

Revista Médica

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA DE BOGOTA

REDACTOR, DOCTOR PIO RENGIFO

SERIE II.

Bogotá, Mayo 29 de 1874.

NUMERO 13

PARTE OFICIAL.

CONCURSO DE PIEZAS ANATOMICAS, abierto el día 10 de Julio.

Reunida la comision de la mesa de la Sociedad de Medicina, en asocio de los señores doctores L. Rivas y Corredor, se declaró abierto el primer concurso conforme a lo prescrito por el acuerdo adoptado en la sesion del 20 de marzo; y se ocupó del exámen de las siguientes piezas que con tal objeto fueron remitidas.

PIEZAS DE ANATOMIA DESCRIPTIVA.

Los señores J. Tomas Enao y J. Ignacio Barberi, alumnos de la Escuela de Medicina, presentaron la marcada con el número 1.º que consiste en una preparacion de la pared anterior del tórax, en la cual se ve de cada lado del esternon un nuevo músculo par aplicado contra los cartilagos de la 2.ª, 3.ª, 4.ª y 5.ª costillas, pero separado de ellos por el músculo gran pectoral. Dirigido de arriba á abajo y de dentro á afuera, forma en su parte superior un tendon largo y delgado que se continúa sin línea de demarcacion con el del esterno-cleido-mastoideo, mientras que su terminacion inferior se hace directamente por medio de fibras carnosas en el borde superior del cartilago de la 5.ª costilla.

Siguiendo la nomenclatura de Chaussier han propuesto se designe con el nombre de condro-esternal. Y es considerado por ellos como un músculo inspirador cuando al contraerse toma su punto fijo en la insercion inferior, y flexor de la cabeza cuando se contrae en opuestas condiciones.

Han hallado ademas que su nutricion se efectúa por medio de ramos arteriales venidos de la mamaria interna, de la acronio-torácica inferior, ó mamaria externa; y los nervios emanan de los torácicos anteriores.

PIEZAS DE ANATOMIA PATOLOGICA.

La marcada con el número 1.º, presentada por el señor Pedro Gutiérrez P., contiene la observacion clinica de un caso de estrechez y fistulas uretrales en el cual sobrevino la infiltracion urinosa y la gangrena del periné y de todo el aparato genital externo. En este estado se practico la uretrotomia externa por el procedimiento del ojal con anchas incisiones en el periné y demas puntos gangrenados. Esto, sin embargo, no fué suficiente y nueve dias despues el enfermo murió.

La pieza anatomo-patologica tomada de este caso y preparada por el señor Gutiérrez P. manifiesta: 1.º A un centimetro del meato urinario, una estrechez fibrosa; dos agujeros fistulosos en la porcion membranosa de la uretra, cuyos aborturas externas corresponden, la del primero y anterior á la parte lateral del cuerpo cavernoso izquierdo y la del segundo, posterior al escroto del lado derecho; hácia adelante del cuello de la vejiga y al lado derecho otra abertura fistulosa siguiendo un trayecto oblicuo dirigido hácia atrás y terminado en fondo de saco en la cara superior del periné. 2.º La mucosa vesical fuertemente hipertrofiada, habiendo adquirido sus paredes el espesor de un centimetro y medio; y 3.º otro agujero fistuloso situado en el uréter izquierdo y á cuatro centímetros distante de su punto de terminacion en la vejiga, y cuyo trayecto, reveló la autopsia, seguia por el músculo psoas y terminaba en el periné formando la fistula conocida con el nombre de *fistula de regadera*.

La pieza número 2 presentada por los señores doctor A. Corredor y Carlos Enciso se refiere á un caso en el cual, segun la observacion, se presentaron al principio sintomas tan vagos, que no fueron suficientes á fijar el diagnóstico. Solo llamó la atencion, un dolor situado en la region inguinal izquierda y que con los caracteres de pungitivo unas ocasiones, y lancinante otras, se hizo sentir al principio. Dos dias despues de la entrada al hospital del enfermo, la fiebre subió y la region parotidea del lado derecho apareció aumentada de volumen, dura y muy dolorosa. A estos sintomas siguieron otros más graves; pulso pequeño y filiforme; lengua seca y cubierta de fuliginosidades, extrema postracion; delirio continuo é inflamacion de la parótida izquierda; y por último, dos dias antes de la muerte, un nuevo abceso en la region lumbar.

