REPUBLICA DE COLOMBIA.—DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

AÑO VII. { Medellín, Diciembre de 1895. } Número 3.

HERIDA PENETRANTE DEL ABDOMEN

A. M. P., de cuarenta años de edad, casada dos veces, madre de doce hijos, nacidos de tiempo, y tres abortos efectuados del tercero al cuarto mes del embarazo; de temperamento linfático, constitución anémica, débil y destruída por el trabajo y crianza de tántos hijos, en la mañana del 19 de Diciembre de 1894 recibió quince heridas de cuchillo, dispuestas así: una sobre el omoplato izquierdo, otra en la parte posterior y superior del cuello, cuatro en el brazo izquierdo, una en la axila del mismo lado, seis en la parte anterior del pecho, otra sobre el bíceps derecho y otra encima de la cicatriz umbilical, parte media abdominal. Por esta última se escaparon asas intestinales, parte del epiplón y repliegues peritoneales; fue herida la túnica de un asa intestinal, el mesenterio, desgarrado el epiplón y parte del peritoneo.

Se me llamó por el Alcalde, no como cirujano sino como perito reconocedor, diciéndome que la herida yá había muerto. A mi llegada la encontré rodeada de más de veinte mujeres que le encomendaban el alma y la exhortaban á perdonar á sus enemigos. No sin dificultad y apesar del enojo y murmuraciones de éstas pude llegar hasta la enferma y darme cuenta de su situación. Las heridas sangraban en abundancia, no había pul-

so, estaba lívida y fría, bañada en copioso sudor y todo indicaba que el momento de abandonar la vida se acercaba. Logré propinarle una copa de aguardiente, detuve la hemorragia y procedí á lavar los intestinos del lodo y sangre que contenían ; hice la sutura del intestino herido, reduje y suturé la herida con aguja curva y seda. Ordené lavaran toda la sangre, le cambiaran vestido y la condujeran á una casa del lugar, donde se le pudieran proporcionar algunos recursos. Hecho esto, dispuse se pusiera sobre la herida agua fría permanentemente, se alimentara con leche, se diera una poción alcoholizada y se aguardara el resultado. ¿ Cuál no sería mi sorpresa, al día siguiente, al verla reanimada, sin fiebre y solamente con vómito de alimentos, el que se calmó con poción de Riverio opiada? Ese mismo día por la noche se presentó el aborto (pues es de advertir que la enferma estaba en el tercer mes del embarazo), que se efectuó sin mayor inconveniente ; pero doce horas después hubo un fuerte calofrío seguido de fiebre intensa, lo que me hizo creer era llegado el momento de presentarse la peritonitis fulminante que aguardaba : en efecto, ésta se presentó, pero localizada y el útero tuvo la galantería de no dar qué hacer. Logré combatir la peritonitis traumática, la fiebre duró por algunos días, el estómago funcionó con regularidad, y esta infeliz mujer, á quien juzgué perdida, volvió, al cabo de dos meses, á entregarse á sus oficios habituales.

En resumen, mi tratamiento fue pobre y se redujo á esto : las heridas se lavaban con agua de hojas de eucaliptus fenicada y se curaban con cerato yodoformizado ; en la del vientre se sostuvo, por algunos días,

el frío sobre esa región; después se hicieron aplicaciones de pomada mercurial belladonizada y cataplasmas emolientes. Al interior: opio á altas dosis, desinfectantes del tubo digestivo, sulfato de quinina unido al ácido salicílico, y poción de Todd, adicionada de extracto de quina y tintura de árnica.

En este caso lo que más me llama la atención es que esta mujer, bajo tan malas condiciones higiénicas, por su extremada pobreza; debilitada, extenuada como estaba y sin haber podido someterse al régimen y antisepsia que se usan hoy, se hubiera salvado, puede decirse, con los solos esfuerzos de la naturaleza.

Concordia, Agosto de 1895.

JUSTO P. RESTREPO.

DEL EMPLEO DEL ESPARTILLO *

EN LA OPERACIÓN DE URETROTOMÍA INTERNA

Todos los médicos que hemos practicado la *uretrotomía interna* hemos visto que el tiempo más difícil y escabroso de ella es el primero, que consiste en la introducción de la sonda conductora; y al hablar así me refiero á la que hace parte del uretrótomo de Maissonnaive, que es el instrumento casi únicamente usado hoy día para practicar dicha operación.

Ahora bien: es común en la práctica de cada cual encontrarse con casos en los cuales la introducción de la pequeña sonda mencionada es imposible hasta cierto punto; y en dichos casos hay que recurrir á la *uretrotomía externa sin conductor*, operación inmensa-

* Eje de la espiga de una gramínea.

mente más difícil y á la que todos los cirujanos tienen, por decirlo así, un miedo *pánico*, y que evitan hacer, valiéndose para ello de todos los recursos que su arte y los instrumentos les sugieren.

Pero á pesar de todo, hay casos refractarios al cateterismo, no importa sea cual fuere la sonda que se use.

Es para varios de estos casos que he hallado en mi práctica, para los que he recurrido con buen éxito al espartillo, y que voy á relatar someramente.

Caso 1.° N., de Anorí, de unos 40 años, sufre de estrechez uretral hace yá muchos años; fue operado de uretrotomía hace como catorce años con buen resultado, pero la mejoría desapareció más tarde á causa de que dejó de sondearse, y la estrechez se le reprodujo causándole ataques de retención de orina frecuente. Como él vivía en el campo y no tenía ó no podía introducirse sondas comunes, se le ocurrió practicarse el cateterismo con un espartillo y con buen éxito, pues pudo orinar en seguida.

Esta pequeña operación la repetía cada vez que sufría de retención.

Al fin los sufrimientos inherentes á toda estrechez lo obligaron á venir á Medellín, con el fin de hacerse operar de nuevo.

Se me habló para que lo operara, y procedí á ello después de haberle hecho tomar varias dosis de quinina y de ponerlo á dieta láctea.

