

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

AÑO I. {

Medellín, Marzo de 1888.

} NUM. 5.º

INVERSION DEL CUERPO Y PARTE DEL CUELLO DEL UTERO

REDUCCIÓN DESPUÉS DE 166 DÍAS DE PRODUCIDA.—CURACIÓN.

El año de 1885, en uno de los pueblos del Departamento, fui llamado á visitar, como médico, á la Sra. N. N., de 32 años de edad, casada y madre de cuatro hijos.

Antecedentes.—Durante su vida de soltera sufrió por largo tiempo de dispepsia caracterizada por vómitos frecuentes y abundantes, acedía y sensación de peso y plenitud del estómago, después de las comidas. Estos fenómenos eran sobre todo notables en las épocas catameniales. En los cuatro embarazos, á pesar de las alteraciones inherentes á este estado, su salud se conservó satisfactoriamente, y en los tres primeros alumbramientos hubo siempre alguna hemorragia, pero de pocas consecuencias, porque la enferma se restablecía con bastante rapidez.

En el último alumbramiento, en el cual nació el niño sano y robusto, la acompañó como partera una mujer ignorante, quien quiso extraer la placenta halando brusca y fuertemente del cordón umbilical; el cordón resistió, y la placenta, que estaba en parte adherente, vino fuera arrastrando consigo el fondo del útero é invirtiendo de este modo el órgano. Una abundante hemorragia fue el resultado de este accidente, y para contenerla se llamó á uno que hacía de médico en el pueblo, quien desprendió lo que él consideró era la placenta, y volvió á introducir como pudo la matriz, sin cuidar de reducir la inversión, por ignorar que debía hacerlo. El útero continuó contrayéndose en ese estado, la hemorragia se suspendió y el órgano quedó definitivamente invertido.

Fuera del natural agotamiento, los únicos accidentes que siguieron inmediatamente, fueron una retención de orina que duró 48 horas y un dolor de naturaleza indeterminada (probablemente calambres uterinos), que duró dos días. Al décimo día reapareció la hemorragia menos abundante que al principio, pero de una ma-

nera continua en los cuarenta de la dieta, al cabo de los cuales se suspendió por otros diez, para reaparecer y establecerse en permanencia, á pesar de la administración de ergotina, centeno, hierro y otras preparaciones.

Cuando vi á la enferma hacía cuatro meses y siete días que la pérdida de sangre ó de mucosidades sanguinolentas existía constantemente, aumentada por todo movimiento. El agotamiento era tal, que la pobre paciente, reducida á una inmovilidad casi completa, no podía levantar la cabeza de la almohada, sin sentir los vértigos y el malestar propios de la anemia cerebral. Su blancura, realzada por la enfermedad, la asemejaba á una estatua de cera; las mejillas, los labios, las encías y la lengua tenían el mismo color blanquecino, de suerte que á poca distancia era difícil distinguir las encías de los dientes; la voz, profundamente apagada y débil, era á cada instante interrumpida ó entrecortada por el cansancio, en el curso de una conversación corta; la mirada, sin animación, mostraba á la vez honda tristeza y resignación absoluta; las conjuntivas mostraban apenas huellas de capilares ocupados por glóbulos rojos; las orejas y las manos descarnadas estaban transparentes, y en conjunto era tal la palidez que puede asegurarse que sólo en una leucocitemia en su último período, podrá hallarse una disminución tan grande de los *hematitos*. Excusado es decir que los soplos cardio-vasculares de la anemia existían en grado supremo.

Guiado por lo expuesto, practiqué el examen de los órganos genitales haciendo el tacto y la palpación abdominal. La palpación me demostró la ausencia del útero de su lugar normal, pues la pared abdominal delgada y sumamente floja permitía á la mano deprimirla y penetrar profundamente en la cavidad del bacinete, sin encontrar obstáculo alguno. Por el tacto reconocí en la vagina un tumor piriforme, de base inferior, á poca distancia del orificio vulvar, suspendido por un pedículo ancho y rodeado en su parte más alta por una especie de anillo en el que fácilmente podía penetrar el dedo y contornear la parte más estrecha del pedículo. La superficie del tumor sangraba al más ligero contacto y daba la sensación de una mucosa erizada de fungosidades y edematosa. Introducido el dedo entre el anillo y el pedículo, reconocía claramente la continuidad de las paredes que, uniéndose, formaban un fondo de saco.

Diagnóstico.—Los antecedentes y el examen local no me dejaron duda alguna de que el tumor vaginal era el útero invertido, y que la inversión comprendía el cuerpo y la mayor parte del cuello.

Propuse entonces á la familia que trasladase la enferma á

esta ciudad, con el fin de ver si era posible reducir la inversión ó al menos mejorar por algun medio su situación deplorable. Así se hizo en efecto, no sin dificultad, pues distaba dos jornadas de la Capital por un camino sumamente quebrado y malo, y además porque todo movimiento causaba á la paciente fenómenos de vértigo en extremo penosos.

Yá en esta ciudad solicité la colaboración de mis distinguidos amigos los Dres. R. Rodríguez y R. Arango, quienes con atento cuidado examinaron la enferma y confirmaron mi diagnóstico.

Tratamiento — Con el fin de moderar la pérdida de sangre y de mucosidades sanguinolentas, que era constante, y para evitar la descomposición de estos líquidos en la vagina, comenzámos el tratamiento haciendo lavajes vaginales con líquidos desinfectantes y ligeramente astringentes, dos veces por día; pero el resultado inmediato no fue como esperábamos, porque la pérdida continuó. Quisimos entonces reducir rápidamente la inversión por medio del *taxis*, pero tropezámos con la doble dificultad de una notable estrechez del orificio vulvar y de una gran sensibilidad de la región vulvo-vaginal, de modo que era imposible la introducción de más de tres dedos, el pulgar, el índice y el medio; y como la anemia era tan profunda, ni siquiera pensámos en provocar la anestesia para vencer estos obstáculos.

Las primeras tentativas de taxis, aunque tan incompletamente practicado, nos hicieron concebir grande esperanza, porque nos demostraron que el útero estaba blando y que se reducía en parte, pues cambiaba en ellas su forma esférica por una forma cónica de cima inferior, al mismo tiempo que se acortaba en su diámetro vertical. Pero en ninguna de las primeras tentativas conseguimos que la parte reducida conservara su lugar, sino que tan luégo como la mano se retiraba la inversión se reproducía.

Convencidos de que por el sólo taxis así practicado, no obtendríamos un resultado completo, lo combinamos con la aplicación de un pesario de aire de Gariel, pensando que éste mantendría la reducción conseguida. Hicimos diariamente una sesión á mañana y tarde en la que después de lavar la vagina con agua fénica ó bórico, reducíamos la inversión lo más posible y aplicábamos el pesario, procurando que el útero reposara verticalmente en la parte media del instrumento, para que la presión se hiciera de abajo á arriba y nó lateralmente.

Como consecuencia inmediata de estas maniobras se notó la disminución de la pérdida muco-sanguinolenta, que tanto agotaba

á la enferma, quien con más confianza soportó en adelante un tratamiento que algo la fatigaba.

Pocos días después de comenzar las aplicaciones del pesario, fue preciso suspender las maniobras, porque de repente y sin otra causa especial, apareció un vómito tenaz acompañado de una angustia tan grande, que nos hicieron temer por la vida de la enferma, á pesar de que no había signo alguno de inflamación peritoneal. El vómito, quizá de origen reflejo y completamente rebelde á la aplicación interna (poción de Riviere, antiespasmódicos opiados) cedió veinticuatro horas después á la acción de un revulsivo en el epigastrio, para reaparecer con menos intensidad en los ocho días siguientes, al cabo de los cuales se pudo aplicar el pesario, pero no practicar el taxis, que hubo de suspenderse mientras cesaba la fatiga causada por el vómito.

No pudiendo practicar el taxis cómodamente con los dedos, nos servimos en varias ocasiones de instrumentos que tratábamos de adecuar al efecto, tales como el madriño de un espéculum, pinzas curvas y un estetoscopio. Al aplicar estos instrumentos, lo mismo que al hacer el taxis indicado, tuvimos siempre cuidado de comprimir la pared abdominal para sostener el útero.

Desesperando de obtener la reducción con maniobras tan incompletas y viendo que el pesario se distendía ya á su maximum, resolvimos vencer el obstáculo que oponía el orificio vulvar, introducir toda la mano y reducir rápidamente la inversión; y para más comodidad en la maniobra, solicitámos la ayuda del Sr. Dr. R. Pérez, quien tuvo la bondad de acompañarnos.

Deprimida de ambos lados la pared abdominal de modo que las presiones sobre el útero no pudieran causar daño alguno, por excesiva distensión de sus ligamentos, uno de los cirujanos introdujo mañosamente toda la mano, para no producir gran dolor en la enferma, quien soportó sin pena la maniobra. Se practicó un taxis más perfecto que los anteriores, sosteniendo la parte del cuello que no estaba invertida por medio de las pinzas de Musseux y ayudando á la mano que hacía el taxis con el madriño del espéculo que impulsaba el cuerpo del útero hacia arriba. De este modo se logró reducir una porción mayor del órgano, pero no se obtuvo una completa reducción; y como no queríamos correr el riesgo de hacer reaparecer el vómito y demás accidentes ya mencionados, prolongando la operación que duraba cerca de media hora, se reaplicó el pesario con los mismos cuidados de siempre, y se dejó á la enferma en quietud, hasta que el dolor calmara para repetir lo hecho.

Al retirar el pesario 24 horas después, se notó que aunque el

útero no estaba reducido del todo, conservaba sin embargo la forma cónica que el taxis de la víspera le había dado. Se lavó la vagina y sin intentar un nuevo taxis, que el dolor en la región vulvo-vaginal no permitía, se aplicó el pesario y se dejó á la paciente en quietud.

