín de Medicina sea costeadada por el Tesoro del Departamento. Le damos gracias y felicitaciones, y retiramos las quejas consignadas al principio de este informe,

liar, joven tajado á estilo de los más aristocráticos y fecundos luchadores en nuestra ciencia precaria, asusado por una fe ciega en el porvenir é inspirado en el destino profesional, informó al público y á la Sociedad entera, lo que se pretendía y que en la propia sesión solemne se rendiría el tributo de gracia á los designados por sus méritos para regir la suerte de la sociedad. Uno de los más antiguos profesores de nuestra Facultad, el Dr. Henao, pletórico de merecimientos y honor de la Medicina colombiana, fue instalado en el puesto de la Presidencia y para darle posesión el señor Dr. Gutiérrez Arango, que había ocupado la Presidencia, por corresponderle en orden alfabético, le dirigió la palabra en términos elocuentes y sinceros. El Dr. Henao correspondió de la misma manera y, una vez posesionado, dio instalación correspondiente al Sr. Vicepresidente, Dr. Velásquez y al Secretario Sr. Dr. E. Robledo.

Terminó la sesión con un discurso reglamentario presentado por el suscrito y de ahí en adelante creímos que nos entregaríamos con entusiasmo á nuestras tareas.

En las dos sesiones anteriores se había elaborado un reglamento, calcado sobre los de nuestras corporaciones científicas del mismo orden. Dicho reglamento fue presentado por una junta formada por los Dres. Toro Uribe y Velásquez. Y como se dispusiera que debía haber una junta redactora del periódico, órgano de la Sociedad, por votación fueron electos redactores el Dr. Lázaro Uribe, el Dr. D. Gutiérrez A. y como parte integrante de la Junta, el Secretario de la Sociedad. Con los trabajos pre-

sentados hasta el mes de Enero se formó el primer número del periódico. Su contenido era el siguiente: Prospecto de los redactores. Acta de la instalación de la Sociedad. Sesión solemne. Discurso del Dr. Gutiérrez Arango. Discurso del Dr. J. T. Henao. Discurso del Dr. Gutiérrez G. Telegramas de felicitación. Acta del 5 de Octubre, del 19, del 21 y del 30 del mismo mes. Reglamento, y para terminar, un artículo del Dr. Robledo titulado Ingertos de la película del huevo.

Como se presentara el viaje del Dr. Robledo á Europa, la Sociedad acudió, por insinuación de alguno de los socios á nombrar el Secretario que debiera sucederle y recayó el nombramiento sobre el Dr. J. B. Gutiérrez G.

A continuación se dio cuenta á todos los coprofesores del Departamento de que nos habíamos reunido en Sociedad.

Algunos, la mayor parte, correspondieron á nuestra atención y han enviado sus trabajos para que los consideremos y se haga la publicación en nuestro periódico. Un informe de esta naturaleza no podría presentar un estudio de dichos trabajos y eso sería cuestión correspondiente á la Junta redactora. Más tarde, cuando holgadamente podamos seguir la publicación de nuestra revista, serán publicados.

El segundo y tercer número del periódico se publicaron en un solo bloque. Se presentaron en ellos algunos trabajos originales y alguna inserción de mérito. Después la publicación ha permanecido en proyecto.

En cada una de las juntas habidas por la Sociedad se ha presentado algún asunto de importancia para discutir, en el cual se ha hecho luz en favor del asunto.

Como se tratara de uno de los problemas más importantes, no solamente para nuestra Sociedad, sino para el Departamento de Caldas en general, la cuestión Hospital de Caridad, el Presidente nombró en comisión al Dr. J. B. G. para que se presentara á la Sociedad de San Vicente de Paúl á darle cuenta de la necesidad de dicho Hospital, y habiéndose presentado el Dr. Gutiérrez fué acogido en debida forma y nombrado miembro de la Junta constructora. La idea de la fundación del Hospital ha cundido al menos, debido á la iniciativa de la Sociedad de Medicina.

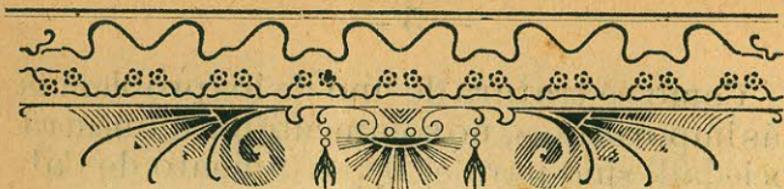
Como último acontecimiento digno de mención, se presenta el ingreso á nuestra Sociedad de uno de los más distinguidos profesores colombianos: El Dr. Zea Uribe. Su trabajo titulado "Apuntes para la Cirugía de Manizales" es la consignación de una serie de operaciones de alta Cirugía que harían honor á cualquiera localidad de la República.

Para terminar el rendimiento de este informe me inclino respetuosamente ante los nuevos dignatarios y ofrezco á ellos mi humilde contingente de la manera más desinteresada y sincera.

Manizales, Octubre 12 de 1906.

J. B. GUTIERREZ G.





✓ ENFERMEDAD DE QUINCKE

Sinonimia.—Edema reumatismal de repetición. Anglo-neurosis cutánea ó mucosa. Edema angio-neurótico de la piel. Edema agudo, paroxístico hereditario. Hidropesía articular intermitente. Edema agudo circunscrito de la piel.

HABIENDO tenido ocasión de observar, durante varios años, y en una misma familia, algunos casos típicos de *edema agudo circunscrito de la piel*, hemos creído oportuno hacer la publicación de dichos casos, toda vez que la enfermedad es rara en manifestarse, y su diagnóstico difícil á veces, como se verá en el curso del presente artículo.

Antes de entrar en la narración de los casos aludidos, daremos un breve resumen de la parte histórica de la enfermedad que nos ocupa.

Hasta el año de 1882 en que Quincke dio carta de naturalización en la nosología al edema que lleva su nombre, esta enfermedad se confundía con un gran número de afecciones de la piel, de las cuales parece haberse separado definitivamente, aun cuando no en concepto de todos, como se verá cuando hablemos del diagnóstico.

En el citado año, Quincke publicó varios casos de un edema que se manifestaba en determinados lugares de la piel ó de las mucosas, sin rascazón ni prurito alguno, de rápido desarrollo, hereditario á veces y consecutivo, frecuentemente, á enfriamientos ó á esfuerzos de naturaleza diversa.

En 1883 Jamilson estudió varios casos de la misma afección asociada á síntomas de reumatismo,

Strübing, en 1885, da á la afección el nombre de *edema angio-neurótico*, asignándole como síntomas principales: 1. ° Edema de las mucosas laríngea y faríngea; 2. ° Alteraciones gástricas, y 3. ° Albúmina en la orina y posibilidad de trastornos cerebrales.

Varias observaciones fueron publicadas por Rapin en 1886, de las cuales concluye el autor, que el edema de Quincke se asocia frecuentemente y alterna con la *urticaria gigante*.

En 1887, Minich asimila el edema á una enfermedad infecciosa porque á veces presenta el cortejo sintomático de estas enfermedades.

Osler en 1888 habla nuevamente de la herencia edematosa y relata la historia de cinco generaciones de edematosos, en los cuales predominaban las perturbaciones gástricas. Uno de los enfermos de su Memoria murió á consecuencia del edema de la glotis.

Nuevos y más concretos casos fueron presentados en el curso del mismo año por Riehl, Loimann, Elliot y Borner.

En el año siguiente Napier y Küssner y Courtois—Suffit hacen nuevos estudios sobre la materia.

En 1890, Max Joseph cita tres observa-

ciones, y en 1895 Ricochon, en el Congreso Médico de Bourdeaux, trazó la historia de una familia que durante tres generaciones presentó casos típicos de individuos atacados de la angio-neurosis de que tratamos.