Después de varias tentativas infructuosas de cateterismo con varias sondas y entre ellas algunas conductoras del aparato de Maissonnaive, se me ocurrió emplear un espartillo; acordándome de la costumbre

del paciente, conseguí algunos, y pude al fin introducirle uno en la vejiga, que resolví dejarlo en permanencia hasta el día siguiente, en que introduje otro que prontamente con el primero dejé en permanencia hasta el otro día, en que después de sacarlo, pude introducir fácilmente la sonda conductora del aparato, y practicar sobre la marcha la operación, que fue seguida de buen resultado.

Caso 2.° Dos días después de operado el caso anterior, en la misma casa practiqué la misma operación al Sr. N., vecino de Anorí, de unos 54 años, que sufría de estrechez con ataques de retención frecuentes y á quien, en un ataque de éstos, un colega tuvo necesidad de practicar una punción de la vejiga.

Después de grandes sufrimientos resolvió trasladarse á esta ciudad, y habiendo visto el buen resultado del caso anterior, resolvió que yo lo operara.

Sucedió lo mismo que en el caso primero; no fue posible la introducción de la sonda conductora, y entonces apelé á los espartillos y pude introducirle dos de éstos que dejé en permanencia hasta el día siguiente, en que pude introducir la pequeña sonda conductora y hacer la uretrotomía que tuvo buen éxito.

Hoy día, un año después de operado, el individuo en cuestión goza de perfecta salud, y se sondea cada mes para evitar la reproducción de la estrechez.

Caso 3.° Un hombre de Amagá, de 60 años poco más ó menos, tiene una estrechez que le ha producido algunos ataques de retención. Fui llamado á fines del año pasado á verlo, y previo examen con varias sondas, diagnostiqué dicha enfermedad, y me propuse operarlo con el aparato de Maissonnaive.

No pude introducirle la delgada sonda conductora de dicho aparato, y le introduje entonces un espartillo, y en seguida, sea por la cesación del espasmo que acompaña casi siempre las estrecheces uretrales, ó por que el espartillo sirvió de conductor, pude introducirle la sondita conductora y practicar la operación que fue seguida de la curación en pocos días.

Caso 4.° N., de Anorí, de 48 años, estrechez antigua, la que produjo de tres años á esta parte varias fístulas con esclerosis de los tejidos vecinos y deformación del pene. Vino á Medellín hace unos cuatro meses, y un médico de fama de esta ciudad, á quien buscó primero, no pudo introducirle la sonda conductora, y al fin le dijo que había que cortarle el miembro, lo que no fue de mucho agrado del paciente, quien entonces por recomendación de uno de mis operados (el del caso 2.°) me llamó para ver si podía curarlo.

Procedí á examinarlo y al introducirle la sondita conductora, se desviaba y salía por una de las fístulas.

Recomendé al enfermo me tuviera para el día siguiente varios espartillos, y ese día pude sondearle con uno que dejé en permanencia hasta el otro día en que le introduje por 24 horas, al cabo de las cuales logré introducirle la conductora y practiqué incontinenti la operación.

El enfermo fue curado en un mes de su estrechez, habiéndole practicado varios cateterismos con sonda de Beniqué del décimo quinto día á partir de la operación.

Las fístulas desaparecieron al mes de la operación.

Caso 5.° N., de Medellín, de 50 años poco más ó

menos, hace mucho tiempo sufre de estrechez uretral y fue operado de ella con el aparato de Maissonnaive hace varios años, pues parece haber sido incompleta la operación, porque los accidentes de retención no cesaron.

Fui llamado á verlo por indicación de mi excelente amigo el Dr. Teodomiro Villa quien lo estaba viendo hacía unos pocos días, y el que no pudiendo sondearlo para combatir una retención, tuvo necesidad de apelar á una punción de la vejiga con lo cual logró hacer desaparecer por algunas horas dicho accidente.

En asocio del Dr. Villa se trató de sondearlo nuevamente, pero fue imposible hacerlo y entonces apelamos á los espartillos. Olvidaba hacer notar que existía una falsa ruta, pues las sondas penetraban tanto que parecían estar en la vejiga, pero llegadas á cierto punto no pasaban y no quedaban con la movilidad que debe tener la sonda que penetra en dicho receptáculo.

Lográmos introducir en una sola sesión tres espartillos que dejámos en permanencia hasta el siguiente día, pero no nos fue posible dicho día introducir la conductora y nos limitámos á dejarle otros tres espartillos por 24 horas más, al cabo de los cuales pudimos al fin, después de introducir la mencionada sonda, practicar la uretrotomía interna.

El enfermo curó sin mayores accidentes, y al cabo de 15 días pudo introducirse él mismo varias sondas bastante gruesas de Beniqué.

Haré notar que en la mayor parte de los casos operados, arriba mencionados, he tenido la costumbre de practicar dos lavados diarios, después de practicada

la operación, con una solución tibia de permanganato de potasa al 1/500, y que creo que esto, el uso de la quinina por algunos días y la dieta láctea por varios días, son condiciones que hacen inofensiva dicha operación, pues los accidentes á veces tan temibles de ella son casi insignificantes si se tiene el cuidado de emplear dicho tratamiento.

La parte que he usado del espartillo (planta muy conocida y muy común) es el eje que sustenta la espiga, y una de las condiciones que debe tener dicho eje es ser bastante tierno, pues sólo así tiene la extremidad que mira hacia el tallo de la planta dócil y elástico. Se debe antes de usarlo quitarle las flores.

Para fijarlo he usado un pequeño aparato que consiste en una chuspa de trapo abierta en sus dos extremos, uno de los cuales se amarra al pene por medio de una jareta y el otro se atraviesa con un hilo que fija la extremidad del espartillo que queda fuera de la uretra.

El por qué un espartillo penetra al través de una estrechez, al paso que una sonda delgada del mismo calibre, no lo hace, me lo explico yo por el hecho de tener el espartillo la extremidad sumamente dócil á la par que elástica y se comprende además que una vez que ha penetrado en la vejiga, su presencia basta para hacer cesar el espasmo y permitir entonces la estrechez la entrada de la sonda.

