

ANALE

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Secretario
de la Academia
Dr. TOMAS BERNAL

Redactores
Dr. RAFAEL PEREZ
Dr. FRANCISCO A. URIBE

AÑO II

Medellin, Octubre y Noviembre de 1889.

NUM. 8, 9, 10 y 11

VACUNACION CARBUNCOSA

Comunicaciones.

Al Sr. Secretario de Hacienda del Departamento de Antioquia.—Medellin.

Nadie ignora hoy los grandes servicios que los descubrimientos del inmortal Pasteur han prestado á la sociedad.

El descubrimiento de la atenuación de los virus une á los resultados humanitarios, otros económicos de la más alta importancia: el cólera de las gallinas, la peste carbonosa, los lamparones de los puercos, epizootias todas á las que la industria pecuaria ha pagado un inmenso tributo, desaparecerán para siempre de nuestros rebaños y su cifra de mortalidad estará marcada en nuestros cuadros estadísticos por consoladoras comillas, siempre sí que la vigilancia del Gobierno se ejerza activamente, para que las inoculaciones preventivas se practiquen de un modo científico; haga que la cultura y atenuación de los *microbios específicos* queden siempre guardados en el santuario de la ciencia, y arrebaté al empirismo y al espíritu de comercio la propagación de una medida que, si es salvadora económicamente cuando la ciencia guía su aplicación, puede convertirse en destructora plaga si manos de ignorantes la dirigen.

Me explicaré, señor Secretario. Hace un año, más ó menos que un veterinario francés ha introducido entre nosotros la práctica salvadora de inocular nuestros rebaños para ponerlos á cubierto de la *peste carbonosa*. Ignoro absolutamente si practicará él por sí mismo la cultura y atenuación de la bacteridia carbonosa, ó si siguiendo el uso de algunos comerciantes, introducirá del extranjero los virus atenuados ya y listos para servirse de ellos. Lo que sé, señor Secretario, es que los expendedores del líquido para inoculación, guiados por los informes que hacendados enteramente legos en veterinaria

les dan sobre la enfermedad de sus rebaños, les venden líquido para inocularlos, por supuesto sin saber ellos mismos si la epizootia que ha aparecido y que quieren prevenir es la *sangre de bazo* ó *fiebre carbonosa*, enfermedad producida por el *Bacillus anthracis*, ó es lo que se llama *carbón sintomático* ó *carbón enfisematoso del buey*, cuyo micro-organismo patógeno es el *Bacterium Chauvacei*: organismos tan esencialmente distintos son éstos, que aquél es *aerobiano* por excelencia, mientras que éste no necesita de aire para vivir y es lo que se llama *anaerobiano*.

Desde luego se desprende de este dato anatomo-patológico, que para poder establecer la profilaxia sobre bases enteramente científicas, habrá necesidad de domesticar, como dice Bauley, dos microorganismos enteramente distintos; pero pretender librar nuestros rebaños de las diversas manifestaciones de la peste carbonosa con la inoculación de un solo germen atenuado, es ignorar los notables descubrimientos de M. Chabert y caer *ipso facto* en el más lamentable empirismo.

No es éste, señor Secretario, el único escollo que trae consigo la ciega propaganda de las inoculaciones profilácticas. Un error conduce siempre á otro error, y hacendados ha habido que han vacunado sus cerdos con el virus que habían conseguido para inocular sus vacas y preservarlas del contagio carbonoso, cuando hoy es un hecho averiguado definitivamente que el cerdo es refractario al carbón. El lado menos grave de la práctica de este error sería el de pecar por omisión, pues es claro que el hacendado que vea su rebaño de puercos asaltado por una epizootia mortífera, como el *lamparón*, habiéndolos inútilmente inoculado con el virus carbonoso, se cruzará de brazos á verlos morir uno á uno; pues en la errónea convicción en que se hallará de que están preservados, lógicamente deducirá que la medida profiláctica de nada vale y omitirá inocular sus cerdos con el verdadero virus atenuado que, contra el *lamparón*, ha sido descubierto, cultivado y aplicado por Pasteur y Thuillier.

De la misma inmunidad de que goza el cerdo relativamente al carbón, gozan también el perro, el gato, la rata, el pato, la gallina y la paloma.

Sin embargo el error de nuestros crédulos hacendados es muy disculpable si se atiende á que los que les venden el líquido para las inoculaciones, les aseguran que es aplicable á todo animal; esto lo sé por un hacendado que compró con qué inocular cuatrocientos animales.

Todavía, señor Secretario, hay en este empírico modo de proceder un escollo de mayor magnitud. Para que una vacunación sea

bien hecha se necesita que la bacteridia patógena atenuada yá y puesta en un medio apropiado, sea inoculada enteramente libre de todo otro germen ó bacteria: pues, por una parte, éstas podían impedir la libre evolución de aquellas, como precisamente sucede para la bacteridia carbonosa, y por otra, si el líquido para la inoculación profiláctica no está bien puro, podrá transmitirse con él alguna *bacteria indiferente*, la que si cae en un organismo predispuesto podrá producir una septicemia rápidamente mortal. ¿Será imputable á esta contingencia la muerte de algunos animales que sé han perecido poco después de la inoculación? Muy natural es pensar así, pues sé que los hacendados tapan y destapan el frasco en que tienen el líquido profiláctico sin tener cuidado alguno, y además hacen inoculaciones en distintos días, sin tener la precaución de esterilizar la cánula de la jeringa, en la que siempre queda, después de cada inoculación, una mínima cantidad de sangre, medio apropiadísimo para el desarrollo de un sinnúmero de bacterias.

Y si esto sucede cuando el líquido profiláctico es suministrado por los que siquiera conocerán algo de la técnica operatoria ¿qué no sucederá cuando caiga en manos del comercio, tan dispuesto siempre á adulterar todo en cambio de mejor lucro? Hoy, señor Secretario, quizá nos introduzcan puro el virus carbonoso atenuado; mañana se venderá en el comercio un caldo cualquiera venido de Alemania, del mismo modo que nos venden cominos de cartón. Entonces el empirismo habrá ahogado la ciencia y con sus funestos resultados privará á la industria pecuaria de uno de sus poderosos auxiliares.

Que se me perdone si mis muy bien intencionadas líneas llegasen á herir alguna suceptibilidad. El Departamento debe gratitud á los que primero han tratado de vulgarizar entre nosotros las inoculaciones profilácticas. Que estas líneas den el alerta á nuestro progresista Gobierno, para que ponga todos los medios que estén á su alcance, con el fin de que estas inoculaciones se hagan consultando siempre los preceptos científicos.

Juzgo que el Gobierno del Departamento debería consultar un órgano autorizado en el particular, para que dé su opinión en la materia y le presente un proyecto que organice científicamente estas inoculaciones. Mientras tanto, obraría cuerdaamente impidiendo la venta de *líquidos vacuníferos* en oficinas que no estuvieren debidamente autorizadas para ello.

Quizá sería prudente que el Gobierno Nacional tomara cartas en el asunto, é impusiera á alguno de nuestros Cónsules en Europa, el deber de comprar él mismo ó inspeccionar la compra de los virus atenuados en el Instituto Pasteur y enviarlos bajo cer-

tificación especial. Podría además el Gobierno monopolizar las inoculaciones preventivas y conceder luego el privilegio del monopolio al primer colombiano que fundara en la República un laboratorio que satisficiera para los estudios microbiológicos, cultivo y atenuación de las bacterias patógenas; así podría evitarse mucho mal, á la par que se estimularía tan importante estudio.

No olvidemos, señor Secretario, los recientes estragos que, tanto más sensible cuanto fueron producidos en seres humanos, acaba de efectuar en Cúcuta un empirismo semejante, tratando de inocular el pretendido microorganismo de la fiebre amarilla.

Del señor Secretario respetuoso S. S.

Manizales, Junio 14 de 1888.

J. T. HENAO.

Secretaría de Gobierno.—Medellín, Julio 5 de 1889.

Pase esta comunicación al Sr. Presidente de la Academia de Medicina para que si en sus ilustradas deliberaciones juzga ella que el Gobierno del Departamento deba hacer algo en el asunto y que él sea de su resorte, se sirva proponer lo que estime aquella H. Corporación más prudente y acertado.

Por ausencia del Secretario de Gobierno, el de Hacienda,

GUILLERMO RESTREPO I.

Secretaría de la Academia de Medicina.—Medellín, 5 de Octubre de 1889.

Sr. Secretario de Gobierno del Departamento.

La Academia de Medicina ha tomado en consideración la nota del Sr. Dr. J. T. Henao relativa á las inoculaciones carbuncosas, la cual tuvo U. á bien pasar á esta Corporación con el fin de que ella propusiera al Gobierno del Departamento las medidas convenientes en el asunto.

La comisión académica á quien este estudio fué encomendado, opinó que la intervención del Gobierno debía limitarse por ahora á hacer conocer al público el valor de estas inoculaciones y el modo como deben practicarse.

La Academia aceptó esta manera de ver; aprobó una por una las conclusiones del Informe, y decidió que éste fuera pasado á U.

con el objeto de que el Gobierno le dé la publicidad que estime acertada y prudente.

En consecuencia, tengo la honra de remitir á U. dicho informe, devolviéndole la comunicación á que se refiere.

Soy de U., señor Secretario, atento y seguro servidor,

TOMÁS BERNAL.

Informe.

SEÑOR PRESIDENTE.

Creemos que la nota enviada por el Sr. Dr. José T. Henao al Sr. Secretario de Gobierno, sobre los inconvenientes que pueden acarrear las inoculaciones carbuncosas hechas sin completo conocimiento de la enfermedad que quiere combatirse por este medio profiláctico y sin las precauciones y enseñanzas que indica la ciencia, se refiere á un asunto de interés general en que el Gobierno puede y debe tomar participación, haciendo saber á todos los dueños de ganados, por medio del periódico oficial ó como á bien tenga, las indicaciones que á este respecto y por orden vuestra, presentamos á la Academia.

En Colombia, como en casi todos los países del mundo, existe, especialmente en los ganados, una enfermedad llamada *fiebre carbunculosa* (*), la cual ataca algunas veces de una manera repentina. En este caso la enfermedad se manifiesta del modo siguiente: el animal puede estar comiendo tranquilamente y de golpe cesa de comer, se estremece, cae, entra en convulsiones, arroja espuma sanguinolenta por las narices, orina algunas gotas de sangre y muere á los cinco ó diez minutos. Otras veces la enfermedad se anuncia por los siguientes fenómenos: de cuando en cuando el animal deja de comer, bosteza y respira con dificultad; pero todo esto es de corta duración. Además, sucede que los excrementos salen acompañados de una sustancia mucosa, blanquecina y frecuentemente sanguinolenta. Estos fenómenos indican que la enfermedad existe ya y que de un momento á otro puede venir á agravarse y ocasionar la muerte. Los animales que han tenido estos síntomas precursores dejan de comer—como en el caso anterior—entran en convulsiones, arrojan espuma sanguinolenta por las narices, orinan algunas gotas de sangre, y mueren á los quince ó veinte minutos, ó á las dos ó tres horas.

(*) También se le da el nombre de *carbón bacteridiano*, *carbúnculo*, *sangre de bazo*, y entre nosotros, *peste de carbón*.

De suerte que la enfermedad es á veces violenta—pudiéramos decir fulminante—y otras, se anuncia por un período más ó menos largo; pero una vez declarada mata también en corto tiempo.

Esta enfermedad no ataca, entre los animales domésticos, sino á los carneros (ovejas), á las cabras (vulgarmente chivos), á los caballos y al ganado vacuno (*); y es producida por un microbio, descubierto por Davaine y llamado *bacillus anthracis*.

Una vez que se presenta el carbúnculo, la déhesa queda infestada indefinidamente, y es preciso renunciar á la esperanza de hallar en la asimilación vegetal un medio de saneamiento. Pasteur ha hallado vivos los gérmenes en la superficie de sepulturas cuya tierra había sido sometida á todo género de labores y cultivos; otro tanto ha observado sobre sepulturas que no se habían tocado en espacios de más de diez años; y—cosa más notable aún—ha hecho morir de carbunco dos carneros, en menos de seis semanas, con sólo dejarlos algunas horas por día sobre el sitio en donde habían enterrado un animal carbunculoso doce años antes, sitio en que la tierra estaba completamente desnuda, sin una hebra de yerba: bastó, por lo visto, que los carneros sorbieran el polvo y que alguna excoiación de sus vías respiratorias diera entrada al microbio.

El descubrimiento de la vacuna por medio del virus atenuado, realizado por Pasteur en el tratamiento preventivo del cólera de las gallinas, hizo pensar al sabio francés que era posible encontrar, por la vía de la atenuación, la vacuna profiláctica del carbúnculo, y experimentos subsiguientes y pruebas incontrovertibles vinieron á demostrar la verdad de lo que Pasteur llegó á imaginarse. Así vino á quedar resuelto el problema de la inoculación.

Pero es sólo á los animales que hemos mencionado á los que se ha aplicado el tratamiento preventivo. Es importante tener presente este punto porque hemos oído decir que hay quien aconseje y aun haga inoculaciones á toda clase de animales, creyendo que éstas también impiden la aparición de otras enfermedades y que á todos los animales los ataca el carbúnculo, lo cual es un doble error. El caso que refiere el Dr. Henao de un hacendado que inoculó con el virus atenuado del carbunco algunos cerdos que tenía en su hacienda, y casos semejantes que podríamos citar nosotros, hacen palpable la utilidad de la observación anterior.

Los cerdos no sufren comúnmente de carbúnculo, sino de una enfermedad denominada *lamparones* ó erisipela maligna (*rouget du*

[*] Los cerdos y los perros son casi refractarios al carbón; las aves y los animales de sangre fría, lo son completamente.

poré): por consiguiente, lo que debe inoculárseles es el virus atenuado del microbio que es causa de esta enfermedad y que—descubierto simultáneamente por el norteamericano Detmers y por Thuillier, de Francia—ha sido cultivado y atenuado por Pasteur.

Las inoculaciones preventivas no preservan á los ganados contra el carbúnculo sino por un año—término medio ;—pues no es raro verlo aparecer en animales vacunados cinco ó seis meses antes.

Al hacer las inoculaciones debe tenerse cuidado en mantener el líquido perfectamente limpio de toda impureza ; porque de lo contrario, el vacunador, en vez de preservar el animal de una enfermedad, le produce otra, que puede ser fatal, con la introducción de materias capaces de desarrollar una septicemia. Igual cuidado hay que tener con la jeringa que sirve para las inoculaciones. Esta debe limpiarse escrupulosamente después de cada operación para no ensuciar el líquido que se ha de emplear en seguida. Como las jeringas, especialmente las de Pravaz, se ensucian pronto—Pasteur recomienda usar una más propia para el objeto, hecha según sus instrucciones por M. Collin.

Debe tenerse presente que el virus atenuado que se trae de París—no obstante las precauciones especiales que toma M. Pasteur en la preparación de virus que ha de ser enviado á países lejanos—debe usarse inmediatamente que llegue ; pues, como él mismo decía en 1883, “ el problema de la *conservación integral* de la virulencia de la vacuna puesta en tubos de vidrio, no será resuelto probablemente jamás, porque gérmenes que tienden hacia la muerte, no pueden tener la misma fuerza y la misma actividad que gérmenes recientes ó bacteridias adultas en plena vía de reproducción y desarrollo.”

Mientras no haya aquí un laboratorio especial para la preparación de la vacuna carbunculosa, sería conveniente que antes de inocular los ganados, tengan los hacendados plena confianza en que el virus salga del Laboratorio de M. Pasteur.

Conviene además saber que hay otra enfermedad enteramente distinta de la que hemos descrito, debida á la acción de un microorganismo denominado *bacterium Chauveaui* y descubierto por Arloing, Cornevin y Thomas. Se le denomina *carbón bacteriano*, *carbón esencial de Chabert*, *carbón enfisematoso del buey*. Ataca sobre todo—aunque no exclusivamente—á la especie bovina (vacas, bueyes), y se manifiesta á veces por fenómenos generales tales, como fiebre, temblor parcial en los hombros y en las caderas, trístiza, inapetencia, enfriamiento de las extremidades. Poco después el animal comienza á cojear—y esto es debido á la presencia de un

tumor en uno de los miembros. Otras veces la enfermedad se revela por fenómenos locales y la aparición primordial de un tumor irregular, mal circunscrito y que llega á adquirir gran volumen. Al principio es doloroso, pero después viene á ser insensible, crepitante y sonoro á la percusión. Los tejidos que lo forman son negros y blandos. Si se corta el tumor en los primeros días de la enfermedad, deja correr una sangre de color rutilante; pero al fin de la enfermedad el líquido que sale es oscuro, color de sangre venosa. El corte del tumor es negro—de aquí el nombre de carbón—pero al contacto del aire el color cambia de negro á rojo. Este tumor aparece por lo general en los músculos de los miembros y en donde el sistema muscular está más desarrollado. No es raro que los tumores se sitúen profundamente, y en este caso el animal muere de las treinta y seis á las cincuenta y cinco horas después de la aparición de los fenómenos generales.

Esta enfermedad puede prevenirse: 1.º Inoculando el virus natural extraído del tumor fresco; y 2.º Inoculando el virus atenuado—virus enteramente distinto del que se usa para prevenir la fiebre carbunculosa primeramente descrita.

En resumen, creemos que deben hacerse conocer á los dueños de ganados las siguientes proposiciones, una vez que sean aprobadas por la Academia:

I. La fiebre carbunculosa, ó sea el carbón bacteridiano ó carbúnculo, se ha presentado en este Departamento como epizootia general (que vulgarmente se dice peste) y también como afección localizada en ciertas dehesas.

II. Las dehesas en las cuales ha reinado esta enfermedad quedan infestadas por tiempo indeterminado, no obstante los cuidados que en la práctica es posible tomar para sanificarlas. Por tanto no es prudente poner en ellas sino animales previamente inoculados.

III. A pesar de todo, hay ciertos cuidados y precauciones que no deben omitirse, porque con ellas se evita en gran parte, aunque no totalmente, que se extienda la infección; á saber: 1.º Sepultar inmediatamente el animal que muere de carbúnculo, á la mayor profundidad posible (en todo caso á más de metro y medio); 2.º Enterrarlo, con sus restos excrementicios, lo más cerca que se pueda del punto donde murió, y por ningún motivo arrastrarlo sin necesidad, ó dejarlo insepulto ó echarlo á las corrientes de agua; 3.º Cercar la sepultura y quemar la yerba en una extensión siempre superior á los límites de aquélla; 4.º Destruir las

plantas espinosas, tales como zarza, morales &, y evitar los cercos de alambres con púas——para que los animales no se lastimen la piel ni el tubo digestivo.

IV. La vacunación pastoriana preserva los animales que hayan sido convenientemente inocularados.

V. Estas inoculaciones preventivas no tienen eficacia ninguna contra cualesquiera otras enfermedades ó epizootias que la llamada fiebre carbunculosa.

VI. Un animal debidamente inoculado está libre de contraer la enfermedad carbuncosa durante un año, por término medio. De esto se deduce que la vacunación debe repetirse cada año.

VII. Entre los animales domésticos sólo son comúnmente atacados por el carbúnculo los ganados vacuno, caballar y lanar; y de consiguiente, éstos son los únicos que deben ser inoculados.

VIII. En tanto que no haya en el país un laboratorio especial, los virus para vacunar deben venir del Laboratorio de M. Pasteur.

IX. La vacuna no puede emplearse sino el mismo día que se abre el tubo, y debe conservarse siempre en un lugar fresco, para que no se altere.

X. La jeringa será limpiada cuidadosamente después de cada inyección y antes de emplearla en otro animal. Al ejecutar esta operación es indispensable que la jeringa no contenga burbujas de aire.

XI. El carbón bacteridiano es enfermedad completamente distinta del carbón bacteriano del buey; y para prevenir ésta se requiere otro virus atenuado.

Medellín, Septiembre de 1889.

RAFAEL PÉREZ.—EDUARDO ZULETA.

DESCENTRALIZACION CIENTIFICA

ADVERTENCIA

Publicamos en seguida la relación de tres grandes operaciones ejecutadas recientemente en Antioquia.

El éxito que ellas han alcanzado nos es sobre todo lisonjero por la circunstancia de haber sido practicadas casi simultáneamente y lejos, no sólo de la capital de la República, sino también de la de nuestro Departamento. Prueba mucho en favor de la cultura científica del país y de la general competencia de nuestro cuerpo

médico, el que operaciones como éstas, que no se hallan todavía al alcance de los médicos de provincia en las naciones más adelantadas del mundo, se acometan valientemente y se lleven á feliz término en poblaciones secundarias del territorio colombiano. Y como sentimos que este detalle redunde en honra de la patria, tratamos de que no pase inadvertido.

A pesar de la extensión de estas piezas, las presentamos á un tiempo—porque así llegaron al Consejo de Redacción, y porque el estudio comparado de los pormenores que ellas encierran puede ser favorable á la aspiración de sus autores, que es contribuir á popularizar una de las más grandes conquistas de la cirugía moderna.

OVARIOTOMIA

Quiste multilocular.

OPERACIÓN PRACTICADA POR LOS DRES. RODOLFO ZEA Y BALTASAR OCHOA
Y EL INFRASCrito

A fines de Abril del presente año fuímos consultados por la Sra. N., natural de Jericó, de 51 años de edad, casada y madre de siete hijos. Su último parto se verificó hace 23 años. Buena constitución, temperamento bilioso-sanguíneo y notable robustez.

Antecedentes. Ha gozado generalmente de buena salud. Sus funciones mensuales, después de haber sido siempre regulares, desaparecieron por completo hace cuatro años y no volvió la menstruación hasta ahora ocho meses en que reapareció y ha seguido presentándose con estricta regularidad cada quince días, con cinco días de duración como en épocas anteriores, y sin dolor ni malestar. Al consultarnos por primera vez se quejaba solamente de cansancio y fatiga al menor ejercicio, desgana de comer, peso en el vientre y constipación intestinal obstinada, así como de dolores erráticos que desaparecían con tanta espontaneidad como se presentaban. Estos accidentes principiaron á manifestarse desde año y medio antes de la consulta, pero solamente se habían acentuado de un modo notable en los tres últimos meses.

Desde el primer examen que practicámos reconocimos á la simple vista la existencia de un enorme tumor abdominal y desde luego nuestra primera impresión fué la de un quiste del ovario, impresión que para nosotros se convirtió en certidumbre desde el momento en que por los medios ordinarios de investigación, llegámos

á formarnos más completa idea de lo que existía, para formular claramente un diagnóstico acertado.

Efectivamente, colocando la enferma en el decúbito dorsal y descubriéndole el vientre, se presentó éste más voluminoso que el de una mujer embarazada á término; su aspecto hacía inmediatamente excluir la idea de una ascitis, pues el vientre conservaba forma globulosa en el centro, predominando al lado derecho y deprimido hacia los lados, con macicez plena en casi toda su extensión, desde algunos centímetros abajo del apéndice xifoide del esternón hasta el pubis, y solo ligera sonoridad en las partes laterales y debajo del borde inferior de las costillas falsas: condiciones como se ve, distintas á las de los derrames libres en la cavidad del peritoneo. La palpación revelaba inmediatamente debajo de la piel y del tejido celular sub-cutáneo un endurecimiento especial con ligeras abolladuras y depresiones. No era posible imprimir al tumor movimientos de ninguna clase, pues llenaba casi completamente el vientre y descendía á la pelvis; tampoco fué posible reconocer una fluctuación franca en ninguna parte, y aplicando con fuerza un estetoscopio sobre el tumor se percibían las pulsaciones de la aorta abdominal, que se trasmitían al través del tumor, haciendo sospechar una producción sólida ó por lo menos de paredes resistentes y llena de un líquido espeso. El tacto vaginal nos ilustró poco, pues solamente reconocimos una ligera desviación del cuello uterino hacia el lado derecho y no alcanzamos á tocar nada extraño. La aplicación del espéculo también fué negativa en resultados.

En los días posteriores el tumor adquirió un volumen más notable, redujo la enferma á la cama y se presentaron dolores casi constantes, insomnio y fatiga; la enferma enflaqueció de un modo marcado, tomó un color amarillento y tuvo por las tardes un movimiento febril seguido de copiosos sudores.

Deseando asociarnos á un comprofesor y estando ausente el Dr. Rodolfo Zea, vino de Medellín nuestro estimado amigo Dr. Eduardo Zuleta, quien estuvo de acuerdo con nuestro diagnóstico; pero con el fin de ilustrarnos más, puncionámos el tumor con un trocar capilar el día 22 de Mayo y la punción hecha debajo y á la derecha del ombligo, nos dió 240 gramos de un líquido espeso, glutinoso, de color amarillo verdoso y que formaba hilos al tocarlo con los dedos, juntar éstos y separarlos luego. La punción fué practicada á las doce del día, y á las seis de la tarde se presentaron fuertes dolores en todo el vientre; el pulso se elevó á 120 pulsaciones por minuto, la fiebre fué intensa y la lengua estuvo sumamente seca: combatimos prontamente estos síntomas adminis-

trando un gramo de sulfato de quinina en tres dosis durante la noche y haciendo en el vientre fricciones mercuriales y anodinas. Al día siguiente había ya poca fiebre, pero duro aún doce horas. Esta punción confirmó nuestro diagnóstico de quiste ovárico y el Dr. Zuleta manifestó á la familia lo que ya nosotros habíamos dicho, es decir, que el único tratamiento curativo que podía emprenderse era el quirúrgico; y aceptado esto por la enferma y su familia, á pesar de que les hicimos presente la gravedad de la operación, convinimos en aplazarla por algunos días, imponer á la enferma un régimen tónico y someter nuestro dictamen á la consideración de ilustrados profesores de Medellín.

Efectivamente, el día 28 de Mayo al reunirnos en la capital con los Dres. Ramón y Francisco Arango y Eduardo Zuleta, convinimos en operar y en que el Dr. Zuleta, con uno de los Dres. Arangos, vendría en la semana siguiente.

A nuestro regreso de Medellín, el día 30 de Mayo, encontramos á la enferma muy fatigada y el tumor mucho más voluminoso que como lo habíamos dejado; razón por la cual resolvimos esa misma noche repetir la punción para dar algún alivio á la enferma. Practicada la primera punción con un trocar capilar, como ya dijimos, nos dió muy poco líquido: resolvimos operar en otro punto con la esperanza de caer sobre una celda más voluminosa, y así sucedió, pues extrajimos 1,140 gramos de un líquido de caracteres físicos semejantes al primitivamente extraído. Esa noche administramos, como preventivo, una dosis de sulfato de quinina.

Habiendo impedido un inconveniente la venida de los médicos de Medellín y hallándose ya en ésta el Dr. Zea y transitoriamente el Dr. Jesús M. Gómez, la familia de la enferma nos suplicó que operáramos y ésta lo deseaba con vehemencia.

El 11 de Junio, después de someter la enferma á un tratamiento consistente en baños tibios generales, durante tres días consecutivos, y en una alimentación sustancial pero que dejara pocos residuos, procedimos á la operación.

MODUS OPERANDI

Después de vaciar la vejiga por el cateterismo y habiendo dado por la mañana dos centigramos de extracto de opio, aplicamos una inyección hipodérmica de dos centigramos de clorhidrato de morfina; confiamos la aplicación del cloroformo á un ayudante, y el pulso y la respiración al cuidado del Dr. Jesús M. Gómez.

Algunos centímetros debajo del ombligo y dos centímetros á

la izquierda de la línea blanca abdominal, practicámos una incisión de diez centímetros de longitud, con el fin de averiguar primero la naturaleza del tumor y suspender la operación si reconocíamos, como era de temerse, la existencia de un elemento maligno. (Preferimos este punto y no la línea blanca misma, como lo aconsejan los autores, por dos razones: 1.^a por creer que la cicatrización marcha más aprisa en el tejido muscular que en el fibroso, y 2.^a para evitar la confusión posible entre el peritoneo y las fibras de entrecruzamiento de las aponeurosis abdominales). Nuestra primera incisión no comprendió sino la piel y el tejido celular subcutáneo, y al caer sobre el peritoneo lo levantamos con un tenáculo y guiándonos con una sonda acanalada cortamos con tijeras. La bolsa quística se presentó á nuestra vista con su aspecto brillante y desprovista de adherencias superficiales; con los dedos y una sonda metálica de hombre recorrimos una parte del rededor del tumor, para destruir las adherencias inaccesibles á la vista.

Ampliamos entonces la primera incisión, extendiéndola hasta seis centímetros encima del ombligo (costeando el lado izquierdo), y hasta ocho centímetros encima del pubis, quedando así una incisión de 25 centímetros de longitud. La piel y el tejido celular subcutáneo fueron cortados con bisturí y el peritoneo con tijeras dirigidas sobre una sonda acanalada. Esta amplia abertura nos permitió introducir toda la mano y recorrer el rededor del tumor: éste se extendía arriba hasta el borde inferior de las últimas costillas; su superficie anterior, recubierta por el peritoneo y además en su tercio superior por el grande epiploon, se ponía en contacto con las paredes abdominales; los intestinos estaban completamente rechazados hacia atrás; en las partes laterales y en la cavidad misma del peritoneo se hallaba un derrame poco abundante de serosidad; el tumor se extendía hacia abajo y penetraba en la cavidad de la pelvis. Llevando hacia ese punto la mano reconocimos su pedículo, espeso y resistente, con adherencia en el fondo de la matriz.

Hicimos una punción con un aparato aspirador para disminuir el volumen del tumor y obtuvimos 150 gramos de un líquido citrino, espeso y glutinoso, con numerosos corpúsculos fibrinosos en suspensión; agotado el contenido de esta celda practicámos dos punciones más con idénticos resultados, pero viendo que á pesar de ellas el tumor disminuía poco de volumen y que la operación se prolongaba, resolvimos abrir ampliamente el quiste después de cubrir los bordes de la herida abdominal con toallas de antemano desinfectadas por larga permanencia en una solución de ácido bórico, después de ebullición durante varias horas. Una larga inci-

sión de la bolsa quística, practicada de arriba hacia abajo con bisturí, nos permitió reconocer la existencia de un segundo saco y luego de numerosas celdillas llenas todas de un líquido semejante, y cuyos tabiques destruimos poco á poco á fin de que el líquido no saliera bruscamente, y determinara la falta de compresión rápida algunos accidentes. Una vez vaciado el quiste pudimos llevar fuera del abdomen la bolsa y con facilidad impedir la salida de los intestinos, pues estos parecían ya habituados á una larga compresión. El quiste tenía implantación en el ligamento ancho derecho y su pedículo, fuerte y resistente, se adhería al fondo del útero, dejando libre solamente el extremo izquierdo de este órgano. Pasamos una larga aguja de sutura con doble hebra de seda fenicada, al través del pedículo, é hicimos con las dos cuerdas una doble ligadura; cortamos el pedículo con tijeras y ni una sola gota de sangre se derramó, pues tanto las venas, como las cuatro ó seis arteriolas, del pedículo quedaron perfectamente bien ligadas en masa. Cortamos los hilos y llevamos á la pelvis el pedículo y los órganos momentáneamente levantados. Procedimos luego á la *toilette* del peritoneo, que practicamos con esponjas fenicadas, y hecho esto del mejor modo posible, pensámos ya en las suturas.

Aunque generalmente se aconseja una sutura profunda, que comprenda el peritoneo y otra superficial para la piel y el tejido celular, nos apartámos un poco de esta regla, pues además de que las suturas que comprenden el peritoneo dan un poco de sangre, temimos que los hilos obraran como cuerpos extraños y determinaran una peritonitis. Por estas razones aplicamos nueve suturas profundas que comprendieron la piel y el tejido celular, pero colocadas inmediatamente afuera del peritoneo, para que al apretar los hilos, se pusieran en contacto los bordes peritoneales; dejamos un intervalo de tres centímetros entre cada una de esas suturas y pusimos en los intermedios suturas superficiales que comprendieron solamente una pequeña parte de la piel y del tejido celular, para acercar mejor los bordes de la herida y obtener una cicatrización por primera intención. Todas estas suturas las aplicámos con seda fenicada.