La pieza anatomo-patológica correspondiente á este caso, manifiesta: un bacinete articulado artificialmente y sostenido sobre una lámina de corcho, en el cual se notan las siguientes alteraciones: el borde superior del hueso coxal izquierdo, la apófisis articular de la 5.ª vértebra lumbar y para completar la pared anterior de la cavidad del bacinete solo existe un sequestro formado por una parte de la eminencia ileo-pectinea y el púls.

La pieza número 3 presentada por el señor doctor Corredor, manifiesta un cáncer escirroso del piloro, el cual no fué perfectamente diagnosticado durante la vida por la falta de los sintomas que generalmente lo caracterizan. Unicamente un vómito tenaz, aunque nunca se notaron en él materias sanguinolentas y desapareciendo por épocas, fué el sintoma que presentó. La region epigástrica no dió sensacion ninguna de dureza y mucho menos la de la limitada forma de un tumor.

La pieza número 5 presentada igualmente por el señor doctor Corredor, representa una gran caverna de la cima del pulmon derecho en la cual se hallaron 5 gramos de pus; y es notable la sintomatología que dá la observacion por la forma galopante de este caso.

La comision, en vista de estas piezas, adoptó las siguientes proposiciones:

1.º Concedése premio de 1.ª clase en anatomia descriptiva á los señores J. Tomas Enao y J. Ignacio Barberi, por la pieza que han presentado con un nuevo músculo supernumerario hallado por ellos.

2.º Premio de 2.ª clase en anatomia patológica al señor Pedro Gutiérrez Portillo, por la pieza número 1.º manifestando una hipertrofia de la mucosa vesical con fistulas de la uretra, de la vejiga y de un uréter.

3.º Premio de 1.ª clase en anatomia patológica á los señores doctor Corredor y Enciso, por la pieza número 2 que consiste en un bacinete cariado.

4.º Premio de 3.ª clase al señor doctor Corredor por la pieza número 3, que manifiesta un cáncer escirroso del piloro; y

5.º Premio de 2.ª clase al señor doctor Corredor por la pieza número 4, que consiste en un pulmon manifestando una caverna en su cima.

SEGUNDO CONCURSO ANATOMICO.

A las doce y media del dia diez y nueve de setiembre, reunida la comision de la mesa de la Sociedad de Medicina

se declaró abierto el concurso; y la comision se ocupó del estudio de las siguientes piezas:

PIEZAS DE ANATOMIA DESCRIPTIVA.

La marcada con el número 2, presentada por el señor J. Tomas Enao, consiste en una laringe bien preparada y conservada, en la cual existe ademas, la lengua, el hueso hioideo, los músculos omoplato y cleido-hioidianos y el cuerpo tiroideos.

PIEZAS DE ANATOMIA PATOLOGICA.

El señor Joaquin Castilla, la marcada con el número 5, consistente en un bazo que pesa un kilogramo, y mide 23 centímetros de longitud, 13 de latitud y 6 de espesor, cubierto en su cara convexa por una lámina de cartilago reticular y perteneciente a un individuo que se hallaba bajo la influencia de la infeccion palustre.

El señor Pedro Gutiérrez P, la marcada con el número 6, que consiste en un utero canceroso con hidropesia en el ovario derecho, focos de supuracion en el ligamento ancho del lado izquierdo y la vejiga ligeramente inflamada.

CUERPOS EXTRAÑOS.

El señor doctor Corredor, una bala enquistada en la cima de un pulmon, perteneciente a un individuo que la mantuvo allí, durante doce años, y muerto por una pulmonia intercurrente. Pieza marcada con el número 7.

PRODUCCIONES ANORMALES.

El señor P. Gutiérrez P, un tumor fibroso hallado en el lóbulo frontal del hemisferio izquierdo del cerebro de una mujer, cuya historia no se pudo llevar sinó durante los tres dias que permaneció en el Hospital. Pieza número 8.

El señor doctor Corredor, una serie de 25 cálculos hepáticos de distintos tamaños y pertenecientes a un mismo individuo. Pieza número 9.

El señor Gutiérrez P, un cálculo vesical en el cual tanto el análisis químico como los caracteres físicos son de fosfato-amoniaco-magnesiano y extruido a una muchacha de 13 años de edad. Marcada con el número 14.

ALTERACIONES ORGANICAS.