Otro de los usos que puede tener el espartillo es en la retención de orina, pues una vez que uno de ellos puede llegar á la vejiga, cesa el espasmo que es su causa generalmente. Tal cosa sucedía al enfermo cuya observación relato en el caso primero de este trabajo.

Medellín, 1895.

JULIO RESTREPO A.

PERITONITIS TUBERCULOSA

TRATADA POR LA LAPAROTOMÍA Y LAVADO DE LA CAVIDAD

Curación aparente.

Cuando en 1862, Spencer Welles, por un error diagnóstico que se hizo célebre en los anales de la cirugía, tratando de operar un quiste del ovario, encontró en la paciente una peritonitis tuberculosa que curó radicalmente después de dar salida al derrame y suturar las paredes abdominales, sin cuidarse de hacer lavado alguno de la serosa, estuvo muy lejos de pensar que 22 años después, en 1884, Koening elevaría á la categoría de procedimiento quirúrgico lo que para el cirujano de Bírmingham pudo quizá ser un chasco bochornoso.

La Memoria de Koening al Congreso de Berlín se funda en el estudio clínico de 131 casos de peritonitis tuberculosa, tratados por la laparotomía con lavado antiséptico del peritoneo.

Posteriormente True propuso la intervención con simple punción evacuatriz é inyección de éter yodoformizado. Maurange aconsejó hacer la inyección con vaselina yodoformizada, pero ni el uno ni el otro llevaron al terreno clínico sus procedimientos. Mas tarde Debove trató y curó una peritonitis tuberculosa por medio de la punción é inyección intraperitoneal de naftol alcanforado.

De la estadística de Koening, citada yá, resulta un 24 por ciento de curaciones definitivas, porque, como lo dice Bruhl, tratándose de lesiones tuberculosas y de otras especies malignas que tienen tendencia á la recaída y á la generalización, siempre es con-

veniente formar un juicio muy severo y no tomar como éxitos definitivos sino aquellos casos que como los de Spencer Welles, Schuckling y Slellwar, han resistido la prueba de muchos años.

La estadística de Maurange corre á la par con la de Koening, aunque es un poco más consoladora, pues trae una cifra de 39 con 43 por ciento de éxitos definitivos en 71 casos observados.

Una circunstancia muy digna de tomarse en consideración es la relativa al diagnóstico, pues sin exámenes histológico, bacteriológico y de inoculación experimental, es muy sencillo tomar por una lesión tuberculosa lo que quizá tenga por causa alguna lesión heterogénica de diferente especie y quizá también una simple lesión inflamatoria.

Vaya esta ligera disertación á manera de rápido resumen histórico de lo que podríamos llamar período quirúrgico de la peritonitis tuberculosa.

Ahora para que se vea cuán lejos estoy de abrigar la convicción de haber hecho un diagnóstico exacto en el caso que voy á relatar, baste saber que en él no hubo ni examen bacteriológico, ni inoculación experimental, y que mi intervención data de unos pocos meses; por lo demás, en el curso de la relación se verá que por falta absoluta de una observación anterior bien llevada desde el principio de la enfermedad, y por tratarse de una enferma en estado puerperal, era bien difícil resolver si la lesión adolecía del carácter inherente al estado patológico, bajo cuya influencia se encontraba la paciente; quiero decir si se trataba de una peritonitis puerperal ó tuberculosa: hube de optar por esta última en atención á

las lesiones pulmonares muy claras que aún existen y considerando á la vez que la indicación era clara, tratándose de una lesión de esta ó de aquella naturaleza, resolví la intervención atrevida como único medio de salvar la paciente: los resultados posteriores se encargaron de justificarlo.

Intervine por medio de la laparotomía y no por simple punción, porque el derrame era general y ocupaba casi toda la cavidad; esta misma circunstancia hizo que la laparotomía fuera mediana.

El 20 de Marzo fui llamado en consulta para ver una señora de 37 años, casada; tuvo su primera menstruación á los 11 años, la que continuó regularmente hasta la época de su primer embarazo; casó á los 21 años y ha tenido 11 hijos, ningún aborto; ha disfrutado de muy buena salud, aunque desde hace 12 años, y con motivo de un parto, tuvo una hernia umbilical, la que no ha cuidado absolutamente; sus antecedentes hereditarios son nulos, si se exceptúa el hecho de estar sufriendo su padre actualmente de un epitelioma del labio inferior; la enferma, de estatura regular y color blanco, era muy robusta. Su último parto, en el que fue asistida por una comadrona, tuvo lugar el 27 de Febrero, y se efectuó regularmente; algunos días después hubo supresión de loquios, dolor agudo en el flanco izquierdo, vómitos y ligero calofrío; nada se sabe de la marcha de la temperatura; el vómito duró casi un mes; el estómago se infló; hubo constipación que alternó con diarrea, y el dolor del flanco se extendió á todo el abdomen; desde hace 10 días la enferma tose con frecuencia.

Estado actual. Decúbito dorsal, facies un poco contraída, piel blanca terrosa, enflaquecimiento muy marcado, tos quintosa y seca, esputos poco abundantes y blanquecinos, matitez en la cima de ambos pulmones, pero sin ruido anormal en dichas cimas, matitez y crepitación espiratoria en la base del pulmón izquierdo, espiración prolongada en la parte media del pulmón derecho, pulso miserable y frecuente, 110; temperatura, 39 grados; piel árida, lengua blanca y algo seca, abdomen meteorizado; se nota en sus flancos una línea de matitez como de un centímetro de altura, matitez que se descoloca cuando se hace mover la enferma; la palpación abdominal no despierta sino un dolor muy moderado, orina normal en cantidad sin albúmina.

Con los pocos datos obtenidos sobre la marcha de la enfermedad hicimos el diagnóstico de peritonitis y aconsejamos un tratamiento adecuado. La enferma quedó al cuidado de mi colega el Dr. Velásquez.