Como habían quedado muy pocos líquidos en el peritoneo y no había caído sangre en su cavidad, creímos innecesario poner un tubo de drenaje. Sobre las suturas aplicamos unas bandas de espadrapo, para sostener mejor el vientre. La curación se terminó con la aplicación de vaselina yodoformizada, un lechino de hilas, una gruesa capa de algodón y por último un ancho vendaje de franela.

Todos los instrumentos de que nos servimos en la operación

habían sido previamente desinfectados con soluciones de ácido fénico y de ácido bórico y las esponjas y toallas sometidas anteriormente á una larga ebullición. Tuvimos además la precaución de lavarnos las manos con agua fénica y cambiar los vestidos con los cuales habíamos estado prestando cuidados á los enfermos atacados de la actual epidemia de disentería.

Durante la operación no sobrevino accidente ninguno y la hemorragia fué insignificante, pues toda vénula ó arteriola cortada, era prontamente torcida, con pinzas de ligadura.

Terminada la operación se trasladó á la enferma á la cama, se le administró un poco de coñac con agua, se le recomendó completa quietud en el decúbito dorsal, y se ordenó la administración de un centigramo de extracto de de opio cada dos horas. Alimentos: sopas, leche, té y café.

La operación duró dos horas y terminó á las doce y media p. m. La enferma estuvo tranquila hasta las siete de la noche, sin sentir otra cosa que el estupor y cansancio consiguientes á la acción del cloroformo y las maniobras operatorias.

A esa hora hubo indisposición general, enfriamiento y luego calor, que subió á $38^{\circ}4$ y duró hasta las nueve de la noche, hora en que terminó por un copioso sudor. La orina fué extraída con una sonda, cada tres horas. La menstruación, que se había presentado tres días antes de la operación, aumentó un poco en las primeras horas de la noche.

Junio 12. Temperatura á las 7 a. m. 37° . Pulso, 102. Dolor en el vientre, náuseas, cansancio y sudor abundante. El cateterismo causa dolor. Se prescribió la administración de sesenta centigramos de sulfato de quina, en dos dosis, con una hora de intervalo. A las 11 a. m. la enferma va muy bien, hay poco dolor, las náuseas han desaparecido; ha dormido tranquilamente dos horas; temperatura normal. Se continúa la administración de un centigramo de extracto de opio cada dos horas. A las 5 p. m. T. 38° P. 100. Continúa la menstruación. La lengua está pastosa, pero húmeda. La enferma ha dormido. Se aplicaron dos inyecciones hipodérmicas de 25 centigramos de bromhidrato de quina cada una. A las 12 de la noche T. $38^{\circ}4$, P. 100.

Junio 13. A las cuatro a. m. T. $38^{\circ}4$, P. 100. La menstruación ha terminado, pero queda un flujo uretral y vaginal amarillento y fétido. Meteorismo y dolores fuertes al nivel de las suturas. Lengua seca y pastosa. A las siete a. m. T. 38° , P. 96. La lengua está menos seca y han disminuído los dolores y el meteorismo. A las doce del día T. $38^{\circ}4$, P. 100. Abundante flujo uretral de mal olor.

A las seis p. m. T. 38°, P. 100. Se puso una inyección de quinina. A las diez p. m. T. 38°6, P. 100. Inyección hipodérmica de sulfato de quinina disuelto con ácido tartárico.

Junio 14. Calma durante la noche anterior, excepto ligeros dolores al nivel de la herida. A las siete a. m. T. 38°6, P. 100. Inyección hipodérmica de quinina. A las once p. m. T. 38°, P. 100. Desde el día anterior no se extrae la orina sino cada seis horas y no se da el opio sino cada tres.

Junio 15. Durante la noche anterior fuertes dolores é insomnio. Por la mañana T. 37°5, P. 100. Por la tarde T. 38°, P. 100. Lengua limpia y húmeda; poco meteorismo.

Junio 16. A las 6 a. m. T. 37, P. 80. Por la tarde T. 37°5, P. 84. En esta tarde renovamos por primera vez la curación y hallamos la herida en vía de cicatrización, pues solo hay ligera supuración al nivel de algunos puntos de sutura. Lavamos con agua tibia fenicada y pusimos una curación semejante á la primera.

Junio 17. * Sueño constante durante la noche anterior, pero intranquilo pues la enferma vocifera á menudo: siendo bueno el estado general y no habiendo fiebre prestamos poca atención á estos síntomas y los juzgamos como efectos del opio que ha continuado administrándosele cada tres horas. Por la mañana 36°5, P. 80. Lengua limpia y húmeda; la enferma tiene buena disposición y sólo se queja de cansancio por la permanencia en una misma posición. Ordenamos no dar el opio sino cada cuatro horas. Por la tarde T. 37°, P. 80. Han principiado á formarse escaras en las regiones glúteas y prescribimos untarles glicerina.

Junio 18. El mismo estado que el día anterior.

Junio 19. Buena noche. Por la mañana T. 37°, P. 70. Renovamos la curación por hallar un poco de pus al nivel de algunos puntos de sutura; después permitimos con mucho cuidado y sin que la enferma hiciese esfuerzo alguno la colocaran en el decúbito lateral, pues la formación de escaras ha marchado precipitadamente; pero como la enferma sintió ligeros dolores en el vientre al cambiar de posición, ella misma pidió que la volvieran á la posición dorsal y así se hizo; sin embargo por la tarde la enferma pasó dos horas en el decúbito lateral. T. á las 6 p. m. 37, P. 80.

Junio 20. Buena noche anterior; la enferma ha pasado gran parte en el decúbito lateral, pues hay una escara bastante grande y profunda, que recomendamos lavar con cocimiento de quina, untarle glicerina fenicada y ponerle luego unos polvos de

* Desde este día quedó encargado exclusivamente de la enferma el médico de cabecera, que suscribe esta observación.

carbón de Belloc y quina. Como han continuado los sudores ordenamos dar una dosis de sulfato de quinina y una poción con vino y extracto de quina. Temperatura de la mañana 37°2, P. 90. Por la tarde T. 37°, P. 84. Renovamos la curación y quitamos un poco de pus que se halla en algunos puntos de la sutura. La cicatrización marcha bien y no se halla en el vientre endurecimiento ninguno. Hay ligero meteorismo. Por la tarde T. 37°, P. 80.

Junio 22 y 23. Temperatura normal á mañana y tarde. P. 80.

Junio 24. Gran dolor al nivel de la escara glútea izquierda, que es extensa y profunda, con supuración abundante, fétida y gangrenosa; la hacemos lavar perfectamente bien con una decocción de quina, luego aplicamos glicerina fenicada y por último unos polvos con quina y carbón é indicamos repetir en el día varias veces la misma curación. La temperatura continúa normal, así como el pulso. Lengua limpia y buen apetito. Como la enferma se queja de dolor al nivel de algunos puntos de la sutura ventral, renovamos la curación y quitamos algunos hilos que estaban determinando fuerte irritación. La cicatrización continúa perfectamente bien. Hasta el día 23 se estuvo extrayendo la orina con una sonda, pero de este día en adelante se permitió á la enferma que sin hacer esfuerzo se sentara en la bacinilla para orinar, y el 24 prescribimos una lavativa de agua fría, pues desde la víspera de la operación no ha vuelto á defecar; la lavativa fué arrojada intacta y por la noche indicamos poner una de agua de panela con 30 gramos de aceite de ricino, que también fué arrojada, por lo cual ordenamos repetirla al siguiente día y dió por resultado copiosas deposiciones.

Junio 25 y 26. Buen estado general y local de la herida ventral; pero la escara glútea causa gran dolor; sin embargo, no hay fiebre.

Junio 27. En la noche anterior dolor al nivel del lado inferior derecho del vientre; á la inspección se reconoce en ese punto una protuberancia del tamaño del puño y á la palpación se encuentra un tumor duro que corresponde al ligamento ancho derecho y á la inserción del pedículo; recomendamos hacer en este punto fricciones mercuriales y quitamos dos hilos de sutura, pues la cicatrización es casi completa. Por la mañana T. 38°4, P. 106. Prescribimos 0.80 centigramos de sulfato de quinina en dos dosis con dos horas de intervalo. La escara glútea es voluminosa, profunda y secreta un pus fétido: para ella ordenamos continuar lo prescrito anteriormente. Por la tarde T. 38°2, P. 100. Dolores en el bajo vientre al nivel del tumor. Varias copiosas deposiciones en la noche. Prescribimos continuar las fricciones mercuriales y ordenamos dar un gramo de

sulfato de quinina en tres dosis, cada tres horas. Por la tarde T, 38°2. P. 96. Quitamos todos los hilos de sutura, pues la cicatrización es perfecta, excepto al nivel del punto inferior, donde hay irritación y donde el tumor es prominente; quitamos también ese hilo para tratar de obtener por ahí la salida del pus é indicamos además de las fricciones mercuriales, cataplasmas emolientes. Por la noche abundante supuración, sueño, bienestar y tranquilidad.

Junio 29. Lavamos con antisépticos la herida y poniendo una sonda acanalada facilitamos la salida del pus, haciendo ligeras compresiones en las partes laterales del tumor; éste ha disminuído más de la mitad de su volumen. Terminamos poniendo un tubo de caucho y ordenamos continuar las fricciones mercuriales y las cataplasmas. Temperatura de la mañana 37°. P. 90. Sin embargo, prescribimos 0.60 centigramos de sulfato de quinina en dos dosis. Por la tarde T. 37°, P. 90. Continúa la supuración.

Junio 30. Por la mañana T. 37°1. P. 90. Con un bisturí y unas pinzas disecamos la escara glútea y la quitamos: queda en su lugar una grande úlcera, aún con partes esfaceladas en su fondo, y ordenamos continuar la curación prescrita antes. El tumor abdominal es ya muy pequeño y supura poco.

Del 1.º al 7 de Julio la temperatura ha sido siempre normal y la enferma no sufre sino de la úlcera consecutiva á la escara. La herida del vientre está completamente cicatrizada. En los días siguientes nuestra atención se consagró casi exclusivamente á los cuidados que exigía la escara glútea y la grande úlcera consecutiva á ella; la mortificación de los tejidos fué muy extensa y todos los días debíamos disponer de gran paciencia para, con unas pinzas, un bisturí y tijeras, ir sacando pedazos de tejidos convertidos en un putrúlgangrenoso. En los primeros días de Julio se presentó una diarrea constante y abundante, que postró las fuerzas de la enferma hasta el punto de que las deposiciones se hacían involuntariamente. Esto nos hizo temer una infección purulenta, pues la úlcera glútea secretaba abundante pus de mal olor y la mortificación de los tejidos se extendía; pero con la ayuda de diversos astringentes, anexosmóticos y antisépticos lográmos detenerla, á la vez que nos opusimos activamente á la marcha invasora de la gangrena.

Calmados estos accidentes reconstituímos nuestra enferma y perseveramos en el tratamiento de la úlcera gangrenosa hasta ponerla en perfecta vía de cicatrización; sin embargo ésta no se completó del todo hasta mediados de Agosto, después de que pasámos por su superficie una barrita de nitrato de plata, para activar la cicatrización de algunos puntos rebeldes. En cuanto á la

herida ventral estaba ya completamente cicatrizada diez y nueve días después de la operación.

La enferma principió á levantarse desde mediados de Julio, teniendo la precaución de usar un ancho vendaje abdominal.

Estado de la operada el día 15 de Agosto. Ha recobrado su antigua natural robustez y se ocupa hoy en los quehaceres ordinarios de su casa; conserva buen apetito y disposición para todo; las funciones digestivas se verifican con entera regularidad y la satisfacción y el bienestar han reemplazado las penas y sufrimientos de su antiguo estado morbozo.

Día 5 de Octubre. Hasta hoy, la salud no deja nada qué desear.

FEDERICO A. GÓMEZ.

Jericó, Octubre de 1889.

PIOSALPINGITIS DOBLE

LAPAROTOMIA

ABLACIÓN DE LAS TROMPAS Y LOS OVARIOS

Operación practicada por el Dr. R. Arango y el infrascrito, acompañados por los Dres. Velásquez y Londoño.

La Sra. N., de 21 años de edad, color moreno, casada, hija de padres muy sanos, sin antecedente alguno sospechoso en sus ascendientes; con tres hermanas todas ellas sanas. Su primer período catamenial apareció á los catorce años de edad; entonces tuvo algunas turbaciones atribuidas á la cloro-anemia; casó á los 16 años y se ha ocupado siempre en los quehaceres domésticos de una persona que goza de buenas comodidades.

La primera menstruación después de su matrimonio, se hizo notar porque fué acompañada de un dolor fuerte en la región ovárica izquierda. Este duró tres días, como el flujo. En seguida la enferma quedó buena, y continuó atendiendo á sus ocupaciones y montando frecuentemente á caballo.

El segundo período catamenial fué acompañado de un dolor semejante, mas ya extendido á ambos lados, y duró el mismo tiempo que en la vez anterior. De idéntico modo continuó durante seis meses. El primer día de una de estas menstruaciones hizo un oficio fuerte y el dolor habitual á estas épocas se recrudeció. Entonces se hallaba la enferma en un campo distante unas cuatro leguas de esta ciudad, y alarmada por la intensidad de su dolor determinó ponerse en camino al siguiente día. Como era natural, el dolor au-

mentó con el estropeo producido por el movimiento de la bestia y en esta ocasión ya no se terminó al cuarto día como de costumbre, sino que duró, con alguna intensidad, dos días más que la catamenia, y luego siguió casi constante, con períodos de calma aunque no completa, y siendo sí mucho menos fuerte. El flujo menstrual fué también en esta ocasión más abundante que lo normal; sintió después tirantez en los lomos, dolores en la región sacra, y otros referidos por ella á la matriz, los cuales se manifestaban bajo la forma de picadas. Un ligero flujo leucorreico apareció después, y aunque sin acritud alguna, era lo que más molestaba á la enferma.

En esta situación fuí llamado á darle mis cuidados y observé lo siguiente: facies que revelaba el dolor; enflaquecimiento marcado; piel de color amarillento; lengua limpia; inapetencia y digestión perezosa; pulso normal, aunque débil; vísceras torácicas y abdominales en estado normal; abdomen de volumen regular. La palpación profunda de la cavidad pelviana me hizo notar el cuerpo del útero en su situación ordinaria, y produjo un ligero dolor; el tacto vaginal permitió reconocer el orificio externo del cuello uterino, regularmente redondeado, sus labios ligeramente edematizados, algo sensibles, y el cuello, aunque en posición normal, un poco alargado y cónico; con el espéculo vi que dicho orificio estaba obturado por un pequeño tapón de moco trasparente y glutinoso, muy difícil de desprender; los labios del cuello congestionados y algo despulidos.

En posesión de estos datos diagnosticué una endometritis cervical y aconsejé á la enferma reposo, algunos laxantes é inyecciones vaginales emolientes.

Las siguientes menstruaciones fueron menos dolorosas ya, pero los otros síntomas enunciados no calmaban, siéndole á la enferma muy molesto su flujo leucorreico, del que pedía con instancia se le desembarazara. La enferma se puso nerviosa, tuvo algunos accidentes histeriformes y sus menstruaciones no fueron ya regulares, siendo muy abundantes y durando en ocasiones hasta seis y ocho días, reapareciendo otras veces á los quince ó veinte, ya abundante, ya en pequeñísima cantidad. En este estado permaneció la enferma seis meses, hasta que me decidí á obrar más enérgicamente, dilatando el cuello para poder aplicar tópicamente tintura de yodo sobre la mucosa inflamada. En esta época el cuello se había alargado aún más, conservando siempre su forma cónica, y estaba ligeramente desviado hacia atrás. Practiqué la dilatación gradual de orificio y cavidad; hice cauterizaciones con tintura de yodo cada quince días, y sometí la enferma á un régimen tónico, sin descuidar sus accesos neuropáticos, que ya eran más notables. En uno de estos

días en que había hecho una cauterización de la cavidad del cuello, después de la que, como de costumbre, había ordenado un absoluto reposo á la enferma, vino su marido y contusionó algo dicho cuello. Al siguiente día la enferma se quejó de un fuerte dolor al vientre; tuvo fiebre y calofríos; náuseas y un malestar desacomostumbrado. La noche fué muy mala y á la mañana siguiente encontré el vientre meteorizado; mucho dolor en la fosa ilíaca izquierda; pulso pequeño y frecuente (100); temperatura 39°; lengua sucia; vómitos verdosos muy viscosos, y constipación.

Claramente vi entonces que á consecuencia de los traumatismos ejercidos sobre el cuello, ó de los tópicos aplicados á su cavidad, la lesión había invadido el endometrium; de aquí había pasado por la cavidad de la trompa y desbordándose sobre el peritoneo pelviano: me hallaba, pues, en presencia de una peritonitis localizada, y probablemente salpingitis, ambas por propagación.

El estado de la enferma fué grave durante cinco días, pasados los cuales la complicación cedió, no sin quedar una induración profunda sobre la región ovárica izquierda, con abultamiento y dolor en el vientre. La constipación siguió siendo más pronunciada; la inapetencia fué completa; la enferma no dormía, quejando día y noche; se presentaron calofríos, fiebre con remisiones vespertinas. Se acentuó y localizó el dolor más y más en la fosa ilíaca izquierda hasta el punto de poder circunscribirse, con una presión moderada, un tumor ó cuerpo extraño situado al lado izquierdo del útero é independientemente de éste; hubo además tenesmo vesical.

Practicado entonces el tacto vaginal reconocí el cuello, siempre cónico y doloroso, en prolapso y retroversión con apreciable látero-versión derecha; el cuerpo del órgano movable y un poco más bajo de lo natural. Combinando el tacto vaginal con la palpación hipográstica pude notar, al través del fondo del saco vaginal izquierdo, una pastosidad dolorosa y circunscrita. El tacto rectal no dió á conocer nada particular.

Algunos días después la estiptiquez principió á alternar con evacuaciones flemosas que al tercer día presentaron estrias sanguinolentas (*enteritis flemosa* de Nonat) y dos días después apareció por el recto, sin dolor alguno, una ola de pus verdoso, no de muy buena naturaleza pero inodoro. Este pus siguió siendo arrojado durante la evacuación por espacio de un mes, aunque no diariamente, y al fin desapareció por completo.

Para esta época el estado general de la enferma había mejorado de una manera notable; la pastosidad de la fosa ilíaca había

desaparecido y el dolor era muy llevadero, mas no por eso dejaba de hacerse sentir, especialmente al caminar y más aún al sentarse.

La mejoría fué acentuándose diariamente; la enferma recuperó sus carnes y su color; le volvió el apetito y pudo ir á temperar, montada á caballo, á un clima cálido. Regresó de allí y siguió bien durante varios meses, aunque el dolor no desapareció por completo; hizo en estos tiempos un paseo al campo, y cuando fué á desmontarse notó que estaba con la menstruación: ésta fué ya dolorosa y abundante; lentamente la enferma volvió á decaer; perdió el apetito y el sueño; la constipación se hizo su estado habitual; el vientre aumentó notablemente, con un endurecimiento profundo, circunscrito á ambas regiones ováricas, y alternativamente más marcado, ya á la derecha, ya á la izquierda. Deprimiendo fuertemente con los dedos la pared abdominal al nivel de la cavidad pelviana, se tocaba de cada lado un tumor redondeado, doloroso y claramente separado del cuello de la matriz; la percusión daba un sonido mate al nivel de ambas fosas ilíacas y por el lado vaginal se encontraba la matriz como se ha dicho ya, pero más pronunciada su desviación; el spéculum permitía ver el cuello, pequeño y cónico, medio amoratado y obturado por un tapón de moco. Hubo fuerte tenesmo vesical y la enferma, aunque no se redujo á la cama, volvió á claudicar.

Esto pasaba á mediados del mes de Noviembre de 1888 y la recrudescencia databa de mes y medio.

Para mí estaba claramente diseñada la existencia de una nueva salpingitis, la que probablemente terminaría por supuración.

Prescribí una medicación tónica para sostener las fuerzas y puse en acción todos los medios para producir una revulsión substitutiva sobre las paredes del vientre. Todo esto fué en balde: la enferma continuó decayendo; el dolor se hizo constante y se localizó sobre las ingles, tomando el carácter especial descrito por Hegar (latidos dolorosos en esta región); se irradió á las piernas y al sacro; la defecación se hacía con un dolor horrible, por medio de lavativas ó laxantes; el tenesmo vesical era tan fuerte que la enferma veía con espanto el momento de orinar; tenía náuseas frecuentemente y vómitos verdosos cada seis ú ocho días; se quejaba de sentir en las fauces algo como flemas que no podía desprender y le causaban tos y algunas veces vómitos. El dolor en las fosas ilíacas se hacía sentir más fuertemente por la tarde y lo único que lo calmaba era las inyecciones hipodérmicas de morfina, cuya dosis tuvo necesidad de ir aumentando diariamente para conseguir el alivio apetecido.

En el mes de Marzo el estado general de la enferma era muy malo; la inapetencia, absoluta; tosía, pero los pulmones estaban normalmente elásticos y permeables; la induración y los dolores que hasta entonces se habían pronunciado más en la región ovárica derecha, principiaron á ser menos notables en dicho lado, pero se aumentaron en el opuesto; no obstante esto no hubo ni calofríos ni estado febril; el pulso se sostuvo de 80 á 85 y la temperatura oscilaba entre 37° y 37°,3; la estiptiquez aumentó y las evacuaciones se hacían cada seis ú ocho días, merced á grandes lavados rectales hechos con agua tibia; el tenesmo vesical continuaba; reapareció la enteritis flemosa y las evacuaciones se matizaron de estrias sanguinolentas; el dolor impedía á la enferma estar sentada, mas soportaba esta posición cargando el peso de su cuerpo sobre un solo isquion; el vientre aumentó de volumen aunque muy poco; la catamenia aparecía cada quince ó veinte días: eran ya verdaderas metrorragias abundantes, dolorosas y que se prolongaban hasta diez días.

El tacto vaginal me hizo reconocer el cuello, más y más desviado hacia atrás y á la derecha. Esta desviación era tan considerable que hacía imposible colocar el dedo sobre el orificio externo; el cuello era doloroso y movable junto con el cuerpo uterino; el índice llevado al fondo del saco vaginal izquierdo percibía el ovario perfectamente separado del cuerpo uterino y caracterizado por un tumor duro y doloroso al comprimirlo; la matriz, rechazada á la derecha, estrechaba el fondo de saco vaginal de este lado y hacía imposible percibir por el tacto el correspondiente ovario.

Combinando el tacto vaginal con la palpación abdominal (la manobra era dolorosa) los dedos tocaban un pequeño tumor profundo y doloroso, de forma ovoidea, situado de cada lado del cuerpo del útero y claramente separado de dicho órgano.

Combinando el tacto vaginal con el rectal, se notaba mejor la absoluta desviación hacia atrás y hacia la derecha del cuello uterino; éste comprimido al través de la pared rectal era sumamente doloroso (quizá esto producía el fuerte dolor que atormentaba á la enferma en el momento de evacuar.) Por lo demás, el tacto rectal llevado lo más profundamente posible, era en absoluto negativo y no daba la sensación de tumefacción alguna.

Un espéculo así colocado en el recto dejaba ver su mucosa plegada, de color normal rosado y sin lesión alguna. El espéculo vaginal permitía ver el útero como se dijo anteriormente.

A estos signos físicos se unían otros, de orden diferente y muy significativos: el síntoma de Hegard era marcadísimo, la en-

ferma se quejaba de verdaderos golpes dolorosos en las ingles, dolor que irradiaba al sacro y á las piernas; los accidentes histeriformes aumentaron y la marcha no podía efectuarse sino con grandes sufrimientos.

Convencido entonces de que un nuevo foco purulento se habia formado en alguno de los órganos pelvianos, tuve esperanzas de que se abriera en el recto como en la vez anterior, pues la enteritis flemosa que ya se presentaba, parecía un signo precursor de esta feliz terminación. Esperé en vano hasta mediados de Abril y viendo ya que la situación más bien empeoraba, anuncié á la familia la impotencia de todo tratamiento médico y la posibilidad de obtener una curación radical por medio de una intervención quirúrgica que, aunque grave, daba fundadas esperanzas de buen éxito, ora por la juventud de la enferma, ya porque aún era tiempo oportuno para intervenir. A esto agregué que yo respondía de la ejecución de la operación y excité á la familia para que reuniera una junta médica á la que se sometiera el caso.

Ignoro por qué este paso se retardó un mes, al cabo del cual reunida la Junta aprobó la intervención. No obstante esto aún hubo vacilaciones de parte de los dolientes, las que definitivamente fueron vencidas por la feliz circunstancia de haberse presentado en esos días por aquí el Dr. R. Arango quien fué llamado en consulta. Después de un detenido examen hecho nuevamente por los dos el día 29 de Junio, el Dr. Arango manifestó á la familia la absoluta conformidad de su opinión con lo ya enunciado por mí y la animó á resolver la operación como la única salvación posible para la enferma.

Al día siguiente por la mañana se nos hizo saber que la familia aceptaba la intervención, y se resolvió fijar la operación para el día 2 de Julio. El Dr. Arango tuvo la fineza de demorar su viaje hasta el 3, con el fin de ayudarnos con sus reconocidas luces á practicar la laparotomía.

Desde ese momento principié los preparativos para operar con los mayores cuidados antisépticos posibles. Adrede seré muy minucioso en todo lo relativo á gran número de detalles inherentes á la antisepsia quirúrgica, pues creo prestar con ello un verdadero servicio á los jóvenes médicos que me lean y que estén poco familiarizados con estas prácticas.

A la enferma se le hizo tomar un baño tibio general el 30 de Junio y otro al día siguiente. La víspera de la operación se le administró un purgante.

Preparé esponjas antisépticas lo mejor que pude, pues la pre-

mura del tiempo impedía poner en práctica los procedimientos clásicos que dan absoluta garantía en estos casos; las que iba á emplear las preparé así: 1.º inmersión durante veinticuatro horas en una solución de ácido muriático al 10%, con el fin de quitarles los restos minerales que aún tuvieran; 2.º las pasé luego por agua hirviendo y las hice lavar escrupulosamente con jabón; y 3.º las sumergí en solución de sublimado al dos por mil, en la que permanecieron hasta el momento de la operación.

Hice conseguir frazadas nuevas, y éstas, junto con las sábanas y demás lienzos de cama y la ropa que debía llevar la enferma después de la operación, los hice hervir durante diez minutos.

Después de hervir muy bien el trapo nuevo destinado para las compresas y la gasa para el vendaje, sumergí aquél en el licor de sublimado y lo puse á secar al aire libre; yodoformicé luego la gasa empapándola en una solución de yodoformo en éter al 5%, y dejándola luego secar en lugar muy aseado. También hice la asepsia, por medio del agua hirviendo, en la franela destinada para envolver las piernas de la enferma durante la operación.

Lavé muy bien todos los instrumentos que pudiera necesitar con agua caliente y jabón, ayudándome con un cepillo para limpiar muy bien sus ranuras y el pico de las pinzas hemostáticas; los herví luego durante diez minutos y los coloqué en una solución fenicada al 5 por ciento. Lo mismo hice con las sedas para ligaduras y suturas, procedimiento que no me pareció bueno, pues la cocción debilita la resistencia de la seda y ésta se revienta al hacer las ligaduras, haciendo perder un tiempo precioso y causando molestias que únicamente puede apreciar el cirujano que en uno de aquellos momentos siente ceder la ligadura. Creo que para la asepsia de la seda basta la inmersión prolongada en la solución fenicada al 5 por ciento, dejarla secar y luego encerarla con cera fenicada.

Previne además pomada de yodoformo y vaselina al dos por diez; éter, alcohol, seis litros de licor de Van Swieten, mil gramos de solución fenicada al 5 por ciento, esparadrapo y tubos de drenaje; éstos últimos los sometí al mismo procedimiento aséptico que á los instrumentos.

OPERACION.

El dos de Julio á las siete de la mañana me reuní en la casa de la enferma con los Dres. Arango, Velásquez y Londoño; elegimos la pieza para operar, la que por medio de hornillos estaba previamente á una temperatura de 18°; arreglámos en seguida la

mesa operatoria y procedimos á la asepsia de manos y brazos del modo siguiente: nos quitámos las levitas y bien remangadas las mangas de la camisa nos lavámos primero con agua caliente y jabón, aseando escrupulosamente las uñas con cepillo; luego nos frotámos con alcohol y últimamente nos lavámos con licor de Van Swieten. Hecha ya nuestra propia asepsia procedimos al arreglo de los instrumentos, los cuales, después de pasarlos nuevamente por agua caliente, colocamos en un plato lleno de la solución fenicada, listos para servirnos de ellos; enhilámos las agujas después de encerar la seda con cera fenicada; arreglámos bien las piezas del vendaje y las pusimos en orden; hicimos prevenir braseros para recalentar la pieza si fuere necesario; se hizo prevenir bastante agua caliente; colocámos el licor antiséptico en tazas convenientes, y arreglado todo esto procedimos á la cloroformización de la enferma, operación que se confió al Dr. Londoño; terminada ésta sin accidente alguno se lavó el campo operatorio con agua caliente, un cepillo y jabón, luego con alcohol y últimamente con el licor de sublimado; se rapó el monte de Venus y se hizo el cateterismo vesical para evitar la lesión de este órgano durante las maniobras operatorias.

Hecho esto fijé el abdomen y practiqué sobre la línea media una incisión de siete centímetros de longitud, que arrancó desde el pubis. Dividida la piel y el tejido adiposo, se colocaron pinzas hemostáticas sobre los vasos seccionados; fué muy difícil hallar la línea blanca, que estaba reducida á un verdadero rafe ó tabique aponeurótico, y no fué sino después de vacilaciones y de haber abierto la vaina del gran recto del abdomen hacia el lado derecho, cuando el tacto, mejor que la vista, nos indicó la verdadera situación de dicha línea. Hecha escrupulosamente la hemostasis en todo el campo operatorio, y después de llegar al peritoneo procedimos á abrir la serosa, tomándola con un tenáculo para hacer sobre ella un ojal, deslizando por éste una sonda acanalada y haciendo una incisión de cinco centímetros (reservándonos prolongarla después en toda la extensión de la herida de la piel, si fuere necesario). Los intestinos delgados y el grande epiplón se presentaron en la herida y fueron rechazados hacia arriba con una esponja, previamente sumergida en la solución de sublimado y luego en agua caliente.

Habiendo hecho nuevo lavado antiséptico de manos procedí á explorar la región afectada, sirviéndome para ello de dos dedos, los cuales introduje por la abertura hecha al peritoneo y dejé deslizar suavemente hasta tocar el fondo del útero; los guié

luego á la izquierda siguiendo la dirección del ligamento ancho hasta encontrar la trompa, engrosada y adherida al ovario, también hipertrofiado; con prudencia fuí rompiendo las adherencias que unían estos órganos al ligamento ancho, á la pared abdominal y al recto, las cuales, con excepción de la última, eran muy débiles; enucleados así dichos órganos, trompa y ovario, y colocados entre mis dedos índice y medio, los fuí extrayendo sin hacer sobre ellos tracciones fuertes, hasta que quedaron fuera de la cavidad.