Después de esta fecha sólo se han publicado casos aislados, al menos en la literatura médica que hemos logrado consultar.

OBSERVACIONES

I

El Sr. N. N., hombre de buena salud y de hábitos morigerados, es consanguíneo con su esposa y padre de 19 hijos. El primogénito de estos, al año de nacido, fue atacado por una hinchazón ó edema que comenzó en el pie. Tratólo al principio un médico con vermífugos, sin resultado satisfactorio, pues la enfermedad aparecía frecuentemente, sin que esto entrabara su desarrollo que fue normal y hasta exuberante, á juzgar por la energía que desplegaba en todos los trabajos que á su edad desempeñaba. Cuando fue púber la enfermedad le aparecía con motivo de algún traumatismo recibido. Su padre, que nos ha suministrado estos datos, es muy afirmativo cuando dice que sólo por el motivo expresado aparecía el edema.

El miembro atacado adquiría á veces el triple ó el cuádruplo de su volumen normal, y esto en un tiempo pasmosamente rápido.

El edema aparecía siempre sin comezón ni molestia alguna.

A veces solía ser atacado por una erupción que le producía un prurito desesperante.

En más de una ocasión el edema comenzó por el cuero cabelludo, invadiendo en se-

guida la cara, el cuello y el pecho, pero sin causar ninguna alteración general.

Hasta que llegó un día en que, habiéndose manifestado de igual manera, el edema invadió la garganta y la glotis y el paciente, entonces de 20 años, no volvió á respirar nunca más.

Obs. II.

F. C., hermano del anterior, de 27 años de edad, casado, robusto, y de sana constitución, tuvo el primer acceso de edema á los 19 años, en la cara. Dos años después le apareció en las manos, llegando una sola vez hasta el hombro correspondiente.

Hace cosa de cinco años, al cerrar una puerta, golpeóse en la mano con la chapa de la cerradura é inmediatamente le apareció el edema.

Vímoslo entonces por primera vez, examinamos la orina con atención y no encontramos albúmina; notamos no haber perturbación gástrica concomitante, é hicimos desde entonces el diagnóstico de edema agudo circunscrito, aplicando, con buen resultado, la medicación que se verá más adelante.

Poco tiempo después, con motivo de la extracción de una muela, el edema invadió la cara; otras veces aparecía sin causa conocida, pero casi siempre era el efecto de un enfriamiento ó de un traumatismo fuerte.

Por otra parte, el paciente me ha hecho notar con insistencia la simultaneidad en muchos casos, de estado gástrico enojoso: lengua saburrosa, empacho gástrico, inapetencia y vómito á veces. Los accesos han sido en número de doce á quince, próximamente. Hace un año que no le han sobrevenido, aunque dice haber tenido gastralgias

y otras leves perturbaciones intestinales.

Al aparecer la enfermedad no ha notado rascazón alguna. Sólo una tirantez del punto atacado y rápido crecimiento del edema.

Dos ó tres veces hemos examinado la orina y nada hemos encontrado que merezca observarse.

Obs. III.

M. C., de 24 años de edad, soltero, sano y activo en sus ocupaciones. Dos veces ha notado una como punzada fugaz en la eminencia hipotenar de la mano izquierda, y poco después ha visto aparecer la hinchazón en aquel punto, y extenderse en seguida hasta la extremidad inferior del antebrazo, á manera de guante acolchado.

Con motivo de alguna neuralgia de la boca, ocasionada por caries dentarias, el edema ha aparecido varias veces en la cara.

Una ocasión le vimos un pequeño absceso alvéolo-dentario á consecuencia del cual apareció el edema en proporciones monstruosas.

No manifiesta haber padecido ninguna otra enfermedad en relación con el de que venimos tratando. No le encontramos albúmina en la orina.

Obs. IV.

E. C., de 20 años de edad, soltero. Ha sufrido de una artritis coxo femoral de crecimiento, que le dejó una claudicación no muy notable, pero que no llegó á producir supuraciones ni fístulas.

A este joven le aparecen los edemas muy de tarde en tarde, y siempre consecutivos á un traumatismo más ó menos intenso.

Obs. V

E. C., niña de 6 años, tuvo el primer acceso de edema agudo de la piel á la edad de 5 años.

Siempre que la enfermedad se ha manifestado ha sido, como en el caso anterior, después de sufrir un golpe. Todos los accesos han sido benignos.

En los ascendientes de los individuos citados, no ha habido manifestación edematosa que se haya comprobado.

ETIOLOGIA.—Los autores que se han ocupado en el estudio de la enfermedad de Quinke, hanle asignado diversos orígenes, de acuerdo con la naturaleza de los síntomas observados.

Unos la consideran como enfermedad hereditaria; otros como de origen reumatismal; quienes como secuela del alcoholismo, y aun como consecuencia de los enfriamientos y de las menstruaciones perturbadas.

En lo que hemos logrado leer sobre el particular no hemos encontrado nada que hable de los traumatismos como causa si no eficiente, al menos ocasional, del edema agudo de la piel.

Apoyándonos nosotros en las cinco observaciones que dejamos descritas, le asignamos al traumatismo un lugar muy importante en la etiología de aquella afección.

PATOGENIA.—¿A qué es debido el *edema de Quinke*, ó mejor, cuál es la alteración que produce la infiltración en las condiciones especiales del edema circunscrito de la piel?

Es natural pensar que las teorías acerca de este punto, varíen de acuerdo con la dife-

rencia de las causas etiológicas invocadas por cada autor.

Quinke, por ejemplo, cree que bajo la influencia del sistema nervioso, hay una modificación en el poder de trasudación de los vasos.

Strübing incrimina los vaso-dilatadores como factores del edema, teoría que en nuestro concepto puede fácilmente igualarse á la anterior.

Para otros, en fin, el edema es debido á la perturbación del sistema nervioso central y no del periférico, dada la concomitancia de alteraciones de las mucosas.

Colocados en un justo medio, nosotros diremos que es causado por una alteración del sistema nervioso en general: unas veces por excitación periférica, como en los casos que siguen á enfriamientos y traumatismos, y otras por excitaciones centrales, como en los casos de afecciones gástricas, reumatismales y menstruales.

SINTOMATOLOGIA.—Conocidos los casos que hemos citado, que son clásicos, bien pudiéramos prescindir de esta parte en nuestro estudio; mas como deseamos trazar un cuadro completo de la enfermedad, describiremos en seguida el síndrome aceptado como típico.

En la superficie de la piel ó de las mucosas aparece rápidamente una hinchazón medio rosada, sin prurito ni dolor. A veces hay vómitos, diarrea y malestar general del organismo.

La infiltración invade parte ó la totalidad de un miembro y desaparece al cabo de 10, 24 ó 48 horas, para repetirse sin perio-

disidad y burlando toda previsión del paciente.

“A consecuencia de las invasiones sucesivas, el edema constituye, no una afección aguda, como parece indicarlo su nombre, sino un estado patológico que puede prolongarse largo tiempo, y aun instalarse definitivamente de una manera crónica”.

DIAGNÓSTICO.—Como dijimos al principio de este trabajo, no todos los autores están de acuerdo en considerar el *edema agudo* como una entidad patológica definida. Courtois—Suffit, cuyo estudio sobre la materia nos ha servido de guía, apoyándose en las opiniones de Hardy, de Blanchet, de Behier, de Hebra y de Milton, cree que los casos descritos con el nombre de enfermedad de Quincke, pueden clasificarse bajo la etiqueta de *urticaria gigante ó de urticaria edematosa*.