El 8 de Mayo se me llama nuevamente en consulta, y encuentro la paciente en este estado: más pálida y demacrada que en el tiempo de mi primer visita; respiración muy frecuente y sacudida; los mismos signos á la percusión y á la auscultación hallados anteriormente; pulso muy débil y frecuente, 96; temperatura, 37 grados; dolor agudo en el hipocondrio izquierdo; abdomen meteorizado en toda la región periumbilical y una zona de matitez que se extendía estando la mujer en decúbito dorsal, hasta un poco más arriba de la mitad de los flancos; dicha

matitez cambiaba con los movimientos que se hacían ejecutar á la enferma; á la izquierda del ombligo se encontraban dos traumatismos debidos á dos punciones aspiratrices hechas por mi colega dos días antes, las que no habían dado salida á líquido alguno, pero sí á gases fétidos. La circunferencia del abdomen al nivel del ombligo era de 113 centímetros.

Como puede verse, la enferma tuvo un parto el 27 de Febrero; á los pocos días aparecieron síntomas de peritonitis, nada se sabe sobre la marcha de la enfermedad hasta el 20 de Marzo, época en que existía un pequeño derrame peritoneal y síntomas muy claros de una tuberculización pulmonar. El mismo vacío con respecto á la marcha de la enfermedad existe desde el 20 de Marzo hasta el 8 de Mayo, y esto hace que la observación no sea detallada sino de esta fecha en adelante, época en que la enferma quedó á mi cargo por haberse ausentado mi colega.

Por los datos existentes nos creímos autorizados para diagnosticar una peritonitis con derrame abundante y gran cantidad de gases, y la concomitancia de los síntomas pulmonares nos hizo creer que la peritonitis era de naturaleza tuberculosa; sentado este diagnóstico y dada la situación de la enferma, optámos por una intervención quirúrgica y así la propusimos; aceptada ésta, se resolvió aplazarla para el día siguiente con el objeto de preparar lo necesario para ejecutar la operación lo más asépticamente posible.

Se hizo tomar á la enferma un purgante y se or-

denó un baño tibio general y lavado vaginal antiséptico.

El día 9, á las 8 de la mañana, se hizo la laparotomía en una pieza cuya temperatura se elevó artificialmente á 24 grados, estando la enferma bajo la acción del cloroformo, aplicado por el Dr. Toro. La incisión fue mediana y de 8 centímetros, partiendo del pubis hacia el ombligo; al abrir el peritoneo se escaparon gases fétidos, y la pared abdominal fue deponiéndose como lo hiciera un globo inflado que se punzara; tan pronto como terminó la salida de estos gases, principió á escaparse por la herida una gran cantidad de líquido seropurulento de muy mal olor; amplié la incisión peritoneal en extensión de cinco centímetros, y con presiones suaves hice salir la mayor cantidad posible de líquido. Introdujo luégo mis dedos y exploré toda la cavidad en la que hallé lo siguiente: útero completamente retraído y de volumen normal, superficie lisa; trompas, ovarios y ligamentos anchos, sembrados de granulaciones duras, del tamaño de una lenteja; esos mismos neoplasmas en la parte del peritoneo parietal que pude explorar y en el epiplón (estos datos anatomopatológicos son muy significativos desde el punto de vista del diagnóstico). Después de haber dado salida á la mayor parte del derrame, procedí al lavado de la cavidad con una solución boricada de agua hervida al 4 por ciento; hice pasar por la cavidad 12 litros de dicha solución hasta que esta salió limpia; coloqué un lechino de gasa yodoformizada en un ángulo inferior de la herida para que sirviera de drenaje y practiqué una tri-

ple sutura (peritonitis, capa muscular, piel); apliqué un vendaje compresivo y coloqué la enferma en su cama.

Al tiempo de la operación la temperatura era de 36½ grados; durante el día hubo algunos vómitos; temperatura vesperal, 37 grados; pulso, 96; la enferma orinó en la tarde y la noche fue buena.

Día 10. Temperatura matinal 37, pulso 84, abdomen un poco adolorido, la enferma se siente bien, ningún líquido sale por el drenaje; en la tarde, temperatura 37; pulso, 90; la enferma ha orinado y ha tomado caldos, cerveza y leche.

Día 11. Temperatura matinal 36½, pulso 90, abdomen menos dolorido, ningún líquido sale por el dren, por la tarde la misma temperatura que por la mañana; la enferma hizo una evacuación espontánea.

Día 12. Todo como el anterior, retiré el dren.

Día 13. Ninguna variación, el estómago se nota un poco abultado. Hube de separarme del lado de la enferma durante 6 días y en este tiempo apareció un flujo de líquido por el trayecto que ocupaba el dren, la temperatura subió hasta 38½ y el pulso á 116.

Día 20. Vuelto al lado de mi enferma no hallé de nuevo sino la supuración que era verdosa y un poco más espesa que la que existía cuando se hizo la operación; prescribí una medicación tónica.

Del 20 al 27 nada anormal hubo; la supuración continuó y la temperatura se sostuvo entre 37 y 38, y el pulso entre 84 y 90; la enferma se sentía muy bien, comía con apetito y hacía bien su digestión.

El día 28 noté que el flujo por el trayecto fistu-

loso, se hacía con dificultad; introduje por él un dren de caucho é hice nuevo lavado con la solución boricada.

Día 29. Temperatura y pulso normales; hice el mismo lavado del día anterior, y después de terminado éste, inyecté en la cavidad peritoneal 100 gramos de la solución siguiente:

Tintura de yodo.....	50 gramos.
Yoduro de potasio.....	3 —
Agua.....	500 —

Hecha esta inyección no me preocupé por hacerla salir; produjo alguna reacción, pero sin hipertermia.

El mismo lavado y la misma inyección estuve aplicando diariamente hasta el 18 de Julio, día en que retiré el dren por ser nula la supuración. El trayecto fistuloso quedó completamente cicatrizado el 1.º de Agosto.

La enferma robusteció, sus lesiones pulmonares persisten, pero no le acarrean sufrimiento alguno.

A mediados de Agosto hubo una flebitis crural izquierda, la que desapareció sin más que la quietud; hoy la enferma se siente perfectamente bien y está entregada á sus habituales ocupaciones; el tiempo nos dirá si esta aparente curación toma el carácter de definitiva.