Procedimos luego á hacer la ligadura de la extremidad interna de la trompa, y la practicámos con facilidad del modo siguiente: una seda fuerte y doble se pasó por el ojo de una aguja de Cooper, con ésta se atravesó la base del pedículo dividiéndolo por mitades laterales; se retiró la aguja, se dividió el asa de seda y se practicó con cada uno de sus cabos una ligadura de cadena, según lo aconseja Terrillón, sobre cada mitad de la trompa, como á un centímetro de su inserción uterina; se puso luego una ligadura en masa, por debajo de las anteriores, y se hizo la sección del pedículo con el termo-cauterio, á fin de asegurar la asepsia del muñón. Idénticas ligaduras se colocaron luego sobre el pedículo del ovario, —cuya extirpación se resolvió por estar el órgano degenerado, como se verá por la descripción de la pieza anatomo-patológica,—y lo seccioné también sirviéndome del termo-cauterio.

En seguida procedimos á explorar el lado derecho: el Dr. Arango introdujo por la herida los dedos de la mano derecha y con destreza y rapidez, no sin haber tenido algunas dificultades, porque una fuerte adherencia sobre el recto se le interpuso, extrajo de la cavidad la trompa y el ovario derechos, ambos enfermos, los cuales extirpámos, tomando las mismas precauciones que para los del lado opuesto.

Procedimos luego á practicar la *toilette* del peritoneo y la cavidad pelviana, sirviéndonos de esponjas pequeñas, muy limpias, antes sumergidas en la solución de sublimado y luego en agua caliente, y montadas sobre pinzas de forcipresura. Esta es la parte más delicada de la operación y á la que más cuidado debe prestar el cirujano para no ir á cerrar la cavidad sino cuando haya limpiado escrupulosamente la sangre y todo otro líquido que haya podido caer sobre el peritoneo.

La precaución de montar las esponjas sobre pinzas es de suma importancia para evitar el riesgo, al parecer remoto, pero en la práctica muy posible, de que una esponja se extravíe entre las asas intestinales y vaya á cerrarse la cavidad dejándola adentro, como ha sucedido á eminentes cirujanos.

La limpieza del peritoneo la hicimos así: retirámos en primer lugar la esponja con que sosteníamos los intestinos y el epiplón; tocámos, sin frotar, el peritoneo y los intestinos en toda parte donde había manchas de sangre, sirviéndonos para ello de las esponjas y tratando de enjugar dichas manchas; sunergímos las esponjas en la cavidad pelviana, hasta enjugar muy bien el fondo de saco de Douglass; las retirámos y exprimimos afuera; llevámos otras esponjas limpias, y continuamos del mismo modo hasta que el aseo de la cavidad nos satisfizo. Convencidos luego de que no había hemorragia, procedímos á practicar la sutura: para esto tomámos una hebra de seda y enhilámos en cada una de sus extremidades una aguja; unímos el peritoneo con la capa muscular y los atravesámos de adentro hacia afuera con una de las agujas; lo mismo hicimos al lado opuesto sirviéndonos de la aguja colocada en la otra extremidad del hilo, quedando así dada la primera puntada de sutura profunda, ó sutura perdida; dimos tres puntadas más de idéntica manera y anudámos luego cuidadosamente las respectivas extremidades de las sedas, cortando éstas después lo más abajo posible; colocámos luego ocho puntos de sutura, también con seda, sobre la piel y á un centímetro de su borde libre; anudámos éstos teniendo cuidado de afrontar escrupulosamente los bordes libres de la piel, y quedó terminada la sutura.

Aseámos muy bien el campo operatorio; cubrímos la herida de una gruesa capa de pomada de vaselina y yodoformo; sobre ésta colocámos compresas de la longitud de la herida, y de cuatro centímetros de ancho; sobre estas compresas, tiras de esparadrapo de un centímetro de latitud é imbricadas hasta cubrir completamente la herida, con el objeto de sostener la sutura y poner á cubierto el trabajo de cicatrización si sobrevenían vómitos fuertes.

Se colocó después una gran compresa hecha con cinco metros de gasa yodoformizada; sobre ésta, otra de trapo de antenano empapado en el licor de sublimado, pero seco ya; todo esto se sostuvo con cinco grandes bandas de esparadrapo cuyas extremidades fueron á pegarse al dorso, y un vendaje de cuerpo terminó la operación.

Es de advertirse que durante todo este tiempo la enferma tuvo envueltos los miembros abdominales en franelas calientes. Bien aseada, se la colocó en su cama y se rodeó de botellas llenas de agua caliente y de sacos con maíz tostado, para evitar el enfriamiento. En la pieza se colocó un termómetro y se ordenó sostener la temperatura de 18 á 20°.

La operación duró dos horas, sin más accidente que un ligero vómito, y la enferma despertó quejándose de dolor en el vientre.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—EXAMEN DE LAS PIEZAS

El oviducto izquierdo, del grosor del dedo pulgar, abollado, es más grueso hacia su extremidad libre; tiene ésta completamente obliterada y borrado el pabellón; sobre dicha extremidad libre y sobre la superficie ántero-inferior de esta trompa, se notan restos de las falsas membranas que constituían sus adherencias; estas adherencias sangraban aún después de extirpado el órgano; el resto de su superficie era de un color rojo vivo; comprimiendo la trompa se percibía fluctuación bien marcada, y punzándolo con una aguja fina dejaba escapar pus cremoso, amarillento y sin fetidez.

El ovario correspondiente, adherido á los dos tercios internos del borde inferior del oviducto, estaba más voluminoso que lo normal; rojo, muy congestionado, rugoso y lleno de cicatrices en el centro, lo que le daba la forma de una cicatriz umbilical. Del tercio interno de la cara posterior de la trompa partía una membrana delgada, la cual formaba, uniéndose al borde superior del ovario, una especie de bolsa vacía: es posible que durante la operación su contenido se hubiera escapado por alguna solución de continuidad.

El peso de estos dos órganos juntos era de veintitún gramos. Sobre la extremidad uterina de la trompa, así como sobre el hilo del ovario, podían verse muy bien las señales dejadas por el termocauterio al seccionar sus respectivos pedículos, pedículo muy grande para el ovario y relativamente delgado para la trompa.

El ovario y la trompa derechos, más voluminosos que sus congéneres, tenían un peso de treinta y cinco gramos: aquél era redondeado, rosado, ligeramente deprimido en su centro, pero las cicatrices dependientes de la ruptura de las vesículas de Graaf eran menos numerosas y no tan aparentes como en el izquierdo; en su superficie libre se notaban algunas falsas membranas, dependientes de adherencias que había contraído con los órganos vecinos; toda su cara anterior y borde inferior estaban cubiertos por la trompa, la que muy dilatada formaba un saco de paredes transparentes y lleno de un líquido hialino. Dicha trompa, más gruesa en su extremidad externa, tenía ésta obliterada y sin señales de pabellón, y estaba cubierta de falsas membranas dependientes de adherencias destruidas durante la operación; dicha trompa estaba casi confundida con el cuerpo del ovario, sobre el cual estaba adherida haciendo cuerpo común con él, en dos tercios de su circunferencia.

Por lo demás, el ovario parecía incrustado á su turno en dicha trompa, y como sentado sobre su porción dilatada.

Con el objeto de conservar las piezas anatomo-patológicas intactas, no hicimos cortes sobre ellas, los que nos habrían revelado el espesor de las paredes de las trompas y la naturaleza de la degeneración de los ovarios.

Volvamos ahora á nuestra enferma para notar detalladamente todos los incidentes sobrevenidos después de la operación.

La habíamos dejado en su cama, despierta ya y con dolores en el vientre; eran las diez y media de la mañana del día dos de Julio. A las dos p. m. la temperatura era de $37^{\circ}7$, pulso 74, respiración buena; había habido tenesmo vesical y con la sonda extraje una onza de orina; dolor en la herida, vómitos verdosos constantes desde que se terminó la operación hasta la una p. m.

A las seis de la tarde, pulso más fuerte, lleno y frecuente, 102, T. 38° , 1; vómito calmado. A las 7 practiqué el cateterismo y extraje nueva cantidad de orina.

A la media noche la enferma orinó espontáneamente.

Día 3. A las seis de la mañana vi la enferma y había pasado regularmente el resto de la noche: T. $37^{\circ}8$, pulso 114, respiración normal, dolor en el epigastrio, mucha sed y arcadas; cara animada y no muy pálida.

A la una p. m. el pulso más fuerte, había subido á 115. T. 38° , respiración buena, náuseas calmadas; había orinado dos veces espontáneamente y en regular cantidad.

A las seis p. m.: pulso 114, T. $38^{\circ}1$, respiración buena, náuseas y algunos vómitos verdosos y sudores.

Día 4. A las 6 a. m. pulso 114 T. $38^{\circ}4$, hubo mejor noche; vómitos calmados; orinó varias veces; había dolor en el vientre, no había meteorismo, había soportado bien la leche; facies muy bueno, lengua limpia y rosada.

A la una p. m.: pulso 110, T. 38° ; 22 movimientos respiratorios, dolor en todo el vientre, pero sin meteorismo; vómitos biliosos muy frecuentes. Se prescribió champaña y con esto calmó el vómito.

A las 7 p. m. pulso 114, T. $38^{\circ}2$, respiración 22; el vómito ha calmado; se queja de dolor en las caderas. En el ángulo inferior de la herida se nota el vendaje manchado con algunas gotas de sangre salidas del último punto de sutura. Hoy ha tomado caldo, pues la alimentación en los días anteriores se había reducido á vino, cerveza, champaña y leche.

Día 5. Hubo mala noche por causa de vómitos biliosos muy frecuentes; el semblante era bueno; á las seis a. m. pulso 104, T. 38°, 30; movimientos respiratorios; no había meteorismo. Le apliqué pulverizaciones etéreas sobre el epigastrio para calmar el vómito.

A las dos p. m. P. 150, T. 37°, 8, 30 respiraciones; el vómito se ha calmado aunque no por completo; tiene dolor fuerte en las caderas y en el estómago. Suspendí los alcohólicos, permitiendo únicamente la cerveza, y ha tomado café, leche y caldo. Ordené una lavativa con cloral y láudano en un poco de leche, con una yema de huevo bien batida, para calmar el dolor en las caderas.

A las seis p. m. P. 110, T. 38°, 7, 30 respiraciones. El vómito ha calmado; se le han hecho tres aplicaciones de pulverización etérea; se ordenó repetir la lavativa con cloral y láudano.

Día 6. A las seis a. m. había mejor semblante, P. 106, T. 38°, 4; 26 respiraciones; anoche hubo mucho vómito; no había meteorismo; se notaban los dos músculos rectos del abdómen fuertemente contraídos, de manera que había una especie de hinchazón en sus inserciones costales y una depresión marcada en forma de canal sobre la línea media. Como el vómito continuaba á pesar de las pulverizaciones etéreas y del champaña que se había vuelto á aplicar, prescribí una poción con cinco centigramos de clorhidrato de cocaína para administrar de hora en hora durante el día, y apliqué una inyección de morfina sobre el epigastrio.

A las 5 p. m.: buen día, vómito completamente calmado, la enferma durmió y está de mal humor; hubo cuatro evacuaciones espontáneas de muy buen carácter; dolor en el recto; T. 38°, P. 106; ha tomado leche, café, caldo y frutas.

Día 7. Hubo vómito dos veces durante la noche; sudor abundante; evacuación normal; P. 100, T. 37°, respiración normal; mucho dolor al recto. Prescribí la lavativa ya dicha y repetí la poción de cocaína, pero helada ya.

A las seis p. m. P. 94, T. 38°, 3; hubo un fuerte acceso convulsivo; se quejó de dolores en el pecho, vientre y recto; gritaba y movía las manos en todos sentidos; se incorporó en la cama y aún dejó escapar algunas palabras incoherentes; hizo cuatro evacuaciones durante el día con mucho dolor en el recto; el vómito aunque calmado no había desaparecido por completo. Repetí la poción con cocaína, siempre helada, agregándole dos gramos de bromuro de potasio; ordené que todo alimento se administrara helado.

Día 8. Pasó bien la noche; buen semblante; lengua limpia y

húmeda; vómito y dolor en el recto, completamente calmados, lo mismo que las evacuaciones; dolor en el vientre; P. 95, T. 27°, respiración normal. Prescribí alimentos helados únicamente y cambié todo el vendaje por estar la parte inferior manchada de sangre. Al descubrir el vientre hallé la herida completamente cicatrizada; abdomen algo sensible al tacto y ligeramente meteorizado.

A las 6 p. m. P. 90, T. 38°, 7, respiración normal; ha habido buen día; se ha alimentado bien; hizo una evacuación y no ha tenido vómito.

Día 9. A las 8 a. m. P. 84, T. 36°, 5; anoche durmió bien aunque tuvo algo de dolor; tres evacuaciones. Ordené agregar á la alimentación, sopa de arroz con carne en polvo.

A las 6 de la tarde P. 84, T. 36,6, respiración normal; mal día, pues se ha quejado mucho de dolor á golpes en las ingles como antes de la operación; hubo cuatro evacuaciones normales pero con dolor. Ordené un gramo de bismuto cada dos horas.

Día 10. Hubo mala noche; durmió poco; una evacuación diarreica; P. 78, T. 34,7, respiración normal, dolor en el vientre. Quitó el vendaje y retiré los hilos de la sutura; en el último de éstos, sobre el pubis, había dureza, y salió al comprimir una gota de pus. Reapliqué unas bandas de esparadrapo emoliente sobre el pubis.

A las 6 p. m. hubo dos veces vómitos biliosos, dolor en el epigastrio, en donde aún se notaba la prominencia formada por los músculos rectos del abdomen descrita ya; T. 37°, P. 90, respiración normal. Ordené repetir el bismuto y continuar con la cataplasma.

Día 11. Hubo mejor noche; durmió, pero siempre se quejó; tuvo una evacuación diarreica; T. 26°, 8, P. 90, respiración normal; el punto de sutura que estaba inflamado está hoy completamente sano.

Día 12. La noche anterior no fué buena, pues hubo seis evacuaciones con mucho dolor; durante el día la evacuación calmó; P. 90, T. 38°, 8; se quejaba de dolor en el estómago y había un ligero timpanismo, más marcado en el epigastrio. Prescribí cocimiento de Sydenham al interior; fomentaciones anodinas al vientre; lavativas laudanizadas y leche por única alimentación.

Día 13. A las 6 a. m. La noche fué mejor, hubo una evacuación; P. y T. normales. Ordené la misma prescripción del día anterior.

A las 7 p. m. : T. 90, P. 37°, 6; no ha habido evacuación; el dolor ha sido constante; había un ligero meteorismo en todo el abdomen; dolor por la presión en la fosa iliaca izquierda; erupción

miliar de vesículas enteramente transparentes en la fosa iliaca derecha; tenesmo vesical. La misma prescripción.

Día 14. A las 6 a. m.: P. y T. normales; hubo buena noche; no hubo evacuación; menos meteorismo; menos dolor en la fosa iliaca izquierda. El mismo tratamiento.

A las 6 p. m.: mal día por el mucho dolor en todo el vientre y especialmente en el recto; meteorismo, T. 38°, P. 96; la enferma ha enflaquecido bastante. Por haberseme agotado el hielo prescribí fomentaciones con una mezcla refrigerante sobre todo el vientre y por sesiones de á tres horas.

Día 15. Hubo mejor noche, mas el dolor persistía; P. 84, T. 36°7.

A las 6 p. m.: el día fué malo porque el dolor había aumentado en todo el abdomen; meteorismo generalizado, no muy marcado; T. 38°7, P. 90. Prescribí quinina además de las fomentaciones frías y apliqué una inyección hipodérmica de morfina sobre el vientre.

Día 16. Hubo buena noche; menos dolor, timpanismo; T. 37°7, P. 90.

A las 6 p. m.: el día no fué bueno porque el dolor fué constante; T. 38°, P. 90. Se continúa con la quinina, y la morfina.

Día 17. Mala noche; P. 90, T. 38°, vómito alimenticio, dolor en todo el vientre, tenesmo vesical. Prescribí una inyección hipodérmica de 25 centigramos de analgesina; suspendí la quinina y continué con las mezclas refrigerantes.

A las 6 p. m. T. 38°5; mal día; mucho dolor y vómito alimenticio; el dolor era más notable en el hipocondrio izquierdo, y existe en la fosa iliaca izquierda, á un centímetro arriba del ligamento de Poupart, un punto duro alargado y doloroso que parece un cordón linfático.

Día 18. La noche no fué mala, pero hubo dos veces vómito y mucho dolor para orinar.

A las 7 p. m.: mucho vómito; dolor en todo el vientre; menos meteorismo, T. 38°4, P. 90. Se prescribió la poción con cocaína y se ordenó el frío incesantemente sobre el vientre.

A las 7 p. m.: calma completa; cesó el dolor; calmó el vómito; menos meteorismo; P. 84, T. 36°8. Se continuaron las aplicaciones frías y se puso otra inyección de morfina.

Día 19. A las 6 a. m.: P. 80, T. 37°5; el estómago está menos adolorido y el meteorismo es mucho menor. Se insistió en el frío incesantemente.

Día 20. Pasó mejor noche; vómito y dolor calmados; orina

sedimentosa y muy escasa; no tenía albúmina; P. 78° T. 38°,3.

Día 21. Todo como el día anterior.

Día 22. Sigue bien, pero hay mucho dolor al evacuar.

Día 23. Persiste el dolor del día anterior; examiné el recto por medio del tacto y el espéculo, y hallé en la pared anterior al nivel del cuello vesical una ulceración profunda del tamaño de una peseta. Prescribí lavados rectales con una solución de cloral al 2 % y supositorios de cocaína, belladona y yodoformo.

Día 24. Todo lo mismo que ayer; el termómetro marcó por la tarde 38°6.

Día 25. Mucho dolor para evacuar y para orinar. El mismo tratamiento.

Día 26. En la fosa ilíaca izquierda se notaba una pastosidad profunda formada por núcleos duros y resistentes; T. 38°,5, P. 90. Administré un purgante y la pastosidad desapareció, merced á una evacuación abundante de materias fecales endurecidas.

Día 27. Continúan los dolores para evacuar y para orinar. Hoy noté una dureza apreciable sobre el pubis en el punto donde terminó la incisión; T. 38°,5, P. 90. El mismo tratamiento de los días anteriores y cataplasmas emolientes sobre el vientre.

Día 28. La dureza de ayer es más notable y la región pubiana está más aumentada de volumen; ligeramente pastosa; sensible al tacto y con la piel algo encarnada; náuseas; lengua limpia; el fondo del saco vaginal izquierdo sensible al tacto; pulso 90. T. 38°,5.

Por la tarde había además de los síntomas anteriores, edema difuso sobre el pubis.

Día 29. La noche fué malísima; todos los síntomas de ayer más apreciables; aunque no había fluctuación sí estaba enrojecida la piel y la cicatriz amoratada y luciente. Con el trocar número 3.º del aspirador de Potain hice una punción exploradora introduciéndolo por el ángulo inferior de la herida y dirigiéndolo un poco oblicuamente de abajo hacia arriba y de adelante hacia atrás; la sensación de resistencia vencida me anunció que había caído en un foco purulento; abrí las llaves del aparato y se precipitó al frasco aspirador un chorro de pus con olor fecal, sanioso y de malísimo carácter; guiándome luego sobre la misma cánula hice con un bisturí una incisión de tres centímetros de longitud y abrí la vaina del músculo gran recto derecho; coloqué un tubo de drenaje é hice un lavado antiséptico abundante.

En la tarde del mismo día la mejoría era muy notable; había orinado y evacuado sin dolor; el color amoratado de las cicatrices

y el rojizo de la piel del pubis, eran apenas apreciables; la región muy disminuída de volumen; T. 37°, P. 84.

Día 30. Buena noche; la región se ha deshinchado y ha vuelto á su color normal; sobre ambos músculos rectos y en toda la extensión de la incisión había una dureza profunda y muy considerable; T. 36°,5, P. 84. Por el tubo de drenaje salía pus en pequeña cantidad sumamente fétido y siempre de olor fecal. Hice nuevo lavado antiséptico muy abundante.

Por la tarde del mismo día todo estaba como en la mañana, exceptuándose la T. que era de 37°3. Cataplasmas emolientes sobre el púbis y dos lavados antisépticos durante la noche.

Día 31. La dureza sobre los músculos rectos es más marcada; la cicatriz vuelve á tomar un color amoratado; pastosidad en la fosa ilíaca izquierda; el tacto vaginal revela la misma pastosidad en el fondo de saco vaginal del mismo lado, lo que se percibe muy bien combinando dicho tacto con la palpación abdominal; no sale pus por el drenaje. El mismo tratamiento; T. 36°,5, T. 84.

Por la tarde los mismos síntomas; T. 38°, P. 90, meteorismo.

Agosto 1° Mejor noche; menos pastosidad en la fosa ilíaca; tumefacción en el fondo de saco vaginal; orinó con poco dolor, pero este era muy fuerte para evacuar; dureza sobre los músculos rectos; P. 80, T. 37°; reapareció el pus por el drenaje. El mismo tratamiento.

Por la tarde el mismo estado, pero la temperatura á 38°.

Día 2. Regular noche; la pastosidad era menor; orinó sin dolor; había una gran cantidad de bolos fecales en la S ilíaca; la supuración aumentaba; T. 38°7. El mismo tratamiento y además un purgante, de calomel.

Por la tarde todo marchaba bien: P. y T. normales.

Día 3. Buena noche; la dureza sobre los músculos rectos era menor; la pastosidad en la fosa ilíaca había desaparecido merced al purgante, que produjo una evacuación abundante de materias fecales endurecidas; el pus ha aumentado; no tenía ya color sanioso ni olor fecal; T. 36°9, P. 78.

De esta fecha en adelante la supuración de los músculos rectos siguió haciéndose con regularidad y todos los síntomas anotados fueron calmando lentamente; no volvió á haber hipertermia y el pulso siguió normal; de cuando en cuando se presentaban dolores para orinar y para evacuar, siempre acompañados de otros en las fosas ilíacas, que se irradiaban hacia los flancos; la ulceración del recto sano, dejando una pequeña brida cicatricial; el apetito

fué renaciendo aunque con mucha lentitud y una convalecencia lenta y difícil se estableció desde el 20 de Agosto. La enferma estaba sometida desde los primeros días de Agosto á un tratamiento tónico y reconstituyente.

El 27 de Agosto se presentó sobre el ángulo superior de calicatríz un pequeño botón rojizo y doloroso; por donde se estableció al tercer día nueva supuración, merced á una incisión hecha sobre ese punto. Habiendo retirado el drenaje porque ya no salía por él pus, la incisión sanó lentamente.

La enferma se levantó desde los primeros días de Septiembre, pero estaba estenuada, tenía poco apetito y sentía peso en el periné y dolores en los flancos.

REFLEXIONES

El estudio anatomo-patológico de las trompas y los ovarios extirpados, confirmó de la manera más explícita el diagnóstico formulado: el oviducto izquierdo estaba lleno de pus, y el derecho era sitio de una hidro-salpingitis, afección que, según Terrillón, no es otra cosa que el resto de una antigua inflamación catarral, en la que el líquido purulento toma un carácter seroso y se liquida más y más. (Véase Terrillón, *Clínica quirúrgica*, pág. 298).

El volumen y aspecto de los ovarios manifestó claramente una degenerescencia inflamatoria avanzada, en estos órganos.

El diagnóstico imponía pues la intervención, y la anatomía patológica se encargó de justificar ésta, y confirmar aquél con un lajo de precisión digno del éxito operatorio que se obtuvo.

La intervención, pues, en estos casos, presenta indicaciones tan precisas que sería pueril de mi parte tratar de hacerlas resaltar: las estadísticas de nuestros maestros de ultramar no pueden ser más consoladoras y ellas deben alentarnos.

Terminaré estas ligeras reflexiones haciendo notar que en el caso que me ocupa, no obstante el traumatismo inherente á la operación, la temperatura no llegó á pasar de 38°6, hipertermia muy moderada.

Llamo aquí la atención sobre el buen efecto que produjo la cocaína para calmar el vómito, cuando ya todas las medicaciones aconsejadas en este caso habían sido agotadas sin ningún éxito.

Las aplicaciones frías, hechas incesantemente sobre el vientre, fué lo único que pudo vencer el peritonismo alarmante que se presentó algunos días después de la operación.

La abertura de la vaina de los músculos rectos ha sido según

Spencer Wels, la causa de los abscesos que sobre la región operatoria se formaron y que hubo necesidad de abrir.

Para concluir trascribiré aquí las palabras del cirujano de la Salpêtrière. "Todo órgano debe extirparse cuando se reconoce que es inútil y peligroso, es decir, cuando compromete la existencia. Estas dos condiciones se hallan realizadas en la salpingo-ovaritis, tales órganos son ya inútiles, puesto que no llenan sus funciones, y se han vuelto peligrosos á causa de las numerosas complicaciones á que exponen á las mujeres durante todo el período, ordinariamente muy largo, que dura su enfermedad.

"Es, pues, racional extraer las trompas y el ovario, del mismo modo que se quita todo órgano que no es indispensable para la existencia. Pero agregaré que esta operación no debe aconsejarse sino bajo la condición que ella no haga correr grandes peligros á la enferma. Así, pues, yo no vacilo en practicarla atrevidamente; estoy persuadido que es una operación de las más útiles y racionales, si se la hace después de madura reflexión y examen profundo."

Cuando se practica la operación de Baltey con el fin de tratar un fibroma uterino ó alguna otra lesión para la cual la indicación precisa es suprimir la congestión inherente á la ovulación, Lawson Tait ha aconsejado suprimir también las trompas uterinas porque ellas desempeñan un papel importante durante la hiperemia menstrual. Tratándose de la salpingotomía ¿no sería prudente extirpar también el ovario aunque estuviera sano? Es evidente que el ovario sin su trompa, es ya un órgano enteramente inútil, pues aunque llene sus funciones fisiológicas, al no existir el oviducto, el óvulo no tendrá por donde pasar á la matriz para completar su desarrollo. ¿Podrá ser peligroso un ovario en estas circunstancias? No estoy muy lejos de admitir esta hipótesis: todos sabemos que el peritoneo es la parte más susceptible de la economía, debido á la suma irritabilidad de sus corpúsculos (bien estudiados por Auerbach y Jullien,) propiedad que expone al colapso, al enfriamiento, y á todo este cortejo de síntomas que constituyen lo que se conoce con el nombre de *choque* operatorio.

Dadas estas circunstancias y siendo un hecho fisiológicamente adquirido que el ovario se congestiona en cada época menstrual y que entonces deja escapar un óvulo, por lo menos, óvulo que debe ser tomado por la trompa y conducido al útero, claro es que faltando dicho oviducto, el óvulo caerá entonces á la cavidad peritoneal acompañado de una pequeña cantidad de sangre; lo cual podrá ser absorbido por la serosa, ó bien como todo cuerpo extraño, producirá una inflamación adhesiva ó exsudativa ó séptica y ven-

drá á constituirse así el ovario en órgano peligroso por los trastornos que puede producir, especialmente si se trata de una mujer que se encuentre en una época muy lejana á la menopausa.

Por otra parte, el pequeño traumatismo inherente á la extirpación de un ovario en el mismo momento en que se practica la salpingotomía, será relativamente poco peligroso, en comparación á los peligros á que la enferma quedaría expuesta en cada época catamenial, en el caso que conservara su ovario sin el oviducto respectivo.

Órgano inútil y peligroso sería el ovario en este caso, y como estas son las condiciones exigidas por el cirujano de la Salpêtrière para justificar la extirpación, fundo en esto mi opinión.

Emito dicho concepto como tema de discusión. No sé si el punto estará tratado por algún ginecologista: es posible que lo esté, y que aun resuelto se halle ya, pero yo lo ignoro.

Hoy la enferma se halla atravesando una convalecencia difícil y lenta, pero que diariamente avanza. Se levanta, va al comedor y aun ha montado á caballo. Siente peso al andar y tirantez en los lomos, con algún dolor en los flancos.

Creo que el restablecimiento completo no se hará esperar, y en todo caso, el éxito de la operación está á salvo.

J. T. HENAO.

Manizales, 20 de Septiembre de 1889.

LAPAROTOMIA MEDIANA

EXTIRPACIÓN DE UN QUISTE DERMOIDEO DE 10 KG. DE PESO

Operación practicada por el Dr. R. Arango y el infrascrito, acompañados de los Dres. Londoño y Velásquez.

Adelaida Sánchez, de raza indígena, soltera, natural de Anserma-Viejo; ignora su edad pero en su aspecto revela unos treinta y cinco años; cocinera de profesión; dice que su padre murió ya viejo de un dolor de cabeza, y su madre de dolor de costado, siendo todavía joven. Tiene tres hermanas y sabe que una de ellas tuvo un hijo: ignora datos semejantes relativamente á las otras dos.

Sus primeras reglas aparecieron á la edad de 13 años y fueron acompañadas de un fuerte dolor en el vientre y en las caderas, que

duró 7 días. Desde entonces se estableció la menstruación con alguna regularidad, hasta hace dos años en que empezaron irregularidades en esta función. Hace un año, la menstruación cesó completamente. No recuerda haber tenido enfermedad alguna, con excepción de la siguiente: en el año de 1884 notó que el estómago se le aumentaba de volumen lentamente, que la ropa no le servía; todo esto sin dolor alguno y sin que su menstruación hubiera desaparecido. Un año hacía que su estómago estaba creciendo cuando los pies se le hincharon; esta hinchazón fué subiendo lentamente hasta que llegó al cuello y la inhabilitó para moverse y aun para acostarse. Ya entonces el vientre le había crecido tanto que llegó á estar más abultado que como se encuentra hoy. Duró con esta hinchazón generalizada unos seis meses y luego fué calmando hasta desaparecer completamente, conservando sí el vientre muy abultado.

Ha notado que en algunas épocas el abultamiento del vientre se hace más notable repentinamente, coincidiendo esto con vómitos blanquecinos.

Con frecuencia siente vehementes deseos de orinar, pero al ir á hacerlo no arroja sino unas pocas gotas de orina. Vive siempre estíptica, no evacua sino cada ocho días.

Hace diez meses, en un viaje que hice á Anserma-Viejo, vi á esta enferma por primera vez. La impresión que su aspecto me causó, fué de una mujer embarazada en su último mes. Ella protestó enérgicamente contra mi opinión, diciéndome que hacía muchos años que su vientre estaba crecido. Como yo carecía allí de instrumentos y de tiempo para hacer un exámen completo, la invité para que viniera á Manizales. Mes y medio después de esto emprendió su viaje á pie, y durante el primer día de jornada principió á sentir dolores que de las caderas iban al ombligo, pero que no eran constantes. En su segunda jornada llegó á un paraje llamado "La Cabaña," con los pies hinchados y no pudo continuar su viaje. Allí se alojó en casa de una buena mujer y á los cinco días dió á luz un niño robusto y sano. El trabajo fué corto y enteramente normal; y la enferma siguió tan bien que á los quince días estaba levantada y entregada á los oficios domésticos. Tres meses después, el 24 de Octubre del año pasado, la enferma se presentó en la sala de consulta del Hospital de esta ciudad, trayendo en los brazos un robusto niño y con el vientre aparentemente tan abultado como yo lo había visto cinco meses antes. La enferma fué admitida en el Hospital, colocada en el número 2.º de la Sala de María. En su papeleta se lee este diagnóstico: *Quiste unilocular del ovario izquierdo, pedículo largo.*

El estado de la enferma el día de su entrada era el siguiente: Facies ovárica de Wells; enflaquecimiento marcado; andar libre, pero lento y sin mucha fatiga; cuerpo notablemente inclinado hacia atrás, actitud que hacía sobresalir su vientre hacia adelante, dándole el aspecto de una mujer en los últimos días de la preñez.