“Nos parece, dice el autor aludido, que nada nos autoriza para describir separadamente estas dos afecciones, y sobre todo, criticando con cuidado las diversas observaciones publicadas sobre este asunto, no se encuentra ningún síntoma importante, ni bastante constante para dominar la fisonomía clínica del edema agudo. Besnier y Doyon, por el contrario, creen que el edema agudo no se confunde con la urticaria y que es igualmente distinto de las nudosidades reumatismales, de los pseudo-lipomas subcutáneos, de los eritemas en placas y de las dermolinfitis. De la misma opinión son también Dinkelacker, Yamienson y demás autores citados en la parte histórica de nuestro estudio. En nuestra primera observación hicimos notar, *ex-profeso*, la parte en donde

se hace mención de una erupción pruriginosa que aparecía á veces en el paciente y que creemos era una urticaria. Esto parece, á primera vista, dar la razón á los que creen que entre estas dos enfermedades no hay sino diferencia en el modo de manifestarse; pero cuando se recuerda que la urticaria no aparece con motivo de un traumatismo de la piel, y que siempre es más ó menos pruriginosa, la conservación del edema de Quincke como entidad patológica parece imponerse definitivamente.

El edema histérico es de color azul y va acompañado de alteraciones nerviosas.

PRONÓSTICO.—En general, el edema angio-neurático es una enfermedad benigna, aunque á veces es incómoda y deformante. Cuando ataca las mucosas, sobre todo en la faringo-laringe, tórnase de una gravedad inusitada. La literatura no escasea en casos de muertes súbitas causadas por el edema de la glotis, como en el caso de nuestra observación primera. Afortunadamente la invasión no elige aquellos lugares con predilección, ya que, por el contrario, parece acantonarse más comunmente en las partes de la piel expuestas á la influencia de los agentes exteriores.

TRATAMIENTO.—Generalmente se prescriben diuréticos, sudoríficos, purgantes &, en armonía con los síntomas predominantes. Algunas veces, casi siempre, la afección desaparece *sponte-sua* y sin medicación alguna. A imitación de Besnier y Doyon, nosotros hemos prescrito:

Salicilato de soda.....2 á 3%

Bicarbonato de soda.....1 á 3%

Aplicaciones locales de esta solución, agregadas al tratamiento sintomático, nos han dado buenos resultados en el tratamiento del *edema de Quinke*, al que nosotros de buen grado daríamos el nombre de *edema familiar*.

Manizales, Abril 20 de 1907.

DR. EMILIO ROBLEDO.

AUTORES CONSULTADOS

Moriz-Kaposi.—Maladies de la peau—Traducción y notas de Ernest Besnier y Adrien Doyon.

Courtois-Suffit en Gacette des Hopitaux 1890,

Chatelain-Précis Iconographique des maladies de la peau.

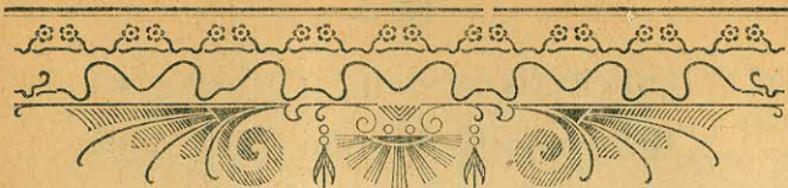
Achard y Leví en Traité de Medicine de Brouardel et Gilbert .

Gacette des Hopitaux.

Journal des Praticiens.

British Médical Journal





APUNTES PARA LA CIRUGIA DE MANIZALES

HISTERECTOMIA ABDOMINAL

A principios de 1905, fuimos llamados á un campo, para ver en junta á la señorita X, que hacía mucho tiempo estaba enferma. Los informes que pudimos recoger acerca de la paciente, nos hicieron sospechar que se trataba de una afección crónica de la matriz, y al efecto, llevamos para examinarla, un espéculum de Cusco, pinzas de falso germen, pinzas de Mussex para la tracción de cuello, histerómetro y aparato de suspensión para la posición ginecológica. En casa de la enferma había irrigador de Esmarch.

Encontramos la paciente en decúbito dorsal, que guardaba hacía dos meses, á causa de copiosas hemorragias, las cuales se presentaban al menor movimiento; color amarillo, facies abotagado, edema de los miembros inferiores sobre todo perimaleolar, y estado general poco satisfactorio. Como antecedentes se nos dijo, que á la edad de doce años se habían presentado las reglas de manera normal; que algún tiempo después, había sufrido violenta caída de un columpio y que desde entonces aparecieron las primeras irregularidades menstruales; las metrorragias profusas se mostraron más tarde acompañadas de dolores irradiados hacia las piernas. Cuatro años antes del examen actual, sobrevinieron dificultades para la defecación y sensación de peso en el recto, al propio tiempo que el vientre empezó á crecer. Toleró sus males sin atreverse á revelarlos á la familia ni á consultar un médico, limitándose solo á

hacerse lo que algunos de ellos sin examen previo le indicaban, pues los exámenes de esta índole se dejan entre nosotros, por incomprensibles razones para casos *in extremis* hasta que el progreso de sus novedades la forzó á recurrir á un facultativo, quien hizo un examen con espéculum y propuso una intervención quirúrgica. Esta se limitó á extirpar pequeños prolongamientos carnosos, que salían por el cuello entreabierto, y á un raspado del canal cervical con cureta cortante, no sin haber advertido ya el crecimiento de la matriz. La operación, como era de esperarse, no produjo resultado ninguno; continuaron las hemorragias, el crecimiento del vientre y la constipación obstinada que hacía tiempo padecía. En este estado nos toca intervenir; la enferma cuenta treinta y siete años. El examen revela á la palpación, la existencia de un tumor voluminoso, inmóvil, y enclavado en la región pelviana; el tacto vaginal combinado á la palpación, hace ver que el neoplasma forma un todo con la matriz, y confirma las adherencias; los fondos de saco vaginales, están llenos completamente por el tumor; el cuello libre, flojo y entreabierto. Propusimos una intervención radical, la histerectomía, para verificar la cual, la familia se trasladó con la paciente á la ciudad, cuatro días después. La operación se llevó á cabo con el Dr. Juan Antonio Toro Uribe, nuestro colega y amigo, como ayudante; el señor Marco M. Tirado dio el cloroformo y el Dr. Juan Bautista Gutiérrez, nos hizo el honor de permanecer á nuestro lado durante el tiempo que duró la operación. Esta puede resumirse así: asepsia reglamentaria; posición de Tredelemburg; incisión media de la pared abdominal, desde el ombligo al pubis; incisión del peritoneo parietal que se fija con pinzas; liberación laboriosa del neoplasma y de los anexos adheridos; desenclavamiento del tumor; sección entre pinzas languettes de Richelot, del ligamento ancho derecho, inclusive el ovario y la trompa; sección del ligamento ancho izquierdo, en las mismas condiciones, excepto el ovario que por estar sano se respeta; desprendimiento de la vejiga, especialmente difícil por las adherencias; sección de los fondos de saco vaginales y extracción completa de la matriz y anexos degenerados.

Ligáronse las dos arterias tubo-ováricas y las dos uterinas con seda aséptica; rehízose el peritoneo con catgut; se hizo prolija toilette de la cavidad abdominal y se cerró la herida con puntos de sutura separados, en un solo plano como lo aconseja y practica Routier. Curación de gasa aséptica y algodón para la herida del abdomen, y gasa yodiformada para la vagina. Seis días después se quitaron los hilos del abdomen; la herida cerró por primera intención y la enferma dejó el lecho veintidós días después de ser operada.

El examen anatomo-patológico de la pieza, reveló tratarse de un enorme sarcoma del útero, órgano que se había transformado en neoplasma, adquiriendo considerable volumen, como la cabeza de un niño, de varias libras de peso. Las adherencias se explican por congestiones inflamatorias de origen infeccioso, que se produjeron sucesivamente en el largo curso de la enfermedad. Hoy la paciente cuenta veinte meses de operada y sólo estuvo cinco gozando de cabal salud. Un examen reciente nos ha indicado haberse reproducido el tumor, también en la cavidad pelviana, originado quizás en algún núcleo de las múltiples adherencias que hubo que romper, así como la aparición de otro núcleo neoplásico en el cornete medio en la fosa nasal izquierda. Apesar de todo, es innegable la mejoría que la intervención trajo para la enferma, y la robustez que adquirió después de operada.