La pieza número 10, presentada por el señor doctor Corredor y que consiste en un corazon hipertrofiado.

La pieza número 11, presentada por el señor Gutiérrez P, y que igualmente representa un corazon hipertrofiado.

La pieza número 12, presentada por el señor Gutiérrez Portillo, consiste en un corazon afectado de hipertrofia del ventriculo izquierdo é insuficiencia y aórtica.

La pieza número 13, presentada por el señor doctor Corredor, consiste en un hemisferio cerebral presentando las alteraciones anatomopatológicas de una meningitis.

La comision calificadora, aprobó luego las siguientes proposiciones relativas a los premios que deben concederse á cada una de éstas piezas:

1.º Premio de 2.º clase en anatomía descriptiva al señor Enao por la pieza número 2.

EN ANATOMIA PATOLOGICA.

1.º Premio de 2.º clase al señor Castilla por la pieza número 5.

2.º Premio de 1.º clase al señor Gutiérrez por la pieza número 6.

3.º Premio de 2.º clase al señor doctor Corredor por la pieza número 7.

4.º Premio de 2.º clase al señor Gutiérrez P. por la pieza número 8.

5.º Premio de 2.º clase al señor doctor Corredor por la pieza número 9.

6.º Premio de 3.º clase al señor doctor Corredor por la pieza número 10.

7.º Premio de 3.º clase al señor Gutiérrez P. por la pieza número 11.

8.º Premio de 1.º clase al señor Gutiérrez P. por la pieza número 12.

9.º Premio de 3.º clase al señor doctor Corredor por la pieza número 13.

10.º Premio de 1.º clase al señor Gutiérrez P. por la pieza número 14.

INFORME DEL DOCTOR J. M. BUENDIA

sobre el trabajo del doctor R. O. Roldan.

Bogotá, Noviembre 22 de 1873

Señores miembros de la Sociedad de Medicina de Bogotá.

El señor doctor R. O. Roldan, de Guatavita, ha dirigido una comunicacion á la Sociedad, sobre una epidemia de mal de garganta observada por él en Noviembre del año pasado, y la Presidencia tuvo á bien nombrarme en comision para informar sobre ella.

Resulta del trabajo del doctor Roldan, que fué llamada a medicinar á una muchacha como de 8 años de edad, que hacia 4 ó 5 dias habia sido atacada de una angina. Los síntomas eran los siguientes: pulso fuerte y regular á 95 pulsaciones, boca abierta, respirando por la nariz, voz enteramente nasal, garganta hinchada al exterior, aunque no muy notablemente y exhalando una fetidez gangrenosa insoportable y las amígdalas hinchadas y de un color livido, se habian unido dejando en el centro á la avula en forma de un botón negro, tenian en una pequeña extension de su parte superior una concrecion amarillenta sucia; deglucion difícil y conservacion de sus facultades intelectuales.

Para tratar de combatir una enfermedad tan alarmante, prescribió el autor de la comunicacion:

Nitrato de plata.....	60 centigramos.
Agua dest. de rosas.....	30 gramos.
para humedecer la garganta con un pincelito de hilas.	
Clorato de potasa.....	15 gramos.
Ocieciento de zarzaparrilla.....	500 gramos.
para gargarriz si era posible, y si nó, para humedecer con una brocha de hilas hasta donde se alcanzara.	
Aceite alcanforado.....	15 gramos.
Amoniaco líquido.....	
Láudano de Sydenham.....	5 gramos.

para hacer un linimento con el cual debian untarle cada dos horas el exterior de la garganta.

La enferma murió al dia siguiente sin que se le hubiese aplicado ninguno de los medicamentos que se le prescribieron.

Este caso fué para el doctor Roldan, como lo dice, una voz de alarma dada de que tenia su enferma una angina tonsilar de forma gangrenosa.