Signos físicos.—Colocada la enferma en el decúbito dorsal sobre una cama dura y con las piernas en la flexión sobre los muslos,

y éstos sobre el abdomen, pasé á examinar el vientre en el que noté: piel de color normal con *vergetures* á la derecha; línea blanca ennegrecida; cicatriz umbilical lisa y sin depresión; abdomen voluminoso de forma ovoidea muy regular; aparente prominencia hacia el lado izquierdo; circunferencia al nivel del ombligo 99 centímetros; distancia del ombligo al apéndice xifoides 25; del ombligo al pubis 14; del ombligo á la espina iliaca antero-superior derecha 24; á la izquierda 28.

Para poder describir con mayor claridad lo que el tacto y la palpación revelaban en este abdomen, lo considero dividido por dos líneas, una vertical y otra horizontal que se corten sobre el ombligo y circunscriban cuatro porciones; dos superiores y dos inferiores.

El tacto daba la sensación de una superficie lisa y uniformemente resistente.

La palpación bimanual hacía notar que la resistencia era más marcada hacia los flancos y que sus paredes cedían á una presión algo fuerte, especialmente si ésta se ejercía sobre el ombligo. En el segmento superior derecho, hacia su parte supero-interna, se notaban por el tacto dos núcleos duros y resistentes, fijos y del tamaño de un real, separados por una depresión en la que entraba el dedo. En la parte infero-externa del mismo segmento superior derecho, noté otro núcleo del tamaño de un peso fuerte, semejante á los anteriores, pero más duro que ellos: éste era apenas movable. Todos ellos eran de superficie plana, algo rugosa y sin pedículo apreciable; la piel deslizaba libremente sobre ellos. La palpación profunda era imposible, porque la resistencia de las paredes del abdomen la impedían; dicha palpación era dolorosa sobre los núcleos ya descritos.

La matriz se extendía desde el pubis hasta 7 centímetros hacia abajo del apéndice xifoides. Se notaba una pequeña fluctuación especialmente sobre la línea ecuatorial del tumor, pero para apreciarla había que deprimirlo con fuerza.

La palpación combinada con el tacto vaginal no dió á conocer nada particular. El cuello uterino en su situación normal era pequeño, desgarrado á la izquierda, de consistencia normal y admitía la falange ungueal del índice. Los fondos de saco vaginales, bien formados y libres, eran sensibles al tacto. El útero se movía libremente.

Con el espéculo se veía el cuello de color normal, con su hendidura transversal y ligeramente cónico. La sonda uterina penetraba 8 centímetros.

La auscultación no revelaba nada. Pulmones y corazón enteramente sanos. La orina era normal.

La lactancia del hijo duró 7 meses, hasta Febrero de este año, y se le vió crecer sano y robusto.

Durante la permanencia de esta enferma en el Hospital, ha tenido cuatro ímpetus de peritonitis localizadas, siempre en el flanco izquierdo y caracterizadas por fiebre, dolor, vómitos biliosos y suma sensibilidad al tacto. No obstante esto, el estado general ha mejo-

rado algo, debido á un régimen tónico y reconstituyente, al cual ha estado sometida.

Estos accesos de peritonitis me habían impedido practicar la laparotomía en esta enferma, operación que ella deseaba y que reclamaba casi diariamente.

Dispuesta la operación para el día 3 de Julio, se hizo dar á la enferma dos baños tibios generales en los dos días anteriores. El día 2 se le administró un purgante para vaciar bien los intestinos y se practicó la rigurosa asepsia de todos los instrumentos y útiles necesarios para la operación.

El día 3 á las 8 de la mañana, después de lavarnos escrupulosamente las manos y antebrazos con agua hervida y jabón, alcohol y la solución de sublimado; puestos en orden los instrumentos y demás útiles operatorios y arregladas todas las piezas del vendaje, se procedió á cloroformizar á la enferma, primer tiempo que se confió al Dr. Londoño; ésta fué rápida y fácil; en seguida practicámos el cateterismo para vaciar completamente la vejiga é impedir así que fuera herida durante las maniobras operatorias. Se lavó muy bien el vientre con jabón, agua tibia y un cepillo, y luego con alcohol y solución hidrargírica. Se envolvieron muy bien los miembros abdominales en una frazada caliente, para evitar el enfriamiento y luego hicimos la incisión de la piel desde el pubis hasta el ombligo en una extensión de diez centímetros. Colocámos pinzas hemostáticas en los vasos que sangraban; una vena se presentó en el fondo de la herida cruzándola trasversalmente, y como fuera de alguna magnitud la ligámos á ambos lados antes de seccionarla; pronto se cayó sobre la línea alba, muy amplia, que se dividió con el bisturí; hicimos un lavado antiséptico en toda la herida; practicámos una hemostasis completa antes de abrir el peritoneo, el que tomado con un tenáculo permitió abrir un ojal en su pared; luego lo cortámos sobre la sonda acanalada en toda la extensión de la herida y caímos sobre las paredes de un tumor liso, blanco-amarillento y resistente que llenaba completamente todo el campo operatorio.

Bien hecha la asepsia de las manos una vez más, procedimos á explorar la situación del tumor relativamente á los órganos de la cavidad abdominal, y encontramos que estaba adherido á todas las paredes; desprendimos estas adherencias sirviéndonos únicamente de los dedos, hasta dejar libre como la mitad del hemisferio anterior del quiste, sin que consiguiéramos moverlo en ningún sentido. Viendo que las dimensiones de la incisión hecha eran insuficientes para dar paso á tan enorme tumor, prolongámos la incisión hacia arriba, contorneando la cicatriz umbilical hacia la izquierda, en extensión de cuatro centímetros más; esta nueva incisión no comprendió el peritoneo; así pudimos pasar la mano por sobre la parte superior del tumor y romper las adherencias que en esta región había contraído con la pared abdominal; pero, á pesar de esto, el tumor quedaba inmóvil.

En este estado puncionámos el quiste para vaciar parte de su contenido y poder enuclearlo más fácilmente, lo que hicimos en

mergiendo en él un trocar por donde principió á salir muy lentamente, una sustancia blanca amarillenta, meliforme y sin olor; viendo esto implantámos un nuevo trocar á unos tres centímetros distante del anterior y más grueso que éste, por cuya cánula se precipitó la misma sustancia. Como aun no nos satisficiese la rapidez del flujo, retirámos las dos cánulas, pasamos una sonda acanalada del un orificio al otro y unimos con el bisurú el trayecto que los separaba, aplicando fuertemente las paredes abdominales sobre el cuerpo del quiste y protegiendo con compresas bien colocadas para poner á salvo la cavidad peritoneal del contacto con el contenido del quiste, el que principió á salir en mucha abundancia por tan amplia abertura; con presiones moderadas y volviendo un poco la operada sobre el lado en que la punción se había hecho, pudimos obtener unos cuatro litros del contenido del quiste. Lavámos en seguida muy bien todo el campo operatorio con esponjas empapadas en la solución de sublimado; colocámos nuevamente la enferma en el decúbito dorsal y opturámos la herida hecha en la pared del quiste con una esponja, así nos pusimos á cubierto del peligro inherente á la caída de sustancias extrañas en la cavidad peritoneal.

Pasámos en seguida por las paredes del quiste y á manera de sedal, una sonda uterina, la que nos proporcionó un buen punto de apoyo para hacer tracciones, con las que conseguimos ya principiar á hacer salir parte de la bolsa quística al través de la herida abdominal.

Nuevamente lavada la mano la introdujimos por entre la pared abdominal y la parte superior del tumor, hasta llevarla á su hemisferio posterior, de donde principiámos á desprenderlo de sus adherencias á la pared y á las asas intestinales; en esta región encontramos una fuerte adherencia del grueso del meñique que iba del tumor á la pared abdominal, á unos tres centímetros arriba de la cicatriz umbilical y á cuyo rededor estaba como envuelto un pedazo de epiplón; enganchada ésta con el dedo la fuímos trayendo lentamente hacia afuera hasta hacerla pasar por la herida; colocámos sobre ella dos ligaduras y la seccionámos entre ellas sirviéndonos del termo-cauterio para asegurar la rigurosa asepsia del muñón.

Hecho esto el quiste basculó y merced á tracciones moderadas sobre la sonda implantada en sus paredes, principió á hacer hernia por la herida. Desprendimos, con la mano introducida en la fosa ilíaca izquierda, las adherencias de esta región, en donde, con gran sorpresa nuestra, todos eran de muy poca consideración y no hallámos pedículo alguno ni aun adherencia al cuerpo del útero, únicamente una brida algo resistente lo adhería al ligamento ancho, la que dividimos con el termo-cauterio entre dos ligaduras, y extrajimos el enorme quiste sin que una gota de su contenido ni la más mínima parte de sus paredes, hubieran quedado en la cavidad peritoneal.

Inmediatamente los intestinos y el epiplón se precipitaron en el campo operatorio, los redujimos y sostuvimos con una esponja.

Hecho esto explorámos el estado del ovario y trompa derechos

y como los hallámos muy hipertrofiados los trajimos al exterior donde reconocimos que estaban completamente degenerados, y emprendimos su extirpación colocando sobre la extremidad uterina de la trompa, una doble ligadura de cadeneta, y más abajo otra ligadura protectora é hicimos la sección de dicha trompa, siempre con el termo-cauterio; lo mismo hicimos sobre el hilo del ovario, después de colocar las correspondientes ligaduras.

Enúmos luego á buscar los órganos del lado izquierdo y nos sorprendió el no haber hallado ni aun señal de ellos, encontrando el borde izquierdo del útero completamente liso; invitamos á nuestros confrades para que practicaran la misma exploración, lo que hicieron con idéntico resultado.

Sin pérdida de tiempo procedimos á practicar la *toilette* del peritoneo y cavidad pelviana, pues el estado de la enferma era ya alarmante.

Con esponjitas empapadas en la solución de sublimado y luego en agua tibia y montadas en pinzas hemostáticas, enjugámos toda la sangre sin lastimar la serosa. Del mismo modo aseamos la cavidad pelviana y el saco de Douglans, en donde se había depositado gran cantidad de sangre, pues tan numerosas adherencias habían producido una hemorragia de no poca consideración.

Procedimos luego á colocar los puntos de sutura profundos ó ligaduras perdidas, los que pasámos de adentro hacia afuera con dos agujas colocadas cada una en la extremidad de una hebra de seda; estos puntos de sutura, en número de cinco, comprendieron únicamente las dos hojas del peritoneo cuyas superficies internas se afrontaron muy bien, lo mismo que los músculos rectos del abdomen.

Ibamos ya á anudar el primero de los hilos cuando notámos que había un pedazo de seda sobre el epiplón; lo tomámos con unas pinzas para extraerlo creyendo que estaba suelto y al tirarlo levantámos con él el epiplón y pudimos ver que éste sangraba en abundancia. Era precisamente el pedazo de epiplón que envolvía no el pedículo, el *pecíolo* del quiste, y que con éste habíamos ligado en masa; lo extrajimos un poco y lo sometimos á una irrigación de agua á 45° grados, aproximadamente, pero sin éxito; resolvimos entonces poner una nueva doble ligadura de cadeneta sobre dicho epiplón, por debajo de la ya colocada y además una ligadura protectora. Hecho esto resecámos el pedazo de epiplón entre la primera y las últimas ligaduras, y la hemorragia cesó.

Hicimos nuevo aseo de la cavidad y terminámos la sutura después de poner en el ángulo inferior de la herida un doble tubo de caucho que sumergimos hasta el saco de Douglans, precaución que preámos conveniente, temiendo una hemorragia post-operatoria, por el gran número de adherencias que tuvimos que romper.

Colocámos luego sobre la piel puntos de sutura á un centímetro de su borde libre y los anudámos afrontando escrupulosamente las superficies de sección; cubrímos la herida con una capa espesa de pomada de vaselina y yodoformo; sobre ésta, compresas asépti-

cas de unos cuatro centímetros de ancho y de la longitud de la herida, las que cubrimos luego con tiras de esparadrapo de un centímetro de ancho, bien imbricadas, para dar fuerza á los puntos de sutura é impedir la desgarradura si sobrevenían vómitos fuertes ó algún timpanismo exagerado. Sobre éstas pusimos una gruesa compresa de gasa yodoformizada de seis metros, la que se cubrió con otra de trapo, hecho aséptico, por la cocción y la inmerción en el licor sublimado, pero ya seca. Todo se fijó con grandes tiras de esparadrapo que se pegaron por sus extremidades en la región dorsal. Un vendaje de cuerpo terminó la curación.

La cloroformización marchó con regularidad y únicamente hubo dos veces vómitos biliosos, durante los cuales el pulso se puso miserable é intermitente. La operación duró dos horas y media. Al terminarla, la enferma estaba muy fría no obstante las precauciones tomadas para evitar la hipotermia; el pulso estaba frecuente y débil y la piel sumamente pálida.

La colocámos en su cama previamente calentada con botellas llenas de agua caliente y sacos con maíz tostado. Como el colapso era más y más amenazante, le hicimos aplicar una lavativa de cien gramos de agua caliente con treinta de brandy, la que ordenámos repetir cada media hora; aplicámos una inyección de éter y otra de un centigramo de morfina, y ordenámos además dar de cuarto en cuarto de hora una cucharadita dulcera de brandy quinado, en infusión de té caliente.

A las dos horas la reacción era completa: el calor normalmente esparcido por todo el cuerpo; la cara animada y el pulso lleno, fuerte y frecuente, 100; temperatura $37^{\circ} 5$; hablaba con voz llena y acentuada.

Abierto el quiste inmediatamente después de la operación, encontramos una gran cantidad de la sustancia extraída: dientes, pe- los y huesos en suspensión en dicha sustancia, é incrustados en las paredes de dicho quiste.

La descripción minuciosa de esta pieza anatomo-patológica se verá más adelante, únicamente anticiparé que el peso del quiste con su contenido se calculó en diez kilogramos y que en el interior hallámos, adherido á sus paredes, un ovario y su respectiva trompa, ambos hipertrofiados.

El ovario y trompa derechos también estaban muy aumentados de volumen; ésta era gruesa como el dedo y abollada, y aquél sembrado de gran número de pequeños quistes de paredes transparentes, los que al punzarlos dejaban escapar un líquido acuoso. Estos dos órganos se perdieron, no sabemos por qué motivo, por lo cual no acompañan la pieza anatomo-patológica.

Las consecuencias de esta operación fueron sencillas: copio aquí textualmente el registro llevado á la cabecera de la enferma.

Día 3.—A las 6 p. m.: P. 114, T. 114; 20 respiraciones por minuto. Practiqué el cateterismo vesical; el vendaje estaba limpio y nada salía por el tubo de drenaje.

Día 4.—A las 6 de la mañana: buena noche, durmió algo; sed

y muy poco dolor en el vientre, que está excavado en forma de batea; por el drenaje salía un líquido sanguinolento en abundancia, que tenía manchadas las piezas del vendaje; nada de fetidez; pulso 114; temperatura 58°; respiraciones 20. Practiqué de nuevo el cateterismo; suspendí el brandy y ordené alimentar á la enferma con caldos, leche, café con leche y limonada vinosa; agua fría, á tragos, para calmar la sed. Por la tarde, el mismo estado; ha habido dos vómitos biliosos. Repetí el cateterismo.

Día 5. --Buena noche; vómito una vez, hubo mucha sed; la asistenta practicó el cateterismo á las 12 de la noche; temperatura 37° 5; pulso 110; respiración normal. El vendaje estaba muy sucio por el agua sanguinolenta que había salido por el drenaje, lo quité y hallé la sutura en perfecto buen estado: la herida cicatrizada; vientre indoloro y excavado. Retiré el drenaje y cambié todas las piezas de curación.

A las 6 de la tarde: pulso 110; temperatura 37° 5; respiración normal; buen día; vendaje seco; nada de dolor; se queja de fatiga; ha dormido bien. Practiqué el cateterismo.

Día 6. --Muy buena noche; hubo un vómito bilioso; se sondeó una vez por la asistenta; facies muy buena; temperatura 36° 5; pulso 100; respiración normal; nada de dolor; tiene sed y pide aguardiente para carmarla. Se le prescribió sopa de arroz y arroz en leche, además de los otras alimentos. Le permití tomar diez gramos de aguardiente tres veces al día.

A las seis de la tarde: temperatura 37°; pulso 90; respiración normal; vómito una vez en el día; sed calmada; orina espontáneamente.

Día 7. --Muy buena noche; buen sueño; náuseas tres veces, pero sin vómito; no hay hambre ni dolor; hubo fatiga y algo de sed; pulso 76; temperatura 36° 8; respiración normal. Se continuó con el aguardiente.

Día 8. --Muy buena noche, no obstante haber tenido dolor en el vientre y vomitado tres veces; pulso y temperatura normales. Se prescribió una lavativa de 30 gramos de sulfato de magnesia en 500 de agua de malvas. Se ordenó continuar con el aguardiente, por reclamarlo la enferma.

A las 6 de la tarde: la lavativa produjo una evacuación copiosísima, lo que hizo cesar el dolor; pulso y temperatura normales y estado general bueno.

La enferma continuó mejorando diuamente; el estómago se regularizó; al noveno día retiré el vendaje y quité los puntos de sutura: la cicatriz era muy buena, pero en algunos puntos, los labios de la herida en vez de afrontarse habían deslizado uno por debajo del otro haciéndose una cicatriz resistente, pero viciosa y de feo aspecto.

También en el ángulo inferior de la herida, donde estuvo colocado el drenaje, hallé un trayecto fistuloso que apenas daba paso á un estilete ordinario: por dicho trayecto salía pus al comprimir. Toqué diariamente este y los labios de la herida que cabalgaban, con

tintura de yodo, y á los veinte días todo estaba sano, habiendo quedado una cicatriz regular.

Desde el noveno día permití á la enferma la alimentación ordinaria; á los 16 días la dejé sentarse en la cama y á los 20 le permití levantarse y andar llevando un vendaje de cuerpo hecho de caucho (elástico, del que usan los zapateros) y muy bien ajustado al vientre.

Las dimensiones del abdomen el día 24 de Julio eran éstas:

Circunferencia al nivel del ombligo, 75 centímetros.

Del ombligo al apéndice xifoides, 15 centímetros.

Del ombligo al pubis, 15 centímetros.

Del ombligo á la espina iliaca antero-superior derecha, 16 centímetros.

Del ombligo á la espina iliaca antero-superior izquierda, 16 centímetros.

Hoy 4 de Agosto la enferma está completamente buena; hace toda clase de oficios domésticos sin sentir cansancio ni el más pequeño impedimento; el trayecto fistuloso del ángulo inferior de la herida deja salir algunos días pequeñas cantidades de pus. Las manchas de la cara han desaparecido y no se nota ya en ella aquellos surcos que le daban el tipo de facies ovárica.

La menstruación no ha vuelto á presentarse.

DESCRIPCIÓN DE LA PIEZA ANATOMO-PATOLÓGICA

Como dije ya, este quiste pesaba 10 kilogramos comprendiendo su contenido; las paredes del quiste, ó bolsa quística, propiamente dicha, pesó 1,180 gramos; tenía una forma esférica muy regular; la superficie lisa, de un blanco amarillento, estaba cubierta de falsas membranas, resto de las adherencias que lo unían á los órganos vecinos; en el segmento superior de dicha esfera se hallaba una falsa membrana más resistente que las otras, gruesa como el dedo meñique, redondeada y como de diez centímetros de longitud; en ella se notaban aún restos de epiplón, pues esta parte del peritoneo estaba como enredada al redor de la adherencia.

Dicha adherencia se extendía de la pared del quiste, á la abdominal por encima y cerca de la cicatriz umbilical, y constituía nó el pedículo del quiste, sino más bien su pecíolo.

Al cortar las paredes del quiste se notó que eran gruesas y resistentes como piel de novillo; la incisión que hice fué sinuosa y muy irregular, porque huesos incrustados en las paredes del quiste, nos obligaban á desviar el cuchillo en busca de partes menos resistentes. Por la incisión hecha salió abundante cantidad de una sustancia blanca amarillenta, semi líquida y gomosa, sin olor alguno y que tenía en suspensión cinco dientes con los caracteres de las pequeñas molares y un hueso sin forma regular y lleno de cavidades como las que se hallan en los huesos cariados.

Para mayor claridad y para hacer más comprensibles los detalles, figúrese el lector este quiste invertido y suspendido de su pecíolo, por el mismo punto donde él lo estaba antes de ser extirpado.

Invertido el quiste para poder lavar toda su superficie interna, noté en ella lo siguiente:

Por su parte anterior la superficie interna del quiste es blanquecina, sinuosa y cubierta de trecho en trecho, pero sin regularidad alguna, de láminas óseas muy delgadas y cortantes, completamente fijas á su pared. Se ve hacia la parte inferior de esta cara anterior, como el nacimiento de una columna membranosa muy semejante á un cordón umbilical; dicha columna contornea la cara anterior de la pared interna del quiste, y sin adherirse á ella por ningún punto, se dirige directamente hacia atrás y á la izquierda, para ir á terminar en la cara posterior de la superficie interna, en un punto diametralmente opuesto á aquél de donde arrancó.

En su terminación se esparce como si fuera una placenta y forma una masa en donde hay tejidos informes con pelo negro y largo hasta de 20 centímetros y tres dientes implantados en la masa; dos con caracteres de pequeños molares y un incisivo. Estos dientes dejan ver únicamente su corona.

De esta masa de tejidos arranca otra columna como la anterior, pero más corta y más gruesa, la que va á terminar en la región postero-superior de la ya dicha superficie interna, en un inflamamiento redondeado y adherido á la pared del quiste; este inflamamiento es duro y tiene enteramente la forma y aspecto exteriores de un ovario; por tal lo tomámos cuando, después de terminar la operación, hicimos la abertura del quiste y así nos explicamos el por qué no habíamos podido hallar el ovario izquierdo en su respectivo sitio anatómico.

A la derecha y un poco hacia arriba de este cuerpo tomado por ovario, se encuentra un hueso incrustado en la pared del quiste y con una de sus extremidades libre en la cavidad, esta porción libre tiene la forma de uno de los cóndilos del maxilar inferior. Sobre dicho hueso están implantados, siguiendo una línea curva, seis dientes, que tienen libres sus coronas y son tres pequeños molares, y los otros, muelas del juicio.

Más hacia la derecha se halla otro hueso cubierto por partes blandas, con sus extremidades implantadas en la pared del quiste y su cuerpo libre; se parece á una segunda costilla: en él se halla implantada otra molar, dejando ver apenas su corona. Por debajo de este hueso se encuentra otro montón de pelos también negros. Todo el resto de esta cara posterior de la superficie interna se halla llena de láminas óseas como la cara anterior.

REFLEXIONES

Como habrá podido comprenderse ya, el diagnóstico de quiste unilocular del ovario izquierdo, puesto en la papeleta de la en-

ferma, fué completamente infirmado desde que abrimos la cavidad peritoneal, y más aún, por la anatomía patológica.

Disculpable, por cierto, es un error de diagnóstico de esta naturaleza, y más que todo, si se tiene en cuenta la excesiva rareza de esta clase de quistes, comparada con la relativa frecuencia de los quistes ováricos. Es cierto que la mucha antigüedad de este tumor no se compadecía con el relativo buen estado de la enferma, al tratarse de un quiste ovárico; pero también lo es que éstas son sutilezas de diagnóstico en las que únicamente se cae en la cuenta después de una decepción: por esto es que la práctica vale tanto.

La existencia de aquellos núcleos duros tan apreciables por el tacto y la palpación, también ha debido despertar sospechas en nuestro ánimo y ponernos en vía de un diagnóstico más preciso, pues esta clase de durezas no se encuentran en los quistes ováricos uniloculares; pero por una parte yo consideraba que estos núcleos estaban en el epiplón é independientes de las paredes del quiste. (Sea esta la ocasión de hacer constar que mi cofrade el Dr. Arango fué de opinión que dichos núcleos estaban en las mismas paredes del quiste, opinión confirmada después por la anatomía patológica) y por lo demás, para el efecto de una intervención quirúrgica, la precisión del diagnóstico no era de absoluta necesidad, pues la laparotomía es hoy aconsejada y permitida hasta como medio de diagnóstico. La indicación, pues, era operar, tratárase de un quiste ovárico ó de un quiste de la naturaleza del que se extirpó.

Ahora bien: ¿en posesión de la pieza anatomo-patológica será posible establecer un diagnóstico preciso?

Aun así es discutible dicho diagnóstico, pero trataré de esclararlo.

Una inclusión ó superfetación; un embarazo extrauterino y un quiste dermoideo, son las únicas entidades que hay que tener en cuenta al establecer el diagnóstico diferencial.

No es una inclusión fetal, porque siendo ésta una monstruosidad parasitaria no se compadece con el caso que nos ocupa. En efecto, en los casos de inclusión puede reconocerse en el contenido del quiste, un sér imperfecto pero completo y reconocible; pues la inclusión es el fenómeno por el cual un sér parásito se ingesta en otro individuo; sea la cabeza, un miembro ó la víscera de un feto.

Nada de esto se encuentra en este caso, pues los huesos hallados en el quiste en nada se parecen á los del esqueleto de un feto, y nada hay en el contenido del quiste que se parezca á una región ó víscera fetal y mucho menos á un feto completo.

Por otra parte, el sitio de predilección para las inclusiones es el perineo ó el escroto.

Como hemos visto por la observación, esta enferma tuvo su primera menstruación á la edad de 13 años y continuó con ella normalmente hasta la de 33; no dice haber arrojado nunca cuerpo extraño por los órganos genitales, de naturaleza membranosa; jamás, antes de ahora, tuvo dolores semejantes á los del parto; tampoco, antes de ahora, llegó á ver leche en sus pechos. Esto me autoriza para excluir una preñez extrauterina.

Queda, pues, en pie el diagnóstico de quiste dermoideo, al que me inclino por los motivos siguientes:

El Profesor Gallard se expresa así: "Hay una forma particular de quistes que contienen grasa, pelos, dientes, colessterina, cartílagos y huesos y que suelen producirse en varias partes del cuerpo, como en la órbita, el suelo de la boca, el cerebro, el mediastino, los pulmones, el mesenterio, los testículos y los ovarios. En su pared se ven muestras de la existencia de glándulas sudoríparas, foliculos sebáceos, papilas y una túnica epitelial, y vistos con el microscopio presentan un aspecto muy parecido al de la piel. Es común hallar en dichos quistes, dientes, ya engastados en sus paredes, ya adheridos á los huesos. En un caso mencionado por Schnabel, había 100 dientes, y 300 en otro de Ploucquet.

Kiwische refiere el caso de una joven de 17 años, la cual tuvo una hinchazón del ovario izquierdo que á los 21 años llegaba á la rodilla, con una circunferencia de 4 varas. Murió á los 34 años, y en la autopsia se halló un saco ovárico que pesaba 14 libras y su contenido 40; era éste de una masa adiposa, espesa y meliforme; mezclada con cabellos de diversa longitud, entre los que había unos de 7 pulgadas de largo; en la superficie interna del saco había pelos cortos. Además se hallaron ocho concreciones óseas de forma irregular, una de ellas con 7 y otra con 10 pulgadas de longitud. Tenia 7 dientes molares y un incisivo. Existían además 9 huesos sueltos. Los dientes eran tan grandes, perfectos y finos, como los de una joven de 20 años." Me parece este caso muy semejante al en que nos ocupamos.

Follin y Duplay, se expresan así: "Sea lo que fuere, se encuentra frecuentemente en los quistes dermoideos una sustancia grasa, amarillenta, de la consistencia del sebo, compuesta de gránulos y de pequeñas vesículas. Esta materia es enteramente idéntica á la que contienen los foliculos sebáceos de los pelos; se encuentra además en dichos quistes: pelos, cristales de colessterina, masas de una sustancia quebradiza como la cera, dientes y huesos."

Ruisch vió un quiste dermoideo que encerraba un hueso informe, cuatro molares y un rizo de pelos.

Uno de estos quistes hallado en el mesenterio de una niña de quince años, contenía dos caninos, ocho molares y dos incisivos.

Gordon describe el caso de un quiste hallado en la cavidad

torácica, atrás del esternón, que contenía materia sebácea y un hueso con siete dientes: unos sólidamente implantados y otros rodeados de una cápsula fibrosa.

“En quistes no ováricos, continúan Follín y Duplay, el número de dientes es de uno á trece; en los ováricos de uno á trescientos. Estos dientes están libres ó implantados en la pared del quiste ó sobre fragmentos óseos; su forma y estructura son las de los dientes molares. Con ó sin dientes, se hallan en estos quistes fragmentos óseos, los que cuando están solos no se parecen á los de un feto.”

Se ve, pues, la gran semejanza que existe entre estas descripciones y la del quiste que aquí nos ocupa; únicamente falta que el microscopio muestre, en las paredes de la pieza anatómo-patológica, todos los elementos constitutivos de la piel, para que el diagnóstico adquiriera una certeza completa.

La respectiva pieza anatómo-patológica la regalámos al Museo de Anatomía patológica de la Academia de Medicina de Medellín, en donde queda depositada.

Hoy la enferma está completamente buena y arroja entre días pequeñas cantidades de pus por el trayecto fistuloso que quedó donde estuvo colocado el tubo de drenaje. Hace algunos días le dí su baja y ha quedado como sirvienta en el Hospital de esta ciudad.

J. T. HENAO.

Manizales, 14 de Septiembre de 1889.



DERMATOLOGÍA

Enfermedades cutáneas ocasionadas por parásitos animales ó sea por Dermatozoos que habitan en la piel, sea de una manera permanente, sea de modo transitorio, como

LA NIGUA

Hebra y Kaposi colocan las enfermedades producidas por estos animales en la XIIª clase bajo el nombre de Dermatitis parasitarias ó sea Dermatozoonosis.

No pretendemos escribir sobre la nigua un artículo humorístico sino queremos trazar una historia patológica que aunque en apariencia pueda refutarse frívola, en el fondo es seria, grave y de notable trascendencia.

Sinonimia.—El animal llamado nigua en algunas partes de América, en donde es indígena, pertenece á la clase de los insectos y en ella al orden de los chupadores y en éstos al género *pulex*. El nombre específico es *Pulex penetrans* porque tiene la facultad de horadar la piel y de anidarse en ella. Algunos naturalistas la llaman pulga de arena y *Khynchoprion penetrans*.

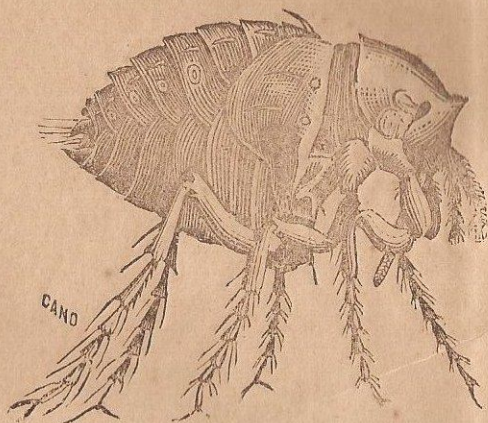
En nuestra costa atlántica llaman á la nigua *chica* y los franceses *chique*.

No sabemos que se conozca con otras denominaciones.

Historia.—Cuentan las crónicas de nuestro país, que cuando el conquistador Quesada andaba con algunos compañeros en busca de "El Dorado" dió con un pueblo situado sobre una de las faldas de la cordillera oriental de los Andes, en donde fueron atacados, él y ellos, por gran copia de niguas, que algunas indias compadecidas les extrajeron, valiéndose para ello de alfileres de oro.