Tenemos aquí un caso de rápida reproducción de un tumor á poco tiempo de su ablación completa, cosa que puede explicarse por haber sido operado de manera tardía, cuando la paciente estaba ya con su caquexia cancerosa por haber llevado durante años el neoplasma; y no es improbable tampoco, que primitivamente se hubiese tratado de un tumor benigno, el cual por transformación adquirió más tarde su carácter letal como sucede con frecuencia.

INTERVENCIÓN CON MOTIVO DE UNA HIDROPESIA DE LOS OVARIOS.—El día 18 de Marzo del mismo año, fuimos llamados á intervenir en el caso de la señorita X. de cuarenta años de edad. Cuando por primera vez vimos la paciente, hacía cuatro meses

que guardaba cama, y su exclusiva alimentación se reducía á pequeñas cantidades de leche y agua de goma. Su enfermedad databa de muchos años atrás. Las reglas habían ido disminuyendo poco á poco, hasta suprimirse por completo, y con esto coincidió el abultamiento del vientre. Aunque desde el principio tuvo asistencia médica los auxilios de la Farmacia fueron lastimosamente inútiles, y á la postre, rendida por el mal é incapacitada para alimentarse convenientemente, por la asfixia que determinaba la ingestión de alimentos sólidos, tomó el lecho. En este estado su médico, se atrevió á practicar unas punciones y extrajo pocas onzas de líquido amarillento y límpido; pero como el líquido cesaba de salir espontáneamente á través de la aguja de la jeringa hipodérmica que empleaba, las punciones no se repitieron y el alivio fue nulo. A nosotros se nos llamó para ver de impedir un ataque de asfixia. Encontramos la enferma en estado de agotamiento extremo, los huesos literalmente forrados en la piel, facies angustiado y cianótico, y postración suma. Lo que llamaba ante todo la atención, era el excesivo desarrollo del abdomen y la dificultad respiratoria. La palpación de aquella enorme masa, hacía ver claro que existía un derrame en el interior, pero dispuesto en compartimentos tabicados, porque la sensación ondulatoria no se transmitía de un lado al otro al percutir. Las costillas flotantes estaban levantadas, así como también rechazado el diafragma por la gran cantidad de líquido. Sabiendo que las punciones no habían producido alivio, propusimos la laparatomía previniendo á los dolientes y á la enferma misma, de los graves peligros que se corrían en semejantes casos, con la sola aplicación del cloroformo. No obstante se aceptó y fue operada al día siguiente. En esta ocasión nos ayudó también el Dr. Toro Uribe y el señor Tirado hizo de cloroformista. Se cortó del ombligo al pubis, siguiendo la línea media en posición horizontal; se abrió el peritoneo parietal sobre sonda acanalada. Al ensanchar el campo operatorio con valvas de Pean, apareció llena la cavidad abdominal, de incontable número de bolsas unidas entre sí, de paredes delgadas surcadas de venas, de tamaño variable, desde una

uva á una naranja. Algunas de aquellas bolsas se abrieron espontáneamente al romper las adherencias que las unían al peritoneo parietal; y considerando nosotros que el líquido que vertían era aséptico, y más, teniendo en cuenta el estado de agotamiento de la enferma, procedimos á romperlas todas rápidamente. Bañó el líquido la mesa; llenó las vasijas preparadas para recibirlo, inundó la sala, salió por debajo del quicio al corredor vecino, y se filtró á través del pavimento de tablas desunidas, anegando el zaguán. Con algún trabajo logramos aislar las bolsas correspondientes al ovario izquierdo, cuyo pedículo se ligó en masa y se extirpó en seguida. Procedimos á hacer otro tanto con el ovario derecho, pero las bolsas de este, estaban adheridas al intestino grueso, á la cara inferior del hígado, al estómago, insinuándose por todas partes donde había menor resistencia y en el trabajo de romper adherencias para formar pedículo, sobrevino un síncope. El cloroformista procedió á hacer la respiración artificial, y entre tanto nosotros logramos pediculizar aquella inmensa aglomeración de quistes rotos, ligamos en masa y extirpamos después. A toda prisa cerramos la herida abdominal en un solo plano de suturas; pusimos gasa y algodón bajo un vendaje de bayetilla de lana, y procedimos á despertar y revivir la paciente, todavía en estado sincopal, lo que se logró entre el lecho, con inyecciones cardiotónicas y calor artificial. Tuvimos el sentimiento de dejar en el pedículo derecho, algunas bolsas quísticas no mayores que una nuez, así como también algunas abiertas ya, debajo del hígado, cuyas adherencias no tuvimos tiempo de romper, en atención al síncope. La herida del abdomen, cerró per-primam; no hubo un solo día de fiebre, la enferma recobró un poco sus fuerzas, y sobrevivió á la operación un año completo. Con el tiempo se reprodujeron sus quistes y la paciente murió de inanición y agotamiento.

Es éste otro caso en que la cirugía no dio el resultado ideal de una curación definitiva, y que debe explicarse indudablemente por lo tardía de la intervención, cuando estaban agotadas ya las fuerzas de la paciente.

Los procedimientos de la Cirugía moderna, permiten hoy intervenciones como la laparotomía,

no sólo con carácter curativo sino como medio de diagnóstico, y esto sin graves peligros para los enfermos. Entre nosotros persiste el miedo irracional á lo único de eficacia positiva en el Arte de curar, que son las intervenciones quirúrgicas; y sorprende hallarse cuando menos se piensa, con personas al parecer cultas, que se hacen eco del refrán vulgarísimo de “muera la gallina y muera con su pepita”, sentencia que anula por sí sola, todos los adelantos de la Ciencia en los últimos quince años, y tras de la cual escudan su timidez para dejarse operar, en casos en que la asepsia y la cuchilla darían cuenta rápida de afecciones de otra manera mortales. Nos toca á nosotros los prácticos, reeducar los pacientes en el sentido científico y verdadero, como lo han hecho hoy los médicos en todas las naciones civilizadas del mundo.

APENDICECTOMIA.—En Febrero del año en curso, nos tocó intervenir en un caso de apendicitis ocurrido en el señor N. N. Un mes antes de operar habíamos visto en junta dicho Sr., junta á la cual fuimos llamados por nuestro distinguido colega el Dr. J. T. Henao. Sostuvimos entonces, las ideas clásicas sobre la materia, es decir, la intervención quirúrgica para todo caso de apendicitis, en las primeras horas del ataque, si es que el diagnóstico puede hacerse rápidamente, y si no, pasado el ataque, cuando la fiebre ha caído, cesado los accidentes inflamatorios, y discipado de manera visible el empacho gastro-intestinal que acompaña las infecciones del apéndice. En las primeras horas pues, ó en frío; pero sin esperar nunca un segundo ataque, que es casi cierto que vendrá y que no hace otra cosa sino comprometer las probabilidades operatorias y la vida del paciente. La junta, opinó también por la operación. El señor N., dejó el lecho poco tiempo después del ataque, y como continuáse sintiendo dolores en la región, y aún tendencia á la reaparición del dolor primitivo, quiso que nosotros lo operásemos, al mes justo del primer ataque. La intervención se verificó en unión de los Doctores Toro Uribe y Gutiérrez (J. B.). El procedimiento empleado fue el siguiente: insición de siete centímetros en el punto de Mac-Borney, sección de las fibras musculares del primer plano;

separación en el sentido longitudinal de las fibras del músculo trasverso, no sección para evitar herida consecutiva. Una vez que se tuvo fuera de la herida, la porción ileocecal del intestino, notamos que el ileón y el ciego estaban soldados como los cañones de una escopeta, y que el apéndice se hallaba cogido entre la soldadura, doblado sobre sí mismo y perdido entre las adherencias inflamatorias. Al hacer la separación de los dos intestinos, notamos un abceso en el punto de flexión del apéndice, el cual se abrió sobre compresas, sin contaminar el peritoneo adyacente. Ligamos la base con catgut y se cortó con el termocauterío; procedimos luego á hundir el muñón, entre el saco formado por una ligadura periapendicular de catgut, y cerramos en un plano de sutura, dejando por prudencia un poco de gasa aséptica que se quitó al día siguiente.