Despues refiere que la enfermedad atacó al principio á niñas y jóvenes de la edad de 7 á 20 años y que tuvo ocasion de observarla en personas de mas de 60, habiéndose presentado un caso en una señora de 58 y otro en una de 61. En estas, empezaba comunmente por un dolor de garganta situado en la amígdala derecha; en algunos casos sin síntomas generales, en otros con calofrios, horripilaciones y reaccion febril; el segundo dia se hacia extensivo el dolor á la otra amígdala y todo tomaba un color rojo muy encendido, advirtiéndose sobre las amígdalas una exudacion blanquecina que despues se espesaba formando una concrecion amarillenta, pero que no se extendia mas allá de estas glándulas y á veces no las cubria completamente; al tercer dia las amígdalas presentaban una hinchazon enorme y quedaban unidas entre sí, siendo entonces muy notable la fetidez, que se hacia mas y mas insoportable. Llegada á este estado la enfermedad, se habrian los focos purulentos y despues de algunas horas, que hacian creer á los enfermos y asistentes que el peligro habia pasado, eran atacados de agonia, debilidad, postracion y muerte.

El tratamiento establecido por el doctor Roldan fué el siguiente: al principio dos gramos de ipecacuana, á los adultos, y á los niños, la cantidad suficiente á su edad. Cuando habia reaccion febril, sustituia la ipecacuana por 25 centigramos de tártaro emético disueltos en 125 gramos de agua, para dar una cucharada comun cada cuarto de hora; hacia gargarriz con

Sulfato de alúmina.....	
Borato de soda.....	a 8 gramos.
Caldo de pisto.....	a 500 gramos.

Untura de linimento volátil alcanforado y opiado á la garganta, cubriéndola inmediatamente despues con algodón cardado. Este tratamiento, que en muchos casos era sufi-

ciencia, en otros no lo era, y la enfermedad marchaba rápidamente; entonces las amígdalas, la úvula y los pilares del velo del paladar tomaban un tinte oscuro, la fetidez se aumentaba y los enfermos decían sentirse en peor estado que antes; en este caso administraba nuevamente el vomitivo y prescribía el gargarismo siguiente:

Cocimiento de quina tuva.....500 gramos.

Vino tinto.....125 gramos.

para gargarizar cada dos horas; y al exterior un linimento compuesto de

Pomada de belladonna.....

Unguento mercurial.....

Anoníto líquido.....a 15 gramos.

Aceite alcanforado.....a 45 gramos.

hasta obtener una vesicación extensa é insoportable.

Ningun caso de esta enfermedad tratado desde su principio por la medicación expregada tuvo, según dice el doctor Roldan, un resultado desgraciado. Este fué el empleado con las dos señoras de quienes se ha hablado.

El mayor número de insucesos se notó en gentes indolentes y abandonadas, y especialmente en donde los estragos de esta epidemia se notaron mas, fué en Scaquilé, en la vereda de Chaleche y en Guatavita, hacia el linde con aquel distrito.

Muchos enfermos quedaron en la convalecencia con la voz nasal y algunos arrojaban por la nariz parte de los líquidos que tomaban; esta molestia desaparecía con el uso de los astringentes.

A la época de la comunicación del doctor Roldan, se presentaban todavía casos de amigdalitis y de faringitis con reaccion febril; pero que no tenían gravedad alguna comparados con el mal de garganta de la época de sus observaciones, y que cedían con el uso de los emolientes en gargarismos, y linimentos excitantes al exterior; y cuando el mal alcanzaba á supurar, los enfermos quedaban alentados desde que se abría el foco purulento.

Por lo expuesto, se vé claramente que la epidemia de angina observada por el doctor Roldan, es poco mas ó ménos la misma que observó en Ubaque el señor doctor Osorio, y sobre la cual tuvo tambien el honor de presentar á la Sociedad un informe que mereció el honor de la publicación.

Las apreciaciones del señor doctor Roldan confirman totalmente las mías y si no lo fuera así, me apoyaría en la imponente autoridad de Grisolle, quien dice que las amígdalas inflamadas pueden algunas veces ser atacadas de gangrena, en totalidad ó en parte; este accidente es por tanto, bastante raro y se lo reconoce por el olor fétido que exhala la boca, por la lividez y por el color moreno del tejido de la glándula, que se desprende bajo la forma de un detritus puriliginoso; es según este modo de terminacion, como despues de la ruptura de los abscesos, que se observan en la superficie de la amígdalas, esas ulceraciones profundas y de bordes duros y elevados.

Nuestra comision cree muy importante la comunicacion del señor doctor Roldan y os propone darle las gracias, excitándole á que continúe sus observaciones sobre este punto ó sobre otros que él tenga á bien, y las envíe á la sociedad.

JOSE M. BUENDIA.

Comunicacion del doctor N. Osorio.

Señor Presidente de la Sociedad Médica de Bogotá.