El Dr. Rodríguez había dicho á la enferma que probablemente sentiría al terminarse la reduccion un dolor muy agudo. Efectivamente, al tercer día del taxis forzado, en la visita de la mañana, la hallamos muy contenta y nos aseguró antes de examinarla, que estaba curada, porque había sentido el dolor que el Dr. Rodríguez le había predicho; y al efecto, explorando, vimos que el tumor había desaparecido y que el orificio del cuello y el canal muy dilatados, permitían la introduccion del dedo en la cavidad uterina. Era evidente, pues, que la inversion se había reducido y que el útero había vuelto á su posición normal, poco más de un mes después de comenzado el tratamiento y á los 166 días del accidente.

Para mantener el útero en su posición é impedir que la inversion se reprodujera, se hicieron duchas frías sobre el cuello, con líquidos astringentes y se prohibió á la enferma todo esfuerzo expulsivo, durante la micción y la defecación, aplicando para esto último enemas que facilitaran la salida de las materias fecales. El cuello recuperó pronto su perdida tonicidad, se cerró y la inversion quedó definitivamente reducida, con lo cual desapareció por completo la pérdida mucosanguinolenta.

Para terminar la curación se prescribió á la paciente un tratamiento tónico y ligeramente ferruginoso, bajo cuya influencia las fuerzas se levantaron poco á poco, el espíritu se animó y comenzó á mostrarse el color rosado en las mejillas, los labios y las encías. Se le envió entonces al campo, en donde la convalecencia se hizo más rápidamente, de suerte que dos meses después podía salir y andar hasta dos cuabras sin fatigarse. A los cuarenta días de conseguida la reduccion, se presentó el flujo catamenial, con sus caracteres normales, y siguió en adelante bien regularizado. Seis meses más tarde, la señora concibió, y después de una gestación completa y semejante á las anteriores, dio á luz sin accidente, un niño robusto y sano. La matriz y sus anexos conservaron, pues, á pesar de la inversion, sus propiedades fisiológicas.

Nuestra historia médica encierra pocos ejemplos de inversion uterina. El Dr. R. Rodríguez me ha hablado de dos casos, ambos de inversion pos-puerperal aguda: el primero en una señora que él

vio al quinto día del parto, en quien hasta entonces había sido desconocida, y que sucumbió dos días después, por accidentes de pelvi-peritonitis. El otro fue el de una señora múltipara, en la cual el parto se verificaba siempre con mucha rapidez, y casi únicamente doloroso en el momento de la expulsión; y en uno de éstos dio á luz en pie, recostada á una cama, saliendo á un mismo tiempo el niño, la placenta y el útero invertido. Felizmente el Dr. Rodríguez llegaba en momentos en que sucedía esto y pudo con facilidad reducir la inversión y detener la hemorragia.

El Sr. Dr. Uribe Angel, á pesar de su larguísima y rica práctica, sólo posee la historia de dos casos de inversión, el uno agudo y en condiciones semejantes al segundo del Sr. Dr. Rodríguez, en el cual redujo inmediatamente y detuvo la hemorragia; y el otro de inversión crónica en una mujer joven, que indicaba como causa del accidente, un salto. En este caso, la reducción no pudo obtenerse, porque el útero había adquirido una dureza considerable; por fortuna el órgano se había atrofiado en gran parte y la mucosa, que se había compactado, no daba pérdida alguna. Es verdaderamente sorprendente, la rareza de la inversión uterina, en un país como el nuestro, en donde además de las condiciones ordinarias que la favorecen, como la amplitud del bacinete, los trabajos de parto rápido, estando la mujer en pie ó de rodillas, las contracciones irregulares &.^a, debe de ser muy frecuente la causa principal, esto es, la tracción rápida y fuertemente ejercida sobre el cordón umbilical, para extraer la placenta, pues no de otro modo proceden, en general, las mujeres ignorantes que hacen el ejercicio de parteras, entre las cuales las hay no sólo desprovistas de las más triviales nociones de obstetricia, sino también de las que nacen del simple sentido común.

Por lo demás, los casos de inversión uterina crónica, reducida después de cuatro meses, no son muy abundantes en la historia médica, pues aunque se citan los de Valentín y de Canney, tratados con éxito, el uno en 1847 y el otro en 1852, puede decirse, según G. Thomas, que hasta 1858 sólo se practicaba la reducción en los casos recientes, y de allí en adelante, aunque los ejemplos se han aumentado, no son sin embargo muy numerosos, puesto que el autor citado y Churchill en sus tratados de ginecología, sólo hacen mención de ocho ó diez casos. Esta rareza se comprende si se piensa que el útero, invertido crónicamente, puede sufrir modificaciones de textura que den al órgano en todas ó en algunas de sus partes, una consistencia fibrosa y que en el infundibulum peritoneal que resulta de la inversión se pasan á veces fenómenos inflamatorios

qué producen la adhesión de sus paredes, convirtiendo lo que antes era una cavidad virtual en un cuerpo resistente formado por la organización de los exudados.

En la observación relatada no existía felizmente ninguna de estas condiciones que habrían hecho nula toda tentativa de reducción; pero esto no amengua en manera alguna su mérito, pues de una parte la enferma estaba yá, como se dijo, en el último extremo de miseria sanguínea, lo que impedía en absoluto las tentativas largas y las maniobras completas, no permitiéndonos aplicar el cloroformo, y de otra parte carecíamos de instrumentos apropiados para suplir ó ayudar á los dedos en las tentativas de taxis.

La resistencia de la enferma hasta llegar por la hemorragia al grado de anemia en que la encontramos, y la integridad de los órganos genitales después de la reducción, son dos hechos notables de la historia mencionada; y las dificultades que en el curso del tratamiento se nos presentaron y que lográmos vencer, prueban que la perseverancia es ante todo la primera regla de conducta del cirujano, y dan aliento para no desesperar aun en casos aparentemente incurables.

F. A. ARANGO.

37

PROCEDIMIENTO ABORTIVO CONTRA EL FURUNCULO

El nombre de esta enfermedad, muy usado por los franceses, no tiene traducción en el Diccionario de la lengua española; pero como los médicos que hablan este idioma lo emplean con mucha frecuencia, hemos creído oportuno conservarlo, y con tanto mayor razón cuanto la palabra así adoptada nos parece de buena cuna. El nombre castizo en la lengua castellana parece ser *divieso*, y el nombre vulgar en las diferentes partes de Colombia cambia casi en toda localidad. El pueblo antioqueño dice *nacido*; en el Departamento del Cauca dicen *ojo de pollo*, y en Cundinamarca *chichaguy*.

El furúnculo ó *divieso* es una enfermedad inflamatoria y flegmonosa de la piel, carácter de que participan también en mayor ó menor grado el ántrax, la pústula maligna, la picadura anatómica y el muermo. Pertenecen á la misma clase, aunque tal vez sin mucha propiedad, el *orzuelo* y los tumores que aparecen en la parte anterior del conducto auditivo.

No pretendemos hacer en este trabajo historia patológica completa de la dolencia de que vamos á tratar, porque nos proponemos únicamente dar cuenta del resultado de nuestra práctica,

pues con mucha frecuencia hemos tenido qué ocuparnos en la curación de esa en apariencia ligera enfermedad. Y decimos ligera en apariencia, porque si bien es cierto que cuando estos casos se presentan aislados alcanzan poca importancia, también lo es que si atacan en grupo y serie continuada durante largo tiempo, el asunto se convierte en grave y, tanto, que en ocasiones arrebatada la vida á los pacientes, con especialidad si son irritables ó si el mal se complica con diabetes ó alguna otra afección constitucional. En este último caso, para distinguir el estado mórbido del simple furúnculo, la dolencia toma el nombre de furunculosis, estado, como lo hemos dicho, más serio y más grave.

Acontece frecuentemente que una persona en buen estado de salud siente de repente en una parte cualquiera del cuerpo, y más comunmente en la nuca, la espalda, la cintura, la región glútea, los muslos, los brazos, las piernas ó la cara, cierta impresión de ligera tirantez que le obliga á llevar la mano al punto afectado. En las primeras horas sólo puede experimentar el paciente mínima impresión de dolor acompañado de leve prominencia de la piel; pero veinticuatro horas después la cosa cambia porque en el lugar indicado se presenta yá un tumorcito circular caliente, rubicundo y duro, con un punto central de color moreno rojizo.

Veinticuatro horas después de lo dicho, el tumor ha crecido y su volumen es igual á lo que generalmente llamamos un barro enconado, con su correspondiente núcleo verde-amarillento de supuración en la cima, porque el furúnculo á esa época de su desenvolvimiento asume forma cónica, aumenta de rubicundez, de calor, de dolor y de tensión en la piel, que se propagan más ó menos en razón del mayor ó menor grado de inflamación local.

Del cuarto día en adelante, todos los caracteres de que hablamos aumentan de modo relativo, hasta que se forma foco de supuración en el espesor de la piel y aun en parte del tejido celular subdérmico.

El divieso en completo desarrollo es grande, desde el tamaño de un garbanzo hasta el de una avellana, y algo más, y los síntomas que desenvuelve, aun considerado en su menor grado de simplicidad, pasan de una simple molestia á una incomodidad física mortificante, porque el caso suele estar acompañado de calofríos, fiebre, inapetencia, insomnio y nó poco embarazo para el libre uso de los movimientos, tanto parciales como generales.

Si en vez de un furúnculo aislado tenemos que en un sujeto siga furúnculo á furúnculo durante tiempo más ó menos largo, nos hallamos enfrente de furunculosis que, como lo hemos iniciado yá,

puede comprometer, y compromete verdaderamente, la vida de los enfermos.