Manizales, Noviembre 20 de 1895.

J. T. HENAO.

ERISIPELA Y FIEBRE PUERPERAL

Si mulieri pregnati fiat in utero erysipelas, lethale.

Este aforismo hipocrático nos enseña que el Médico de Cos conocía yá, ó por lo menos vislumbraba, las relaciones que hoy ha comprobado la ciencia entre la erisipela y la fiebre puerperal, cuyos microorganismos son iguales, en sentir de respetables autores, de cuya opinión participamos, porque así nos lo ha dicho la observación en nuestra clínica particular. Los trabajos microbiológicos también la misma identidad comprueban, según dicen los que saben, que por lo que á nosotros toca, tenemos qué pasar en silencio á este respecto, porque somos legos en la materia, á pesar de reconocerle mucha importancia. Tampoco abrigamos la pretensión de decir nada nuevo. Vamos solamente á referir un caso que está pasando actualmente al cuidado nuéstro, en asocio del Dr. Molina A., y que servirá para agregarlo á los muchos ejemplos que ha recogido la observación como comprobantes de que el estreptococo de la fiebre puerperal puede, por sí sólo, originar la erisipela, y que la erisipela que sobreviene *post partum*, es una manifestación de la infección puerperal.

En uno de los números de la *Revista médico-quirúrgica* de New York, consta que Guyot refiere *tres observaciones personales que se agregan*, dice, *á los hechos clínicos y á las observaciones bacteriológicas, con tendencia á establecer una relación causal entre la erisipela y la infección puerperal.* Erast, citado por Ed Ayeis, cuenta también entre los muchos microorganismos

que pueden tomar parte en la infección puerperal, el estreptococo erisipelatoso. (V. *Gaceta médico-farmacéutica* de New York, VII, número 10).

Vamos al caso nuéstro.

La Sra. M. de P. dio á luz su segundo hijo el 1.° de los corrientes, después de un trabajo un poco laborioso, que fue preciso terminar por la aplicación del forceps. El primer parto de la citada tuvo lugar hace dos años, y fue también laborioso y seguido de fiebre puerperal benigna. Al tercer día de este segundo alumbramiento apareció una fiebre, precedida de ligero calofrío, y que la familia tomó por *fiebre de leche*, que es el consuelo de las familias cuando en algún deudo se presenta la fiebre en los primeros días del puerperio, consuelo por cierto muy infundado, pues la secreción láctea es un trabajo completamente fisiológico que no tiene por qué venir acompañado de fiebre. La *soi dissant* fiebre de leche no es otra cosa que una infección puerperal benigna, ó una fiebre gástrica ó cualquiera otra cosa; *pero siempre y en todas partes esos desórdenes son producidos por organismos inferiores*, y son la *resultante de su desenvolvimiento en la superficie y en la profundidad de los órganos genitales de la mujer*. (Frisstsch).

En resumidas cuentas, en nuestra enferma apareció la fiebre del tercero al cuarto día, y en pocas horas se elevó á 40°2, elevación característica de la infección puerperal y que en nuestro entender sirve para diferenciarla de la infección tifoidea, como lo hicimos notar en otro artículo publicado en este mismo periódico. En treinta y seis horas el termómetro

bajó á 36°7, sin previa administración de antipirético alguno. Luégo se elevó á 39°5, en cuya altura siguió con remisiones hasta de un grado, durante el día hasta el undécimo, en que bajó á 37°, de donde volvió á subir á 38°8, para luégo establecerse definitivamente por varios días entre 38° y 37°1. Nada particular presentó la enfermedad en su marcha; los signos del lado de los órganos maternales no presentaron mayor gravedad hasta el octavo día de haberse establecido claramente la infección patógena, día en que sintió nuestra enferma fortísimo dolor en el vientre, acompañado de englobamiento y vómitos, signos que nos hicieron temer la aparición de una metroperitonitis, con tanto mayor razón cuanto al mismo tiempo hubo notable elevación térmica. No sucedió nada de lo que con tánto temor esperábamos: al día siguiente este ruidoso sindroma había desaparecido, sin dejar más rastro que ligero dolor en la pierna izquierda. Procedimos á examinar ésta, temiendo que pudiera tratarse de una *flegmatia alba dolens*, y encontrámos empastamiento doloroso á la presión en la región antero-externa de la pierna. Al día siguiente aumentó éste y apareció ligera rubicundez, semejando una linfangitis y haciendo temer una trombosis, hasta que á poco andar se estableció claramente la erisipela que ha evolucionado lentamente, y que, según parece, terminará por la formación de un absceso.

Ahora bien: aunque es cierto que no han faltado erisipelas y flegmones en estos tiempos, no hay propiamente epidemia de tales, ni la enferma ha estado

en contacto directo ni indirecto con persona alguna que pudiera haberla contagiado, ni tuvo en su pierna puerta de entrada, y sabido es que la erisipela, llamada *espontánea*, no existe; luego en el caso que referimos la enfermedad es *autoctona*, y tal vez *heterogénica*, es decir, que tuvo su origen en la misma enferma, cuyo origen no pudo ser otro que el foco infeccioso que en el útero existiera; y si hemos dicho tal vez *heterogénica* es porque no nos atrevemos á aseverar que aquel sindroma ruidoso, de que hablamos atrás, fuera debido á la invasión de una erisipela intrauterina, lo que no tiene nada de extraño. Al ser así, la aparición de la enfermedad en la pierna sería una metástasis *homogénica*.

Pasemos ahora á otro hecho.