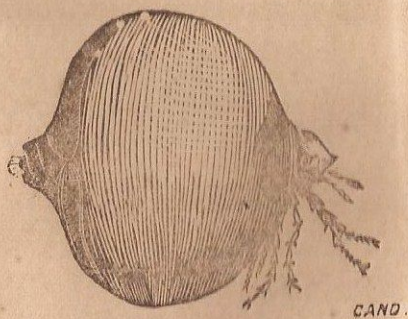
Reconocida la nigua por los españoles de la conquista, como habitante natural de América, se observó que no vivía sino en la faja comprendida entre 29º tanto al sur como al norte. En los demás continentes parece no existir; pues aunque Adamson haya descrito la pulga de arena africana, ésta por no ser penetrante, no debe pertenecer á la misma especie.

Los peninsulares al posesionarse de América y al colonizarla quedaron con los negros africanos y los indígenas expuestos á los ataques del insecto, pero poco ó nada escribieron acerca de él. Los primeros invasores y los expedicionarios durante la guerra de emancipación se contentaron con llamar llaguitas malignas á las que les solían aparecer por causa de los referidos ataques.



NIGUA [*Pulex penetrans*].

Aumento, 260 diámetros.



NIGUA GORDA

Karsten verificó estudio especial de la nigua de América en su propio cuerpo, pero los datos que sobre el particular publicó en Europa y de los cuales se sirvieron Hebra y Kaposi para dedicar artículo especial á los desórdenes causados por el *Pulex penetrans*, en su tratado sobre las enfermedades de la piel, contienen varios errores que rectificaremos en el curso de este trabajo, porque en achaque de niguas los americanos sabemos más y mejor que los europeos.

Etimología.—Como la palabra nigua no se halla en ninguno de los Diccionarios que hemos consultado, preguntámos el otro día á nuestro aprovechado filólogo y amigo Dr. José Vicente Uribe, si él sabía algo acerca de ese punto. “Sólo sé, nos contestó, que para los indios del Chocó nigua quiere decir capa ó manto amarillo, sin duda por el aspecto que toma el animal cuando se desarrolla.”

Los griegos y los romanos tuvieron la dicha de no conocer nigua y por tanto no le dieron nombre, circunstancia que explica la imposibilidad que existe para darle á ésta adecuado origen, tanto más cuanto que otros pueblos históricos por no haberla conocido la dejaron anónima.

De lo dicho resulta que tenemos que conformarnos con los nombres arbitrarios que le ha dado el pueblo y con el específico que le ha dado la ciencia.

Tampoco podemos dar nombre á la enfermedad que con variados aspectos aparece por causa de la penetración de la nigua en la piel, porque la nigua no es enfermedad sino causa de ella. Si nos fuese permitido bautizar la dolencia, sólo en calidad de chanza diríamos que convendría llamarla *Pulex penetrante*, mientras que con más títulos algún sabio la califique con mejor acierto.

El animal.—La figura que acompañamos á este número, muestra con alguna exactitud lo que es la nigua vista por un microscopio de regular aumento. Cuanto á color las hay de dos variedades: oscuras unas y blanquecinas otras. Las primeras se parecen á las manchas negruzcas de la concha de la tortuga, y las segundas á las manchas claras de la misma concha. En su estado natural el diámetro que mide la nigua, puede ser algo menos de la mitad del que mide la pulga común (*Pulex irritans*) y cuando gorda puede alcanzar á un diámetro de cinco milímetros, es decir al tamaño de una arveja. El ovario es bifurcado y los huevos están contenidos en tubos cilíndricos, los más antiguos en conexión con la cloaca, la cual desemboca en la bolsa de fecundación, que á su vez se abre en la vagina.

Parece que las mandíbulas contienen pequenísimos garfios ó tenáculos, los cuales contraidos al tiempo de la extracción, se rompen y quedan pegados como cuerpos extraños á las paredes del huequecito formado por el insecto al penetrar en la piel. De este

modo se explican los fenómenos inflamatorios que se muestran después de la operación y que suelen causar ulceraciones y accidentes graves, como veremos al tiempo de describir la sintomatología.

Metida la nigua en el nido que forma, las tráqueas son destruidas en gran parte y dejan de contener aire; pero no por esto la respiración queda completamente suspendida, porque el insecto aspira con gran parte del cuerpo el líquido nutritivo y se lo asimila. Además la función de lo que queda de las tráqueas continúa, porque el último estigmata que sirve para la respiración entra en la cloaca y permanece en contacto con el aire exterior y los que se ocultan en el tegumento están, no en el corión, sino en el interior de capas epidérmicas desecadas en donde el contacto con el aire es aún posible.

Costumbres y habitación.—La nigua puede vivir desde el nivel del mar hasta 6 ú 8,000 pies de altura sobre las cordilleras. Respecto á los lugares que habita más comúnmente debemos mencionar los siguientes: casas recientemente construídas; caballerizas; habitaciones abandonadas temporalmente; departamentos destinados á las jaurías ó á las pjaras; ingenios de azúcar; obradores de alfarero; cuarteles para soldados, y en fin, en la mayor parte de los sitios en que hay abundancia de polvo mezclado con arena y cal.

En cualquiera parte en que fijen su morada viven las niguas en movimiento permanente, movimiento que por lo regular se revela por brincos rápidos semejantes á los de la pulga común, su hermana. Cuando el hombre y las bestias se ponen al alcance de ellas, brincan menos y andan con paso acelerado sobre la superficie de la piel como buscando campo en qué alojarse.

Para sus ataques prefieren al hombre, sin dejar por eso de cebarse sobre otros animales como el cerdo, el perro, las ratas, los ratones, y puede ser que algunos otros habitantes de los lugares frecuentados por ellas, como gallinas y vacas. Al hombre ataca de preferencia en la parte posterior de los talones, en la planta de los pies, al rededor de las uñas, en la región anterior de la rodilla y en el pliegue formado por los glúteos al nivel de la articulación sacro-coxígea, sin dejar por eso de abrigarse de cuándo en cuándo en otras partes del cuerpo. A los cerdos les entra hacia la parte superior de las pezuñas, en el pulpejo blando que separa una garrá de otra, en la trompa, en la parte interna del pabellón de las orejas y en el vientre; á los perros en el pulpejo de los dedos, en el abdomen y á veces en otros sitios; á las vacas en la ubre; á las aves de corral en los espacios interdigitales, y á las ratas y ratones en todo el cuerpo.

En los hombres prefiere á los desaseados, más á la plebe que á la clase acomodada y más á los varones que á las mujeres, sin

duda porque estas últimas son por lo general más cuidadosas de su persona. Los niños tiernos ofrecen rara vez ejemplares de niguas, vigilados como están por sus madres. A los muchachos, á los jóvenes, á los adultos y á los viejos, si son mugrientos, dan graves arremetidas, porque parece estar en la índole del insecto vivir de la mugre.

CAUSAS Y DEFINICIÓN.—La nigua en sí misma no es enfermedad sino causa primitiva de enfermedad. El desaseo en todo sentido, debe considerarse como causa secundaria.

En la imposibilidad de dar definición concreta de la dolencia, enumeraremos, para que se comprenda la naturaleza múltiple de los efectos originados por la picadura del insecto, las manifestaciones siguientes: simples picaduras, ligeros eritemas, pápulas, flictenas, ampollas, vesículas, úlceras diferentes; ora sencillas, ora corrosivas, ya callosas, ya pultaceas, á veces adenitis, en ocasiones gangrena y para colmar el cuadro tétanos mortal.

SÍNTOMAS.—La primera operación que ejecuta la nigua es la de procurarse punto de adhesión en la piel. Una vez prendida abre campaña principiando por fijarse bien y si además hubiere incuria en extraerla, en lugar de una habrá muchas, por motivos que explicaremos luego. El calzado se opone un poco á su penetración, porque al menos reduce un tanto las puertas de entrada; mas como quiera que el animalito sea tan menudo y vivaz, aprovecha rotos y grietas para penetrar por ellos. Además, si logra subir á lo largo de la pierna y descender luego por detrás de la media, de seguro que encuentra en el pie sitio propio para acomodarse. Por regla general, que tiene excepciones, los pliegues naturales de los tegumentos son adecuados para la fijación de domicilio, acaso porque el pliegue natural ofrezca en el fondo capa delgada y tierna, fácil de romper, ó porque mayor grado de calor en la parte sea de su agrado.

Fijada la nigua en el punto escogido por ella, pasa un tiempo corto que parece destinado á la toma de posesión, y muy luego principia el taladrito de que el animal está provisto á desempeñar su tarea. Esa barrenita microscópica perfora primero la epidermis y andando camino llega á las papillas nerviosas. Encaja en una de ellas su aguijón y por ende, el nervio centrípeto queda bajo el dominio maléfico del bicho.

Para razonar sobre lo que sucede en el acto que acabamos de mencionar, es preciso aguzar un poco la inteligencia, porque si se toma como punto de partida la pequeñez natural del cuerpo de la nigua y de ella se considera sólo en acción el taladro que le sirve de arma ofensiva; de éste la extremidad y del nervio el sitio herido, veremos que en definitiva la parte física se reduce á tan breve proporción que apenas con el pensamiento se puede concebir

que existan en tan leve espacio, las condiciones propias de la materia.

Para penetrar hasta donde puede ir el insecto no produce solución de continuidad; el traumatismo consiste solamente en separación de tejidos á fin de abrir campo que le sirva de habitación.

Cualquiera diría que proceso tan minúsculo, como el que acabamos de describir, sería de todo punto insuficiente para continuar desenvolviendo síntomas de grande importancia patológica, y á buen seguro que quien así pensara se engañaría tristemente, porque del punto en que estamos en adelante comienza lo grave y serio del negocio.

Cuando el insecto hiere la extremidad del nervio, se siente por lo pronto ligero cosquilleo seguido inmediatamente de agudo picotazo que se percibe como si fuese punzada hecha con aguja ordinaria de coser.

El picotazo mencionado redobra de frecuencia y de intensidad, y á este redoble se agrega molestísimo escozor; por manera que el paciente queda sujeto á una especie de excitación que se traduce al fin, por rascazón incesante y permanente dolor. Hebra y Kaposi opinan que el dolor no aparece después de entrado el animalito sino porque se frota la parte. Nosotros sabemos por experiencia propia y ajena, que rascamos porque nos duele y que á lo más el dolor aumenta porque rascamos.

En situación tal no hay voluntad que resista á la necesidad de frotar la parte con las uñas ó contra un cuerpo duro, y á tal acción, como se concibe, deben seguir aflujo de sangre, rubicundez, aumento de calor y todo aquello á que suelen apelar los médicos para describir movimiento inicial de inflamación.

El cuadro que se desarrolla cuando persisten los síntomas indicados y cuando aumenta el trabajo mórbido, es en verdad desesperante, sobre todo si se le considera durante la noche, mientras el enfermo procura reposar y dormir abrigado por sábanas y frazadas. Se entra en el lecho con una nigua metida en la piel y entonces llega imponderable tormento: el calor crece en la parte afectada; con el crecimiento de éste, el dolor aumenta; con el dolor y el prurito, el paciente inquieto se mueve en diversos sentidos como si buscara calma que no llega, y por movimiento instintivo frota la parte contra sábanas y colchón. Con el frote aparece irritación general; y con ella en montón, incomodidades de diferente género: imposibilidad de permanecer en el mismo sitio; insurrección de las piernas; separación de los pies; dolores reflejos y directos; insomnio tenaz é imposibilidad absoluta de dormir.

Sea cual fuere el paraje del cuerpo en que el insecto se anida, la impresión es sobre modo incómoda, pero nada se puede comparar á la desazón que causa cuando entra por el intervalo que existe entre la extremidad de las uñas y el pulpejo de los dedos, para

cebarse en la extremidad de uno de los nervios que rematan en ese sitio. Si la acción que en tal caso se produce, sea puramente mecánica, ó á la acción física se úna la introducción de algún principio venenoso ó propio del animalito, no lo sabemos á punto fijo, pero nos inclinamos á pensar que como en la picadura del alaacán, dicha acción es doble, siquiera sea de categoría inferior en la de la nigua.

Lo dicho basta para demostrar que es cierto el adagio de que "no hay enemigo pequeño"; pero sigamos la historia natural de la dolencia.

Cuando el insecto ha tomado posesión definitiva del nido excavado, principia su crecimiento progresivo. Desde el segundo ó tercero día de entrado alcanza el tamaño de un grano de mijo, y como su envoltura es trasparente, la esferita que forma se parece un poco á las flictenas que se muestran en el cuello, pecho y abdomen, durante una fiebre miliar, exceptuando sin embargo la existencia de un puntico oscuro, representado por la cabeza. La nigua se asemeja también en ese estado á una perlitita de corta dimensión, y así suelen llamarla los operadores cuando la extraen.

Más tarde ese cuerpo esférico aumenta su dimensión y si la piel es un poco delgada se le ve al través de ella, como la pústula de la vacuna al principio de su formación, ó como una semilla de malva desnuda de su cubierta, ó más propiamente, como si fuese una verdadera perla.

Llegado al punto que acabamos de notar, el insecto es menos incómodo; la comezón que produce se mitiga un tanto y el dolor no se provoca sino por medio de la presión, sea que se cause con los dedos ó con las desigualdades del suelo al tiempo de andar.

Hemos pensado sobre el modo que tenga la nigua para llegar á este crecimiento y nos hemos preguntado si el hecho será debido á simple endosmosis ó á succión activa. Nos inclinamos á pensar que lo cierto toca en parte á una y otra cosa, habida consideración á la textura orgánica del animal.

Después que la esfera viviente de que hemos hablado ha tomado las dimensiones dichas, su aumento de volumen no cesa todavía, porque se nota que crece hasta tener un diámetro que puede ser hasta de cinco milímetros cuando llega al término final de su existencia. En situación tal, si la nigua no es extraída, rompe el tegumento y deja salir por la boquilla que forma, entrañas y huevos y á veces pus. Los huevecillos que salen son tantos que sería preciso el gasto de mucho tiempo y paciencia para contarlos con alguna aproximación de acierto; tiempo y paciencia de que no hemos podido disponer.

La nigua macho no es penetrante; la hembra está encargada de formar nido, como sucede con todas las hembras, para incubarlo cómodamente los huevecillos.

En el último período de su desarrollo el insecto cambia un poco de aspecto, porque de blanco que era, se convierte en un cuerpo verdi-negro, sin dejar por eso de parecerse á la perla, porque también las hay de ese color.

Existe un fenómeno que se presta á curiosa observación y que consiste en la circunstancia de que cuando se deja el animal en abandono y tienen lugar el rompimiento espontáneo de la piel y la salida de los huevecillos, ya á punto de eclosión, aparecen muchas otras niguas que forman círculo al rededor de la anterior que les sirve de centro, y como este fenómeno puede sucederse alternativamente, resulta un establecimiento colonial de niguas, como dijimos al principio de este estudio. Tal cosa sucede de preferencia en los talones y entones la población recibe los nombres vulgares de *espuela* ó *jarretera*, y si la cosa pasa en los dedos de los pies á cada uno de ellos apellidan los muchachos *castero* y también dicen cuando hay muchas en un mismo punto *panales*, acaso porque la reunión de ellas presenta ligera analogía con los que ejecutan las abejas para depositar masato y miel.

Lo últimamente dicho hace surgir una ligera dificultad respecto al modo de procreación y propagación de la nigua. ¿Por qué abundan tantas en un mismo sitio? ¿Será porque los huevecillos ya maduros, al tiempo de salir de la madre rompen la telilla que les sirve de cubierta y entran agrupados en la vecindad de la primera? ¿O será porque otras atraídas por la inflamación que produce la primera buscan alojamiento en su cercanía? No resolvemos esta cuestión por falta de datos que nos autoricen para ello, pero concebimos que el negocio puede pasar de ambas maneras.

No sabemos tampoco si las niguas que mueren sin entrar en la piel, producen semilla viable al tiempo de morir ó si la raza se perpetúa solamente merced á los huevecillos alimentados en el nido; mas, lo probable de este caso parece ser lo último, puesto que razones de analogía prueban que la incubación en los ovíparos es indispensable para transmitir la vida.

Cuéntase de un fraile que en viaje hecho desde América á Europa, se propuso llevar al viejo continente semilla del animalito americano por medio de los huevos contenidos en uno que llevaba en el dedo gordo del pie.

La nigua creció monstruosamente durante la travesía, rompió la cubierta, se ulceró y tras la ulceración apareció gangrena que mató al padre, quien parece haber pagado con la vida sus malas intenciones.

En los casos, numerosos por cierto, entre la gente plebe descuidada, como mendigos, mozos de cordel y pilluelos, acontece con frecuencia, que cuando las extremidades inferiores abundan de niguas gordas ó de las ulceritas que son la consecuencia forzosa de ellas, al asentar los pies en el suelo, con especialidad si la superficie es escabrosa, como en los empedrados de las calles, en el casca-

jo de los caminos ó en los terrones regados por los campos, se despierta en los pacientes vivísimo dolor al tiempo de andar.

En tal emergencia, los *niguateros* andan como temerosos; tuercen los pies; abren ó ajustan las piernas; inclinan el busto; se ladean á izquierda y derecha; asientan los talones ó se empujan sobre los dedos, y todas estas actitudes hacen que la marcha del paciente se parezca un poco á la que usan los que montan zuecos de madera, llamados por el pueblo de *caballito*; instrumento incómodo ocasionado á frecuentes caídas por la insegura base de sustentación que ofrece. A los que así andan califica el pueblo con el nombre de *zuecos*.

Como los extranjeros que vienen al país ignoran por completo todo lo que á las niguas atañe, sucede que cuando padecen los síntomas que ellas desenvuelven, pensando que son víctimas de alguna otra dolencia, rascan, escarvan y mortifican la piel en busca de la verdadera naturaleza del mal que los aqueja, y como esas investigaciones sean impropriamente ejecutadas, resulta que bien pronto quedan llenos de enconos, de ampollas y de úlceras que los mortifican y desesperan.

Llaguitas malignas, como hemos dicho, llamaban los españoles expedicionarios á las provenientes de las niguas que les entraban, y en verdad que tenían razón, porque más que á los americanos de origen los perseguían á ellos. La vida de cuartel es propia para recibir esa clase de ataques y sabe Dios si el insecto tropical fué ó no arma que ayudara á nuestros padres á conseguir emancipación de la madre patria.

Anatomía patológica.—Carecemos de datos microscópicos que nos permitan explicar los desórdenes histológicos motivados por la entrada de las niguas; porque no nos ha sido dable hacer estudio detenido á ese respecto. Aseguramos, sin embargo, que un examen verificado con tal intención sería fecundo en resultados que esclarecieran la historia natural y patológica del *pulex penetrans*. En ninguna parte hemos hallado cosa que nos ilustre convenientemente sobre la materia.

Diagnóstico.—El conocimiento de esta enfermedad nos parece obra de gran sencillez, porque para verificarlo no hay necesidad sino de la vista y del examen prolijo de la serie de síntomas que hemos enumerado. Si la nigua se ve al través de la piel ó a tiempo de penetrarla, no hay necesidad de otros comprobantes; pero si se estudian las consecuencias del mal, entonces para determinar su origen, hay necesidad de datos conmemorativos suministrados por el enfermo mismo ó por las personas que con él habitan. Las picaduras, las ampollas, las úlceras, la gangrena, el tétanos, las linfangitis, las adenitis y las necrosis que pueden sobrevenir como desagradables ó funestas complicaciones, tienen algo característico que, además, puede corroborarse con el conocimiento de la historia del proceso patológico.

Pronóstico.—En la gran mayoría de casos el pronóstico es leve, porque bien extraído el insecto todo peligro desaparece como por encanto; pero cuando la persona es *enconosa*, como se dice vulgar-

mente; cuando la operación ha sido mal ejecutada; cuando el instrumento con que se ha practicado. puede haber llevado consigo un germen infeccioso; cuando las úlceras se encallecen ó penetran debajo de las uñas; cuando aparece gangrena ó, en fin, cuando el tétanos con todos sus horrores sorprende á los pacientes, entonces el pronóstico es grave ó gravísimo, puesto que puede solicitar amputación de dedos y de miembros; extirpación de uñas y aun producir como término funesto la muerte.

Método curativo.—Si no hubiere complicaciones, la curación reclama únicamente el auxilio de la pequeña cirugía; pero si por desgracia las hubiere, la intervención del facultativo es más seria.

Para los casos comunes los mejores cirujanos para curar la enfermedad de niguas, son los niños y las mujeres inteligentes, porque las operacioncitas que se ejecutan piden claridad de vista, firmeza de pulso, sensibilidad exquisita y destreza de movimientos.

El instrumental que se requiere y usa en esa circunstancia está reducido á lo siguiente: espinas vegetales de nogal ó de palmera; alfileres comunes ó de plata ú oro; agujas de coser; un cortaplumas de buen filo y buena punta, ó un bisturí recto. Los accidentes graves demandan el socorro de doctores experimentados en la práctica de grandes operaciones.

Consideremos el momento en que la nigua fijada apenas y con sólo el aguijón metido en la piel, deja aún el cuerpo descubierto. Cualquiera persona y con especialidad los muchachos que suelen hacer del procedimiento negocio de diversión, pueden tomar una hebra de rín de caballo, un cabello de mujer, una fibra de pita ó un hilo cualquiera bien delgado y formarle un ojalito que reducido á levisimo diámetro se pone sobre la parte, de manera que la nigua quede en el mismo centro de él. Practicado eso, se oprime ligeramente el asa con la extremidad de las uñas de los dos indicadores, mientras que con el resto de las manos se tiran suavemente los cabos de la cuerda hasta cerrar completamente el ojal en la parte que corresponde al cuello del animalito. Al llegar al punto indicado se aprieta el lazo y se tira la nigua, que si bien opone ligerísima resistencia para desprenderse, se suelta con facilidad produciendo sólo en ocasiones ligero dolor. Este procedimiento pudiera llamarse *de la horca* porque efectivamente el insecto queda estrangulado.

Si el bicho ha penetrado bien aunque haya pasado poco tiempo y aunque esté todavía muy pequeño, la necesidad de extraerlo llega á ser urgente, porque es entonces cuando los síntomas incómodos que mencionámos antes, son de carácter más atroz y mortificante. En tal caso es cuando puede lucir la destreza que se posea para practicar la operación. El individuo que se encargue de hacerla toma la aguja de coser entre los dedos pulgar é indicador de la mano derecha y la lleva con inclinación que forme un ángulo de cuarenta á cuarenta y cinco grados con la superficie del tegumento y después de haber limpiado la parte, para distinguir bien el punto herido, se procura seguir por medio de movimientos laterales el mismo camino que llevó el insecto para anidarse, cuidando, por supues-

to, de no desviar el instrumento pasa hacer una herida con la punta que saque sangre bastante para tapar el campo en que se opera, porque así la extracción llega á ser dudosa ó imposible.

Cuando la separación de la epidermis se hace con limpieza el animalito queda visible, lo que habilita al cirujano para introducirle en el cuerpo la punta delicada de la aguja. Una vez traspasado el animal se imprime al instrumento brevísimo movimiento de báscula, de manera que obre como palanca de primer orden, y eso verificado se levanta la aguja que de ordinario lleva en la extremidad un punto negro ó blanquecino igual al que se intentaba sacar.

Por regla general los operadores después de haber hecho lo que acabamos de indicar, levantan la aguja hasta la altura de los ojos para confirmar con el auxilio de la luz el acierto que han tenido y depositan luego el insecto sobre la parte central de la uña del dedo pulgar de la mano izquierda y con la parte correspondiente de la del derecho lo comprimen rudamente, sacando por lo general un sonido perceptible que se muestra al tiempo de la desventración, y que vale tanto como si dijéramos *cruc*.

Para las niguas gordas se puede proceder de dos maneras: ó bien se emplea la aguja, como en el caso anterior, ó bien el cortaplumas bien afilado y de buena punta. El bisturí recto presta el mismo servicio.

Si se opera con la aguja se lleva directamente á la parte que sobresale de la casilla del insecto, se rompe la piel y se abre el saco en que están contenidos entrañas y huevos. Todo el animal sale fácilmente por esta abertura, pero la operación no quedaría bien hecha sino se extrajese al mismo tiempo el saco de envoltura que es á manera de la membrana caduca que envuelve al feto, membrana en que el Dr. José Vicente Uribe piensa haber visto algunos vasos sanguíneos. En todo caso, las paredes de esa celdilla muestran tener caracteres de tejido elástico semejantes á los de la túnica arterial de ese nombre, porque es resistente y extensible en alto grado.

Si se opera con cortapluma ó bisturí, es conveniente llevar el instrumento de plano, quitar un segmento de piel en la parte que corresponde al cuerpo de la nigua por cuya sencilla maniobra se ven aparecer desde el principio todas las partes componentes del bicho, que salen casi espontáneamente. Si no salieren así, ligeros movimientos de raspado ó de presión completarán la obra de un modo perfecto, si se tiene cuidado de enuclear con la punta del instrumento la bolsita elástica de que hemos hablado.

Sacadas las niguas y con el fin de que la parte no se encone, acostumbran poner en la sacadura una gotica caliente de sebo puro, ceniza caliente de tabaco, un poquito de petróleo, alcohol alcanforado ó agua fénica. Hemos visto que algunas mujeres después de practicar la operación extraen del conducto auditivo un poquito del cerumen, que habitualmente se secreta en él, y colman con una pequeña cantidad el huequecillo que sucede á la extracción de la nigua. Estas y otras precauciones nos parecen útiles, porque protegen la extremidad nerviosa de la acción del aire atmosférico; que

aunque parezca insignificante, no lo es. Hebra y Kaposi aseguran, sin duda por el testimonio de viajeros, que los indígenas de América extraen las niguas con agujas candentes y que después de extraerlas queman la parte con tabaco encendido. Jamás hemos visto practicar este método y si hubiere error en los autores citados, tal vez dependa de las dos circunstancias siguientes: 1.^a De que la persona que extrae el insecto, acostumbra tomar en la punta de la aguja un poquito de sebo, que luego calienta á la llama de una vela, y 2.^a De que por lo regular se pone sobre la heridita un poquito de ceniza caliente de tabaco.

Repetimos que las complicaciones que siguen á veces al traumatismo causado por las niguas y á las operaciones ejecutadas para su extirpación, suelen ser graves y aun gravísimas. Hemos oído referir casos de gangrena y de tétanos y aun hemos visto perecer por causa de la primera complicación á un vecino de esta ciudad y por causa de la segunda á un laborioso artesano que trabajó metido en el agua inmediatamente después de haberse extraído el insecto. Esta última causa se tiene por el pueblo como muy peligrosa.

Cuando después de la operación sobreviene encono, que no es entonces sino la expresión de un proceso inflamatorio con tendencias á supurar y á formar úlcera, hay para contener sus efectos un remedio vulgar de gran eficacia y que consiste en tomar un poquito de grasa, tejido adiposo, de cerdo ó de res, acercarlo á la llama de una vela, calentarlo bien y cauterizar el punto enfermo dando sobre él golpecitos repetidos.

Los casos de úlceras, de extirpación de uñas, de gangrena que exija amputación ó de tétanos no los tratamos en este lugar porque ellos entran en el dominio de médicos y cirujanos, por ser accidentes contenidos en el cuadro general de nosología.

Todo el mundo sabe que el coto ó bocio es causa de embrutecimiento mental y de profunda degradación para el hombre. Acontece eso por motivo de que la presión ejercida sobre los vasos sanguíneos del cuello ó por el cuerpo tiroides hipertrofiado, impide á la sangre llegar al cerebro para darle vitalidad conveniente.

Nosotros hemos dicho alguna vez, que la circunstancia de llevar muchas niguas afecta profundamente la inteligencia de los enfermos, porque niguateros hemos visto que llegan hasta la imbecilidad; mas á ese propósito se nos ha replicado que las cosas no pasan así por influjo de la dolencia, sino porque las niguas no atacan fundamentalmente sino á los tontos; cosa en que no convenimos de modo absoluto, porque si bien es cierto, que la nigua gusta de la mugre, también lo es que no siempre perdona á sujetos listos y atildados. Además, debe tenerse en cuenta que las extremidades inferiores son lugares preferidos por el insecto para establecer vivienda y que cuando entran muchos y de modo habitual producen naturalmente congestión sanguínea que desvía la circulación y la aleja de los centros del organismo.

Profilaxia. --Baños frecuentes generales, con agua natural, ó de pies con agua fénica, ó alcohol alcanforado; unciones hechas

con petróleo, con espíritu de trementina ó con *otoba* ahuyentan las niguas y les impiden penetrar la piel. Mucha vigilancia, mucho esmero para conservar aseado el cuerpo, y barrer las casas, son precauciones de seguro resultado cuando se intente defensa contra esta enfermedad; y tanto es así, cuanto que á medida que la gente ha mejorado el modo de vivir y seguido con más atención los preceptos de la higiene, el animal va en derrota y amenazado de extinción completa para lo porvenir.

Envigado, 25 de Julio de 1889.

M. URIBE ANGEL.

A PROPOSITO DE UNA ERRATA

En uno de los primeros artículos de esta entrega escribimos *carbúnculo* y *carbunculoso* como sinónimos de *carbunco* y *carbuncoso*, porque hemos oído decir así — sabe Dios á quién — y porque ni á autores ni á redactores se nos ocurrió consultar antes un diccionario de la lengua. Después de tirado el pliego, dimos impensadamente con estas palabras en el Diccionario de la Academia Española, y vimos que *carbúnculo* no significa sino rubí, que *carbunco* es nombre de la enfermedad, que *carbunclo* se dice en ambos sentidos y que *carbunculoso* no es adjetivo castellano. De lo cual deducimos que *carbúnculo* en patología será un lapsus de baja casta, ó por lo menos un arcaísmo inútil que no merece imprimirse, y en consecuencia lo desechamos sin demora.

Mas, ya que la casualidad nos puso en camino, iremos más adelante en esta rectificación. Hé aquí cómo define la Academia el *carbunco* (ó *carbunclo*): “Tumor virulento, gangrenoso, maligno, de color negruzco en su centro y de curso agudo, que produce prontamente, si no se atajan sus progresos, la infección general de la sangre”. Nada más. Es, mal que bien, la definición de la pústula maligna.

Y como la pústula maligna es afección propia del hombre, en tal grado que ninguna especie de ganados la padece nunca, es claro que en nuestro artículo los términos de *carbunco* y *carbunclo*, por castizos que parezcan, no tienen razón de ser, puesto que no se hace allí referencia á la enfermedad que ellos designan, sino á otra — que no es permitido confundir con el *carbunclo* aunque el Diccionario de la Academia Española no dé manera de nombrarla, y que, entre médicos y veterinarios y aun en el lenguaje común, se llama *carbón maligno*, ó simplemente *carbón*.

Pretender escribir medicina con el vocabulario de la Academia Española no es idea que pueda tomarse á lo serio; pero sí es bueno que en lo posible nos conformemos á él. De la deficiencia de tal vocabulario no puede tampoco culparse á aquella corporación, á quien

no incumbe naturalmente nuestro tecnicismo intrincado y escabroso; pero sí sería de desearse que en los términos que van haciéndose de uso vulgar diera ella modo de seguirla. Si nos atenemos á etimologías, *carbúnculo*, *carbunclo*, *carbunco*, *carbón* y *ántrax*, latín ó griego, todo viene á ser lo mismo; y sin embargo el Diccionario conserva discretamente la distinción científica entre dos de estas palabras, con las cuales designa respectivamente la pústula maligna, que decimos los del oficio, y el avispero (*). Otro tanto era de esperarse respecto á *carbunclo* y *carbón*, voces que corresponden á dos entidades bien definidas.

En todo caso, vengan barbarismos, antes que sacrificar la primera cualidad del lenguaje científico, que es la precisión.

Y por eso decimos nosotros, quedándonos en nuestro caso particular y poniendo esta fe erratas en la forma consagrada:

DONDE DICE

LÉASE

Carbúnculo... CARBÓN.