Como consecuencias post-operatorias, debemos señalar tan solo, considerable meteorismo, que desapareció tres días después con la administración de un purgante de aceite. Abierto el apéndice, lo hallamos convertido en cavidad cerrada, lleno de pus, y con un cálculo, escrementicial al parecer. El enfermo dejó el lecho á los diez y seis días de la operación perfectamente curado. Acompañamos la pieza anatomopatológica de esta observación.

CURACIÓN RADICAL DE UNA HERNIA INGUINAL, CON ECTOPIA TESTICULAR. IZQUIERDA.—El señor X. X. de veintitres años, se presentó á nuestro gabinete de consulta en el mes de.....del año en curso. Quejábase de dolores en la región inguinal izquierda, particularmente durante el esfuerzo, y nos significó serle demasiado difícil el coíto por insuficiencia de erección, pues le faltaba un testículo. Procedimos á examinarlo y hallamos realmente, que el testículo izquierdo no había descendido del abdomen y que el anillo inguinal correspondiente estaba dilatado, permitiendo la introducción del índice. Haciendo poner de pie el enfermo, se veía ensanchar el canal en los esfuerzos de tos, y presentarse un cuerpo que supusimos ser la glándula. Indicamos la operación, no sin advertir al paciente, que ésta surtía todos sus buenos efec-

tos desde el punto de vista genésico, cuando se practicaba antes de la pubertad, siendo aleatoria en sus resultados si se dejaba para más tarde; pero que de todos modos, la presencia de la hernia imponía ya el tratamiento quirúrgico. Fue operado pocos días después. Al abrir el canal, se presentó el saco herniario que se abrió igualmente; soldado á este, apareció un cuerpo, restos del *gubernaculum testis* que nos sirvió de guía, é introduciendo el índice, hallamos la glándula bastante alta en la cavidad abdominal. Pudimos hacerla descender, haciendo tracciones sobre el gubernaculum y luego sobre el cordón, hasta llevarla al escroto, en donde fue fijada con catgut. La hernia fue cerrada por el método de Bassini. Como consecuencias de la operación, apenas diremos que la glándula tornó á ascender un poco, sin duda por la falta de punto de apoyo que ofrece la flaxidez del escroto, y hoy se halla colocada en la mitad del trayecto que existe entre esta y el anillo inguinal cerrado. Ha aumentado por lo menos el doble de su volumen primitivo. La herida cerró *per primam*.

TALLA VAGINAL.—La señora R. había sido tratada largo tiempo para una cistitis antigua y luego que se descubrió la presencia de un cálculo en su vejiga se le administraron litontríticos por un año. Llamados nosotros, y cerciorándonos que efectivamente existía una voluminosa piedra, propusimos la extracción, la que fue aceptada. De las cuatro vías que señalan los prácticos para llegar á la vejiga de la mujer, la uretral hubo que abandonarla por el gran tamaño del cálculo; la vestibular quedaba en las mismas condiciones, además de los grandes inconvenientes que presenta. La hipogástrica no tenía indicación especial, además de ser la más larga y peligrosa; quedaba la vaginal, vía inmediata, adoptada por todos los cirujanos, como que es ajena á los peligros. Esa fue la adoptada por nosotros. Sabido es que hoy se puede obtener la asepsia de la vagina, como la de cualquier superficie libre; y el temor de que sobrevengan fístulas con la intervención vaginal, es perfectamente ilusorio, toda vez que no existen pérdidas de sustancia, como sucede en los casos de distocia

por considerable desarrollo de la cabeza, en que ésta comprime, por largo tiempo, las partes blandas contra el pubis, produciendo su mortificación ulterior. Además, en la talla vaginal se unen los bordes de la herida inmediatamente después con puntos de sutura separados, lo que asegura su unión desde que se asée la vejiga, á través de la sonda de permanencia. Nuestra enferma fue operada así: Se le extrajeron dos cálculos, uno de trece gramos de peso, y otro de dos. Once días después se le quitó la sonda y la enferma continuó bien.

EXTIRPACIÓN EN MASA DE LOS GANGLIOS INGUINO-CRURALES, POR UNA ADENITIS SUPURADA ANTIGUA DE ORIGEN VENEREO.—El señor X. X. padecía una adenitis supurada, que se trató durante un año con lavados antisépticos y medicinas al interior. Cuando le vimos en la consulta, sospechamos que la adenitis pudiese tener origen tuberculoso, por la tenacidad al tratamiento y por enflaquecimiento del paciente, pero el análisis microscópico nos demostró la ausencia del bacilo de Koch en el pus. Se trataba de una infección polimicrobiana, con predominio del estafilococo. Propusimos la extirpación total, la que se llevó á efecto dos días después extrayendo once ganglios la mayor parte supurados. Con cureta se rasparon los antiguos cráteres y fístulas que existían en toda la región inguino-crural, y el enfermo curó rápidamente. Ha robustecido de manera considerable, y desaparecieron las fiebres vesperales, apenas fueron suprimidos los focos de intoxicación que llevó por mucho tiempo.

TALLA HIPOGASTRICA, Y OJAL DE PONCET POR UN CÁNCER DE LA VEJIGA.—El señor X. X. adquirió hace años una blenorragia, que se trató con inyecciones y balsámicos. Cuando ya se creía curado sobrevino una violenta hematuria, y pasada esta, se presentaron accidentes que impedían la libre emisión de la orina. El médico que lo trataba, exploró su uretra y como la hallase estrecha practicó la uretrotomía interna y dejó una sonda de permanencia durante varios días. Quitada esta, la micción espontánea no tuvo lugar, á pesar de la dilatación que se hizo con la hilera de Beniqué. hecho que forzó al enfermo á llevar permanente-

mente una sonda de caucho rojo de Nelaton, á través de la cual filtró su orina y lavó su vejiga durante ocho meses. Cuando vino á nuestra consulta tenía infectada la vejiga, apesar de los lavados que diariamente se hacía. Le aconsejamos que se quitase la sonda y que solo se la aplicara en el momento del lavado ó para evacuar la orina, en caso de que esto no se pudiese obtener de otra manera. Perdimos de vista el enfermo por tres meses, al cabo de los cuales, vino nuevamente á nosotros, con la uretra más estrecha que antes y la vejiga atrozmente infectada. Le era casi imposible introducirse una sonda de reducido calibre número 12, y se sometió gustoso á la talla hipogástrica que propusimos. Abierta ampliamente la vejiga, se encontró un enorme tumor, que comprometía el bajo fondo del órgano y abarcaba el cuello, también degenerado. Consideramos imposible é inútil ya la extirpación del neoplasma, y solamente cosimos la vejiga á la piel, dejando un ojal de Poncet. El enfermo curó rápidamente; hoy se verifica la micción espontánea por el ojal supra-pubio y por la misma vía se lava la vejiga, dos ó tres veces á la semana. La fiebre urinosa que diariamente padecía, desapareció al establecer libre curso á la orina.

EXTIRPACIÓN DE HEMORROIDES PROCIDENTES.—El señor X. X. de cuarenta y cinco años, fue por muchos años hemorroidario, y comienza á ser prostático. Después de haber agotado, todos los tratamientos médicos y empíricos, resolvió hacerse operar por nuestra indicación. La intervención se hizo siguiendo el procedimiento de Whitehead, lo que lo curó radicalmente en pocos días.