Sea como fuere; el furúnculo en todas sus faces es siempre enfermedad de índole más benigna que el ántrax, así como éste es menos peligroso que la pústula maligna ó carbonosa, porque tanto en una como en otra de estas dos enfermedades, la gangrena ó mortificación de los tejidos, así como la infección séptica de todo el cuerpo, constituyen estados patológicos aterradores.

Aunque el ántrax, el carbon, la pústula cadaavérica ó necrótica y el muermo puedan ser considerados como exantemas pertenecientes á este grupo, no las estudiamos por el momento y volvemos al furúnculo.

Desde que el núcleo que ha de servir de foco al sitio supurado comienza á presentarse, viene acompañado de caracteres especiales que conviene pasemos en revista, aunque sea con mucha brevedad, y eso por motivo de que no hay fenómeno patológico, por insignificante que parezca, que no ofrezca cierto grado de importancia para la ciencia.

¿Cuál es el sitio aparente para el furúnculo? Parece que esta enfermedad interesa más ó menos la epidermis y el dermis con todos sus elementos histológicos. La capa córnea traslúcida le pone tapa, si así puede decirse, hacia la parte externa; los folículos pilosos ó sebáceos, bajo el influjo de sangre que acompaña el movimiento inflamatorio, se hipertrofian, se agrandan y estrangulan y empujan por todos puntos de su circunferencia á las papillas nerviosas y al corión, más ó menos lesionado; por manera que un tumorcito de éstos estira la piel hacia adelante, oprime el dermis y las papillas hacia los lados, y lleva la acción mortificante hacia la parte profunda. Basta interesar el pániculo, el tejido celular y, en ocasiones, la aponevrosis y las partes fibrosas de los músculos.

En la situación descrita se expresa perfectamente bien el estado del tumor y se comprende por qué está caliente, rojo, duro resistente y cónico.

En los primeros días, suponiendo desarrollo gradual del divieso, se concibe que la piel, aunque inflamada, no esté todavía rota; pero viene un momento en que los progresos del mal han llegado á su último término, y entonces, ó por intervención quirúrgica ó por fuerza autocrática del organismo, el tegumento mortificado se rompe, cede, se abre y ofrece á la vista un depósito de materia de un blanco gris, con vagos reflejos de perla, adherida al fondo. Los franceses la llaman *bourbillón*, y nosotros, por falta de nombre, nos

tomamos la libertad de designarla con los de grumo ó núcleo, mientras que la gente del pueblo dice sencillamente *la madre*.

Este proceso es generalmente el que siguen los diviesos; de manera que cuando ya están abiertos, aunque el grumo permanezca por algún tiempo más, el dolor local se mitiga casi por completo y el enfermo mejora considerablemente; pero nos parece justo hacernos notar que los padecimientos causados por la enfermedad de que tratamos, no son tan llevaderos como á primera vista pudiera creerse, y lo son mucho menos, cuando en vez de uno hay muchos tumores que se desenvuelven á distancia, ó muchísimos que bajo forma acuminada y confluyente, rodean la abertura del primero y se propagan perforando la piel en muchos puntos ó dando ocasión para que se pueda comparar el segmento de ella así lesionado á una verdadera criba.

No hay qué decir, porque se comprende, que cuando la diatesis furunculosa jura vecindad en la piel del hombre, los padecimientos se multiplican, llegan á ser espantosos; y si por desdicha la diabetes viene con ella, el fallecimiento es frecuentemente fatal y, que por tanto, todo conato que tienda á yugular esta afección en su cuna, es en sumo grado benéfico para la humanidad.

El método curativo empleado contra el furúnculo ha sido variable y acomodado á las opiniones de diferentes escritores que lo han preconizado. Las cataplasmas emolientes, los tópicos impregnados de alcohol, los apósitos fríos, el hielo, la cauterización, la incisión, la escisión simple, los profundos cortes cruzados, el cauterio potencial, los escaróticos, los deterativos &^a &^a, todo se ha usado contra esta afección, y todo con resultado más ó menos feliz.

Nosotros pensamos que todos esos arbitrios terapéuticos pueden ser buenos, y creemos firmemente que con acertada elección de medios, la curación puede obtenerse, y muy especialmente si lo dicho se auxilia con ligeros purgantes, con refrigerantes en el período inflamatorio y con tónicos analepticos en los casos en que la diatesis debilitante tienda á agotar las fuerzas del enfermo; pero lo que reputamos más útil en la materia es tratar de hacer abortar el furúnculo del segundo al cuarto día de su aparición, para evitar de ese modo el cúmulo de síntomas, enfadosos unos, dolorosos otros, y peligrosos no pocos, cuando la enfermedad se complica.

Nuestros padres usaban para combatir los nacidos una hojita de *uchuva* (*physalis peruviana*), que cortaban en cularmente, para cubrir con ella el tumor; otras veces sacaban una película fibrosa de la piel con que aforraban las sillas, para colocarla de modo análogo

al anterior, y en ocasiones echaban por el atajo: tomaban el divieso entre los dedos pulgar é indicador, exprimían con toda fuerza y sacaban la madre.

La hoja de uchuva no era buena ni era mala; la telilla de cuero se adhería fuertemente á la piel, el divieso seguía su curso, y al levantarla, 8 ó 10 días después, sacaba tras ella el grumo, y la herida curaba espontáneamente. En cuanto á la compresión digital, el negocio variaba de aspecto; porque, yá pasado el dolor, la inflamación cesaba, ó cuando el caso no era tan feliz, el magullamiento de los tejidos aumentaba la inflamación y con ella los peligros consiguientes.

Actualmente la tarea de hacer abortar el furúnculo parece estar á la orden del día, y muchos profesores, entre ellos algunos eminentes como el Sr. Verneuil, proponen procedimientos que parecen ser de redentora eficacia.

El Sr. Dr. Evaristo García, médico eminente de Colombia, propone para hacer abortar el furúnculo y el antrax, que él considera como la reunión de muchos furúnculos, el que se unte tres ó cuatro veces al día el vértice del tumor con la siguiente pomada:

Precipitado rojo	-----	10 centigramos.
Vaselina ó grasa	-----	10 gramos.

Mézclese bien. Y para hacer abortar el orzuelo aconseja untar el vértice del tumor ito, por medio de la cabeza de un alfiler, con la misma pomada ó con esta otra que reputa como más activa.

Oxido amarillo de mercurio	-----	10 centigramos.
Lanolina ó grasa pura	-----	10 gramos.

El Dr. Kirchener de Bruselas pondera, para destruir los furúnculos del conducto auditivo, inyecciones tibias de la siguiente solución:

Sublimado corrosivo	-----	10 centigramos.
Agua pura	-----	100 gramos.

Disuélvase para lavar el conducto auditivo tres ó cuatro veces en el día.

El Dr. Duchesne dice que el Dr. Planat, de Niza, opina que se puede hacer abortar el furúnculo con prontitud extraordinaria "menos el de origen diabético", por medio del árnica; á cuyo fin da la receta siguiente:

Extracto de flores frescas de árnica	-----	10 gramos.
Miel	-----	20 gramos.
Polvo de altea	-----	C. S.

Para obtener una mezcla que forme pasta bastante consistente, pero adhesiva, la cual se extiende sobre un parche de diaquilón y

se aplica sobre el furúnculo. Después de dos ó tres aplicaciones, el mal desaparece, sea cual fuere el período en que se aplique.

Para detener á su aparición los furúnculos del conducto auditivo externo, Weber Liel recomienda practicar una inyección de solución fénica á 5 % por medio de la jeringuilla de Pravaz. Se introduce la aguja de la jeringa uno ó dos milímetros en el tumor, se inyecta de dos á cuatro gotas de la solución, y se llega de esta manera a detener rápidamente el dolor y la tensión de los tejidos. Parece que una sola inyección es suficiente para detener los progresos del mal.

Yá hemos publicado en esta revista el método propuesto por el Profesor Dr. Vernheil para hacer abortar el furúnculo; por lo cual nos contentaremos con advertir al lector que puede revisar lo que dice el eminente profesor, cuando quiera tratar el mal de que hablamos por los medios que él propone. Advertimos sí, con la humildad que pide nuestra situación de médico sin autoridad, que nos parece un poco fastidioso para el enfermo el sistema curativo que sigue á cada una de las largas irrigaciones que es preciso practicar para llenar el fin deseado.

Aunque con la reserva que pide la poca capacidad de que disponemos, queremos también exponer el procedimiento de que nos hemos valido durante nuestra ya larga práctica, para hacer abortar los diviesos en su principio; bien entendido que si tenemos el arrojo de publicar lo que sigue, es porque, después de haber estudiado cuidadosamente el método abortivo y curativo del furúnculo, en ningún autor hemos hallado cosa que se refiera á nuestro modo de operar en semejantes casos. Es muy posible que, á pesar de que creamos original este procedimiento, algún erudito diga y demuestre que lo que sostenemos ha sido dicho antes por otro. Para ese caso nos servirá de salvaguardia la buena fe con que procedemos.

La operación que practicamos para conseguir el fin propuesto, es sobre modo sencilla y fácil, y la ejecutamos desde el primero hasta el cuarto día de la aparición del mal y cuando, todavía pequeño, el núcleo del tumor es visible y su sitio claro.