Carbunco..... CARBÓN.

*Carbunculo*so. CARBUNCOSO ó CARBUNCAL.

(No hay necesidad de *carbonoso*, porque se puede decir, p. ej., sin dar lugar á confusión, que *las enfermedades carbuncosas del hombre son tres: el carbunclo, el carbón y el edema maligno.*)

R. P.

*- *Pústula maligna* no figura en el Diccionario; pero véase la definición de *pústula*, que es curiosa: "PUSTULA ó POSTILLA. (Del lat. *pustula*). f. Costra que se cría en las llagas ó granos cuando se van secando".



DOCUMENTOS RETROSPECTIVOS

MEDICINA LEGAL

AVERIGUACIÓN DE LA IDENTIDAD EN UN CASO DE HOMICIDIO

Exposición de los Dres. M. Vicente de la Roche y Manuel Uribe Angel

PRESENTADA CON FECHA 30 DE MAYO DE 1860

El Sr. Juez del Crimen ha presentado á nuestro examen en calidad de peritos, los objetos siguientes:

Un conjunto de huesos, un poncho manchado, los restos de una camisa, pedazos de calzoncillos, un pantalón, una correa de cuero, un pañuelo blanco de algodón y varias otras piezas en las cuales nos hemos ocupado poco, por ser de importancia secundaria.

Con el fin de responder convenientemente á las cuestiones formuladas por los magistrados, hemos procedido á estudiar concienzudamente cada uno de los objetos á que nos referimos, para deducir al fin las consecuencias ciertas ó probables que de tal estudio resulten.

1.^a *Los huesos pertenecen á un cadáver humano* porque el cráneo, los huesos de los miembros, sus dimensiones y la manera de articularse, presentan los caracteres generales que distinguen el modo de ser del hombre, y no permiten confundirlos con el modo de ser de los animales de una esfera inferior:

2.^a *El esqueleto es de un hombre* y á este conocimiento hemos llegado por las observaciones que se expresan: huesos largos y fuertes; impresiones de las inserciones musculares bien marcadas; articulaciones gruesas; senos frontales prominentes; esternón con seis caras articulares, mientras que en la mujer solo hay cuatro ó cinco; y las clavículas grandes y encorvadas. En los huesos de la pelvis se nota lo que sigue:—los iliacos son poco abiertos y se inclinan hacia adentro, la S que forma la cresta de este hueso, es muy contorneada; la sínfisis del pubis es alta, las tuberosidades isquiáticas aproximadas: los diámetros de la pelvis son proporcionalmente más pequeños que los de una mujer de igual talla; así, el ántero-posterior tiene 3 pulgadas 10 líneas, debiendo ser, poco más ó menos, en la mujer bien conformada, de 4 pulgadas: el diámetro transversal tiene 4 1/2 pulgadas, y el de la mujer debiera ser de 5 y los oblicuos son de 4 pulgadas 2 líneas: si fueran de mujer deberían ser de 4 1/2 (medida francesa antigua). Por último, la faz anterior del sacro es poco cóncava, y para corroborar el aserto de que es realmente el esqueleto de un hombre, agregamos á estas señales positivas las circunstancias de que el pelo encontrado en el esqueleto es corto (tres pulgadas y media), de que lo acompañaban algunas piezas propias de vestido de hombre, como calzoncillos, pantalones, camisa y ruana.

3.^a *La edad del hombre á quien correspondía este esqueleto*, por término medio la calculamos entre 25 y 35 y aun pudiéramos avanzar más comprendiéndola entre los 28 y 33 años. Las razones que apoyan nuestra opinión son: la de haberse casi completado la soldadura de la primera vértebra del sacro con las demás, y por la unión de los discos epifisarios de las vértebras. No tiene menos de 25 años, por la imposibilidad de separar la epífisis marginal del hueso íleon, por estar unido perfectamente el cuerpo del esfenoides al occipital y porque se hallan soldadas muy bien las tres piezas de la tibia. No tiene 40 años porque el apéndice xifoides no está unido al esternón.

4.^a *El cadáver ha quedado inhumado y tendido sobre la espalda*. Esto lo creemos demostrado porque muchísimos de sus ligamentos, pedazos tendinosos de los músculos, piel desecada en las extremidades y la destrucción total de la parte posterior de la camisa, no nos permiten dudar. Para abundar en esta demostración, observamos que parte de la piel del pie derecho se halla vuelta al revés, y envuelve las extremidades de los dedos, porque las gallinazas devoraron el cadáver, buscando los últimos restos musculosos hasta las extremidades de los dedos arremangando la piel.

5.^a *Nos inclinamos á creer que el término medio del tiempo que el cadáver quedó expuesto á la influencia de los agentes físicos, pudo ser de tres á cinco semanas*. Si no expresamos esto en forma más afirmativa, es porque la parte de la medicina legal referente á la putrefacción de los restos humanos bajo circunstancias diversas, no nos presenta puntos de comparación para poder ser más explícitos; pero los restos de tendones, ligamentos y piel, el color de los huesos, la conservación de la grasa en algunos de ellos, y razones de analogía, por lo que diariamente vemos con los restos de los cadáveres de los animales expuestos en nuestros campos, nos han traído á esta conclusión. Hemos reforzado esta creencia con una obrervación personal, habiendo expuesto antes un hueso humano las influencias de los agentes físicos durante dos ó tres meses y comparando sus cambios sucesivos de color con el estado de los huesos sometidos á nuestro examen.

6.^a *La altura ó talla del individuo á quien pertenecieron los restos ha debido ser de 1 m. 66 (62 varas tres pulgadas medida granadina ó 1 vara 35 pulgadas medida colombiana ó española)*. A este resultado hemos llegado del modo siguiente: midiendo primero aisladamente el fémur, la tibia y el peroné, luego el húmero, cúbito y radio, y comparando estas medidas con el cuadro hecho por el Sr. Orfila con este fin, medida que ha salido con solo dos centímetros de diferencia cuando la hemos tomado directamente en el esqueleto. Esto equivale á decir que el sujeto era de estatura mediana.

7.^a *El individuo en cuestión era delgado*. El examen minucioso hecho del cuello y puño de la camisa, de la pretina de los pantalones y la longitud de la correa de cintura con que los sostenía, nos han hecho pensar así.

8.^a Es muy probable que la persona de que se trata fuera zurda, y esto en razón de que la columna vertebral se encuentra con su curvatura lateral hacia el lado derecho, mientras que los que usan más de su mano derecha la tienen al lado izquierdo. Corroboramos esto con la mayor amplitud de la faceta articular del esternón en la clavícula y con el mayor grosor de la extremidad interna de este último hueso y del mayor tamaño del omoplato izquierdo.

9.^a *Estado de salud.* No podemos asegurar nada respecto á si este hombre, que nos parece en general de una organización débil, fuera habitualmente sano ó enfermo: sólo si pensamos que debe haber sufrido mucho de la dentadura. Apoyamos esto por la observación detenida que nos ha convencido del mal estado de las mandíbulas en la parte llamada arcadas dentarias; señales que quedan siempre por consecuencia de las enfermedades de este género. Así se ve que en la parte izquierda del maxilar superior faltan todas las muelas, habiendo apenas dos pequeños raigones, y en el maxilar inferior faltan todas las del lado derecho. No hay más que dos muelas íntegras, lo demás son raigones. Por estas razones, dicho hombre ha debido tener la cara sumida de los lados. Los dientes, más ó menos alterados, subsisten aún.

10. *Raza.* Hemos medido el ángulo facial que nos ha dado 82°. El pelo encontrado es negro, ordinario, ligeramente rizado, cortado con descuido, con una que otra cana y del largo ya dicho. Esto nos induce á creer que el sujeto era mestizo; sin poder sin embargo decir categóricamente qué raza predominaba en él, si la blanca, la negra ó la americana, aunque sí nos parece que la blanca no entrara por mucho en su organización.

11. Aunque hemos asegurado que el esqueleto es evidentemente del sexo masculino, tenemos que observar que hemos hallado algunos caracteres aproximados á las señales que distinguen la mujer: así, los fémures tienen una curvatura pronunciada hacia adelante, el arco del púbis es bastante ancho, la diferencia en los diámetros de la pelvis de poca consideración y el agujero subpubiano, ovalar en el hombre, se aproxima al triángulo en este caso. De ello se puede deducir que este hombre era afeminado en su modo de andar, mucho más si se considera, como ya está dicho, que su musculación era débil.

12. *Examen de las manchas del poncho.* Nos hemos convencido que tales manchas son de sangre y para lograrlo hemos puesto en ejecución dos métodos tenidos como ciertos por la ciencia médica; el primero es el del Sr. Orfila y el segundo el del Sr. Lelann.

Por el primero: cortamos seis listoncitos como de una pulgada de largo y algunas líneas de ancho; los pusimos en cantidad suficiente de agua de lluvia, recogida con precaución, para que fuese igual á la destilada. Dicha agua se coloró de rojo turbio y no era ácida porque no enrojeció el papel de tornasol: parte de ella fue calentada á la lámpara de alcohol y después de agregarle una gota de ácido acético para neutralizar sus sales alcalinas, se tornó opalina; después de enfriada agregámos al líquido unas gotas de solución

de potasa y recobró su transparencia tomando un color *amarillo verdoso*. Hecha esta operación, pusimos al mismo licor unas gotas de ácido clorhídrico y precipitó la albúmina con los caracteres propios de la que contiene la sangre. La solución acuosa no cambió su tinte rojizo con el amoniaco y también precipitó en copos blancos sucios con la adición de unas gotas de ácido nítrico á una temperatura elevada.

Por el segundo método: Pusimos dos pedacitos del poncho, manchados, en alcohol acidulado con ácido sulfúrico puro, lo elevámos á un calor suave y el líquido se tinturó en *bruno ó moreno*: un ligero exceso de amoniaco hizo pasar este tinte al *rosado bien manifesto*. La solución alcohólica evaporada hasta la sequedad dejó un residuo negro resinoso, soluble en éter acético, y en alcohol amoniacal que coloró en *rojo oscuro*. La misma solución alcohólica de las manchas del poncho evaporada hasta la sequedad y calcinada en una cápsula de platino en la lámpara de alcohol, nos dió un residuo *color de ladrillo*, el cual disuelto en ácido clorhídrico *puro* y tratado por el ferrocianuro amarillo de potasa nos dió un precipitado azul muy sensible.

Hemos examinado también un pañuelo blanco que nos fue dado. Está manchado en diferentes puntos con un color rojizo sucio, semejante á manchas de sangre viejas y alteradas. Sometidas estas manchas á reacciones análogas á las ya indicadas para el poncho, nos han dado resultados poco claros que nos dejan duda sobre la existencia real de sangre. El aspecto físico de las manchas del poncho nos ha parecido ser claramente el de la sangre desecada; pero como en asuntos de esta importancia ese solo dato no tiene mucho valor, hemos trabajado como queda expuesto con el fin de llegar á la certidumbre. Las diferentes reacciones que químicamente hemos obtenido, son características en este asunto. El precipitado opalino está formado por la albumina; los diferentes tintes producidos por los reactivos, la materia negra resinosa, el residuo color de ladrillo son fenómenos constantes, obtenidos cuando se viene á demostrar la presencia de la sangre en un cuerpo dado; el amoniaco no tiene acción sobre el color de la sangre. El precipitado azul á que hemos aludido, revela el fierro contenido en ella. Hacemos esta aclaración para ser mejor entendidos y agregamos que no contentos con esto, hemos ocurrido á las observaciones microscópicas y para ello sometimos un pedacito manchado del poncho á la maceración durante dos días en solución concentrada de sulfato de soda. Raspado dicho pedacito de poncho con la extremidad de un cortaplumas, ligeramente comprimido en el portaobjeto y puesto el líquido exprimido así en el foco del microscopio, nos ha hecho ver hasta por tres veces los glóbulos de la sangre perfectamente determinables, y tan claros que siendo esta experiencia considerada por los hombres de la

ciencia como infalible, y uniendo á ella las observaciones químicas ya mencionadas, no tememos declarar rotundamente que las manchas sometidas á nuestro examen son de sangre.

13. *Estado del poncho.* El poncho ó ruana sometido á nuestra observación es de hilo, compuesto de dos paños, fondo rojo listado de blanco y azul, un poco viejo, bastante usado; con desgarraduras grandes recientes y hechas como con violencia en las partes laterales y en la unión de los dos paños hacia el cuello; rotas sus costuras en la mayor parte, revelando también violencia, ligeramente manchado de lodo y con las manchas sangrientas á que hemos aludido. Dichas manchas presentan el aspecto siguiente: cerca del cuello están en gran cantidad y como destenidas por las lluvias; hacia abajo se ven gotas y manchas directa y oblicuamente como de un chorro que hubiera rodado en diferentes direcciones, dejando estampada la marca de su tránsito. Esto sucede tanto en un lado como en otro, aunque predomina en la parte que suponemos exterior, siendo de notarse que aunque las dos caras están manchadas, no lo están igualmente, lo que se debe quizá á que al tiempo de ser manchado lo fue más directamente por una cara, y por imbibición por la otra; sin que esto excluya la certidumbre de que por todas partes hay manchas que se deben al contacto directo de la sangre.

La camisa y los calzoncillos no dejan sino muy pocos restos manchados de lodo é impregnados de sustancias animales en putrefacción.

El pantalón de manta presenta algunas desgarraduras, quizá hechas por el pico de las gallinazas al tiempo de devorar el cadáver.

En los huesos han faltado para estudiar como importantes, dos vértebras y tres costillas. Una vértebra y un hueso pequeño, nos han sido presentados en estado de calcinación, y suponemos que habiendo sido recogidos después de los primeros, en el intervalo se quemó la basura del arado y los huesos en parte con ella.

En resumen: creemos que los restos que se han presentado á nuestro examen son de un hombre; que este hombre tendría como de 25 á 35 años; que era de estatura mediana, delgado, de musculación débil, afeminado tal vez en el andar, de mala dentadura, de pelo negro ligeramente rizado; y presumimos que ha podido ser zurdo, sumido de carrillos, mestizo de raza y de color moreno.

Creemos que la muerte no ha sido natural, ni por suicidio, ni fortuita.

Creemos que ha sido muerte violenta. La existencia de la sangre en el poncho, sus desgarraduras laterales, la ruptura de sus costuras, la situación, forma y dirección de las manchas de

sangre muestran, á nuestro entender, que hubo ataque y defensa, y que hubo herida ó heridas hechas con instrumento cortante ó punzante, más bien con el primero que con el segundo. Como leve conjetura, pensamos que el golpe ó golpes fueron dados en el cuello y como presumible que fueron también en el pecho.

No podemos decir terminantemente el modo y manera como se cometió el crimen, porque carecemos de datos suficientes; pero creemos que ha habido un crimen. Si la falta de algunos huesos no existiera, quizá podríamos avanzar un poco más en los detalles. La falta de un reconocimiento oportuno y á tiempo del lugar en que fueron hallados los restos, contribuye no poco á dejar incompleta la verdad en algunas de sus faces.

Las cuestiones puestas por el Sr. Procurador y trasmitidas á nosotros por el Sr. Juez del Crimen, quedan contestadas de un modo más ó menos afirmativo: lo cierto como cierto, lo dudoso como dudoso. Dos cuestiones, la de saber la profesión y la condición del individuo quedan sin tocar. Nada, absolutamente nada podríamos avanzar sobre esto, que no fuese temerario. El sumario tal vez será más luminoso sobre este punto, siempre que lo que nosotros digamos ahora, de acuerdo con las investigaciones judiciales posteriores, pruebe la identidad de la persona á quien pertenecieron los restos con Miguel Ribera, muerto presunto en esta cuestión.

Nos abstenemos de formar juicio sobre el mérito del sumario levantado, según lo desea el Sr. Procurador. Este juicio á poco conduciría, se separaría del círculo de nuestros conocimientos y entraría redondamente en el dominio de la jurisprudencia: nuestra opinión sería la opinión del vulgo en esta materia. Las aclaraciones que hemos hecho ciñéndonos á lo que enseña la ciencia, la actividad y tino de los magistrados y su celo por favorecer la inocencia y castigar al criminal, descubriendo limpiamente la verdad, es lo que debe obrar más en el asunto. Nosotros damos opiniones generales de acuerdo con nuestra conciencia y con nuestro deber: si son útiles, al magistrado toca valerse de ellas con destreza y prudencia, para presentar victoriosa la soberanía de la justicia. Hemos tenido especial cuidado, hemos hecho estudio particular al tiempo de nuestras indagaciones, de separarnos del texto de las exposiciones del sumario, de olvidarlas en todo lo posible por temor de hacer deducciones á priori, que lleven el sello de la parcialidad y de la prevención, y hemos procurado ajustarnos única y exclusivamente al tenor de las reglas y principios de la medicina, para que nuestra conciencia quede tranquila en asuntos que creemos de gravedad. Por otra parte, nosotros sabemos poca cosa en relación con Miguel Ribera, pues que el sumario mismo es incompleto respecto á su filiación y su persona nos fue absolutamente desconocida. Hablamos en general de los restos

examinados y delineamos en consecuencia las señales de una persona á quien pueden haber pertenecido estos restos. Si la igualdad y semejanza de esa persona, la identificare con Miguel Ribera, los magistrados obrarán de acuerdo con sus deberes.

En conclusión, creemos deber decir al Sr. Juez, que en nuestra opinión, el modo más propio de proceder en la cuestión de identidad consiste en hacer levantar un interrogatorio, formulando las preguntas al tenor de los principales hechos de nuestra exposición, hacer resolver estas preguntas por parientes ó personas allegadas íntimamente á Miguel Ribera y confrontar las respuestas que éstos dieren bajo de juramento, con la resolución que nosotros hemos creído oportuno y justo exponer. Si de la comparación resultare que todo ó la mayor parte de lo dicho por ellos, así como la fe de bautismo, se hallaren de acuerdo con lo que pensamos, la cuestión de identidad quedará clara. Si por el contrario, hay un desacuerdo total en todo, nosotros pensamos que Miguel Ribera no es el individuo dueño de los restos. Respecto á la violencia de la muerte y á la perpetración de un crimen, los magistrados juzgarán nuestra opinión como á bien tengan.

P. S.

La identidad de la persona fue comprobada perentoriamente en virtud de lo expuesto y por declaraciones de testigos competentes.

La causa estaba á punto de sobreseer por faltar pruebas: el juicio siguió sus tramitaciones consiguientes, el reo fue condenado á doce años de presidio y, solicitado por el defensor para continuar la defensa, renunció el derecho de apelación. Más tarde confesó su delito, y dijo que había degollado á Ribera con una navaja de barba.



122

MEDICINA DOMESTICA

FLEMON DE LAS GLANDÚLAS MAMÁRIAS.

Esta enfermedad se denomina también *infarto lácteo*, reuma ó flujión de los pechos y se desarrolla casi exclusivamente en los primeros días del puerperio y en todo el curso de la lactancia.

La estancación de la leche en los pechos ; cualquier traumatismo ó magullamiento ocasionado por compresión, ó golpes ; las maniobras imprudentes que se ejercen sobre estos órganos excesivamente delicados y sensibles para extraer la leche, cuando adolecen de una viciosa conformación; la irritación que con frecuencia produce el niño al mamar; el desabrigo y una impresión repentina del aire frío, son; puede decirse sin exageración, las causas eficientes ó determinantes de la terrible dolencia en que vamos á ocuparnos.

Las primeras señales de esta inflamación, limitada, las más veces, al tejido celular que rodea la glándula, se manifiestan por calofríos, dolor en el cuerpo y especialmente en algún punto del pecho, con hinchazón, dureza y rubicundez en parte ó en toda la extensión del órgano. Rápidamente adquiere el dolor una intensidad extremada, se infartan y se ponen adoloridos los ganglios debajo del brazo, se repiten los calofríos, se avivan las dolencias, aparece agudo dolor de cabeza y se desarrolla una fiebre intensa.

Lo que acabamos de decir es característico de la enfermedad en su primera evolución. Si no se atiende debidamente y se pierde el tiempo con aplicaciones inútiles, intempestivas y como acontece muchas veces, empíricas é incendiarias, continúa su curso la inflamación, que frecuentemente termina por supuración, comprometiendo la glándula y ocasionando largos y penosísimos sufrimientos, que solo pueden moderarse con la asidua y esmerada asistencia de un médico hábil.

Para hacer abortar la enfermedad, es decir, para hacerla desaparecer en su principio y evitar las consecuencias fatales de la supuración, he usado durante muchos años en infinidad de casos, con éxito completo, casi infalible, el siguiente sencillo tratamiento :

Desde que se presentan los primeros síntomas, se aplican sobre el pecho adolorido, paños empapados en el líquido ó composición que en seguida se expresa :

R.

Acetato de plomo.....	2 dracmas.
Alcohol alcanforado.....	3 onzas
Láudano de Rousseau.....	100 gotas.
Agua pura.....	18 onzas.

M. y rot. APÓSITOS.

La aplicación de estos apósitos ó paños, que deben usarse fríos ó ligeramente tibios, se hará cambiándolos cada cinco ó diez minutos, permanentemente, hasta que cedan el dolor, la rubicundez

dureza del pecho. Este debe bañarse con agua tibia y el auxilio de una esponja fina, cada vez que haya de mamar el niño ; precaución que es indispensable para evitarle á éste un posible envenenamiento.

Al propio tiempo que se insiste en el uso de los apósitos, se administrará un purgante salino, que podrá ser de una onza de sulfatos de soda ó de sulfato de magnesia ó unos polvos de Seidlitz.

Setendrá especial cuidado de desahogar los pechos de la gran cantidad de leche que frecuentemente se halla estancada en ellos, haciendo mamar al niño y extrayéndola con las debidas precauciones.

Como se ve, el tratamiento que se aconseja es enteramente clásico y racional y al alcance de las familias.

Yo debo el conocimiento de la fórmula de los apósitos que recomiendo como infalibles, para combatir la enfermedad ó aguda dolencia en que me ocupo, al distinguido y eminente caballero inglés Dr. Jorge Williamson, sabio médico de la Universidad de Edimburgo, connaturalizado en Rionegro, en donde ejerció su profesión por largos años con esa benevolencia, amabilidad y tino que le eran peculiares, y dejando en el corazón de todos los hijos de aquella ciudad imperecederos recuerdos de gratitud y veneración por sus virtudes y por su carácter de verdadero benefactor de la humanidad.

Medellín, Mayo 1889.

RAFAEL CAMPUZANO.

BERIBERI

EPIDEMIAS DE JUNIN Y LA HERMOSA

A mediados del año pasado el Sr. Director de la Compañía Minera reunió en consulta á los Dres. Manuel Uribe A. y Manuel V. de La Roche solicitando su concepto acerca de una enfermedad grave, aparecida en los Establecimientos de Junín, cerca de Cruces de Cáceres.

Los Dres. Uribe y de La Roche, después de tomar conocimiento de los datos suministrados por carta del jefe de los Establecimientos y de examinar prolijamente dos mineros venidos de aquella localidad, formularon el diagnóstico de *beriberi*, y expusieron algunas consideraciones relativas á la etiología, á fin de apoyar en ellas el tratamiento que juzgaron conveniente.

Más tarde recibimos una relación detallada de los síntomas observados en Junín, la cual presentamos ahora en primer término, agregándole algunos párrafos de la consulta aludida que le sirven de complemento.

Van en seguida las observaciones del Dr. Tamayo y el respectivo informe de una comisión académica.

No dudamos de que nuestros lectores verán con gusto estos interesantes estudios, cuya publicación no se había hecho antes por haberse traspapelado uno de los originales.

I

Informe

DIRIGIDO AL SR. DIRECTOR DE LA COMPAÑÍA MINERA DE ANTIOQUIA
POR EL SR. D. FRANCISCO H. PARRA.

He leído y estudiado detenidamente el informe de los sabios y respetados profesores que reunidos en junta, dieron su opinión sobre la naturaleza y causas de la enfermedad que inesperadamente vino á trastornar los trabajos de esta importante empresa, é indicaron el tratamiento preventivo y curativo que debe seguirse.

Ellos, con justísima razón, desean más datos sobre los síntomas y marcha de la enfermedad, para poder fijar bien el diagnóstico; pero desgraciadamente, no hay en este lugar en la actualidad ninguna persona que tenga siquiera ligeros conocimientos médicos, y yo sólo puedo indicar los signos que se ofrecen al común de las gentes.

En todos los enfermos hay hinchazón, pero los primeros síntomas de mal no son en todos unos mismos. En algunos empieza por inapetencia, estreñimiento, una ligera molestia en el epigastrio, deseo de quietud, abatimiento moral, debilidad en las piernas y cansancio para caminar. Después viene la hinchazón, que en los primeros días es ligera, se muestra primero en las piernas, no siendo apreciable al tacto sino de medio día para adelante. Generalmente por la mañana, al levantarse el sujeto de la cama, las pantorrillas están flojas y no dejan señal alguna á la presión, enteramente como en el estado de salud. Poco tarda sin embargo en hacerse constante el edema, en manifestarse en la cara, algunas veces *no siempre* en el estómago, y ya, al tocar al fin de la enfermedad, en el pecho y en las espaldas.

En otros el edema es el primer síntoma que se presenta; pues comen y duermen bien y no les falta disposición para trabajar.

Para algunos, y estos son los casos más graves, la hinchazón principia por la cara, manifestándose especialmente en las mejillas, nada ó casi nada en los párpados. No es muy considerable, y se necesita conocer mucho la persona ó la enfermedad, para notarlo; pero el semblante toma un aspecto particular que no sé definir: labios amoratados, ojeras muy pronunciadas que dan como visos azules, y en toda la cara, en un fondo lívido, manchas azulosas muy imperceptibles examinadas detenidamente, pero muy notables al golpe de vista.

Todos los obreros que han muerto en esta empresa, han presentado los últimos síntomas que acabo de indicar. Ninguno tuvo fiebre, ni se redujo á la cama sino 2 ó 3 días antes de espirar.

Jenaro Espinosa, que fue el primero en quien se presentó la epidemia actual, y que falleció, sintió en sus últimos días un dolor muy agudo sobre el bazo, que desapareció como 20 horas antes de morir. Para los demás no ha habido dolor, á no ser que llamemos así á esa horrible desesperación que no deja un instante de sosiego á los enfermos, luchando por no sufocarse.

Todos sienten llenura y se cansan de pedir mas no de tomar purgantes, que sin embargo los dejan en su mismo estado. Ninguno tuvo fiebre durante la enfermedad. Todos han tenido palpitaciones muy fuertes é irregulares en los 3 ó 5 últimos días de la vida. Los tres últimos muertos aquí, han tenido vómito 8 ó 12 horas antes de morir (muerte que ellos desean con la esperanza de descansar) y espiraron en la última arcada arrojando una sustancia verde, como yerba mascada, muy diferente en apariencia, á la bilis. Dispnea manifiesta no se declara sino en los últimos días.

A Nicanor Jiménez se le notó hinchazón en la cara el 25 del mes pasado; días después, se le presentó en las piernas, pero poco notable, y pronto desapareció. Desde entonces se le suplicó que se saliera de Cruces con tiempo, por juzgarlo grave; pero él se sentía sano y no hizo caso. El 15 de los corrientes quiso trabajar, pero á poco de empezar se le declararon fuertes palpitaciones y no pudo continuar. Dejó el trabajo, pero no se redujo á la cama. El 16 por la mañana, muy contra su voluntad, por no creerse malo, emprendió marcha á caballo y acompañado. Almorzó regularmente en el camino continuó contento y sin novedad hasta Bejuquillo, vía de Yarumal, legua y media antes de llegar á la posada de su primer jornada; allí, estando montado, le dió un vahido, cayó de la bestia, vomitó mucho, y después montó por sí mismo, continuando su camino, contento. Como á 2 cuadras de distancia de la casa de hospedaje, de repente se sintió muy malo, con fuertes palpitaciones: sin embargo el mismo se apeó de la bestia y se acostó en el corredor de la casa. El compañero lo trasladó á la cama á las 6 de la tarde; Jiménez sintió dolor en los riñones, poco después en el pecho, pidió agua, se le declaró la dispnea y á las diez de la noche espiró.

Juan B. Viana empezó á hincharse, por las piernas y la cara, á principios del mes pasado, lo que paulatinamente se fue extendiendo á todo el cuerpo: el 3 de los corrientes, que salió de aquí á caballo y acompañado, estaba monstruoso: parecía que tuviera un volumen doble su cuerpo. Labios algo morados, pero no hinchados, buen apetito, ningún dolor, cansancio para respirar, debilidad extrema en las piernas: siendo un hombre fuerte y de estatura regular, necesitó taburete para montar; nada de aprensión por el estado de su salud. Esto fue lo que pude estudiar en él. Su primer jornada la hizo de Bejuquillo, (4 leguas); pasó, noche horrible, ahogándose: con almohadas y enjalmas hubo que arreglarle cabecera, porque todas las que le daban le parecían pocas. Mejoró al amanecer, durmió algo y continuó su camino. Por Raudal pasó regularmente; llegando á Yarumal se le encontró un arriero, y ni notó que fuera

enfermo; otro dice que llegó á Santa-Rosa muy malo. Con Viana hablando de su hinchazón, supé que lo había atacado otra vez. Alejandro Villa, herrero, estaba trabajando el 23 del mes pasado; como á las 2 de la tarde viendo que algunos de los que llegaban á la fragua, impresionados con la enfermedad, se examinaban las piernas, hizo lo mismo: le quedó bien marcada la impresión de un dedo, é inmediatamente dejó el trabajo. Al día siguiente muy de mañana partió para Remedios. Llegó casi bueno á Segovia (Tierra-Adentro); pero á los dos días estaba hinchado hasta el pecho.

A Juan Chaverra, que murió en Junín el 19 de Septiembre del año pasado, le dijo un buen médico que su enfermedad era dilatación del corazón y le recetó tintura de Marte tartarizada, hierro reducido y no recuerdo qué otras cosas. Después de eso vivió por aquí como 2 años, con intermitencias de salud y de enfermedad, pero rara vez le faltó hinchazón en los piés y en la cara. Es el único de los enfermos que hemos tenido á quien se le han hinchado los piés.

Poco tiempo después tuvimos la pérdida de Epitacio Vargas. Estaba entonces yo en esa ciudad, pero me cuentan que sucedió así: trabajó cargando madera pesada para los socavones (palancas) hasta las 2 de la tarde. No sabía que estuviera hinchado, ni él se consideraba enfermo. A esas horas declaró que no podía continuar y tomó su cama. El Dr. Juan B. Tamayo, de Santa-Rosa, que entonces estaba aquí, declaró que era la misma enfermedad de Juan Chaverra y que tenía ya palpitaciones mortales. A las 36 horas murió.

Con excepción de Celestino Honorio, de ningún otro de los hinchados que han huído he tenido noticia hasta hoy. Casi todos, con los primeros síntomas han partido, por lo que los creo libres.

Entiendo que la auscultación y la percusión suministran datos preciosos en esta clase de enfermedades, pero yo nada entiendo de eso.

Anteriormente tratábamos aquí esa enfermedad como hidropea: con purgantes, diuréticos y sudoríficos; después de la declaración del Dr. Villamizar á Juan Chaverra, con digital, café, purgantes y hierro. Pero ni una sola curación se ha obtenido, por lo que siempre he aconsejado y suplicado á todo el que considero con esa enfermedad, que cambie de clima. Y más fuerza me ha dado para proceder así, el saber que ninguno de los que han logrado llegar á Anorí hasta ahora, ha muerto. Y esto ha sucedido no solo con mis enfermos, sino también con los de La Hermosa, en el tiempo en que se ha presentado igual ó muy parecida epidemia allí.