UN CASO DE HIDRONEFROSIS, TRATADO POR LA LAPARATOMIA.—A principios de Abril de este año, vino á esta población desde la ciudad de Cartago, el joven N.N. con el objeto de ponerse en nuestras manos. El joven en cuestión cuenta treinta y dos años de edad y ha sido durante toda su vida ganadero y agricultor en las tierras calientes. Como antecedentes personales, señala el paciente el paludismo que ha sufrido en diversas épocas. Se ha hecho medicinar repetidas ocasiones para el hígado y reconocidamente padeció un infarto de esta

glándula, de origen palúdico también. Hace cuatro años tuvo una fuerte hemoptisis, y desde entonces ha venido padeciendo dolores vagos abdominales, crisis gástricas que se atribuyeron á mal funcionamiento del hígado, y astenia general. La enfermedad que lo ha hecho venir le empezó á principios de Abril, de manera brusca, según afirma, y la atribuye á excesos en la bebida de cerveza, no obstante haber sido habitualmente muy parco. Lo primero que notó fue el aumento progresivo del abdomen, y en menos de quince días apareció la asfixia, ocasionada por un enorme derrame que alzaba las costillas flotantes y le impedía casi por completo moverse. Sus médicos le aconsejaron la operación y él determinó hacerse operar aquí. El examen nos revela á la inspección, tinte cianótico y marcada disnea. La percusión del tórax nos indica que existe un derrame pleural en el lado derecho. El abdomen está espantosamente dilatado por un derrame, pero puede apreciarse con certeza que el líquido no está difundido libremente en la cavidad, sino enquistado en una bolsa que desciende por el lado derecho, hasta la fosa ilíaca, y por el izquierdo, hasta el flanco del mismo lado, dejando la Siliaca con la sonoridad natural de esta parte del intestino grueso. La región paraumbilical en propulsión marcada. Notamos de paso, el enflaquecimiento extremo del enfermo y el hecho de estar cubierto de urticaria el tronco, signo que se presentó con la enfermedad. Antes de formarnos una opinión completa sobre el caso, quisimos saber de qué modo funcionaban los riñones, y recogimos al efecto la orina de 24 horas que ascendió á cuatro litros, de color y densidad normales, sin azúcar ni albúmina. En la imposibilidad de saber á qué atenernos, practicamos una punción exploradora en la parte más saliente del derrame con todo rigor de asepsia, y sirviéndonos del aspirador de Potain. Se extrajeron tres mil gramos de líquido límpido, de transparencia perfecta, sin olor ninguno, sin urea, y que solo la centrifugación y el microscopio, revelaron la existencia de glóbulos rojos de la sangre, en pequeño número. La extracción de tres mil gramos de líquido, aunque produjo alivio respiratorio marcado, no hizo disminuir visiblemente el abdomen, y sí determinó dolor pungitivo, que fue for-

zoso calmar con morfina. Se propuso y se resolvió una laparotomía exploradora.

Abierto el abdomen, del apéndice xifoide al ombligo, se halló adherido el peritoneo parietal á la bolsa quística, y procedimos á punzar ésta, para que el líquido se escapase lentamente, y evitar así accidentes de decompresión visceral. Cuando ya hubo salido por lo menos la mitad, abrimos ampliamente la bolsa, y antes de que se vaciara por completo, introdujimos la mano en la cavidad. Pudimos llevarla hacia abajo, sobre el lado derecho, hasta levantar la pared abdominal en la vecindad de la espina ilíaca anterior y superior; sobre el lado izquierdo hasta la Síliaca. Quisimos explorar la bolsa hacia arriba, y encontramos que la cavidad de ésta, se comunicaba con la cavidad pleural derecha por un boquete que permitió la introducción de la mano primero, del brazo después, pudiendo llevar los dedos hasta levantar la pared torácica en la fosa infra-clavicular. Nos dimos cuenta de que el pulmón atelectasiado, se hallaba contra la columna vertebral, y al retirar la mano, corrimos el índice por los arcos costales de arriba á abajo. Exploramos luego el punto donde debía quedar el riñón derecho y notamos que no existía. Entonces nos dimos cuenta de la extrañeza del caso: una enorme hidronefrosis, que al crecer no sólo había destruído el parenquima renal, convirtiendo todo el órgano en bolsa, sino que hallando hacia arriba un derrame pleural preexistente, no compresible, había destruído el tabique diafragmático y los dos derrames se habían fundido en uno solo. ¿Qué debíamos hacer? Aunque la extirpación de la bolsa es formalmente desaconsejada por los cirujanos, entre ellos Simón, Bilioth, Landau Furbringer y Pousson, de Burdeos, sobretudo en casos como este, en que la enormidad de ella y las adherencias á los órganos vecinos, hacen la operación mortal, nosotros intentamos destruir las adherencias pero nos fue imposible continuar, por la hemorragia intraperitoneal que aquello producía, y solo nos sirvió para darnos cuenta de la completa independencia de la bolsa y del hígado. Luego cosimos la abertura de la bolsa á la herida abdominal, aunque esto determinase una fístula inestancable y permanente, pero abrigába-

mos la esperanza de que más tarde se restableciese la permeabilidad del uretero, y de que además, casi destruido el parenquima renal, quedasen virtualmente nulas las funciones excretoras del riñón. Fijamos la bolsa bastante alta, porque al retraerse, vendría á constituir un embudo con escape sobre el uretero, [en caso de que la permeabilidad de éste se restableciese con el tiempo] y llenamos de gasa aséptica la enorme cavidad. La operación duró pocos minutos; el líquido ascendió á 16 litros. Las consecuencias de la intervención, han superado en efectos benéficos para el paciente, á lo que nosotros mismos esperábamos. No hubo un solo día de fiebre; el líquido continuó filtrando á través de la fístula, y al cabo de doce días apareció por primera vez, olor de orina. A través de la fístula, se hace el mismo enfermo sus lavados asépticos con el tubo doble de Guyon, y hoy la cavidad, después de cincuenta y tres días de operación, está reducida sobremanera y no tiene sino la capacidad de tres onzas de líquido. La función suplementaria del riñón izquierdo, y, probablemente el restablecimiento de la permeabilidad del uretero comprometido, hacen que se eliminen por la vejiga tres mil gramos de orina en las veinticuatro horas. Hemos analizado químicamente esta orina y no contiene azúcar ni albúmina. La fístula epigástrica se ha reducido también y hoy tiene el diámetro aproximado de un franco. Por lo demás, el paciente dejó el lecho veintiseis días después de haber sido operado, llevando su bendaje contensivo; ha vuelto su pulmón izquierdo á ser permeable al aire y hoy respira perfectamente como si el parenquima pulmonar no hubiese sufrido en absoluto con la compresión permanente. El enfermo se encuentra en la actualidad robusto y nos significa que nunca en su vida, ha gozado de tan buena salud como ahora.

El caso anterior, encierra para el práctico graves lecciones y deja así mismo puntos oscuros que no nos fue dable esclarecer con la laparotomía, porque para ello habría sido forzoso llevar más adelante la disección y aquello habría sido mortal para el paciente. No es un caso vulgar de hidronefrosis, pues se presenta de un modo brusco, sin cólicos anteriores ni litiasis renal. ¿Cuál fue la causa

primitiva que lo determinó? El señor N. no tuvo jamás infecciones vesicales, y el examen más solícito no ha revelado la existencia de un tumor que pudiese comprometer el uretero. ¿Será un pequeño pólipo ureteral, ó un tubérculo? La carencia de cistoscopio nos impide resolver el asunto. Quizás pueda inculparse también el hecho de una flaxidez considerable del pedículo del riñón derecho, con una luxación del órgano, hipótesis que tiende á comprobarse con las crisis gastrointestinales anteriores, atribuídas erradamente al hígado, y el hecho de haber sido el enfermo hombre de campo, ganadero por añadidura, y expuesto á golpes y caídas, que en realidad las ha sufrido. Como lección, podemos deducir el escaso valor que tiene para el diagnóstico el análisis químico del líquido, toda vez que en casos de abundante derrame, no se hallan en él los elementos de la orina.