La niña que esta señora está criando fue atacada de erisipela á los veinte días de haber aparecido en la madre la infección puerperal y á los doce de haberse presentado la erisipela. En la niña el estreptococo no tuvo puerta de entrada aparente, porque la cicatriz umbilical estaba sana y la parvulita no tenía ni una escoriación en los miembros inferiores, que fue por donde principió la enfermedad, para luégo extenderse por el tronco, invadiendo sucesivamente los grandes labios, el pubis, la región glutea y parte del tronco, con los caracteres de una verdadera fiebre eruptiva, con elevación termométrica de más de 40°, bajando á lo sumo á 39°. No puede alegarse aquí que la enfermedad de la niña haya podido ser causada por la caída del cordón, como sucede á menudo, pues éste cayó desde el cuarto día y su inserción estaba

completamente cicatrizada cuando apareció la enfermedad. Por otra parte, no creemos que el germen haya penetrado por dicha vía, porque la incubación de la erisipela no es nunca tan larga y porque al haber penetrado por ahí el microorganismo, se habría desenvuelto de preferencia *in situ*, aunque después hubiera emigrado. En la enfermedad en cuestión apareció la *dermitis* en la pierna, sin que, como yá lo dijimos, hubiera en ella puerta de entrada.

Creemos, pues, que esta enfermedad es debida á la influencia nociva de la infección puerperal contra la opinión de Fritsch que dice que *no sabe que la erisipela haya sobrevenido jamás á consecuencia de la fiebre puerperal*, pues para él (Fritsch) son completamente distintos el *cocos* de la una y la *bacteria* de la otra afección.

A pesar de Fritsch, repetimos, no hay duda de que existe una relación íntima entre las dos enfermedades, tanto que la una puede producir ó engendrar á la otra. Por este motivo creemos que cuando á la madre le da fiebre puerperal, no debe acercar el hijo, sobre todo en los primeros días, porque es exponerlo á contraer la erisipela, y si estuviera yá afectado de esta enfermedad, debe retirarse aun de la pieza de la madre, para evitar á ésta la fiebre puerperal.

Yarumal, Noviembre de 1895.

C. DE GREIFF.

EXPOSICION MEDICO-LEGAL

En cumplimiento del delicado encargo de peritos para que fuimos nombrados, nos trasladámos al punto en que fue hallado el cadáver de la Sra. Isabel Toro y procedimos á la investigación y examen del terrible cuadro que se presentaba á nuestra vista.

Acostada en el decúbito dorsal, ligeramente inclinada hacia el lado derecho, tenía la cabeza fuertemente vuelta hacia la derecha, los ojos abiertos, las pupilas muy dilatadas, la boca entreabierta dejando ver la lengua y los dientes que no presentaban nada de anormal; los cabellos tirados hacia la izquierda, ensangrentados en su parte inferior y comprimidos en su parte media, como si alguna mano extraña los hubiera tenido cogidos con violencia; y el *facies* mostrando el terror y angustia que precedieron á la muerte. En el cuello había equímosis, pero tuvimos ocasión de ver después que fueron producidas *post-mortem.*

El brazo derecho formaba ángulo recto con el cuerpo; y el antebrazo con el brazo, uno ligeramente obtuso; la mano del mismo lado presentaba el dedo pulgar flejado sobre el índice y el medio; y el meñique montado sobre el anular. El miembro superior izquierdo, extendido, formaba con el cuerpo un ángulo de 45 grados; y la mano flejada un poco sobre el antebrazo en abducción, tenía el pulgar formando círculo con el índice; y los otros dedos flejados sobre la palma de la mano; en la parte anterior y superior del hombro había una equímosis.

El miembro inferior derecho en abducción for-

zada, formaba con el cuerpo un ángulo de 135 grados próximamente El izquierdo inclinado hacia el derecho, montado sobre él en la parte superior, estaba separado en la vecindad de la rótula por una extensión de seis centímetros; muslo y pierna de este mismo miembro formaban entre sí un ángulo de 90 grados, abierto hacia fuera; y el pie por su borde interno, y muy especialmente con el grueso ortejo, apoyaba con violencia sobre el suelo como en actitud de hacer esfuerzos. En la parte interna é inferior de la rodilla del miembro que nos ocupa, se encuentra una escoriación de la piel, semejante á lo que se produce cuando hay un fuerte frote con una superficie dura y rugosa.

Los vestidos de la parte superior del cuerpo están desgarrados y ensangrentados y presentan cinco agujeros por donde penetró el arma que produjo las heridas de que nos ocuparemos más adelante. En los de la parte inferior no se nota nada particular.

Al levantar el cadáver para trasladarlo á la sala de autopsias, observamos que estaba acostado sobre el pañolón doblado cuidadosamente, de modo que le sirviera de cabecera y de tendido; vimos que se hallaba en estado de rigidez cadavérica; y que había coágulos y manchas de sangre en el lugar ocupado por la parte superior del tronco y por el miembro lesionado. En los alrededores no se veía nada que despertara sospechas.

Vamos á ocuparnos de las heridas.

En la mano izquierda, hacia la parte externa, un centímetro abajo de la articulación radio-carpia-

na, tiene una pequeña herida que se llevó de plano la piel de esta región en una extensión de dos centímetros, poco más ó menos. En la palma de la mano hacia su parte media é interna, tiene una herida de cuatro á cinco centímetros de extensión que atravesó la mano y que tuvo su punto de salida en el dorso, en el espacio comprendido entre el primero y el segundo metacarpiano, á dos centímetros de la tabaquera anatómica, y que mide una extensión de dos centímetros, poco más ó menos.

En la región pectoral izquierda y al rededor de la mama, tiene seis heridas, todas penetrantes y dirigidas oblicuamente de afuera hacia adentro y un poco de arriba hacia abajo. La superior é interna fracturó por completo la segunda costilla, dividió la arteria intercostal correspondiente y atravesó el lóbulo superior del pulmón. La siguiente penetró por el tercer espacio intercostal, rayó el borde superior de la cuarta costilla y fue á atravesar el mismo lóbulo superior. La que hace continuación á ésta, situada entre la cuarta y quinta costilla, atravesó el pulmón, la pared del ventrículo izquierdo del corazón y fue hasta la cavidad misma del órgano. De las tres situadas en la parte externa, la primera hirió apenas el borde anterior del lóbulo superior; la segunda que interesó el borde antero-inferior del lóbulo superior, penetró en seguida hasta el lóbulo inferior; y la tercera fue directamente á interesar el lóbulo inferior.

Tanto estas heridas, como las de la mano, fueron producidas con instrumento cortante y punzante á la vez.