Comprendiendo que no puedo dar los datos suficientes para que sea bien definida la enfermedad, por falta de conocimientos médicos, he juzgado conveniente presentar hechos, que estudiados por los profesores que con tanto acierto ha elegido usted, bien pueden servir para clasificarla.

He examinado escrupulosamente y repetidas veces, de la manera indicada en el informe de los Sres. Médicos las orinas de 3 enfermos que había cuando llegó, y uno de los cuales (Francisco Rave), tenía hinchado ya todo el cuerpo, pero no se obtuvo precipitado alguno, ni hubo reacción sensible á la vista. Este salió para Remedios, y sé por carta de él mismo recibida ayer, que á Zaragoza llegó muy hinchado de las piernas, pero que no había tenido palpitaciones, y que se sentía con disposición de continuar su camino. A los otros dos solo se les había presentado en las piernas: uno de ellos, Juvenal Velilla, desde antier está completamente bueno, no habiendo hecho uso de otro medicamento que de *ron de Barranquilla* con quinina, á la dosis indicada en el informe, á almuerzo y comida; el otro, Lázaro Yepes, pasa días completamente deshinchado, pero tiene otros en que el edema le vuelve á las piernas. Ayer y hoy ha estado bueno. Ambos están trabajando, y no han perdido tiempo por la enfermedad.

Las acequias hace 2 meses están perfectamente limpias. La del Carmen, que es la de que más uso hacen los peones, por ser la que pasa por la cocina de ellos y la que queda más próxima á los lugares de trabajo, lo ha estado siempre; pues debido al desnivel ó corriente que se le dio, el que es uniforme en toda su extensión y sin ninguna estancación, toda hoja ó maleza que cae á ella, aun cuando sea en la represa, viene á las máquinas, sin que tenga tiempo de entrar en descomposición. Es sin embargo de notar la circunstancia de que en diez años se ha hecho uso casi exclusivo del agua de Cañada-Honda, y apenas hace uno y tres meses que se emplea la del Carmen, y hasta ahora no se vino á presentar la enfermedad como epidémica. Pero añadiré también que entre los enfermos hay algunos que no usaron el agua del Carmen sino transitoriamente. Yo me bañaba en esa agua todos los días cuando estaba en los trabajos y la usaba como bebida, y no he tenido otra novedad que la que se me presentó á principios del mes pasado: entumecimiento y debilidad en las piernas; al subir, cansancio en las corvas; neuralgias en las piernas, brazos y pecho, y dolores en el bazo; pero todo ha desaparecido por completo.

Los socavones están bien ventilados, y en la actualidad con pocas maderas podridas, de las que se destinan á la seguridad. Por otra parte, algunos hinchados como Honorio y Alejandro Villa, ni siquiera conocen los socavones.

No tenemos pantanos en el Establecimiento, ni maderas cerca en putrefacción. Pocos casos se presentan de fiebres y no pasan de ser intermitentes, cuyo fácil y eficaz tratamiento nos es conocido.

Hace 5 días que no se presenta enfermo nuevo; hace 6 que estamos haciendo uso del ron con quinina á almuerzo y comida y tomando el agua hervida.

Junín, Marzo 27 de 1888.

II

Consulta.

MEDIOS PROFILÁCTICOS.—Deben someterse las aguas que se beben en los Establecimientos mineros al fuego, dándoles un hervor antes de hacer uso de ellas. Puede practicarse esta operación con anticipación uno ó dos días, para beber después el agua fría.

A los que hayan tomado el agua sin esta precaución, puede administrárseles antes de almorzar y de comer una copita de buen ron con quinina, ó bien con licor arsenical de Pearson (ambas sustancias microbicidas). A una damajuana de ron se puede mezclar una onza de buena quinina de Pelletier, ó bien á cada copita de ron diez á veinte gotas de licor arsenical de Pearson.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN SU PLENO DESARROLLO.— Dos curaciones obtenidas aquí felizmente en años pasados en la casa de hospedaje del finado Joaquín Escobar, autorizan para dar algunas reglas oportunas. El Sr. Rueda, santandereano, muy conocido en los montes y el Sr. Freydel, alemán, que hizo el puente de Samaná, vinieron con anasarca á último grado. A ambos se les administraron altas dosis de quinina (uno á dos gramos diarios,) y por bebida ocho gramos de chireta en infusión, y al cabo de pocas semanas sus hinchazones desaparecieron.

A la vez deben darse tónicos: preparaciones de quina, como la conocida poción de Jaccoud:

Extracto de quina.....	4 g.
Alcohol ó coñac.....	30 g.
Vino tinto de Burdeos.....	150 g.
Tintura de canela.....	8 g.
Jarabe de cortezas de naranja agria.....	30 g.

M. Se da una cucharada cada dos horas.

Por alimento, en especial leche y carne de res, preparaciones de trigo ó de maíz y alimentos bien nutritivos.

Cuando la anasarca amenaza sufocación, puede administrarse aguardiente alemán (ó la tintura de jalapa compuesta, que es lo mismo): una ó dos cucharadas al día, hasta producir abundantes evacuaciones alvinas. Se suspende uno ó dos días según las fuerzas del enfermo.

No cren los infrascritos conveniente la administración de la digital, que en Cruces de Cáceres se ha recetado, pues su acción sobre el corazón puede acelerar la muerte, y aumenta la pérdida de albúmina por las orinas, por la diuresis consecutiva.

En los intermedios de los purgantes ó en los días en que se purgan, puede darse á los enfermo un gramo de tanino con diez

centigramos de nuez vómica pulverizada, en vino tinto. (Esto evitara la gran pérdida de la albúmina de la sangre).

En resumen de todo lo expuesto:

1.º Deben asearse las acequias que llevan las aguas potables, con muchísimo esmero.

2.º Estas aguas, antes de beberlas los jornaleros, deben ser hervidas.

3.º Los que las han usado sin la anterior precaución, deben tomar dos veces al día buen ron ó ginebra con quinina ó con licor arsenical, á las dosis ya indicadas.

4.º Tratar la anasarca con altas dosis de quinina, con chireta, con tónicos—en especial las preparaciones de quina—, con tanino ó nuez vómica, y ocurrir á los drásticos ó catárticos, cuando el enfermo se halla en el *sumum* del peligro.

5.º Por pura precaución, los enfermos en quienes empieza á desarrollarse el mal deben trasladarse á sitios sanos y en donde haya leche, que debe ser la base principal de la alimentación.

Medellín, 13 de Marzo de 1888.

MANUEL V. DE LA ROCHE.—MANUEL URIBE A.

III

Observaciones

DEL DR. JUAN B. TAMAYO T.

Con el nombre de "Hinchazón de *La Hermosa*" se ha conocido en Cruces de Cáceres y en las comarcas circunvecinas una temible enfermedad, cuyos caracteres principales son: anasarca, notable sobre todo en los miembros inferiores y en las paredes abdominales y torácicas; sensación de plenitud en el epigastrio, y terminación rápida en todos los casos en que ha sido mortal.

Diósele el expresado nombre porque, según parece, fue en la empresa minera llamada *La Hermosa*, no lejos de Cruces, donde apareció por primera vez en el Norte de la Provincia; últimamente apareció en *Junín*, y parece que, hasta hoy, no se ha mostrado en ninguna otra parte del territorio antioqueño.

Hace algo más de un año que fui á habitar en Cruces de Cáceres, en calidad de médico de algunas Empresas mineras, y muy pronto tuve noticia de dicha enfermedad; mas no había caso alguno en el cual pudiera estudiar prácticamente su naturaleza. Supe sí que todos los enfermos que abandonaban la comarca lograban verse buenos en muy pocos días, por lo cual eliminé, para

el diagnóstico, no sin algunas reservas, las enfermedades de corazón y además todas aquellas en las cuales el síntoma *hidropesía* no principia por los miembros inferiores.

A los pocos meses de mi residencia en Cruces fui llamado de Junín para ver á un enfermo afectado de anasarca, á quien creían algunos atacado de la "Hinchazón de *La Hermosa*". Hecho el examen general comprendí que no había sino una caquexia palúdica extremada y, á más, algunas placas mucosas en la bóveda palatina y la lengua: en poco tiempo estuvo curado con la medicación específica de la sífilis y luego con preparaciones arsenicales y ferruginosas.

Poco tiempo después me tocó asistir á otro enfermo, joven, carpintero, que aparentemente había gozado de buena salud. Cuando lo vi empezaba á quejarse del pecho; á poco principió la hidropesía por los miembros inferiores, y rápidamente se extendió á todo el cuerpo; practiqué el examen de las vísceras y hallé el corazón afectado de estenosis é insuficiencia mitral. Esta afección parece que, compensada, la sufría hacía mucho tiempo, pues supe que en otra ocasión había estado hinchado y el Dr. Villamizar, de Remedios, le había salvado la vida, después de hacer el mismo ó semejante diagnóstico. Todo tratamiento (digital &) fue ineficaz: menos de quince días después de haber principiado la hinchazón, murió el enfermo con todo el cortejo de síntomas propios de las enfermedades cardíacas.

En el mismo tiempo aparecieron tres ó cuatro individuos afectados de edema, poco considerable, de los miembros inferiores; pero como me constaba que habían estado durante varios días bajo la influencia del alcohol, privados del sueño fisiológico, de alimentos á horas competentes &., bastó imponerles alguna dieta y un régimen tónico para que el edema desapareciera.

Estos casos no dejaron de presentarse con frecuencia, sin otra incomodidad para los enfermos que algunos dolores, ó ligeros hormigueos en las piernas y debilidad para caminar.

Como se ve, hasta entonces, durante más de seis meses, no había presenciado otras enfermedades hidropígenas que paludismo, afecciones cardíacas, alcoholismo y miserias fisiológicas. Pero pasado ese tiempo tuve ocasión de observar un caso típico de beriberi, el cual me hizo creer que tal podría ser la "Hinchazón de *La Hermosa*", tan justamente temida.

Un joven de 20 á 22 años, de constitución fuerte, un poco inclinado á las bebidas alcohólicas, trabajador en Junín como todos los anteriores, se presenta á pedirme receta para una hinchazón que le ha aparecido en las piernas. Practico un examen general y no encuentro ninguna alteración orgánica, ni siquiera el sople anémico del cuello, tan común en esos climas; el enfermo siente adormecimiento en las piernas, interrumpido por dolores más ó

menos agudos. Le prescribo un purgante de escamonea, medicación tónica, algunos diuréticos, dieta adecuada y fricciones excitantes. No vuelvo á verlo sino á los tres ó cuatro días, es decir, cuando se me avisa que continúa enfermo y que ha tenido que reducirse á la cama: lo examino de nuevo y no hallo afección cardíaca ni fiebre; ratiocina bien, pero el ánimo ha decaído notablemente; las funciones intestinales se verifican con regularidad; la orina ha disminuído, pero tiene su color natural; el pulso es frecuente é interrumpido por instantes; la hidropesía se ha extendido hasta la base del tórax; el adormecimiento de los miembros inferiores, siempre interrumpido por dolores instantáneos (*éclairs douloureux*), ha aumentado; hay dispnea, y el enfermo siente en el epigastrio un gran peso. Prescribo inmediatamente una poción de 0,60 centigramos de polvo de hojas de digital y, además, café, lavativas purgantes, fricciones de linimento amoniacal, y agua de grama para calmar la sed. Al día siguiente, por la mañana, la acumulación de serosidad ha invadido el pecho, y, de una manera poco notable, el tejido celular del cuello y de la cara; la dispnea ha aumentado y es mayor la sensación de plenitud en el epigastrio. Por la noche hay verdadera ortopnea; los latidos del corazón son tumultuosos y se oye en la punta, á la auscultación, un soplo prolongado: suspendo la poción de digital. A la mañana del siguiente día el enfermo sucumbe. Aunque desee hacer la autopsia del cadáver, no la hice por temor de disgustar á algunos miembros de la familia.

Por haberme ausentado de Junín á fines del pasado año, no tuve ocasión de estudiar detenidamente la infinidad de casos de beriberi que, á principios del presente, constituyeron una verdadera epidemia; pero por lo que observé de ella, no vacilé ya en establecer el diagnóstico, atendiendo además á lo que de la "Hinchazón de La Hermosa" había oído referir al principio de mi permanencia en Cruces y al caso típico que me tocó presenciar.

De los de la última epidemia vinieron dos enfermos á Anori, á que yo les recetara. Uno de ellos no presentaba sino el edema de los miembros inferiores, y en pocos días estuvo curado con un régimen tónico. El otro presentaba una anasarca completa, dolores en los miembros, sensación de plenitud epigástrica y una debilidad extrema; el corazón y las otras vísceras se encontraban en buen estado, excepto el hígado que estaba notablemente congestionado. No quise recetarle al enfermo sino baños calientes aromáticos, aguardando, para perscribirle una medicación interior, que cesara en él la influencia del alcohol, que había tomado en exceso. Sé que se dió algunos baños, pero no volví á recetarla, porque siempre que lo veía en la calle estaba embriagado. El he-

cho es que á los quince días, poco más ó menos, ya lo encontré trabajando y apenas presentaba una leve infiltración en las piernas. Debo hacer constar que este hombre ha sido excesivamente alcohólico y que antes de verlo con esta enfermedad, pude notar en él algunos síntomas de alcoholismo crónico.

Tocóme también examinar á un amigo, enfermo de la última epidemia, que iba para Medellín; no tenía otra cosa que edema de los miembros inferiores y de las paredes abdominales, ligera sensación de plenitud, dolores en las piernas, adormecimiento y gran debilidad para caminar. Nada en el corazón.

De varios enfermos que fueron á Remedios á ponerse bajo la dirección del Dr. Villamizar, supe que en uno de ellos había diagnosticado el doctor una afección cardíaca. Conocí á este individuo en Junín y tuve ocasión de examinarle el pecho, repetidas veces, á consecuencia de un balazo que recibió debajo de la clavícula izquierda; esto hace nueve ó diez meses: en el corazón no había daño alguno en ese tiempo.

He sabido que por Yarumal pasaron también algunos de los enfermos de Junín, entre ellos uno con anasarca completa. Conocí á este individuo antes de la epidemia, y sé que sólo después de que fue á habitar á Junín sufrió algunos accesos de fiebre palúdica, los que cedieron al sulfato de quinina. Este joven era de buenas costumbres, pero todas las noches velaba asistiendo uno de los molinos de la Empresa. Por noticias posteriores he sabido que está bueno de la hidropesía.

En cuanto á los que murieron en Junín, en la expresada epidemia, ignoro su número; pero me inclino á creer que fueron pocos, porque casi todos los que se sentían enfermos huían á otra parte en busca de alivio.

Por lo que he estudiado de la enfermedad en cuestión, he diagnosticado sin vacilar Beriberi. Es cierto que este término, según su etimología, no expresa sino la gran debilidad de los enfermos atacados de tan temible dolencia, y que tanto vale decir beriberi en esta afección, como decir neurosis en muchas encefálicas cuya causa orgánica nos es desconocida. Pero es el término adoptado por la ciencia y debe existir hasta que se descubra la causa generadora de tal cortejo de síntomas.

En uno de los primeros enfermos de hidropesía que observé, había afección cardíaca, diagnosticada primero por el Dr. Villamizar y luego por mí. En el caso típico de beriberi que me tocó presenciar hubo en el corazón, la víspera de la muerte, un soplo prolongado de mayor intensidad en la punta (estenosis é insuficiencia mitral?), y en uno de los enfermos de la última epidemia hizo el Dr. Villamizar el mismo ó semejante diagnóstico, según me han dicho algunos oficiales de los trabajos de Junín. Pero en

estos dos últimos enfermos no había ninguna alteración orgánica en el corazón antes de manifestarse los síntomas del beriberi.

Se puede afirmar, á priori, que las bebidas alcohólicas y, en general, todos los excesos á que se entregan la mayor parte de los habitantes de Cruces de Cáceres, son poderosas causas predisponentes de esta enfermedad; pero la causa determinante, ó si se quiere, específica, parece que esté en las aguas. Persona que creo bien informada me ha dicho que en Junín no se había presentado ningún caso de beriberi antes de conducir el agua del arroyo El Carmen para los trabajos.

El único tratamiento hasta ahora eficaz, ha consistido en abandonar el territorio: algunos enfermos se han mejorado notablemente con retirarse á Zea, es decir, á unas siete ú ocho leguas de distancia.

Anorí, Mayo de 1888.

IV

Informe de una comisión.

SR. PRESIDENTE.

Cumplo gustoso la comisión que tuvisteis á bien encomendarme de informar sobre el trabajo que el Sr. Dr. Juan B. Tamayo se sirvió enviar á esta Academia, y que trata sobre la epidemia de Beriberi, que ha aparecido en algunos establecimientos mineros situados en el Norte del Departamento.

Me es grato manifestaros desde luégo que en mi concepto dicho trabajo merece aplauso, por ocuparse de un asunto hasta ahora completamente desconocido en Antioquia.

Hace algunos días leí en el periódico de la Sociedad de Medicina del Cauca un trabajo sobre Beriberi debido á algunos de sus ilustrados miembros, y por él me impuse de la naturaleza y sintomatología de la endemia en aquel Departamento.

Me pareció al leerlo, que algunos de los casos relatados podían referirse á otras enfermedades, como mielitis ó caquexia palustre, pero consultando posteriormente el artículo *Beriberi* del *Diccionario Enciclopédico* de Dechambre, me convencí de la semejanza que existe entre aquellas enfermedades y ésta, y que por consiguiente la equivocación podía ser de mi parte.

Como no es mi objeto dar una descripción completa del Beriberi, haré solamente una reseña de sus principales síntomas, siquiera con el fin de esclarecer si el Dr. Tamayo tiene ó nó razón en haber dado este nombre á la enfermedad en que se ocupa.

SINTOMATOLOGÍA.—El Beriberi se presenta bajo dos formas principales, cuyos síntomas son muy diversos. En la una predominan los edemas y derrames serosos; y en la otra los síntomas de mielitis, como insensibilidad y debilidad de los miembros inferiores, enfla-

quecimiento de los músculos, sequedad de la piel &c.^a Hay también una forma mixta.

Forma primera. Esta puede denominarse, como dice muy bien el Dr. Tamayo "*forma hidropigena*". Algunos autores (Marshall y otros) han considerado las dos formas como enfermedades distintas, y han dado á la una el nombre de *Beriberi* propiamente dicho, y á la otra el de *Barbiers*.

Los enfermos, en la forma de que tratamos, presentan al principio un edema en los miembros inferiores que después de un tiempo más ó menos largo, invade otras partes del cuerpo (cara, cuello, paredes abdominales y torácicas). Una vez la infiltración declarada, la muerte puede sobrevenir en algunas horas, ó terminar la enfermedad por la curación, después de algunas vicisitudes. En el primer caso la debilidad es extrema, los miembros inferiores son asiento de hormigueos y dolores agudos, los enfermos apenas pueden sostenerse sobre las piernas, titubean, caen y no son capaces más tarde de ponerse en pie. La disnea aparece, y acaba por convertirse en ortopnea; el enfermo siente un gran peso en el epigastrio; á veces sobrevienen vómitos y la orina disminuye. No hay fiebre; el pulso al principio regular y fuerte, se vuelve irregular y miserable después.

La cara, hinchada y pálida, expresa la ansiedad y el sufrimiento, y al fin el enfermo sucumbe, sea de los progresos de la asfixia, sea por un síncope, conservando sin embargo su inteligencia hasta el último momento.

Cuando la enfermedad ha de terminarse por la curación, trasurre más tiempo entre la aparición del edema de las extremidades inferiores y la de los otros síntomas que revelan la formación de derrames en las serosas viscerales. La disnea, la ansiedad y el peso epigástrico son menos considerables á pesar de que la anasarca en estos casos es generalmente más desarrollada.

Si la enfermedad termina favorablemente, la orina aumenta, el pulso adquiere más regularidad y más fuerza, la piel funciona mejor y el edema disminuye gradualmente; á veces, después de una mejoría notable, los síntomas reaparecen con mayor intensidad y el enfermo no tarda en sucumbir; y á veces, después de ceder en gran parte, deja un gran debilitamiento de los miembros inferiores, que puede prolongarse por largo tiempo.

Para no alargarme demasiado, no daré los síntomas de la forma paralítica, forma más rara y bajo la cual parece no haberse presentado la enfermedad en los establecimientos mineros arriba mencionados.

Volviendo al trabajo del Dr. Tamayo, diré que en mi concepto no queda duda de que el caso de *Beriberi* que describe como típico de la enfermedad, lo es en efecto, pues presenta casi todos los síntomas arriba mencionados; y es de sentirse que el autor no haya podido presentar algunas observaciones más, para que quedara mejor probada la existencia del *Beriberi* en aquellos lugares.

Por lo demás, el tratamiento que empleó el Dr. Tamayo en el

caso que describe, es el generalmente usado por los médicos que han observado dicha enfermedad, y la terminación funesta debe atribuirse á la gravedad de la afección y no á otra causa.

La etiología del Beriberi es muy oscura, y las opiniones sobre ella han variado casi tanto como los autores que la han estudiado. La que parece más probable es la que la atribuye á la alimentación poco variada, y en que faltan algunos alimentos como las frutas, legumbres, condimentos y carnes frescas; de suerte que el régimen higiénico se desprende de esto y consiste en suministrar alimentación variada y de buena calidad. Los climas no parecen tener influencia sobre el Beriberi, pues se ha observado en islas, continentes, alta mar y lugares ya cálidos, ya fríos. (En este último caso se encuentra la mina de *La Hermosa* de que se habla en este trabajo).

Dice el Dr. Tamayo que según informes la enfermedad apareció en Junín, después de conducido allí el arroyo denominado "El Carmen". Esto es verdad; pero hasta cierto punto, pues no fue sino pasados ocho meses de llevado allí dicho arroyo, cuando apareció la enfermedad. Además, las aguas que sirven para el uso y trabajo de *La Hermosa*, son tomadas de fuentes distintas de las de Junín, y se sabe que en aquella mina se desarrolló hace ocho años la endemia con tanta fuerza que hubo que abandonar los trabajos por falta de obreros; de donde puede deducirse que el agua usada en los establecimientos mencionados no ha tenido ninguna influencia en su desarrollo.

Para corroborar esta opinión puedo citar aquí lo que dice Le Roy de Mericourt en su artículo *Beriberi* del *Diccionario Enciclopédico*. Refiere que á bordo de algunos buques se ha visto desarrollar la epidemia en los pasajeros más mal alimentados, saliendo ileesos aquellos que se encontraban en mejores condiciones de alimentación, á pesar de usar unos y otros la misma agua.

Otro dato importante es el siguiente. Durante los meses en que se desarrolló la enfermedad en Junín, hubo escasez de legumbres, y los trabajadores estuvieron sometidos casi exclusivamente al régimen de carne y chocolate. Casi todos los atacados eran peones de los que ganaban menos jornal y que por consiguiente no podían alimentarse con otra cosa que con la ración que se les daba; al paso que los empleados y todos aquellos que podían variar su alimentación agregando á ella algunas legumbres y condimentos (cebollas, vinagre &c.) gozaron de inmunidad; y los que una vez atacados se alejaban de la mina á puntos en donde la alimentación podía ser variada, se curaban pronto y radicalmente.

Según esto queda demostrado, á mi modo de ver, que la verdadera causa del Beriberi está en la alimentación insuficiente, no en cantidad sino en calidad.

En lo que sí estoy de acuerdo con el autor de este trabajo es en la influencia que pueden ejercer, como causas predisponentes, los excesos alcohólicos y de otra clase, pues se comprende que respecto á una enfermedad esencialmente debilitante como es el Beriberi, los abusos favorezcan su desarrollo.

Termino proponiendo á la Academia el siguiente proyecto de solución:

- 1.º Dense las gracias al Dr. Tamayo por la presentación de su trabajo sobre Beriberi. y pase éste á la Comisión de redacción.
- 2.º Excítese al autor á que continúe sus investigaciones sobre el mismo asunto.

JULIO RESTREPO A.

Medellín Junio de 1888.

ALGUNOS CONCEPTOS SOBRE

LA FIEBRE TIFOIDEA

Ya que la Academia nos impone el deber y nos ofrece la ocasión de contribuir con algo que pueda ser útil á la ciencia y provechoso á la humanidad doliente, voy á ocuparme, aunque con la timidez propia de mi insuficiencia, en expresar algunos conceptos sobre esta terrible é insidiosa enfermedad.

Desde luego, siendo tan varias las causas de ella, tan multiplicadas sus formas, sus síntomas y complicaciones, no es mi ánimo determinarlos uno á uno, mayormente dirigiéndome á profesores de reconocida suficiencia médica y de acreditada práctica.

Como una prueba de lo arduo que sería entrar en detalles, y mencionar siquiera las diferentes hipótesis relativas á la historia de la Piretología desde los tiempos de Hipócrates hasta nuestros días, consigno en seguida la profusa sinonimia con que maestros antiguos y modernos han denominado esta enfermedad. Es la fiebre entero-mesentérica de Petit y Serres; la dotinenteria de Brétonneau; la gastro-enteritis adinámica, folicular y vellosa de Broussais; la íleo-dieliditis de Bally; el exantema intestinal de muchos autores; la fiebre petequial de otros; la entero-mesenteritis de Bouillaud; la enteritis folicular de Andral, Cruveilhier, Forguet &ª; la fiebre mesentérica de Baglivi; la fiebre lenta nerviosa de Willis y de Huxham; la sínoca pútrida y no pútrida; las angioténica, meningo-gástrica, adino-meníngea, adinámica y atáxica de Pinel; y en fin, la peste brava y peste zonza, la calentura maligna ó pútrida y tabardillo, entre nosotros. También se comprenden bajo la misma denominación de fiebres tifoideas, el typhus fever de los ingleses, el tifo abdominal de Alemania; y aun la fiebre amarilla la denominan algunos autores, tifo de América.

La ciencia médica no ha logrado aún determinar el verdadero elemento causal de la fiebre tifoidea. Largas y luminosas discusiones de eminentes maestros de la escuela oficial de Francia se oyeron, no hace muchos años, en la tribuna de la Academia de Medicina de París, en más de veinte sesiones durante seis meses que duró el debate sobre la etiología y tratamiento de dicha enfer-

medad. M. Hardy, Presidente de la Academia, persuadido de que de una discusión tan larga deberían resultar algunas conclusiones prácticas, fue de opinión que se nombrara una comisión encargada de formularlas. Consultada la Academia, resultó dividida en dos campos: los microbistas, representados por M. H. Bouley, y los antimicrobistas que siguieron á MM. Peter y Jaccoud. La comisión se nombró, compuesta de MM. Rochard, Fauvel, León Collin y Hardy, y los resultados definitivos no los conocemos.

Como sabemos, se han preconizado contra la enfermedad en que nos ocupamos diferentes y aun contradictorios tratamientos curativos. Yo tengo profunda convicción, nacida del estudio y larga práctica en el tratamiento de ella, que no puede establecerse de preferencia y sistemáticamente ninguno especial. Si queremos combatirla con los antiflogísticos, según el sistema de Broussais; si queremos dominarla exclusivamente con el uso de los tónicos, el brandy, el vino, los antiespasmódicos, los estimulantes difusibles, la hidroterapia &^a, no obtendremos jamás éxito seguro. Es preciso tomar de todo algo, según las circunstancias.

Como es bien sabido, una vez desarrollada la enfermedad, ella sigue imperturbablemente su curso obligado de periodos cíclicos, bajo las diferentes formas con que se marque, ya sea atáxica, adinámica, mucosa, biliosa, hemorrágica ó maligna. Es tenaz, implacable y aniquila por momentos al enfermo. Al médico toca seguirla paso á paso, en sus aciagas evoluciones, expectando algunas veces y escogiendo entre los diferentes agentes que nos brinda nuestra enmarañada terapéutica, aquellos que armonicen más con nuestros conocimientos y experiencia, en presencia de la situación del enfermo, su temperamento, su idiosincrasia, el estado de sus fuerzas, la forma de la enfermedad, el sexo, la edad, y sobre todo, la observación atenta del grado de hipertermia, del pulso y de las secreciones.

Los cambios repentinos, muchas veces inesperados ó inexplicables que se advierten cotidianamente en esta enfermedad, cuando se halla comprometida la sinergia del organismo, hacen precisa mayor acuciosidad de parte del médico para estar siempre alerta y poder llenar las indicaciones en momentos oportunos.

Siendo la fiebre tifoidea fácil de caracterizar, casi desde su invasión ó por lo menos en los tres ó cuatro primeros días, y estando su diagnóstico preciso, al alcance de todos los médicos, he creído, y así lo creen varios y muy distinguidos profesores, que en el tratamiento de esta enfermedad deben suprimirse ó limitarse hasta donde sea posible las juntas de médicos. Mi creencia es tan íntima á este respecto, que en caso de caer enfermo yo mismo ó alguna persona de mi familia, ocurriría, sin vacilar, á cualquie-

ra de mis bondadosos amigos médicos de la ciudad, pero nunca á dos ó más. Por mi parte tampoco me haría cargo de asistir un enfermo de fiebre tifoidea sujetándolo á las perplejidades, contradicciones y aun disimuladas condescendencias, casi inevitables en ciertas asistencias médicas, verificadas en común entre dos ó más facultativos, en los que predominan variadas opiniones y consiguientes discusiones, muchas veces estériles, y para los cuales se hace preciso fatigar demasiado al enfermo, abrumado ya por la enfermedad, con repetidos exámenes é investigaciones. No obstante, fiel cumplidor de los deberes morales y sociales que ligan al médico, en el ejercicio de su profesión, no rehusaría cualquiera conferencia ó consulta exigida, ni me abstendría de promoverla en algún caso excepcional ó de duda; pero, una vez verificada la consulta, aprobado ó improbadamente mi tratamiento, seguiría asistiendo solo al enfermo ó daría por terminada mi tarea. Y no se atribuya esto á una vana presunción, sino que, honradamente, quiero sujetarme á los dictados de mi propia conciencia que pugnan con aquella práctica, desgraciadamente muy vulgarizada entre nosotros. No creo, nó, que la tremenda y grave responsabilidad que asume el médico al encargarse de la asistencia de un enfermo cualquiera, pero especialmente de alguno atacado de fiebre tifoidea, quede salvada con multiplicar las consultas y discusiones, que si pueden ser muy eruditas y de utilidad científica, raras veces aprovechan al paciente que se nos ha confiado.

Hasta ahora, tenemos que confesarlo, nuestra caótica terapéutica es lamentablemente impotente para dominar la enfermedad en que me ocupo. Es á fuerza de atenciones, de cuidados, y de la más acuciosa observación, de conocimientos y de experiencia como el médico logra luchar con éxito contra ella.

La enfermedad es insidiosa siempre, y su pronóstico grave é incierto, aun en los casos aparentemente benignos. También es contagiosa, pero las precauciones de aseo y limpieza que se toman con el enfermo, y cumplidas convenientemente las triviales prevenciones higiénicas del médico, hacen sumamente raros aquí los casos de contagio. No sucede lo mismo en los grandes hospitales, en los campamentos, en las cárceles, en los cuarteles &^a, en donde se aumentan los gérmenes mefíticos con el hacinamiento de enfermos, y al propio tiempo se dificultan ó se hacen ineficaces las más sabias y oportunas precauciones sanitarias.