Presento á la Sociedad algunas piezas anatómo-patológicas que las juzgo de interes. La primera es un bazo que pesa un kilogramo y tiene de longitud 23 centímetros, de ancho 13 cs. de espesor 6 cs. El señor Sappey da en su anatomía al bazo el término medio de un peso de 225 gramos, longitud 123 milímetros, anchura, 82 milímetros, y espesor 32 milímetros. La cara convexa está cubierta por una placa de cartilago reticular espesa y adherente. Esta lesion fué producida por infeccion palustre; encontrándose el hígado en el cadáver de este individuo congestionado en sumo grado y de consistencia más resistente que en el estado normal. Los intestinos gruesos se hallaban congestionados la mucosa tenia un color gris azurrado; existian algunas ulceraciones pequeñas que no interesaban sino la mucosa;

los folículos de ésta estaban muy desarrollados. Este enorme bazo lo presento á nombre del alumno Joaquín Castilla, y en la observacion que este señor ha tomado del caso, se hallarán detalles más amplios.

Las demás piezas que presento pertenecen á un individuo que entró en el Hospital en el mes de Mayo de 1874 con una escítis sifilítica del fémur, quien habia padecido de chanceros, bubones supurados, cuyas cicatrices eran visibles: salió restablecido del Hospital. A mediados de Junio entró de nuevo para hacerse curar de una diarrea que hacia algun tiempo lo atormentaba, la que sometida á diferentes tratamientos, no cedió. Se enflaquecía de dia en dia: su color vino á ser semejante á la cera; su vientre estaba retraído; la percusion no demostraba que hubiese cambio notable en el volumen del hígado ni del bazo; su enflaquecimiento hacia progresos; las fuerzas se le acababan y una neumonia dió fin á sus dias el 5 de Setiembre.

Hecha la autopsia del cadáver se encontró que tenia el hígado de un volumen un poco más grande que el normal; bordes redondeados, sobre todo en su lóbulo derecho; su consistencia es pastosa y resiste algo al filo del escalpelo; el bazo de tamaño normal, tiene un color de heces de vino, y su consistencia es algo blanda; los riñones de volumen natural, pálidos, resistentes. Durante la vida de este individuo, repetí á mis discípulos, varias veces, que podríamos encontrar un hígado sifilítico y probablemente descubriríamos sustancia amiloide ya en el bazo, el hígado ó el riñon. Sometí estas vísceras á la tinción de iodo y al ácido sulfúrico; en el bazo se produjo una coloracion azulada muy manifiesta, en el riñon, apenas visible, y en el hígado no descubrí nada. Si se considera que se ha obtenido lo coloracion azul en el bazo en un individuo que fué atacado de sífilis con lesiones del hueso, (la cabeza del fémur se encontró alterada) en su estado caquéctico, su diarrea tenaz, y la neumonia que terminó su enfermedad antes de que las lesiones abdominales hubieran producido la anasarca ó la ascítis; si se considera, digo, todo esto, se ve bien claro y se puede afirmar que este individuo ha muerto de una degeneracion amiloide de forma sifilítica.

En la primera discusion que tuvo lugar en esta Sociedad sobre la sustancia amiloide manifestó que yo me inclinaba á considerar esta sustancia como de naturaleza albuminoidea. La reaccion dada por el iodo y el ácido sulfúrico no me satisface, pues colocando un poco de tinción de iodo sobre una placa de porcelana y aplicando en seguida ácido sulfúrico, la evaporacion del iodo produce color rojo que pasa al violado, al amarillo pálido casi verduoso.

Estudiando las reacciones de las sustancias albuminoideas, encontré un reactivo poderoso, ácido sulfúrico adicionado de ácido mofldico, que da una coloracion azul de Prusia; sometí las vísceras de que me ocupó á este reactivo y me dieron la coloracion azul indicada; repetí esta experiencia en un bazo, un hígado y riñon normal y me dió la misma coloracion; entónces recurri á otro reactivo, al ácido nítrico, al cual se le añade nitrato ácido de mercurio, y en las vísceras de nuestro sifilítico obtuve coloracion roja, más no en aquellas que tenian una composicion normal.

Estas reacciones las creo interesantes y que pueden contribuir á dilucidar ciertas cuestiones de la cirrósia amiloide.