Continuando nuestro examen, no encontramos rastro alguno que revelara *violencia* ó acto carnal consumado.

En nuestra opinión todas las heridas del pecho y muy particularmente la que interesó el corazón, tienen el carácter de mortales; por la posición del cadáver, la dirección de las heridas y las demás circunstancias que yá hemos apuntado, juzgamos que hubo una mano homicida; y teniendo en cuenta el estado de rigidez cadavérica que tuvimos ocasión de observar, creemos que el atentado se perpetró en las primeras horas de la noche.

No estará por demás indicar la manera como según nuestra opinión se verificaron los hechos.

La víctima se acostó voluntariamente, como se deduce del hecho de haberla encontrado tendida sobre el pañolón cuidadosamente doblado en dos y de no haber hallado en el pavimento señales de lucha; el victimario se colocó encima privándola con su cuerpo de todo movimiento del lado derecho; con la mano izquierda y el antebrazo respectivo asió los cabellos y comprimió violentamente el cuello; y con no menos violencia le asestó, valiéndose de la mano derecha, las seis terribles puñaladas que se le encontraron en el pecho; la víctima trató de defenderse con los miembros izquierdos que le quedaban libres, y entonces fue cuando recibió las heridas que tiene en la mano. Las cinco primeras puñaladas del pecho, fueron dadas por encima de los vestidos, como lo demuestra el hecho de estar agujereados en los puntos respectivos la túnica y el saco que tenía puestos; y para consumar el crimen, tuvo á bien el agresor des-

garrar los vestidos que hemos mencionado y clavarle por última vez en el pecho, yá desnudo, su certero puñal. La muerte sobrevino prontamente; y esto explica por qué se encontró el miembro inferior izquierdo en la actitud de hacer esfuerzos, como si tratara de arrojar de sí al asesino que tenía encima.

Quizá nos hayamos equivocado en cuanto á la apreciación de los hechos, pues el error es patrimonio de la humanidad y está muy lejos de nosotros la idea de que se nos crea infalibles; mas, en cuanto á lo esencial, es decir, en cuanto á que las heridas que recibió Isabel Toro fueron causa eficiente de su muerte, y en cuanto á que hubo una mano criminal que manejara el arma funesta, en cuanto á esto decimos, no hay lugar á la más mínima duda.

Dios quiera que la buena voluntad con que hemos servido á la autoridad en este gravísimo asunto, contrarreste nuestra insuficiencia científica; y ojalá que nuestros esfuerzos contribuyan en algo á la pronta solución de este pavoroso problema.

Medellín, Julio 6 de 1891.

T. VILLA.

NOTAS EDITORIALES

LA SEROTERAPIA EN LA LEPRA

El Sr. Dr. Juan de Dios Carrasquilla comunicó á la Academia Nacional de Medicina lo siguiente:

"Sr. Presidente:

"Tengo el honor de poner en conocimiento de la Honorable Academia que, con motivo de la con-

ferencia sobre seroterapia que di en la Policlínica de esta ciudad el 1.º de Julio último, en la cual me permití excitar á los médicos á ensayar la medicación seroterápica en el tratamiento de la lepra, se han instituído algunos experimentos bajo mi dirección.

"No teniendo sino una presunción fundada en la semejanza de la lepra con las otras enfermedades infecciosas en que se ha estado aplicando últimamente en Europa esta medicación, como la sífilis, la tuberculosis &c., y no pudiendo hacerse el cultivo del bacilo de la lepra, me propuse aplicar el método seguido por el Profesor Ch. Richet para el tratamiento de la sífilis, cuyo microbio tampoco se ha podido cultivar.

"Se procedió, pues, á sangrar un enfermo de lepra, y con el suero de la sangre de éste se inoculó primero un cabrito y luégo un caballo; transcurridos algunos días, se les hizo á estos animales una sangría de la yugular y se tomó el suero, se colocó en frasquitos bien tapados y al abrigo de la luz. En todas estas operaciones se guardaron las más rigurosas prescripciones de asepcia, para evitar la contaminación.

"Antes de aplicar el suero así preparado, á los enfermos, se le aplicó á un curí con el objeto de cerciorarme de que no contenía ninguna substancia séptica extraña que pudiera comprometer el experimento. Después se empezó el tratamiento de un enfermo afectado de lepra nerviosa (la observación con todas las circunstancias dignas de anotarse ha sido llevada cuidadosamente y será presentada á la Academia en otra comunicación), comenzando por una

inyección hipodérmica de medio centímetro cúbico, y aumentando sucesivamente la dosis hasta llegar, en el espacio como de un mes, á inyectarle 20 centímetros cúbicos de una vez; por todo se le han inyectado próximamente de 90 á 100 centímetros cúbicos. Ha habido algunas interrupciones en el tratamiento, por circunstancias inevitables é independientes de la voluntad.

"El tratamiento ha dado hasta hoy el siguiente resultado: 1º Descoloración de las manchas en general y particularmente de las que se hallan próximas al sitio de las inyecciones; 2º Restablecimiento de la sensibilidad en los lugares ocupados antes por manchas anestésicas; 3º Estado general del enfermo notablemente mejorado en todos sentidos, á pesar de la reacción que, algunas veces, ha habido.

"Al presentar á la Honorable Academia este experimento, incompleto y deficiente, me abstengo de sacar ninguna conclusión, pues no tengo otro objeto que solicitar el concurso de sus ilustrados miembros, pedirles su opinión acerca del procedimiento que he empleado, para saber si debo continuarlo ó cambiarlo por otro. Querría saber si estiman racional y científico este medio, y oír con la mayor deferencia las indicaciones que tengan á bien hacerme, para sujetarme á ellas y tratar de hallar la comprobación experimental de la teoría que me ha inducido á practicar este ensayo.