Con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda, abrazamos el furúnculo de uno y otro lado, y comprimiendo un tanto hacemos que la cima del cono se levante un poco. Hecho eso, llevamos de plano una lanceta ó un bisturí recto bien cortante; atravesamos rápidamente la piel; deslizamos la lámina del instrumento á derecha é izquierda, de manera que si nos servimos de la lanceta, los bordes cortantes de ella, así movidos, separan un pedacito del tegumento que puede tener á lo más milímetro y medio de espe-

sor. Si empleamos el bisturí, cortado el primer colgajo de la derecha, invertimos el plano y terminamos la sección del lado izquierdo. Al sacar ese pedacito de piel, el gramo del furúnculo queda visible y con su color blanco opaco característico; pero si la superficie superior de ese núcleo se cubre con la escasa cantidad de sangre que chorrea de los capilares cortados, no hacemos caso de ello y terminamos la parte manual de nuestro procedimiento con el abandono de la lanceta ó del bisturí, y con la acción de tomar un poco de calomel entre los dedos, ponerlo sobre la herida, frotar con alguna aspereza y abandonar el cliente á los resultados que, en nuestra práctica, han sido siempre felices, puesto que el núcleo entra en regresión inmediata, se atrofia, se reabsorbe, sin reacción notable y sin que quede mas en el cono inflamatorio así atado, que una costra pequeña que cae pronto sin dejar cicatriz, ó dejándola apenas perceptible, y en ningún caso defectuosa.

Nos ha ido siempre bien cuando hemos observado esta conducta en casos de furúnculo, y agregamos que en un caso en que fuimos consultados por nuestro amigo E. S. para dos pústulas de ántrax sobre el dorso de la mano, nos valimos de este procedimiento para una de ellas que principiaba, y de profundas incisiones para la otra ya muy desarrollada. La primera curó con rapidez, y para la segunda tuvimos precisión de repetir tres veces incisiones profundas y en diversas direcciones.

¿No se podría ensayar este sencillo método para hacer abortar la pústula maligna en su principio?

No digo que sí, ni digo que no, porque hasta ahora ningún estudio he verificado sobre ese punto; pero sí me atrevo á recomendar á mis compañeros el procedimiento que indico para hacer abortar el furúnculo y á manifestar que acaso sería oportuno practicar ensayos sobre el ántrax y el carbón.

M. URIBE ANGEL.

Después de estar en prensa este artículo, hemos tenido ocasión de experimentar con éxito satisfactorio el método que proponemos, en cuatro casos de ántrax bien caracterizado y en uno que presentaba síntomas claros de pústula maligna; si se atiende á que la causa de la enfermedad la hallamos en la circunstancia de que el sujeto acababa de desollar una res apestada.

38

TALLA HIPOGASTRICA

CURACIÓN.

N. N., de veintinueve años de edad, jornalero, sin haber sufrido antes ninguna enfermedad, excepto sarampión en su niñez.

Vino al Hospital á mediados del año de 1886. Hacía como cinco años que sufría dolor y dificultad para orinar y que había tenido, de tiempo en tiempo, después de fuertes ejercicios, algunas hematurias, y, casi constantemente, orina turbia cargada de materias mucopurulentas; la micción era á veces interrumpida repentinamente; además, el enfermo sentía dolor en el glande y en la región vesical. La influencia del clima (márgenes del Magdalena) en que habitaba, y la violencia de los sufrimientos que experimentaba, minaron su salud hasta obligarlo á buscar asilo en el Hospital, al cual llegó en estado grave. Examinado, observé en él: dolores espontáneos muy fuertes en la vejiga, que aumentaban de intensidad á la presión; retención de orina muy frecuente y micción con estranguria. Habida consideración á los síntomas que antecedían, resolví hacer la exploración de la vejiga, y hallé un cálculo que, por la percusión directa, reveló tener seis centímetros en su mayor diámetro y ser de gran dureza.

Como creí el caso serio, llamé á mi amigo y colega Dr. Ramón Arango, para que verificara el diagnóstico, lo que hizo obteniendo los mismos resultados. En este estado, resolvimos hacer la operación para extraer el cálculo; pero antes sometimos al enfermo durante veinte días á un tratamiento reconstituyente, y lavámosle la vejiga repetidas veces con una solución de ácido bórico al cuatro por ciento.

Cuando el enfermo estuvo suficientemente repuesto, nos preparamos para desembarazarlo de la piedra, y en compañía de nuestro amigo Dr. F. A. Arango, dispusimos todo para la talla hipogástrica que debíamos ejecutar al día siguiente, por la mañana, en presencia de los Dres. M. Uribe Angel, J. Escobar y J. C. Alvarez.

Después de cloroformizar al enfermo y antes de dar principio á la operación, quisimos cerciorarnos del tamaño del cálculo por medio del *litotritor*, y una vez cogido aquél, nuestro maestro en las enfermedades de las vías urinarias, Dr. Uribe A., nos manifestó que sería más prudente, antes de la talla, ensayar la *litotricia*, y nos adherimos á su opinión. Como el cálculo estaba cogido, se procedió á quebrarlo, lo que fue imposible por su dureza; sólo se consiguió romper una partecita de él, y tuvimos necesidad de suspender la operación, porque la vejiga, excesivamente impresionable, no soportaba el contacto del instrumento, ni permitía ser distendida por una cantidad suficiente de líquido, y así se hirió en parte y sangró algo.

Como resultado de esta operación hubo calofrío por la noche y elevación de la temperatura á 39°-5; temperatura que siguió eleva-

da varios días con ligeras remisiones, a pesar de la administración de sulfato de quinina. Además, prescribimos que se lavara con una solución de ácido bórico; y ordenámos tomcos al interior. Sin embargo, el enfermo seguía peor día por día y temimos por su vida. La orina era mucopurulenta y fétida. El paciente sufría dolores atroces.

En tal situación resolvimos los Dres. Arango y yo practicar la operación de la talla hipogástrica, la cual verificámos como quince días después de la operación de litotricia.

Preparámos todos los instrumentos que para la operación se usan en los grandes Hospitales europeos.

A las ocho de la mañana del día 15 de Marzo, en presencia de los Dres. Manuel Uribe Angel, Julián Escobar, Ricardo Uribe Cálad, Francisco Antonio, Ramón Arango y yo procedimos a la operación que el enfermo pedía con instancia.

DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN — Se procedió á cloroformizar al enfermo hasta la anestesia completa. En seguida llevámos una sonda hasta la vejiga é inyectámos 300 gramos de una solución bórica, tibia y al cuatro por ciento. Tapámos en seguida cuidadosamente la sonda y la atámos al miembro viril, de modo que el líquido inyectado no pudiera escaparse. Hecho esto, colocámos en el recto el globo de caucho de Peterson y lo inflámos con aire, hasta que la vejiga dilatada levantó un poco la pared abdominal, que felizmente estaba delgada porque el sujeto era flaco y además estaba demacrado por la enfermedad. Afeitámos los pelos del pubis y lavámos la pared abdominal con agua fénica, é hicimos una incisión de ocho centímetros de longitud sobre la línea blanca, incisión que condujimos hasta un centímetro encima del pubis. Dividimos, capa por capa, la pared abdominal, y puesto á descubierto el tejido celular suprapéritoneal, lo seccionámos cuidadosamente, de modo que la vejiga quedó descubierta; durante este tiempo ligámos los vasitos arteriales que sangraban; en seguida y para descubrir completamente la vejiga, uno de los operadores, introduciendo el dedo índice, rechazó hacia arriba las partes blandas contiguas, de modo que el peritoneo no pudiera ser herido. Hecho esto, puncionámos la vejiga, teniendo cuidado de no herir alguna de las gruesas venas que se mostraron en su superficie; la sección vesical fue suficientemente grande para permitir la introducción fácil de dos dedos y extraer el cálculo.

El corte de la vejiga dio origen á una breve hemorragia que cesó inmediatamente después que retirámos el globo rectal. Procedimos luego á la sutura y curación; colocámos un tubo grueso de

caucho vulcanizado entre los bordes de la herida hacia el ángulo inferior, de manera que facilitara la salida de la orina; desatámos el pene, dejámos la sonda en la uretra, y hñámos con una puntada el tubo de caucho á uno de los bordes de la herida. Hecho el lavado de la vejiga y de la herida con una solución, al cuatro por ciento, de ácido bórico, procedimos á la sutura abdominal de la parte superior de la herida, sin comprender en ella la vejiga, lo que se hizo con hilos de seda y con dos puntadas separatas; sobre esto colocámos una esponja empapada en solución bórica; pusimos encima compresas y un vendaje apropiado.

Extrajimos un cálculo de 25 gramos de peso, 5 centímetros en su gran diámetro y $2\frac{1}{2}$ en el pequeño, con dos escotaduras en sus extremidades que terminan en puntas agudas; estas escotaduras fueron hechas con el litotritor; este instrumento había quitado también la capa externa en algunos puntos, dejando descubierto un núcleo negro y resistente.

Es de advertir que el día en que procedimos á la operación, el paciente estaba muy postrado y con una temperatura de 39° á las ocho de la mañana, lo que nos tenía intranquilos.

RESULTADO DE LA OPERACIÓN.—El día de la operación fue bueno, la orina salía por el tubo colocado en la herida, no hubo ni dolor ni calofrío; por la tarde la temperatura bajo á 38° .

Al día siguiente lo hallámos los Dres. Arangos y yo muy animado, había pasado muy buena noche y la temperatura era normal. Después siguió muy bien. Se lavó diariamente la vejiga con la misma solución bórica.

Al noveno día la cicatriz estaba casi terminada en toda su extensión; y, en la noche del siguiente día orinó por la uretra; pero al otro, por consecuencia de un esfuerzo, rompióse la cicatriz en un punto de la parte superior y hubo por éste accidente ligero dolor; empero, ocho días después estaba completamente bueno. Salió del Hospital veintisiete días después de la operación, y hasta hoy continúa bien.

JUAN DE D. URIBE.

NOTA.—La talla hipogástrica, después de haber estado en uso por mucho tiempo, fue reemplazada por la talla perineal practicada según diversos procedimientos; pero de cierta época á esta parte cobra crédito, gracias á modificaciones ingeniosísimas, y se practica con felicidad por los grandes maestros de la ciencia.