En todas las operaciones que preceden, se ha

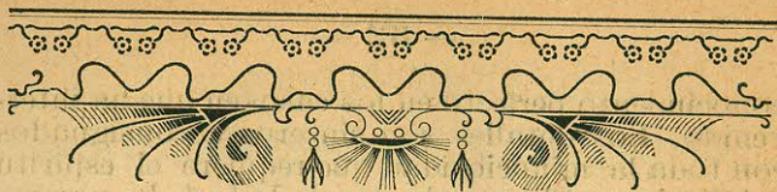
tenido más cuenta de la asepsia que de la anti-^{*}^{*}^{*}sepsia. Estamos ciertos de que vale más, prevenir la entrada de los gérmenes, que matarlos en el organismo, una vez que han penetrado. La célula orgánica tiene sus fuerzas de resistencia que se aminoran al contacto de líquidos irritantes, favoreciendo por consiguiente la pululación microbiana. En este sentido, consideramos de inmenso valor el agua esterilizada, el cepillo y jabón asépticos, muy por encima del licor Van Swieten, reputado durante algún tiempo como la *última ratio* de la Cirugía. Por fortuna, esos tiempos son idos; los catorce millones de gérmenes que contienen las manos desaseadas, no se mueren porque se humedezcan las extremidades de los dedos con una solución de bicloruro de mercurio. Cepillo y jabón y agua asépticos: no por cinco minutos sino por una hora si es preciso, y lo mismo para el campo operatorio. Los instrumentos han sido hervidos por veinte minutos en una solución de bicarbonato de soda; y las compresas, bendajes y algodones en el agua pura. El alcohol nos ha servido para flamear las vasijas esmaltadas. El cloroformo ha sido dado según las prescripciones de Auvard en su tratado de Anestesia Quirúrgica, y como lo vimos practicar en los hospitales europeos: á dosis frac-

cionada, limitando la atmósfera clorofórmica en la compresa sin permitir la entrada del aire, puesto que el cloroformo puro es respirable por cinco horas, á la vez que el cloroformista levanta los ángulos del maxilar con sus dedos meñiques. Y no es fuerza que tenga que fijarse en la respiración y en el pulso. Un solo individuo basta para la cloroformización, con la condición de que no quiera servir de cirujano él también, y concrete su atención al papel que le corresponde. La pupila le indicará á él, las circunstancias de la cloroformización. Si se dilata bruscamente, va á sobrevenir un síncope y debe retirar el cloroformo; si la pupila está puntiforme, la cloroformización va á la maravilla y este es el punto ideal que el cloroformista debe conservar. Si empieza á oscilar entre contracciones y dilataciones lentas, el paciente quiere despertarse y va á llegar el vómito; debe dársele cloroformo á dosis fraccionada, por gotas. El olvido de estas sencillas indicaciones, es causa á menudo de muertes súbitas en los cloroformizados, y si el cirujano corre con mucha suerte y no pierde el enfermo, se ve forzado á operar en un individuo que ha recibido dosis insuficientes de anestésico, que se mueve y grita, hasta alarmar el vecindario.

El Dr. Juan Antonio Toro, ha sido mi compañero en todas las intervenciones, y á su habilidad reconocida y certera se debe en gran parte el éxito. Su solicitud, para que en las intervenciones largas y laboriosas, no se infrinja un solo detalle de asepsia es la mejor recomendación que puede hacersele. No hemos tenido jamás una fiebre, ni amenaza de peritonitis, y estamos ciertos, que mientras se proceda así, rendirá la cuchilla trabajo útil y fecundo. El Dr. Juan Bautista Gutiérrez, nos ha acompañado también en intervenciones repetidas, y á su auxilio oportuno y hábil debemos rendir merecidísimo homenaje. El señor Marco M. Tirado, es un cloroformista que conoce ya todas las necesidades de su oficio, y sabe salir de apuros con serenidad y sangre fría. No vacilamos en recomendarlo muy eficazmente á nuestros colegas.

LUIS ZEA URIBE.





INFORME SOBRE EL TRABAJO DEL DR. ZEA URIBE

Los suscritos, nombrados en comisión para hacer un estudio y rendir la información correspondiente, sobre el trabajo presentado por el Dr. Luis Zea Uribe, con el objeto de ingresar á la Sociedad de Medicina, tenemos el honor de manifestar lo siguiente:

Componen el cuerpo de la exposición mencionada una serie de observaciones sobre Cirugía operatoria, narradas en el siguiente orden:

1. *○ Histerectomía abdominal;*
2. *○ Intervención con motivo de una hidropesía de los ovarios;*
3. *○ Apendicectomía;*
4. *○ Curación de una hernia inguinal, con ectopia testicular izquierda;*
5. *○ Talla vaginal;*
6. *○ Extirpación de una masa de los ganglios inguino crurales, por una adenitis supurada, antigua, de origen venéreo;*
7. *○ Talla hipogástrica y hojal de Poncet, por un cáncer de la vejiga;*
8. *○ Extirpación de hemorroides procedentes;*
9. *○ Un caso de hidrosifosis tratada por la parotomía.*

A la narración de estas operaciones practicadas por el autor, agrega él mismo algunas consideraciones sobre asepsia y antisepsia, apreciando la primera como de mayor importancia y encareciéndola de una manera particular. Y para terminar recuerda el procedimiento de cloroformización prescrito por Aubard en su tratado de Anestesia Quirúrgica, anotando que la ha seguido en su práctica de una manera fiel, como que es indispensable para el buen éxito quirúrgico y de observancia indispensable para evitar accidentes probables en el curso de las operaciones.

La manera como el Dr. Zea Uribe narra sus observaciones, denota en él conciencia absoluta y

conocimiento perfecto en los casos en que ha intervenido. Los detalles son sinceros y consignados con toda la minuciosidad que requiere el espíritu del Cirujano. El autor ha trasladado á la narración todo el orden que ha observado en la práctica de sus operaciones y le ha comunicado el interés que debe tener para inspirar confianza y producir provecho.

A la simple intención de narrar hechos clínicos agrega el autor una marcada intención docente, especialísima en lo que se refiere á la necesidad de la intervención oportuna y á las reglas de asepsia y antisepsia más triviales.

Las operaciones quirúrgicas descritas no han sido coronadas todas por el éxito; mas no por eso deja de insinuarse en nuestro criterio su descripción, pues que encierra una enseñanza práctica. No hay originalidad en los métodos empleados, pues que su autor ha seguido procedimientos quirúrgicos descritos y conocidos por los autores, pero si ha sabido interpretar correctamente las prescripciones de los maestros, demostrando que está nutrido de conocimientos en la materia.

En resumen, el trabajo que se ha sometido á nuestro estudio es la información de una labor quirúrgica digna de ser mencionada y de figurar en nuestros Anales profesionales y, en consecuencia, tenemos el honor de sentar la siguiente proposición, que esperamos sea aprobada unánimemente:

Acójase el trabajo presentado por el Dr. L. Z. Uribe, titulado "Apuntes para la Cirugía de Manizales" y considérese de hoy en adelante á su autor como miembro de número de nuestra Sociedad.

Manizales, á 6 de Agosto de 1906.

F. VELASQUEZ.

J. B. GUTIERREZ G.



“METODO DE CIRCULACION

INTERRUMPIDA COMO AGENTE TERAPEUTICO,”

Así se titula un artículo bien documentado que publicó en *La Lancets*, N.º 4.300 de Enero 27, 1906, Willam Ewart de Londres.