"Me proponía al principio, si este medio no daba ningún resultado satisfactorio, emplear el procedimiento seguido en la seroterapia del cáncer, esto es, triturar la substancia de los lepromas con agua

destilada, filtrar el licor é inocularlo á los animales, para luégo usar el suero de éstos en el tratamiento de los enfermos. Querría que la Academia me ilustrara acerca de este punto, que me indicara si he de ensayar este otro medio, ó si será preferible seguir el primero, que es más sencillo y tal vez menos peligroso, y que, á juzgar por las modificaciones que ha producido en el experimento, promete buenos resultados y no ha ocasionado ningún accidente grave.

"Espero que la Honorable Academia se sirva acoger con benevolencia esta solicitud y me preste su apoyo en tan delicado asunto."

Posteriormente el Sr. Dr. Carrasquilla ha comunicado al Director de un periódico de la capital lo que sigue:

"Había ofrecido á Ud. una copia de la comunicación que tengo preparada para presentar á la Academia de Medicina en la próxima sesión; pero como es posible que ésta no se verifique muy pronto, le remito hoy simplemente un extracto de dicha comunicación, para que Ud. haga conocer el resultado de los últimos experimentos de seroterapia en el tratamiento de la lepra.

"He observado lo siguiente:

"Los tubérculos se aplanan desde el principio del tratamiento y luégo desaparecen; las masas tuberculosas (*lepromes en nappe*, Leloir) se cubren de costras espesas que, al caer, dejan la piel descolorada, lisa, con la impresión, el molde, pudiera decirse del leproma; pasando el dedo por los sitios ocupados antes por estas masas tuberculosas, no se percibe ninguna prominencia, nada que pueda llamarse tubérculo. Los sitios de predilección de los tubérculos, como la frente, las mejillas, la barba, la nariz, los pár-

pados &c., quedan señalados con manchas de color amarillo rojizo, que descaman abundantemente, en lugar de los horribles lepromas de color rojo amoratado que existían.

"De las mucosas, accesibles á la observación, también desaparecen los tubérculos, pero con más lentitud; en vez de la coloración viva que ofrecen antes del tratamiento, se observa la mucosa descolorada y sana en los puntos no ulcerados.

"En vez de la conjuntiva inyectada, roja, casi insensible, del lagrimeo constante de los tuberculitos del borde libre de los párpados, parecidos á cabezas de alfiler de color de rubí, se observa toda la mucosa limpia, sensible, cesa el lagrimeo, los tubérculos desaparecen, el borde libre de los párpados adquiere su coloración natural y las pestañas empiezan á aparecer, así como las cejas al descamarse la masa tuberculosa que las cubre.

"En el velo del paladar, las amígdalas &c., las ulceraciones se muestran más rebeldes al tratamiento; pero ofrecen abundante secreción y tendencia á cicatrizar.

"Los lepromas ulcerados, de bordes de color rojo amoratado, gruesos, insensibles, de fondo profundo, de color rojo vivo, se modifican profundamente; los bordes se deprimen, descaman, cambian de color; el fondo, después de supurar abundantemente, se cubre de una costra espesa que, al caer, deja cicatrizada la ulceración.

"Las cicatrices antiguas de lepromas supurados, se aplanan, se descoloran y tienden á borrarse cada día más.

"La sensibilidad se restablece en todos los puntos anestésicos, primero en las placas y manchas y des-

pués en los sitios de los lepromas. En las extremidades tarda más en restablecerse, sobre todo cuando hay ulceraciones.

"Los edemas duros desaparecen rápidamente (en un caso al quinto día de principiado el tratamiento habían desaparecido yá); la piel descolorada se arruga, se retrae y vuelve casi al aspecto normal. El párpado superior, siempre hinchado en todos los leprosos, se pone arrugado y retraído, y si hay tubérculos, lo que es muy frecuente, éstos desaparecen; las orejas se retraen también y pierden la coloración amoratada. La nariz adquiere su forma primitiva cuando no ha sufrido mutilaciones, y su mucosa recobra la sensibilidad, de tal modo, que los enfermos se sorprenden de sentir olores y los distinguen sin vacilación.

"En la forma nerviosa (trofoneurótica de Leloir), lo primero que se observa es el restablecimiento de la sensibilidad y en seguida la descoloración y el aplanamiento de las manchas y placas; pero las manchas no han desaparecido hasta hoy en ningún caso; persisten como estigmas de la enfermedad.

"Esto es lo que se ha observado y consta de las libretas de observaciones que han sido llevadas cuidadosamente. En la comunicación de la Academia daré más detalles."

El Sr. Dr. Carrasquilla mereció del pueblo bogotano una justa ovación en que tomó parte el Sr. Ministro de Gobierno; la prensa toda del país le ha dedicado justísimos elogios, y nosotros cumplimos hoy también con el deber de felicitar á este distinguida compatriota por sus felices ensayos en el tratamiento de la lepra por la seroterapia.

Lo que hasta hoy se ha hecho en este camino es suficiente para que todo espíritu bien intencionado se entusiasme y alcance á ver horizontes muy amplios.

M. Richet ha sido acremente atacado en Francia, casi desde el momento en que presentó á la Academia sus ensayos en el tratamiento del cáncer por la seroterapia; en Italia ha entrado el desaliento después de los primeros entusiasmos por el feliz tratamiento de la tuberculosis, debido á la reacción violenta observada en los enfermos, y no falta quién vea en lo de Bogotá movimientos de carácter superficial en las masas que se entusiasman y actos de sugestión en los más serios.

Nosotros tenemos más fe en el triunfo futuro de la medicina y somos también del número de los optimistas, á pesar del natural desaliento que produce una desilusión. Pero hasta aquí, hay motivos para esperar resultados finales satisfactorios. Si no fuere así, quédenos al menos la satisfacción de que no sólo no contradijimos ni desalentamos, sino que ayudamos con nuestro entusiasmo. El escepticismo no ha resuelto nada en el mundo. El desdén y las desconfianzas son odiosos. Los hombres que han hecho progresar la ciencia y han iluminado los espíritus, han tenido que luchar contra las prevenciones de esta misma humanidad, que es un obstáculo, y contra la fuerza de inercia que oponen los seres que no vinieron al mundo á remover las montañas, sino á oficios más manuales y al alcance de facultades de carácter puramente animal.

E. ZULETA.