El Dr. Fausto A. Santamaría fue el primer cirujano antioqueño que practicó felizmente la cistotomía en la mujer, para la extracción de tres gruesos cálculos.

El Sr. Dr. Manuel V. de la Roche tuvo necesidad de extraer una bala de fusil, casualmente detenida en el fondo de la vejiga, y para conseguir su objeto, hubo de recurrir á la talla ordinaria.

La talla perineal fue verificada más tarde por el Dr. Fergusson, con resultado variable, y en cuanto á la operación de que ahora se trata, consignamos como dato histórico la circunstancia de que solamente dos ocasiones se ha practicado, y en ambas con buen resultado, en el Departamento de Antioquia: la primera por los Dres. Alejandro Restrepo, Pedro D. Estrada, Rafael Pérez, Rodolfo Zea y Manuel Uribe A., y la segunda por los Dres. Ramón y Francisco Arango y Juan de D. Uribe, que figuran en la publicación que precede.

En el primer caso de que se hablase trataba de extirpar un tumor de la próstata, el que efectivamente se extirpó, extrayendo al mismo tiempo dos gruesos calculos. El enfermo murió dos años después, por consecuencia de una afección de pecho, y el examen necroscópico mostró que el tumor no se había reproducido, pero si los calculos en número de tres.

Pensamos que los hechos referidos, ponen á nuestros cirujanos en el imprescindible deber de seguir este procedimiento quirúrgico, que parece apoyado en poderosas razones tanto científicas como experimentales.

LL. RR.

39

EXTRACTO

DEL ACTA DE LA SESION DEL 2 DE ABRIL.

Leyó el infrascrito Secretario una observación relativa á un lipoma de la mejilla, extraído sin precauciones antisépticas, lo cual no obató para que se obtuviese cicatriz por primera intención. Pasó esta observación, por orden del Sr. Presidente, á la *Comision de Reducción*.

El Sr. Dr. Zuleta pidió la palabra y suplicó á los cirujanos de más vieja práctica en la Academia, nos informasen sobre los resultados obtenidos en esta ciudad cuando aun no eran conocidos los métodos antisépticos. El Sr. Presidente dejó su puesto para ocuparse en contestar, é hizo una larga disertacion sobre la práctica quirúrgica en Antioquia en épocas anteriores; sobre los métodos operatorios usados y los resultados obtenidos; habló de la incertidumbre que ofrecen aún las teorías microbianas, especialmente en lo relativo al origen de los pequeños organismos que mirámos como causa exclusiva de no pocos estados patológicos, sobre la posibilidad de su preexistencia en el organismo como gérmenes y como quien dice, en estado latente, en el cual aguardan para desarrollarse una ocasión propicia que puede ser un traumatismo. Citó entre los operadores pasados al Sr. Dr. Chepe Upegui, quien se servía casi siempre de una barbeta para cortar; al Dr. Jervis, al Dr. Fausto Santamaría, notable por su atrevimiento, por la lentitud con que ejecutaba cada tiempo de la operación y por la especialísima circunstancia de preferir, para andar más despacio, un bisturí algo teñido de orín. De estos cirujanos dice que obtenían los mismos resultados que los jóvenes de hoy con su Spray y sus vendajes á la Lister. Y concluyó diciendo que él mismo y el Dr. Ignacio Quevedo, habilísimo operador, y el Dr. Rodríguez, obtuvieron repetidas veces resultados admirables sin más antiséptico que el agua fría y limpia, y esto en operacio-

nes de suma gravedad como desarticulaciones del hombro y de la rodilla. En resumen, dijo que en esta ciudad, y en nuestras condiciones actuales, no hay motivo para retroceder ante una operación grave por falta de antisépticos.

El Sr. Dr. Rodríguez confirmó lo dicho por el Dr. Uribe A.

El Dr. Andrés P. Arango habló en igual sentido, citó el caso de un tumor análogo al que motivó la discusión, pero agregó que, en su opinión, la mayor parte de las heridas supuraban y su cicatrización era mas lenta.

Volvieron á hablar sobre los antisépticos los Dres. Zuleta, Restrepo Julio y Arango F., llegando á conclusiones parecidas á las de los demás, pero sosteniendo la antisepeia por la seguridad de buen resultado que da al operador. El Dr. Zuleta, sin embargo, citó el caso de una mujer á quien extrajeron en el hospital un tumor de la pierna, y en la cual aunque el traumatismo no pasó casi de la piel y tejido celular, sin hemorragia, y con rigor antiséptico, sobrevino gangrena del miembro, y muerte. El Dr. Arango explicó que ese resultado fatal se debía probablemente al agotamiento y debilidad de la enferma y acaso á un estado ateromatoso.

El Presidente, M. URIBE A.—El Secretario, *Ramón Arango*.

CASO DE DISTOCIA

Muerte y putrefacción avanzada del feto.—Retracción del orificio del cuello del útero.—Extracción manual.

N., mujer de treinta años, sumamente pobre, ha tenido anteriormente dos partos felices y el de que trata esta observación empezó hoy hace 17 días.

La enferma sintió dolores tanto en el bajo vientre como en las caderas, los cuales duraron algunas horas y se suspendieron en seguida; dejó entonces de sentir los movimientos fetales y notó que el vientre se rebajó un poco; los días siguientes experimentó sensación de frío desagradable; seis días más tarde empezó á notar un flujo acuoso, que al principio no era fétido, y creyó sentir algo como una bola que asomaba á la vulva. A los cinco días de haber sucedido esto y al sentarse á orinar, arrojó un líquido espeso, semejante á sesos corrompidos y mezclados con coágulos de sangre negra, líquido que, según se verá por el resto de la observación, parece haber sido la masa encefálica descompuesta.

De ahí en adelante la fetidez del flujo fue aumentando de día

en día, de tal suerte que la pieza en que vive la enferma llegó á ser casi inhabitable; y, á no ser por el espíritu de caridad de unas pobres mujeres que la han acompañado y ayudado durante estos días, la infeliz hubiera quizá sucumbido, envenenada por aquella putrefacción. La enferma, aunque postrada en estos últimos diez días, no ha tenido fiebre sino muy poca; pero anoche como á las nueve tuvo un escalofrío fuerte que duró dos horas, seguido de fiebre intensa; hoy, á las cinco de la mañana, repitió el escalofrío.

Todos los antecedentes apuntados los obtengo, no sin trabajo, de la enferma y de las personas que la acompañan, á las ocho de la mañana de este día (12 de Noviembre), hora en que veo por primera vez á la paciente.

Procedo al examen y encuentro lo siguiente: vientre duro y voluminoso; la matriz presenta el volumen que tiene cuando el embarazo es de término, y está aplicada sin intermedio de líquido sobre el feto; los latidos del corazón fetal no se perciben á la auscultación; al tacto vaginal descubro, cerca del orificio vulvar, un tejido blando y un hueso plano enteramente desnudo.

No llevando instrumento alguno, procuro hacer tracciones sobre el hueso mencionado y logro, aunque con trabajo, extraer un parietal; poco á poco, aunque con bastante dificultad y arriesgando lastimarme la mano, extraigo las dos mitades del frontal y el segundo parietal, desprovistos todos de partes blandas; introduzco un poco más la mano y hallo que el orificio del cuello del útero está fuertemente contraído y aplicado sobre el cuello del feto; practico en vano tracciones tomando con un trapo esta parte, ayudando las tracciones con la compresión de la matriz, mas sin resultado favorable.

A fuerza de maña y constancia consigo vencer en parte la rigidez de dicho orificio, é introduciendo la mano logro extraer uno de los miembros superiores, y poco después el otro, aunque con más dificultad aún; el resto del cuerpo sale fácilmente.

Aguardo algunos minutos y con ligera expresión sale la placenta.

La operación ha durado como hora y cuarto, y al mismo tiempo que las partes del feto, salen muchos gases horriblemente fétidos. El tronco y los miembros están en descomposición, pero no tan avanzada como la de la cabeza; su tamaño es el de un niño de tiempo y del sexo masculino.

La paciente se siente aliviada, después de la operación, y casi sin hemorragia.

Por la tarde, vuelvo á ver á la enferma. El pulso es menos acelerado; ha habido hemorragia, pero poca; el estado general es mejor; el flujo es aún bastante fétido. No ha tomado la quinina ni practicado las inyecciones de sublimado que le prescribí por la mañana.

Día 2.^o Ha pasado mala noche, á las ocho la encuentro con poca fiebre; el flujo es aún bastante fétido; no ha habido escalofrío; el pulso está muy deprimido.

Día 3.^o Tuvo ayer, después de la visita, un escalofrío fuerte seguido de fiebre; pasó mala noche; hay fiebre y empieza á sentir frío; bastante malestar. A la una P. M. repito la visita: la enferma se sienta; fiebre poco elevada; no ha habido escalofrío. Ha comenzado á tomar la quinina y le han hecho la inyección de sublimado (0.25 ctgramos. para una taza de agua tibia); el flujo es menos fétido; el pulso está aún más deprimido.

Día 4.^o Por la mañana visito á la enferma: ha pasado mala noche; ha tenido varios vómitos y frios erráticos; pulso sumamente deprimido; fiebre bastante elevada; flujo muy fétido. Hay algo de somnolencia y la enferma responde con trabajo á las preguntas que se le hacen. Ha tomado 0.25 ctgramos de sulfato de quinina cada dos horas, pero la ha vomitado casi toda. La debilidad se pronuncia aún más; hay mucho malestar general; por la noche encuentro á la enferma casi en el mismo estado; resuelvo practicar una inyección intrauterina, con una sonda de doble corriente.