En mi práctica he seguido preferentemente los consejos de Grisolle, y teniendo presentes los detalles minuciosos de las varias formas que toma la enfermedad, consignados en su obra de Patología interna, he obtenido resultados relativamente felices. Pero debo confesarlo, jamás los efectos de cualquiera de las indicaciones empleadas, me han permitido llegar al convencimiento de su verdadera eficacia; y nunca en el ma-

remágnum de los desórdenes de esta terrible enfermedad, me he creído autorizado para hacer pronósticos perentorios. Siempre la duda, el temor y la desconfianza hasta en los momentos en que la convalecencia se anuncia con sus señales características. A pesar de tanta incertidumbre, he creído que el tratamiento evacuant, bien sostenido y dirigido con tino y habilidad, es el que produce mejores resultados. Con él se logra arrojar fuera del canal intestinal los gérmenes fermentecibles que sostienen la enfermedad, se regularizan las secreciones, completamente perturbadas, se evita la septicemia en el período de supuración, tan frecuente como aterradora y funesta; y en fin, se logra mantener la mucosa gastro-intestinal en mejores condiciones de absorción y de eliminación de los elementos y sustancias medicamentosas que hayan de emplearse.

En lo que precede quedan expresados mis conceptos relativos al tratamiento de la fiebre tifoidea hasta hace unos cuatro años. Pero, de esa época para acá he tenido ocasión de modificar, en cierta manera, aquéllos conceptos. Veamos cómo. Vino á mis manos un número de "La Revista Dosimétrica" que se publica en Madrid bajo la dirección del sabio profesor Dr. D. Baldomero González Valledor. Leí dicho número, correspondiente al año de 1884, con cierta indiferencia y desdén, sin darle mayor importancia, creyendo que la expresada publicación se encaminaba á divulgar doctrinas homeopáticas. Qué juicio, santo Dios! ¡Y qué obscuridad en la que vivíamos, con relación al método dosimétrico! Hacía ya doce años que el eminente Dr. Burggraeve, profesor de Medicina de la ciudad de Gante, en Bélgica, después de larga práctica médica, estudios profundos acompañados de grande erudición y de talento, había levantado la bandera de "la Medicina del porvenir" ó sea del método dosimétrico ó alcaleideoterapia. Algún tiempo después me llegaron otros números de "La Revista Dosimétrica" en que se hablaba de la yugulación de las enfermedades agudas; y especialmente de la fiebre tifoidea; y como viera algunas historias y observaciones clínicas importantes de esta enfermedad, que daban resultados satisfactorios, comencé á darle importancia al nuevo método y ansiaba por recibir el expresado periódico que, desgraciadamente, llegaba con irregularidad. Hablaba sobre el nuevo método con varios de nuestros profesores, quienes recibían también "La Revista", y se hallaban como yo, persuadidos de que esas publicaciones hablaban á la razón, y estaban basadas en la observación de los principios más avanzados de la ciencia médica. Pero como carecíamos de datos precisos sobre la terapéutica dosimétrica, y no teníamos los medicamentos del Dr. Chanteaud é ignorábamos su posología, tuvimos que permanecer con los brazos cruzados. Mas, debido á las relaciones de un amigo mío, á su benevolencia y ge-

nerosidad, me proporcioné dos botiquines de bolsillo y algunos libros. Comencé con timidez, lo confieso, á hacer uso de los diferentes alcaloides y sustancias muy activas preparados en gránulos dosificados á $\frac{1}{2}$ miligramo, á un miligramo y á un centigramo, atendiendo á las prescripciones que encontraba en las obras dosimétricas que tenía á mi disposición, sin descuidar las permanentes consultas, sobre la farmacodinamia, efecto y poder de los medicamentos que me proponía usar, en los libros clásicos de materia médica y terapéutica, de Trousseau, Bouchardat, Edwards, Foussagrivi y el Diccionario de los diccionarios del Dr. Fabre. Luégo pedimos algunos libros más, un botiquín de campaña y setenta y dos medicamentos entre alcaloides y sales, purísimos, perfectamente bien acondicionados en cajitas y en tubos de vidrio herméticamente cerrados, rotulados y dispuestos para el uso fácil, cómodo y seguro de ellos, por el Dr. Chanteaud.

He empleado esos medicamentos, á que ya estoy bastante habituado en multitud de dolencias, en niños adultos, mujeres delicadas y ancianos, y siempre los resultados han sido favorables; sobre todo en el tratamiento de la fiebre tifoidea, nada dejan que desear: su acción es precisa y eficaz, usándolos según las indicaciones.

En estos dos años he asistido siete enfermos de fiebre tifoidea bien caracterizada. En dos fue *yugulada* la enfermedad en el principio del segundo septenario. En los otros he logrado moderar los síntomas graves y evitar complicaciones, hasta obtener la convalecencia, en tres al principio del primer septenario, uno á los veintiún días y otro á los treinta y cinco.

El método, en globo, que he observado ha sido el siguiente: Al principio purgantes salinos, sulfato de sódica, polvos de Sedlitz y sal de Chanteaud. Luégo, permanentemente, durante el día, en el máximo del calor, gránulos de digitalina, veratrina, aconitina y sulfato de estriénina, á dosis graduadas, según la edad y la intensidad del calor, á cortos períodos, de un cuarto, media ó una hora. Esto, y algunas dosis de ácido salicílico y sulfuro de calcio, como tratamiento dominante. Y como variante, según las circunstancias, sal de Gregory, codeína, cafeína, valerianato y salicilato de quinina, ergotina y bromuro de alcanfor.

Siempre dejo descansar al enfermo durante la noche, cuando el calor ha descendido, y sólo en caso de inquietud é insomnio, administro agua de laurel real, codeína y sal de Grégory (esta última sal es una combinación de codeína y morfina).

Sostengo la libertad del vientre por medio de laxantes suaves de cuando en cuando, y de enemas emolientes y ligeramente purgantes, todos los días. Uso lociones de agua fría con vinagre y alcohol alcanforado sobre el pecho, el vientre, la espalda y los bra-

zos &³, y mantengo permanentemente sobre todo el vientro una bayeta empapada en alcohol débil saturado de alcanfor.

Procuro sostener las fuerzas del enfermo con una alimentación reparadora, hasta donde sea posible, consistente en buen caldo, leche, café con leche, vino aguado y el jugo de algunas frutas, proscribiendo por completo el uso de alimentos sólidos.

Este tratamiento, bien dirigido, con el auxilio de una persona entendida que sea capaz de hacer las debidas apreciaciones sobre el grado de la hipertermia y del pulso, da siempre resultados satisfactorios. Los efectos se palpan y puede uno convencerse de la posibilidad de dominar la enfermedad.

Esto me he sucedido á mí en los siete casos á que me refiero. Lo que no he podido observar jamás en multitud de otros que se me han presentado en mi larga práctica, siguiendo el tratamiento que antes acostumbraba. Y estando este resultado en completa armonía con un número considerable de casos clínicos observados é historiados científicamente por el Dr. Burggraave y sus dignos colaboradores, no se debe desconfiar. Por el contrario, yo creo que es preciso insistir y hacer nuevas observaciones y estudios concienzudos. Con tal motivo y estando persuadido que el nuevo método, doctrina ó sistema dosimétrico abre el camino á la perfección de la terapéutica, el desiderátum más importante hoy de la ciencia médica, me considero obligado por un sentimiento de humanidad y un deber de conciencia profesional, á suplicar á mis distinguidos profesores se dignen darle alguna importancia á mis indicaciones y hacer estudios y observaciones serios, para lo cual les ofrezco amistosamente algunos libros, varias memorias interesantes y los magníficos medicamentos granulados del Dr. Ch. Chanteaud que aún me quedan y que seguiré recibiendo.

Ojalá que yo pudiera congratularme con la esperanza de que profesores tan distinguidos, tan competentes y tan ilustrados como los que componen el Cuerpo médico de Medellín, en virtud de insinuación mía, se dignaran empezar á estudiar y observar el nuevo método terapéutico. El resultado sería, me atrevo á asegurarlo, la aceptación aquí de ese gran progreso científico que, en Europa, ha conquistado el Dr. Burggraave, secundado por eminentes sabios, discípulos y colaboradores, y que se va haciendo universal.

RAFAEL CAMPUZANO.

Junio de 1889.

DEL RUIDO DE SOPLO

QUE LA CLORO-ANEMIA PRODUCE EN LOS VASOS SANGÜÍNEOS

Variadas hipótesis y bellas teorías ha suscitado este ruido de soplo, suave ó fuerte, intermitente ó continuo, que en los cloro-anémicos se percibe fácilmente con la ayuda del estetoscopio, sobre los vasos del cuello.

Dicen unos que el ruido de soplo tiene su origen en las arterias; lo colocan otros sobre las venas. Y en cuanto á su modo de producción, ó sea la manera mecánica como se efectúa, suponen unos que la corriente sanguínea, pobre en glóbulos rojos, circula con más ligereza que si fuese plástica (lo que es positivo) y pasa rozando la capa interior del vaso á cada instante y como á oleadas, lo que produce el fenómeno. Otros evocan las manifestaciones del sistema nervioso, y hacen depender estos diversos ruidos de las contracciones espasmódicas que sobre el calibre de los vasos sanguíneos se observarían en la clorosis.

Estos se apoyan en que hay soplos intermitentes, periódicos, que varían de lugar y son caprichosos como todo lo que se traduce por neurosismo; aquéllos se imaginan ver un torrente de leucocitos atropellándose precipitadamente y rozando con violencia la capa interna de los vasos para engendrar el curioso fenómeno.

A un grado más avanzado de la enfermedad se oyen el *arrullo de la paloma* y el *ruido de diablo*.

Si todos estos ruidos dependen de la ligereza de la circulación, de la hidrohemia y del roce interior en los vasos, ¿por qué en muchos cloróticos no se han podido encontrar, á pesar de la comprobada insuficiencia en la sangre de materias plásticas? Y si son un fenómeno nervioso que depende de contracciones espasmódicas, irregulares ó periódicas ¿cómo explicar el ruido de soplo continuo y el infatigable arrullo de paloma?

Sea de ello lo que fuere, estos diversos soplos han sido oídos siempre con el estetoscopio, concepción preciosísima de la creadora mente de Laënnec.

Nuestro ilustrado maestro, el Dr. Manuel Uribe Angel, nos indicó que podía oírse el ruido de soplo colocando uno de los dedos auriculares del enfermo en nuestro conducto auditivo, lo cual requiere práctica y atención.

Nosotros, llevando la mano al cuello de un clorótico, oímos con los dedos el ruido de soplo que se verificaba en los vasos sanguíneos. Hemos seguido practicando esta operación muchísimas veces y jamás el tacto nos engañó.

La exploración debe hacerse con el pulgar y el cordial de la mano derecha; cuando el soplo existe se siente algo como el zumbido de la abeja, suponiendo que lauviésemos prisionera entre los dedos: si este zumbido ó vibración no existe, es inútil buscar el ruido de soplo con el estetoscopio.

Es preciso no comprimir demasiado los vasos para hallar la vibración; y hay que buscarla en diversos puntos del cuello donde el fenómeno es manifiesto.

No sabemos si este método de investigación ha sido puesto en práctica por alguna persona. Sería pues muy conveniente que se generalizara, pues faltándonos muchas veces el estetoscopio, podemos *oír con los dedos*.

MARCO A. BOTERO GUERRA.

Angostura, Septiembre 25 de 1889.

ARTE DE FORMULAR

ABREVIATURAS

DEL SISTEMA MÉTRICO

Una vez emitimos en la Academia la idea de que se hiciesen diligencias por uniformar los sistemas de pesos y medidas empleados entre nosotros en el Arte de recetar.

Sin duda sería bueno popularizar las justas equivalencias del sistema métrico con los antiguos, y fijar estrictamente el valor de términos como la onza, que tan bien sale de 28 como de 30 ó 31 gramos, según le plazca á cada boticario entenderlo. Pero no vamos por ahora á dar clase de aritmética, sino á hacer conocer las abreviaturas del sistema decimal adoptadas por la Academia Española. A saber:

Miligramo.....	<i>mg.</i>
Centigramo.....	<i>cg.</i>
Decigramo.....	<i>dg.</i>
Gramo.....	<i>g.</i>
Decagramo.....	<i>Dg.</i>
Hectogramo.....	<i>Hg.</i>
Kilogramo.....	<i>Kg.</i>

Del mismo modo para

Litro.....	<i>l.</i>
------------	-----------

y sus derivados.

Ya se entenderán con esto las abreviaturas usadas en el periódico, y es cuanto nosotros deseamos. En lo privado, más vale que cada cual siga su capricho: sería lástima no volver á ver los *milí* y los *centí*; y más todavía los *ctgms.*, que nos hacen muchísima gracia. porque más que abreviatura parecen problema de aquel jueguito de entretenimiento casero llamado fuga de vocales. *Peccata minuta!*

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA

I. Las plantas ¿absorben ó nó los microbios patógenos?—Esta cuestión se discutió incidentalmente en nuestra Academia. hace pocos días, á propósito del carbón, y nosotros nos limitamos á responder, or inducción, en sentido negativo.

Ha llegado después á nuestras manos un estudio relativo á la *Acción del suelo sobre los gérmenes patógenos*, presentado por el Profesor Grancher y el Dr. Richard ante el Congreso internacional de Higiene y Demografía, reunido en París durante la última Exposición. En esta interesante Memoria hallamos expresado terminantemente y como hecho comprobado, lo mismo que nosotros, por falta de conocimientos, apenas nos atrevimos á insinuar: y es, á saber: "Los gérmenes patógenos pueden estar adheridos á los productos del suelo.... Nunca se hallan estos gérmenes en el interior de los tejidos vegetales. (Grancher y Deschamps)."

II. Afecciones curables por sugestión. (*Assoc. franç.*)—El Dr. Bérillon considera que la sugestión está claramente indicada: 1.º contra los ataques convulsivos de la histeria mayor y los síntomas consiguientes; 2.º en la histeria monosintomática; 3.º en el histérico vulgar; 4.º contra los trastornos mentales de naturaleza histérica. Del hipnotismo y la sugestión, racionalmente dirigidos, no resultará ningún inconveniente para el enfermo (Bérillon). A estos medios puede asociarse con provecho la inantación (Baraduc).

III. Manera sencilla de tener buena agua potable.—Langfeldt había recomendado antes añadir á las aguas que se usan como bebida, un gramo de ácido cítrico por cada litro. Hayer (*Journ. pharm. alsacien*) considera mejor agregarle á la misma cantidad de agua unas cuarenta gotas de zumo de limón.

Si el agua está contaminada, quedará esterilizada al cabo de un cuarto de hora, porque el ácido cítrico destruye los microbios.

Esta agua, ligeramente ácida, es siempre bebida saludable, y poniéndole azúcar puede tomarse con gusto. (*Bull. de Thérap.*)

IV. Puede haber supuración sin microbios.—El Dr. Steinhäus, de Varsovia, ha demostrado, ante la Association française pour l'avancement des sciences, que la supuración puede provocarse con cuerpos químicos estériles y que ella es posible sin microbios.

V. Los microbios de los tumores malignos.—El Profesor Verneuil ha discutido ante la Academia de Ciencias la naturaleza parasitaria del cáncer, sarcoma, epiteloma &c. Algunos invocan la existencia de microbios en estos tumores como causa primera de la neoplasia; Verneuil juzga—por ahora—que los microbios son consecutivos y que no entran para nada en la aparición y en la primera evolución de los neoplasmas.

Pero al rehusar á los microorganismos el papel etiológico inicial, el Maestro no pretende negar que la presencia de ellos sea indiferente: cree, al contrario, que aceleran la marcha de los tumores, los reblandecen, los ulceran, y son probablemente la causa de la fiebre y de la caquexia. Cree además que poseen propiedades patógenas especiales, á la manera de los venenos sépticos, y que exponen por consiguiente á la infección de la herida quirúrgica.

Por estas razones, hay que tratar de anticiparse á la aparición de los microbios, y la extirpación precoz de los neoplasmas está claramente indicada.

VI. Injertos de piel de rana.—El Dr. Nesterosky refiere cuatro casos de úlceras viejas, extensas, profundas y rebeldes á todo tratamiento, que curaron por este medio en menos de dos semanas.

La piel más apropiada para el injerto quirúrgico es la que no tiene ni glándulas ni pelos, y la de rana satisface completamente estas condiciones.

El autor se vale de ranas comunes, verdes. Sumergela parte inferior de la rana en licor de Van Swieten durante cinco minutos, y en seguida toma con pinzas la piel del abdomen y saca injertos del tamaño de una uña. Lava éstos, como la úlcera, con agua bórica al 4 %; los aplica sobre la superficie de las yemas carnudas; y los recubre con un vendaje de gasa impregnada de ácido bórico, una capa de estopa, tela encerada y una faja almidonada; y renueva esta curación por primera vez del 3.º al 5.º día.

Método, según dice, sencillo, sin peligro, fácil, barato y muy eficaz.

[*The Therap. Gaz.*]

VII. El subnitrito de bismuto en la erisipela.—Después de cinco años de práctica, M. Marc Sée lo considera nada menos que como específico en la erisipela traumática. Lo ha empleado como tópico después de cada operación, y aunque muchos enfermos se hallasen en condiciones favorables á la aparición de la erisipela, ésta no se ha presentado nunca. Más aún, cree que el subnitrito de bismuto puede detener la marcha de la erisipela ya desarrollada, con sólo echar una capa de este polvo sobre la solución de continuidad que ha servido de punto de partida á la complicación. (*Acad. de Med. de París.*)

VIII. Benignidad de los tumores melánicos.—M. Maunoury ha operado dos, sin que haya habido recidiva al cabo de varios años; y M. Dupau cita un caso análogo.

Estos tumores se deben pues operar, no obstante la opinión clásica que prohíbe la intervención.

(*Assoc. franç.*)

IX. Tratamiento del ántrax.—El Dr. Blanquinque ha obtenido excelentes resultados de la aplicación de tintura de yodo en el

ántrax, quitando previamente las costricas que recubren los orificios de las glándulas enfermas. M. Arnauld usa el yodo al interior.

El Dr. Arnozan prefiere las inyecciones de ácido fénico, al décimo en los casos graves, al 5 % en los menos urgentes. La dosis de ácido fénico inyectada puede ser hasta de 50 cg.

X. Contagio de la tisis. Profilaxia.—El Congreso de la Tuberculosis decidió redactar una nota que diese al público los consejos necesarios para evitar y combatir las causas de contagio de esta enfermedad. El relator, M. Villemain, ha leído ahora en la Academia de Medicina las conclusiones adoptadas por la Comisión, las cuales vamos á resumir con las interesantes críticas á que ellas dieron lugar.

VILLEMMAIN. En 1884 la cuarta parte de las muertes que ocurrieron en París fueron debidas á la tuberculosis [tisis pulmonar y otras]. Es esta una enfermedad parasitaria, virulenta, contagiosa, causada por el bacilo de Koch, el cual penetra: por el canal digestivo, con los alimentos; por las vías respiratorias, con el aire impuro; y por la piel y las mucosas, á consecuencia de soluciones de continuidad y ulceraciones diversas. Del conocimiento de estas causas se desprenden las medidas profilácticas.

Hay que vigilar las aguas potables.

El parásito puede hallarse en la leche, los músculos y la sangre que sirven para la alimentación. Se prohibirá la carne cruda ó poco cocida y la sangre, y no se tomará leche sin hervirla: esta precaución interesa especialmente á los niños, porque en París mueren anualmente más de 2,000 tuberculosos de menos de dos años de edad.

El germen de la tuberculosis puede transmitirse por los esputos, el pus, las mucosidades secas &c.—1.º Como los esputos son los agentes más temibles, se debe imponer el uso de escupideras especiales, que se vaciarán en el fuego y se lavarán después con agua hirviendo. 2.º No se debe acostar nadie, y mucho menos los niños, en la cama de un tísico, y no conviene estar en su habitación sino lo menos posible. 3.º Se alejarán de las habitaciones de los tísicos los individuos nacidos de padres tuberculosos y los que hayan tenido sarampión, viruela, neumonía ó bronquitis repetidas, ó estén diabéticos. 4.º No se deben usar objetos que haya podido contaminar un tísico [ropas de cama, vestidos, objetos de tocador, colgaduras, muebles &c.], sino después de pasarlos por una estufa de presión, la ebullición ó los vapores sulfurosos. 5.º Los cuartos de hotel habitados por tísicos deben desinfectarse completamente, y lo mejor sería que fuese blanqueados con cal, no tuviesen colgaduras &c.

DUJARDIN-BEAUMETZ. Aprueba en su conjunto estas instrucciones, pero cree que algunos puntos causarán en las familias una emoción profunda y otros están mal fundados.

El suprimir lo relativo á la alimentación, porque la transmisión por este medio es un hecho excepcional. Es raro que la leche

contenga bacilos: pues para ello se necesita no sólo que la vaca esté tísica, sino que tenga mamitis tuberculosa, y en el año este caso no se ha presentado una sola vez en París. Rechaza completamente las conclusiones que prohíben el uso de las viandas poco cocidas y la sangre, porque nada demuestra que sean nocivas y que, al contrario, se sabe que el jugo gástrico es un activo destructor del bacilo.

DAREMBERG. La carne, aun cruda, es inofensiva: no se conoce la tuberculosis muscular. Los vísceras sí deben ser bien cocidas, y lo mismo la leche, porque pueden ser agentes de transmisión.

Las escupideras son de necesidad. Las condiciones de la habitación que se indican son impracticables.

El aislamiento de los tísicos es enteramente inadmisibile.

G. SÉE. El bacilo tuberculoso no puede vivir en el aire, porque necesita una temperatura de 30°. ¿Cómo se atreven, pues, á afirmar el contagio de la tisis por el aire atmosférico y á imponer la secuestación del enfermo?

El aire espirado es realmente inofensivo. Los esputos no lo son, cuando estan secos y pulverizados. La única precaución recomendable al que vive con un tísico, es quemar el contenido de las escupideras.

Los bronquíticos, los catarrosos, los asmáticos, lejos de estar sujetos á la tuberculosis, están más exentos que cualesquiera otros.

Ni la leche ni la carne crudas exponen al menor peligro.

LANCERAUX. Aprueba la desinfección general de las habitaciones, cama, vestidos &c.^a

Las heridas peligrosas para la tuberculización son las producidas por instrumentos contaminados.

No hay que guiarse, para señalar los riesgos del contagio, únicamente por experimentos en animales que un nada vuelve tísicos.

VILLEMMAIN. No está tan convencido como Dujardin-Beaumetz de la potencia destructora del jugo gástrico sobre el bacilo. Es innegable que la carne de animales tuberculosos produce, por inoculación, tuberculosis más ó menos intensas.

Según Noch las bronquitis, las neumonías y otros procesos inflamatorios favorecen la producción de la tuberculosis.

(*Journ. des Soc. Scient.*)

XI. La ergotina en la neuralgia facial.—Después de seis años de experiencia, el Dr. Stewart cree que las inyecciones de ergotina son preferibles al empleo del acónito y el gelsemio.

Se hacen en la sien, lo más cerca posible del sitio del dolor. En general una sola basta para calmarlo; á veces se necesitan dos ó tres.

En la ciática y en otras neuralgias, el autor ha ensayado este tratamiento sin éxito alguno.

(*The Med. Anæsthetic.*)

XII. Incompatibilidades de la antipirina.—Cuando se mezclan soluciones de antipirina y de extracto de quina, todos los principios activos de la poción se precipitan á la vez y no quedan en el líquido sino huellas apenas perceptibles de antipirina y de alcaloides.

Mezclando 4 g. de antipirina y 5 de cloral hidratado en 15 g. de agua, M. Blainville notó que el líquido tomaba un aspecto lechoso; se aclaró luego y dejó depositar una sustancia oleaginosa. Decantada, no quedó ésta con gusto ni de antipirina ni de cloral, sino más bien como de semillas de coriandro.

Debe evitarse, aconseja M. Ferrand, mezclar con cualquiera otra, sustancias complexas como la antipirina, “cuerpos nuevos usados en terapéutica antes de que sus caracteres químicos hayan sido suficientemente estudiados”.

XIII. Tratamiento de las grietas del seno.—La aplicación de compresas empapadas en una solución de cloral hidratado, aunque no impide la aparición de las grietas, sí las cura sin necesidad de interrumpir la lactancia y además suprime el dolor. La fórmula recomendada por el Dr. Mitropolsky es la siguiente:

Cloral hidratado.....	75 mg.
Agua.....	60 g.

(*Paris Méd., Ann. de Thérap.*)

XIV. El ácido crómico contra el sudor de los pies.—El Consejo de Sanidad de los ejércitos de Alemania recomienda el ácido crómico como remedio útil y no irritante para la curación radical del sudor fétido de los pies. Se moja un pincel de algodón hidrófilo en una solución al décimo de ácido crómico, y se unta el pie, cada dos ó tres semanas en los casos graves, cada seis ú ocho en los más leves.

Se nota que con frecuencia esto aumenta la perspiración general del cuerpo; pero la secreción anormal se agota al cabo de dos ó tres días, sin repercusión alguna.

(*Ann. de Thérap.*)

XV. Tratamiento de las quemaduras.—En el Congreso de Sifiliografía de París, Schiff y Mosetig-Moorhof, de Viena, han preconizado el empleo del yodoformo en las quemaduras. Pero, según Hebra, el yodoformo impide que las yemas carnudas se recubran de epitelio, y es preferible la resorcina, en solución al 1 ó 2 %.

XVI. Cateterismo de los uréteres. (M. POIRIER, *Acad. de Ciencias.*)—“La condición esencial de éxito en las grandes operaciones que se ejecutan en el riñón, es que el órgano opuesto esté realmente sano. Por desgracia esta averiguación es difícilísima, porque los datos que dan la exploración y el estudio de los signos físicos

son siempre insuficientes; por lo tanto es indispensable agregar á ellos el análisis del líquido secretado.

“No hay más que un medio para lograrlo, y es *recoger y examinar separadamente los productos de secreción de cada riñón.*” Al cateterismo de los uréteres se llega con suma facilidad iluminando el interior de la vejiga con un cistoscopio y valiéndose de sondas que M. Poirier ha hecho construir ad hoc.

La operación está, según dice el autor, al alcance de todo el mundo. En Agosto pasado M. Poirier practicó dos veces esta operación en vivos, y algunos de sus asistentes pudieron repetirla inmediatamente.

“La cirugía queda pues en posesión de un medio fácil y práctico que reclamaba desde hace largo tiempo, para la disociación de las secreciones de cada riñón. Agrego que permitiendo este instrumento dilatar la parte terminal del uréter, facilitará la expulsión de un cálculo allí detenido.”

XV. II. Algodón yodado contra la orquitis.—En más de cien casos el Dr. Dupau ha obtenido á las doce horas una considerable remisión de los dolores y en ocho días la curación definitiva. Aplicado desde el principio, ésta no tarda tres días. La induración del epidídimo desaparece al cabo de unas dos semanas.

XV. III. Influencia de la pilocarpina sobre el color de los cabellos.—Hace mucho tiempo que se ha señalado la acción regeneradora que tiene la pilocarpina sobre el sistema piloso. Un médico inglés cita ahora dos casos de cambio de coloración: el primero es el de una joven de 25 años cuyo pelo, de castaño, se volvió negro; y el otro, una anciana de 72, de cejas ya blancas, que ennegrecieron también.

(*Ann. de Thérap.*)

XIX. Asfixia en la cloroformización.—El Dr. Michou, discípulo de Claudio Bernard, cree que para volver á la vida un animal asfixiado por el cloroformio, no hay nada tan eficaz como la acción sobre la nuca de un chorro fuerte de agua fría, sostenido por algunos minutos. Es método más poderoso, más seguro que todos los conocidos hasta hoy, inclusive la respiración artificial. (*Acad. de Med. de París.*)

XX. Tratamiento de la sífilis por la absorción cutánea. (Dr. Brémont.)—Es este un método ingenioso—demasiado!—que consiste en colocar á los enfermos, desnudos, dentro de un aparato, del cual sólo emerge la cabeza, y en que una caldera proyecta vapor de agua cuyas moléculas se impregnan al entrar de partículas de sublimado y de yoduro.

XXI. El hipnotismo en los partos.—Con sugerir á las partu-

rientas la idea de que no sufran, el Dr. Fanton ha presenciado los más felices alumbramientos.

Excepto en un caso, que es bueno tener presente. Habiendo empleado en la sugestión la frase *No tenga V. dolores*, se le quedó la parturienta cuatro días en trabajo. ¿Qué había de ser? Esa señora no sabía fisiología, y para ella *dolores* quería decir *contracciones*. Todo se explica.

INDICE BIBLIOGRAFICO

DE LA MEDICINA EN COLOMBIA.

Advertencia.—En esta sección nos proponemos señalar todos los trabajos relacionados con las ciencias médicas que vayan publicándose en el país.

Para que este Indice llegue á prestar el servicio deseado, es preciso que sea completo; y con tal mira suplicamos á los escritores colombianos se dignen poner en nuestro conocimiento sus producciones, ó por lo menos las indicaciones bibliográficas indispensables.

I. Periodismo.

REVISTA MÉDICA DE BOGOTÁ.—Octubre 1º, número 142: *Las enfermedades microbianas no pueden ser hereditarias*. Dr. G. J. Castañeda.—*Notas bibliográficas*.

Noviembre 1º, número 143: *Contagio de la lepra*.—TRABAJOS ORIGINALES. *Lepra*. Dr. R. Navarro.—*Transfusión de la sangre*. Dr. H. Ospina.—*Fiebre puerperal*. Dr. J. E. Manrique.—*Enfermedades hereditarias*. Dr. D. Gutiérrez y Arango.—SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES. *Sesiones de Julio, Agosto y Septiembre*.—*Notas bibliográficas*.

BOLETÍN DE MEDICINA DEL CAUCA.—Octubre 1.º, número 31: *Tesis del Dr. Esguerra*. Dr. L. J. Uricoechea.—*La suspensión en la ataxia locomotriz*. Dr. P. P. Scarpetta.—*Enfermedades de la piel en el paludismo*. Dr. E. Henao.—*La lepra en Turquía*. *Terapéutica*.

REVISTA DE HIGIENE. Número 13: *Manera como obran los gases de las alcantarillas*. Dr. G. Durán Borda.—*Bases para la construcción de los lavaderos públicos*. Dr. G. J. Castañeda.—*Informes sobre construcción de las alcantarillas*. Dres. Castañeda y Durán, Dr. R. Ferreira.—*Los lavaderos como medio de propagación de la fiebre tifoidea*. Dr. Durán.—*Informe sobre construcción del cementerio de Chapinero*. Dres. Osorio y Durán.—*Alcantarillas*. Dr. Osorio.

II. Tesis de Doctorado.

FACULTAD DE BOGOTÁ

Apuntaciones sobre la disenteria en Bogotá, por Abel J. Rico.

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Contribución al estudio de la disentería en Antioquia, por Francisco Santamaría.

El ateroma de la arteria pulmonar, por J. Sáenz.

ESTADISTICA

DE LA POBLACIÓN DE MEDELLÍN EN 1889

Agosto.

	San-José....	13 varones....	14 mujeres =	27
NACIMIENTOS.....	Vera-Cruz...	21	— 20	— = 41
		34	34	Total 68
	San-José....	17 varones....	5 mujeres =	22
DEFUNCIONES.....	Vera-Cruz...	13	— 14	— = 27
		30	19	Total 49

Septiembre.

	San-José....	17 varones....	8 mujeres =	25
NACIMIENTOS.....	Vera-Cruz...	24	— 22	— = 46
		41	30	Total 71
	San-José....	3 varones....	8 mujeres =	11
DEFUNCIONES.....	Vera-Cruz...	9	— 7	— = 16
		12	15	Total 27

Octubre.

	San-José....	16 varones....	19 mujeres =	35
NACIMIENTOS.....	Vera-Cruz...	15	— 16	 = 31
		31	35	Total 66
	San-José....	6 varones....	6 mujeres =	12
DEFUNCIONES.....	Vera-Cruz...	5	— 4	— = 9
		11	10	Total 21