Empieza por describir la técnica que en resumen es como sigue:

“Hecha la anemia del miembro que se va á tratar, se liga en la parte superior con el torniquete de Esmarche ó con un tubo de caucho de diámetro apropiado. Se deja anemiado, en la posición elevada, de 20 segundos á un minuto. Se baja el miembro y se suelta la ligadura. Intervalo de dos minutos. Nueva aplicación como la anterior; y así hasta hacer el número de aplicaciones que se juzgue convenientes. No habrá de pasarse de seis en cada sesión; bastan dos sesiones diarias.”

“Mejor sería hacer la anemia profunda que da el aparato de Esmarche; pero en muchos casos basta con dejar el miembro elevado durante unos segundos para producir anemia suficiente.”

“Debe protegerse la piel con una delgada capa de algodón.”

“Luégo enumera las indicaciones:

“Sinovitis subaguda, subpirética, persistente ó reincidente, en individuos jóvenes de tendencia reumática. Artritis nodular, deformante, tumefacta, con efusiones intra y periarticulares engrosamiento crónico de las articulaciones en mujeres. Aumento de volumen, rigidez y tiezura articular. Reumatismo articular agudo. Reumatismo blenorragico. Luxaciones y Anquilosis.”

“Las contraindicaciones son: inflamación de troncos nerviosos; arterias seniles ó calcificadas.”

La estadística que el autor presenta es corta; pero halagadora en resultados.

Yo apliqué el tratamiento en una señora de 30 años que sufre de reumatismo reincidente, subagudo.

Esta vez fue atacada en los codos, puños y dedos de las manos; en ambos brazos; gran dolor, inmovilidad y tiezura articular, con efusión intra-articular. Comencé por el brazo derecho que sufría

de mayor dolor y dejé el izquierdo de testigo.

Primera sesión de seis aplicaciones: gran atenuación del dolor; mayor movilidad y menos tiezura de los músculos. Segunda al día siguiente: muy poco dolor, movilidad completa. A la tercera sesión desaparecieron los síntomas y la tumefacción.

Entretanto, en el brazo izquierdo, el dolor, la inmovilidad y la tumefacción aumentaban. Hice una sesión diaria de seis aplicaciones. Este fue más rebelde; pero á la cuarta sesión la mejoría fue notable; á la sexta desaparecieron los síntomas.

Antes de aliviarse el brazo izquierdo empezó á doler intensamente la rodilla. Con una sesión bastó para que el dolor fuera casi nulo y á la tercera había desaparecido.

Mi segunda observación pudiera llamarse caso de urgencia:

Se presenta á mi consulta un individuo, á que le quite un fuerte dolor del puño izquierdo. Inmovilidad, ligera tumefacción, y engrosamiento articular crónico. Después de minucioso examen clínico diagnosticué reumatismo y apliqué una sesión de circulación interrumpida. El dolor se atenuó notablemente y volvió el movimiento. Cuatro horas después practiqué otra y en esta vez el paciente quedó sin dolor y con movilidad normal.

Hube de aplicarlo en un caso de reumatismo articular agudo de la rodilla y del cuello del pie que curó rápidamente. Después de cada sesión, [dos al día, de seis aplicaciones] el dolor casi desaparecía y se hacía soportable en el resto del día.

Aconseja el autor de ese método que se agregue á esto: higiene cutánea y laxantes; grandes dosis de hipofosfitos y de glicerofosfatos de calcio, hierro y sodio; dos onzas de aceite de olivas y media onza Wisky todas las noches.

No hay para qué detenerme á enumerar los títulos que el método expuesto tiene para ser un definido agente terapéutico en los casos de que vengo tratando y en otros como la enfermedad de Raynaud, la inminencia de gangrena por ligadura de vasos &c.

Actualmente se está ensayando para úlceras crónicas:

Apunto estas observaciones, porque las creo útiles y porque espero que dará buenos resultados entre nosotros el “Método de Circulación Interrumpida,” aplicado con perseverancia y ayudado de la buena clínica.

Pereira, Junio 6 de 1906.

A. SOTO.

SERÁ NECESARIO CERRAR Á LOURDES ?

Acaba de hacerse esta pregunta al mundo médico: Será necesario cerrar á Lourdes en nombre de la higiene? Los pareceres han comenzado á circular unos en pro y otros en contra. Qué sabemos los médicos de la higiene de Lourdes? Gran número de profesionales carecemos de documentos á este respecto lo que nos hace incompetentes para decidir la cuestión. Si la higiene de Lourdes es defectuosa, que se la mejore como la de las demás estaciones balnearias. Si se cerrara todo lo que no está conforme con las reglas actuales de la higiene sería necesario, en París mismo, hacer desocupar los hospitales, las tres cuartas partes de los teatros y aún la misma Cámara de diputados.

La cuestión es mucho más alta y se puede formular así: En el estado actual de la ciencia médica se tiene derecho para rehusar á enfermos atacados de males incurables la esperanza de un viaje á Lourdes?

Todo médico libre pensador, digno de este nombre, libre de toda idea confesional ó política responderá sin vacilar por la negativa. No; los médicos que llevan la esperanza, los médicos, eternos aliviadores de los dolores humanos, aunque piensen lo contrario, no tienen el derecho de decir á uno de sus semejantes: “Nada puede hacerse por tu vida, tu vida está perdida irremediabilmente. No busques nada en el más allá.”

Romper el resorte moral que da la esperanza es más que una crueldad, es casi un crimen: la energía moral ha vencido muchos dolores físicos. Por otra parte, contra todo lo que se diga y por más que se haga, son las fuerzas morales las que conducen el mundo.

DR. RENON [DE LA PITIÉ].

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS, DE MANIZALES

Servicio quirúrgico del Dr. Emilio Robledo. (1)

Operaciones en Enero, Febrero y Marzo de 1907.

ENFERMEDADES	OPERACIONES MÉTODOS OPERATORIOS	Edad	Estado <i>operativo</i>	Estado	Profesión	OBSERVACIONES
1. Fístula recto-vaginal	Avivamiento y colgajo triangular.....	40	Mediocre	Soltera	Sirvienta	La paciente, que es una retardada mental, fue muy inquieta é infectó el campo operatorio.
2. Osteosarcoma del húmero	Amputación en el tercio del brazo por el método circular.....	42	Satisfactorio	Soltero	Agricultor	
3. Luxación antigua del codo.....	Reducción gradual, método de Kirrison	13	Satisfactorio	Soltero	íd.	
4. Periostitis del maxilar inferior.....	Raspado con la cureta y cauterizaciones posteriores.....	14	Satisfactorio	Soltero	íd.	
5. Estrechez uretral y fístulas.....	Uretrotomía interna y dilatación consecutiva hasta el N. 50 de la serie.....	30	Satisfactorio	Soltero	Encarcelado	
6. Lipoma de la mano..	Extirpación.....	14	Satisfactorio	Soltera	Sirvienta	
7. Absceso hepático.....	Inciisión inter-costal y drenaje. Lavados posteriores con solución yodada.....	40	Satisfactorio	Casado	Agricultor	El absceso se había creado una fístula.
8. Osteo-sarcoma del maxilar inferior.....	Resección, con desarticulación de la mitad izquierda del maxilar por el procedimiento de Farabeuf.....	45	Satisfactorio	Casada	Costurera	Enferma sífilítica.— Degeneración completa del ovario derecho.
9. Anexitis izquierda y quiste del ovario derecho	Histerectomía abdominal, sub-total, método de Faure.....	28	Satisfactorio	Soltera	Sirvienta	
10. Pleuresía con derrame	Teraentesis.....	24	Satisfactorio	Soltero	Agricultor	

Manizales, Abril 30 de 1907.

DR. EMILIO ROBLEDO.

[1] En el libro original, en donde se hace la historia de los operados hay constancia de los colegas que han prestado su valioso concurso en las operaciones.