Al proceder á hacerla, noto en la vulva algunos coágulos negruzcos y fétidos; la practico despacio y vigilando para que la doble corriente no falte. La solución que empleo es de sublimado al 1/2,000 y preparada en agua tibia. Nada notable acontece durante la inyección.

Día 5.^o La enferma pasa mala noche y peor día, y muere á las 6 P. M. La muerte fue producida, sin duda, por la septicemia, desarrollada por la permanencia durante tantos días del feto muerto y en estado de putrefacción.

La observación que tengo el honor de presentar es notable, en mi humilde concepto, por varias circunstancias. El curso de los accidentes pienso yo ha sido el siguiente: principio del parto con presentación de la cabeza y ruptura probable de las membranas; muerte del niño y suspensión del trabajo; putrefacción de los tegumentos del cráneo, á consecuencia de su contacto con el aire, y ruptura ulterior de ellos; salida de la masa encefálica; infección putrida tardía, pero que tenía necesariamente qué sobrevenir.

(41)

CUERPO EXTRAÑO EN EL ESOFAGO

El Sr. José Vicente Balcázar R. mandó de Guerne y me recomendó muy especialmente, una niña de siete á ocho meses de edad, para que la tratara de un accidente cuya relación me sería hecha por los padres de la niña en persona, y cuyo caso en su concepto no podía ser corregido por médicos de *experiencia*.

La niña me fué presentada por el padre, la madre y una tía, campesinos todos ellos, pero de buena razón.

La enfermita estaba bien robusta cuando la vi.

Después de inspeccionarla con cuidado y de haberle notado cierta dificultad en la respiración, que á distancia pude referir aproximativamente á la región epiglótica y explicármela como causada por la acumulación de algunas mucosidades, supliqué al padre que me refiriera la historia del acontecimiento con todos los pormenores.

En respuesta á esta indicación me dijo: "Yo almorzaba sancocho de yucas, y como la madre se aproximara con la chica al punto en que yo estaba, resolví darle una cucharada de caldo, que tomé del plato, tal vez sin mucha precaución. Al tragarla notamos que á la niña se le había atrancado algo que estuvo á punto de sofocarla, pero al fin con un esfuerzo de tos, arrojó un pedecito de yuca y entró en calma relativa.

"Observámos después de lo referido, que nuestra hija no había quedado enteramente buena, que tenía una tosecita constante, dificultad para respirar, angustia en la expresión de la carita, y más que todo, imposibilidad para pasar bocado sólido, aunque fuese blando. Ahora sólo puede pasar líquidos, y eso con mucha dificultad, pues los alimentos espesos se le vuelven con frecuencia y le producen tos. La enfermita está constantemente agitada, duerme mal, y porque no come tememos que se nos muera".

Apoyado en estos datos percutí y ausculté, tanto la caja torácica como la región del cuello. En la primera hallé respiración pueril y fácil, en la segunda noté estertores húmedos correspondientes á la parte epiglótica y algo parecido al efecto que produce el movimiento de un líquido espeso en la parte superior del esófago.

Arrimé mi nariz á la boca de la chiquilla, y como creyese percibir un poco de fetidez del aliento, examiné las amígdalas, el cielo del paladar y la laringe para ver de encontrar costras diftéricas ó ulceraciones de cualquiera clase que fuesen. Nada de todo esto hallé, de suerte que á pesar de la aseveración del padre, quien soste-
nía que el pedazo de yuca habia salido entero, diagnosticué la pre-

sencia de un cuerpo extraño en el esófago, á mayor ó menor profundidad, y me propuse atacarlo por alguno de los medios conocidos.

Para conseguir el intento que me proponía, pensé hacer uso del tallo de ballena empleado en cirugía para extracción de cuerpos extraños detenidos en esa parte; pero comoquiera que dicho tallo, á pesar de ser flexible, tenga siempre cierta rigidez que se compadece mal con la delicadeza de órganos infantiles, temí que al valirme de dicho instrumento hiciera más bien daño que beneficio á la enferma.

En virtud de lo dicho deseché ese primer arbitrio y me contenté con emplear una sonda de goma elástica de mediano calibre, como las que se usan para el cateterismo de la uretra.

Previamente untado de grasa el instrumento, hice sostener sólidamente los brazos y la cabeza de la chiquilla y la coloqué en posición adecuada para operar fácilmente. Con el dedo indicador de la mano izquierda deprimí la lengua, y con la mano derecha llevé la extremidad de la sonda hacia la parte anterior é inferior de la faringe, le imprimí suave movimiento de empuje y noté que el instrumento se deslizó sin obstáculo y penetró como seis centímetros á lo largo del tubo esofágico, en donde se detuvo por impedimento que le oponía el cuerpo extraño, cuya existencia yo había sospechado. Llegado á ese punto empujé la sonda con más fuerza, pero con prudencia, y vencido el obstáculo, penetró libremente hasta la cavidad estomacal. La retiré entonces, y percibí que al salir imprimía en el pulpejo de mis dedos sensación semejante á la de frote, frote que cesé de percibir á la altura á que se había presentado el obstáculo. Levanté un poco más la extremidad del instrumento para investigar si el obstáculo se presentaba con los caracteres que noté al principio, y me convencí de que corría con libertad pero que revelaba siempre la presencia de un cuerpo extraño en aquel sitio.

En tal estado las cosas, saqué definitivamente la sonda y me convencí de que pasada la acción mecánica producida por esa leve operación, la muchachita respiraba con más facilidad, si bien no faltaban mucosidades hacia la faringe y tos bastante incómoda acompañada de arcada. En efecto, vomitó al punto una baba sanguinolenta que la madre recibió en un pañuelo y en la cual apareció el cuerpo extraño que he tenido la honra de presentar á la Academia.

Al tomar en mis manos el cuerpo referido para verlo con atención, noté que era una laminilla de hueso de forma triangular, de dos centímetros de longitud, de seis milímetros de anchura, li-

sa y ligeramente cóncava por una de sus faces, prominente por la otra y terminada hacia sus extremos por dos puntas casi tan agudas como las de una lanceta.

He creído que las puntas de este hueso, al descender por el esófago, se colocaron al través, penetraron la mucosa en puntos opuestos, formaron especie de diafragma y dejaron abertura apenas suficiente para el paso gradual de los líquidos y de ninguna manera para sustancias sólidas. Apoyo esta creencia en la circunstancia de que las mucosidades expelidas salieron impregnadas de estrias sanguinolentas y en la ligera fetidez que noté en el aliento de la enfermita, proveniente sin duda de un principio de supuración, puesto que el hueso permaneció en aquel sitio por tres días seguidos.

Creo haber tenido la dicha de dislocar el hueso por medio del cateterismo esofagiano. Salió, y ese fue un resultado feliz; pero si en vez de salir por la boca hubiese caído al estómago, el resultado hubiera sido idéntico, porque allá lo esperaban el ácido clorhídrico y sus compañeros para disolverlo. Si en vez de quedar en el estómago tiempo suficiente para su eliminación, hubiera seguido rumbo hacia abajo, es posible que hubiera penetrado en las paredes intestinales ó sido expulsado por el recto. En todo caso yo pienso que lo mejor que pudo suceder fue lo que aconteció, de lo cual estoy satisfecho, porque la niña que entró á mi despacho, alterada y doliente, salió de él tranquila y sana, comiendo de un bocadillo que le di como recompensa de su valor.

M. URIBE ANGEL.

(42)

AMPUTACION DEL ANTEBRAZO Y REUNION INMEDIATA DE LA HERIDA

SIN ANTISEPSIA.

N. N., 25 años, buena constitución, jornalero, ningún antecedente hereditario especial.

El 28 de Marzo de 1888 estaba en la Aldea de San Sebastián, ocupado en quebrar piedras con cargas de pólvora; tenía un cartucho en la mano, y cerca estaba fumando uno de los trabajadores. De pronto sopló el viento con fuerza, hizo desprender chispas del cigarro las que cayeron sobre el cartucho, lo inflamaron, y á la explosión fue desgarrada la mano con notable mutilación y hemorragia abundante.

Las personas que lo acompañaban, para detener la hemorragia, ligaron fuertemente el antebrazo un poco encima del puño con una cuerda de cáñamo y cubrieron la herida con polvo de carbón y trapo viejo quemado.

Vino al Hospital el día 30 de Marzo, dos días después del accidente.

La mano estaba completamente despedazada y en partes gangrenada; mortificación debida tanto á la ligadura del antebrazo como al traumatismo de la mano; pero probablemente más á la ligadura, porque estaba tan fuertemente apretada que la cuerda había penetrado en los tejidos y roto la piel.

En tal estado se resolvió amputar el antebrazo, lo que se verificó haciendo el corte en la parte media de éste por el método circular, no pudiendo hacerse en el punto de elección. Se hizo la sutura sin poner tubos de *drainage*; y, por último, la curación (*pansement*) en la que no se empleó, intencionalmente, ningún antiséptico, no porque no creamos en las ventajas de la antisepsia en el tratamiento de las heridas, sino como por estudio para averiguar si en caso de no poder emplear, por cualquier motivo, sustancias desinfectantes, estaríamos autorizados, en nuestra localidad, para hacer una operación. Solamente se empleó en la curación de que se trata agua pura un poco tibia, empapando en ésta un paquete de hilas y las compresas para cubrir el *muñón*.

Por la tarde de ese día sintió el enfermo ligero calofrío, y la temperatura subió algunos décimos de grado.

Al día siguiente era normal la temperatura y el enfermo se sentía bien; se usó la herida con agua pura, lo que se practicó del mismo modo en los días siguientes.

Doce días después de la operación la herida estaba completamente cicatrizada sin haber supurado, y esto, como dijimos antes, sin el empleo de ninguna sustancia antiséptica, y á pesar de que la herida era bastante grande y poco propia para una cicatrización inmediata.

Hoy el enfermo está completamente sano y empieza á hacer uso del muñón.

Medellín, 1888, Abril.

JUAN DE D. URIBE G.

MEDICINA LEGAL

INFORME DEL DR. EDUARDO ZULETA

El 31 de Enero del presente año examinaron los Sres. Juan P. Arango G. y José Manuel Obando los pulmones de un niño nacido el 27 del mismo mes, é hijo de Filomena Echeverri.

Los peritos practicaron la docimasia hidrostática según el procedimiento de Galeno. Los pulmones cortados en pedazos sobrenadaron en el agua, y aun después de exprimidos dentro de ella siguieron sobrenadando.

Es ésta una prueba indudable de que el hijo de Filomena Echeverri nació vivo.

Se pudiera objetar, sin embargo, que los pulmones examinados podían encontrarse en estado de putrefacción, y por consiguiente sobrenadar, sin que esto último indicara necesariamente que el niño había nacido vivo; y además que el peso que los peritos determinaron en los pulmones, no es el peso ordinario de los de un niño que haya respirado.

Si se observa, sin embargo, que el clima en que el niño nació es muy frío y que el examen fue practicado apenas tres días después de nacido, y sobre todo que los pedazos de pulmón sobrenadaron aun después de exprimidos, se comprenderá que la objeción no presenta fuerza alguna en contra de lo asegurado.

Según Fort, en el niño que no ha respirado, los pulmones pesan de 60 á 65 gramos, peso que equivale á la cincuentava parte del peso total del cuerpo. En el niño que ha respirado, el peso de estos órganos sube á 94 gramos ó sea la treinta y cuatroava parte del peso del cuerpo. (Estas cifras son tomadas de Sappay.) Los peritos dicen que los pulmones pesaban cuarenta y siete gramos únicamente; pero no hay imposibilidad científica para que los pulmones de un niño que haya nacido vivo no pesen sino el número de gramos señalado por los peritos.

¿Pudo haber muerto este niño antes de ser enterrado, por defecto de la ligadura del cordón ó por la acción del frío? Se puede contestar á esta pregunta diciendo que el defecto de la ligadura del cordón umbilical no trae por consecuencia necesaria la hemorragia, y que aun en el caso en que ésta se produjera, no sería necesariamente mortal por ser casi siempre de muy poca importancia. En cuanto al frío hay que tener en cuenta que un niño puede resistir á una acción considerable de él y es además difícil apreciar el grado termométrico que puede determinar la muerte de un recién nacido; y por último, en un niño que haya muerto por la acción del frío, los pulmones están congestionados y no sobrenadan sino incompletamente, lo que no sucedió en el caso á que se refiere este estudio.

Del examen pericial que hicieron de la cabeza del niño los peritos Sres. Espinosa y Lucio Restrepo, resulta que no hallaron

fractura ni de los huesos del cráneo, ni de los de la cara, y sólo encontraron al lado izquierdo una equimosis. Hay que observar que los peritos de La-Unión, Arango y Obando, observaron también una equimosis en la cara al lado derecho, lo que fue por equivocación ó porque había desaparecido cuando los peritos de Abejorral examinaron la cabeza. Esta equimosis pudo haber sido de origen cadavérico y no presenta importancia alguna.

No hay constancia de que el niño haya presentado ni fracturas ni luxaciones ni otras señales que pudieran indicar que recibió muerte violenta.

En mérito de lo expuesto, propongo respetuosamente á la Academia las siguientes conclusiones:

- 1.^a Que el niño nació vivo.
- 2.^a Que no hay prueba que indique que recibió muerte violenta.
- 3.^a Que no hay, sin embargo, prueba *científica* que demuestre que el niño fue enterrado vivo; y
- 4.^a Que no hay necesidad de más ampliaciones en este sumario.

Medellín, Mayo 11 de 1888.

EDUARDO ZULETA.

QUISTE DEL OVARIO

OVARIOTOMÍA.—CURACIÓN

Operación practicada por los Dres. Vespasiano Peláez, Julio Restrepo A. y Teodomiro Villa, en el Poblado, fracción de Medellín, en el Departamento de Antioquia.

M. S. R., de 57 años, casada, tuvo una hija hace 33 años; fue bien arreglada y la menopausa principió á los 45 años de edad.

Antecedentes.—No hubo ninguno que mereciera ser tomado en cuenta hasta hace diez años en que comenzó á notarse un pequeño tumor en la fosa ilíaca izquierda, que fue creciendo lenta y gradualmente.

Hace tres años fue consultado por esta enferma uno de nosotros (Dr. Restrepo A.), y después de un examen detenido diagnosticó *quiste unilocular del ovario izquierdo*, diagnóstico basado en los siguientes síntomas: tumor en el vientre, voluminoso, fluctuante, que sobrepasaba el ombligo y más inclinado hacia el lado izquierdo. Al tacto se notaba desviación de la matriz, y comprimiendo

sobre el abdomen con la mano libre se sentía que el líquido era rechazado de la parte comprimida hacia la parte opuesta. Por la percusión el tumor daba un sonido mate en toda su extensión, que no variaba con las diferentes posiciones en que se ponía la paciente, como sucede en la ascitis. En vista de esto, practicó una punción con el aspirador de Dieulafoy, introduciendo el trócar por la línea blanca entre el pubis y el ombligo, extrajo cuatro litros de una serosidad transparente y ligeramente opalina; y el tumor desapareció por completo, lo que demostró que realmente el quiste era unilocular. Las consecuencias de la punción fueron excelentes, pues la enferma no tuvo accidente ninguno durante la operación ni después de ella, y antes bien mejoró de salud por bastante tiempo. Pasados algunos meses examinó de nuevo la enferma y vio que el tumor comenzaba á reproducirse, reproducción que hizo necesaria una nueva punción, la que practicó con buen éxito el Sr. Dr. Rafael Pérez en Diciembre de 1886, diez y siete meses después de la primera.

En Febrero de este año practicó (el Dr. Restrepo A.) una tercera punción con el mismo resultado que las anteriores, y observó que el líquido extraído era semejante al de la primera punción, y que sometido al calor daba un precipitado abundante de albúmina; notó, sí, que el estado de la enferma había empeorado: enflaquecimiento considerable, dispnea, dispepsia flatulenta, fatiga y dolores que le impedían entregarse á sus habituales ocupaciones. La defecación y la excreción de la orina eran normales.

Tres meses después el mismo Dr. Restrepo A. hizo un nuevo examen y observó que el tumor presentaba dos lóbulos en vez de uno, separados por un surco dirigido oblicuamente de arriba hacia abajo y de dentro hacia afuera, el uno pequeño y superficial situado en la línea media y el otro más voluminoso y profundo, situado en el lado derecho, lo que revelaba que el quiste, de unilocular que era en su principio, había llegado á ser multilocular.

El Dr. Restrepo A. consultó el caso con el Dr. V. Peláez, quien habiendo examinado cuidadosamente la enferma, estuvo de acuerdo en el diagnóstico y el tratamiento que no debía ser otro que la ovariectomía.

Operación.— (Practicada el 31 de Mayo de 1888.)

Después de haber manifestado los peligros de la operación y obtenido el consentimiento de la paciente y de su familia, ordenámos una lavativa purgante, inyecciones vaginales antisépticas y un baño de aseo general la víspera de la operación. Preparámos esponjas desinfectadas, gasa yodoformada, solución de sublimado, agua

fenicada, solución de ácido bórico, seda fenicada, agua hervida y colada y yodoformo: todo esto con el objeto de hacer la operación con todas las precauciones antisépticas posibles. Algunos instrumentos fueron hervidos en agua fenicada al 5 % y los otros colocados en una vasija con agua fenicada. No se hizo uso del Spray.

Se afeitó el vientre en su parte correspondiente, y después de lavarlo con agua jabonosa primero y con solución de sublimado después, procedimos á la operación, previa cloroformización de la enferma.

De común acuerdo se convino en que operara el Dr. V. Pe-láez, y al efecto se colocó entre las piernas de la paciente é hizo una incisión vertical en la línea blanca, que comenzó á tres centímetros abajo del ombligo y terminó á cuatro centímetros arriba del pubis; la incisión se verificó capa por capa hasta llegar al peritoneo parietal, el cual se cortó con tijeras, sirviendo de conductores los dedos y la sonda acanalada. La hemorragia se previno con pinzas hemostáticas.

Terminada esta incisión, las mismas pinzas sirvieron para invertir los bordes; no salió ni una gota de líquido del peritoneo, y el tumor, ó más bien uno de sus lóbulos, aparecía á nuestra vista bajo la forma de una bolsa lisa, azulosa y traslúcida sin adherencia á los órganos vecinos.

Por medio del aspirador vaciamos dicho lóbulo que podía contener unos seiscientos gramos de un líquido transparente, ligeramente opalino. Vimos en seguida hacia atrás y á derecha, otro quiste más opaco y más voluminoso, lo puncionamos y extrajimos de él como dos mil gramos de líquido en todo igual al del primero. Quisimos en seguida sacar el tumor del vientre, pero notámos que la incisión, por pequeña, no lo permitía y hubo necesidad de extenderla un poco hacia arriba; á pesar de esto, fue necesario para poder extraerlo puncionar una multitud de quistecitos que existían al nivel de la base del tumor.

Al verificar las punciones sucesivas, parte del líquido se derramó en el peritoneo y el tumor quedó reducido notablemente. Una vez fuera del vientre parte de él, lo que se consiguió por medio de grandes pinzas, procedimos á la ligadura del pedículo, operación que verificámos pasando un hilo de seda fenicada al rededor de su parte más profunda, y anudándolo fuertemente; en seguida lo fijámos con fuertes pinzas y luego pasámos por el centro del pedículo un hilo doble y lo ligámos en dos partes. Hecha la ligadura cortámos el pedículo entre las pinzas y el tumor y se ligó

con seda fenicada un punto que sangraba. Todas estas ligaduras se dejaron en el interior del vientre y el pedículo quedó intraperitoneal.

Durante la operación los intestinos se contuvieron por medio de esponjas, y el aseo del peritoneo se procuró rigurosamente con ellas, empapadas en agua hervida unas veces y otras en agua boricada.

La sutura se hizo con seda fenicada; se colocaron cuatro puntos profundos y separados y cuatro superficiales; los primeros interesaron las paredes abdominales, inclusive el peritoneo, y los segundos únicamente la piel y el tejido celular. Al empezar la sutura se colocó una esponja hacia adentro y detrás de los bordes de la herida, con el objeto de evitar que fueran heridos los órganos vecinos, la que fue extraída antes de terminar dicha sutura.

La curación se hizo con yodoformo y gasa yodoformada, encima se colocó algodón en bastante cantidad, y todo fue cubierto con una faja de franela blanca. La operación duró dos horas, tiempo en el cual la operada estuvo sometida á la influencia del cloroformo, sin que se notara accidente grave imputable á éste.

Consecuencias de la operación.—Terminada ésta y antes de ser transportada la enferma á su cama, tuvo un ligero calofrío, que cedió al abrigo, á botellas con agua caliente colocadas en las extremidades y á una dosis de café con aguardiente; calmado el calofrío la enferma quedó sin embargo algo agotada de fuerzas por algunas horas; pero afortunadamente no tuvo vómito, lo que permitió alimentarla y hacer que el agotamiento desapareciera pronto.

Prescripciones.—Antes de retirarnos de la casa, ordenámos darle poción tónica y píldoras de 0.02 centigramos de extracto de opio, de cuatro en cuatro horas, y enseñámos á hacer el cateterismo, el que se debía practicar cada seis horas. Como alimentación, café, leche y té.

Día 1.º de Junio. Ligero dolor en el vientre, ha podido orinar naturalmente; en lugar de las píldoras de extracto de opio, ha tomado dos gotas de láudano de Sydenham cada dos horas, no ha habido ni fiebre ni vómito.

Día 2. Temperatura axilar A. M. 37.3. Pulso débil, pero no frecuente. Se siente mejor que ayer y continúa con la poción tónica y el láudano.

Día 3. Se reemplaza el láudano por las píldoras, y lo demás como el día anterior.

Día 4. Sensación de plenitud en el vientre, no ha defecado, no

hay meteorismo. Se administraron 0.15 centigramos de calomel hasta efecto purgante. Suspensión de lo demás.

Día 5. El calomel produjo efecto purgante; ha habido ligero dolor. Se le prescriben las píldoras y la poción.

Día 6 Temperatura axilar A. M. 37.5. Está inapetente y se queja de dolor en la cadera derecha, y además presenta un flujo blanco que no existía antes de la operación. Se suspenden las píldoras, continúa con la poción y se le permiten sopas y algunos alimentos.

Días 7 y 8. Nada notable se observa.

Día 9. Temperatura axilar A. M. 37.6. Se le permite alimentación más variada. Descubrimos la herida, la que parece estar completamente cicatrizada, no ha habido una sola gota de pus y el abdomen está más bien retraído que inflado. Volvimos á aplicar la misma curación con yodoformo y gasa yodoformada.

Días 10 y 11. El apetito mejora, pero ha sentido dolores en el bajo vientre.

Día 12. Temperatura axilar A. M. 38. Quitamos los hilos, la herida se ha reunido por primera intención, el flujo vaginal continúa. La ligera elevación de temperatura que existe la atribuimos á haberse formado al nivel de los puntos de sutura un pequeño absceso superficial cuyo pus ha tenido salida al exterior.

Días 13, 14 y 15. Nada notable ha ocurrido y la enferma ha podido sentarse y ponerse en pie.

Día 16. Temperatura axilar A. M. 36.4. Está sumamente bien, tiene buen apetito, lengua limpia y deseo de levantarse. La herida está cicatrizada, con excepción del punto en donde estaba situado el pequeño absceso.

Aspecto del tumor.—Tenemos el honor de presentar á la Academia el tumor extraído, que tiene el aspecto de una infinidad de bolsas de dimensiones variadas y cuyo espesor está en razón directa del volumen. Todas ellas están reunidas por una parte de sus paredes y convergen á un centro común, que á la simple vista se nota ser el ovario degenerado, en el que se ven los cuerpos amarillos enmedio de un tejido duro de apariencia fibro-cartilaginosa.

Reflexiones.—El presente caso es notable sobre todo por el éxito completo obtenido y por no haberse presentado complicación de ninguna especie; pues no puede considerarse como tal la ligera elevación térmica observada, si se atiende á que ni el estómago ni el pulso ni el estado general presentaron síntoma alguno alarmante.

Varias causas influyeron para obtener un resultado tan feliz:

1.^a El carácter del tumor, que era francamente quística y cuyo líquido era de muy buena naturaleza. 2.^a La falta de adherencia con los órganos vecinos, lo que evitó las hemorragias y profusión en las ligaduras intraperitoneales; y 3.^a El empleo riguroso de la antisepsia y de la asepsia en los instrumentos, hilos, esponjas, líquidos &^a &^a, durante la operación y después de ella.

Prueba además esta operación, cómo un quiste del ovario puede empezar por ser unilocular y convertirse más tarde en multilocular.

El presente caso es, según parece, el segundo de ovariectomía completa*, practicada entre nosotros, y en dicha operación el método, que consiste en dejar el pedículo intraperitoneal, es la primera vez que se practicó en Antioquia.

Hoy, 29 de Junio, la operada está perfectamente bien.

JULIO RESTREPO A.—TEODOMIRO VILLA.—VESPASIANO PELÁEZ.

Medellín, 29 de Junio de 1888.

NOTA.—La circunstancia de no haberse podido emitir estrictamente, mes por mes, esta Revista, hace que aparezcan en ella piezas con fechas posteriores á la del número en que se publican. Esperamos que pronto se subsanará tal irregularidad.

REVISTA

(ANTIPIRINA Y HERIDAS PENETRANTES)

Otra vez dijimos en esta misma revista que la antipirina no era una sustancia inofensiva, é indicamos algunos de los malos efectos que producía en ciertos casos. Ahora resulta que los inconvenientes de esta sustancia son varios, más de los que nosotros señalamos.

Refiere el Dr. Oscar Jennings que una señora de 67 años de edad que sufría de artritis reumática y que fue tratada con antipirina por ocho días y á la dosis de dos gramos y medio diarios, fue atacada de edema considerable en los párpados, de erupción en todo el cuerpo, de pérdida del apetito y de una sensación interior como si el cuerpo estuviera lleno de hielo.

Una señora quiso curarse el reumatismo y tomó cinco gramos de antipirina. El resultado fue que casi se enloqueció. Cuenta una amiga que fue á verla, que la encontró con las manos en la cabeza y gritando: "No sé lo que me pasa"; "No recuerdo nada"; "Me estoy volviendo una idiota"; "Me voy á volver loca", y después se tuvo en cama mes y medio.

(*) El primero es el caso de la observación presentado por los Dres. Arangos, que se halla publicado en el número 4 de los *Anales de la Academia de Medicina*.

En otro enfermo, la administración de la antipirina produjo edema general y la garganta se hincho de tal manera que la respiración se tomó casi imposible por algunas horas.

Los Dres. Whitehouse y Barber refieren otros varios casos de envenenamiento por la antipirina. Lo que hay que observar de notable es que en ciertas personas basta una dosis muy pequeña para que el envenenamiento aparezca. El Dr. Allen Sturge, por ejemplo, le dio 25 centigramos á una persona en un caso de jaqueca. La enfermedad desapareció en cinco minutos, pero en seguida el paciente sintió una sensación de expansión que comenzaba en el estómago y seguía hacia arriba; la respiración vino á ser laboriosa y acompañada de un sentimiento de sufocación. Y además el enfermo tuvo una tos violenta, sudó mucho, el pulso se aceleró y sentía ruido en los oídos.

Guttman dice que ha tenido dos casos en que la antipirina ha producido palpitaciones violentas, cianosis intensa y opresión, edema, prurito y urticaria.

Todo esto y más que refieren los periódicos quiere decir que nuestras precauciones deben ser mayores cuando vayamos á administrar antipirina. Por supuesto que esta sustancia es una valiosísima adquisición, y sus beneficios son por lo regular instantáneos.

Un inteligente amigo nuestro, á quien le recetamos antipirina para un dolor de cabeza, nos dijo con mucha gracia: "Cierto que me quitará el dolor; pero tomar antipirina me parece que es como tomar dinero á interés; sale uno de apuros por un momento para entrar en otros mayores."

Hasta hace poco tiempo era muy difícil asegurar en ciertos casos si una herida penetraba profundamente ó nó. Los cirujanos más atrevidos introducían una sonda metálica, con la cual llevaban la inspección, hasta un punto dado, pero sin adelantar gran cosa en la mayor parte de los casos. Ahora acaban de inventar en los Estados Unidos, que es la tierra de los ingenios, un medio muy sencillo para averiguar si una herida ha penetrado el intestino ó nó. El inventor es el Dr. Lenn y el procedimiento es el siguiente:

Se introduce cierta cantidad de hidrógeno por el recto, y si la herida es penetrante entonces el hidrogeno saldrá por la herida y allí puede hacerse constar su presencia por los medios ordinarios. Si la herida no es penetrante, el hidrógeno no aparecerá.

Medellín, Julio 16.

EDUARDO ZULETA.