Estas últimas piezas las presento á nombre del alumno Ricardo Sarmiento, y en la observacion que dicho señor ha tomado se encuentran detalles más extensos sobre este caso.

Presento tambien dos botellas de agua sulfurosa de Tabío para que la Sociedad las examine si lo juzga conveniente.

NICOLAS OSORIO.

Setiembre 6 de 1873.

Informe del doctor E. García.

Señores miembros de la Sociedad de medicina.

Cumpro con el deber de informar acerca de las piezas anatómo-patológicas, presentadas á la Sociedad por el señor doctor Osorio y las cuales se me pasaron en comision para su estudio.

La 1.ª se refiere á la hipertrofia de un bazo, de peso de 1 kilogramo, presentando en su cara convexa una placa blanca, dura y resistente.

La hipertrofia simple de este órgano, está constituida por el aumento en número y espesor de los elementos de textura, sin modificacion en su naturaleza. El peso puede aumentar de una manera considerable, y se citan casos en que se ha obtenido uno de 43 libras. El color rojo livido al principio de la enfermedad, es más pálido ó amarillo á medida que la afeccion es más antigua; su cohesion varia igualmente, pues ya es tejido seco muy friable, ó al contrario, muy denso, para no dejar penetrar el dedo á una fuerte presion, semejándose entónces al tejido de un hígado indurado ó de un pulmón hepaticado. En estos casos, el lodo splénico ha desaparecido, y las células del órgano, parecen llenas de

una sustancia de apariencia carnuda, y á la cual se lo ha dado el nombre de *carne splénica*.

En las hipertrofias antiguas, el tejido fibroso del bazo, es el sitio de una hiperplasia manifiesta, formando líneas blancas que atraviesan el órgano en su espesor y convirtiéndolo en envoltura en tejido fibroso resistente, que puede transformarse en cartilaginoso ó óseo. Así, no son raros los bazos envueltos en cápsulas cartilaginosas de más de un centímetro de espesor, ó presentan anchas placas de apariencia ósea, las cuales están constituidas por incrustaciones calcáreas, con cavidades análogas á los *osteoplastos*, pero que se diferencian por la ausencia de las canalículas que terminan en estas cavidades.

En el caso sometido á nuestro estudio, la placa blanca es de naturaleza cartilaginosa, como lo demuestra la observación por medio del microscopio; existe una hipertrofia del órgano que atestigua un envenenamiento palúdico, y así lo demuestran los datos suministrados por la historia de la enfermedad, llevada por el señor Castilla.

El enfermo permaneció por mucho tiempo en tierra caliente, sufrió fiebres intermitentes, se presentó debilitado por una diarrea crónica, en una coloración blanca especial y con el conjunto de síntomas que indicaban la existencia de una caquexia palúdica.

La autopsia reveló el bazo aumentado de volumen, con placas é innumerables puntos blancos en un fondo rojo; granulaciones y adherencias de los pulmones, placas y folículos del intestino inyectados.

El cuadro sintomatológico de las alteraciones del bazo es muy reducido, y no ofrece sino rasgos generales y comunes, de manera que este órgano, silencioso en patología como en fisiología no presenta en sus enfermedades signos propios, y los fenómenos que presenta en las afecciones crónicas pueden confundirse con los síntomas de una caquexia.

Muchas veces es en presencia de la pieza anatómica que se pueden establecer algunas diferencias en cuanto á la naturaleza de la lesión, como cuando las hipertrofias, son á la vez el sitio de una degeneración ceruminosa ó amiloidea.—El órgano adquiere entonces un volumen y peso considerables, su tejido pálido y seco, presenta anchas placas lardaceas, semi transparentes, ó bien, granos blancos comparados á los del *sgú cocido*, cuando no hay hipertrofia y que la degeneración se limita á los corpúsculos de Malpighi.

En el caso que estudiamos han existido los signos de una caquexia; el bazo hipertrofiado y resistente, sometido á la acción de la tintura de yodo y del ácido sulfúrico, da un reflejo violado; á la acción del ácido nítrico y del nitrato ácido de mercurio, una coloración roja fugaz; reacciones que me inducen á admitir la presencia de la materia ceruminosa en el bazo hipertrofiado, como expresión de una caquexia palúdica.

La 2.ª observación llevada por el alumno Ricardo Sarmiento, se refiere al exámen de un hígado, bazo y riñones en un individuo que murió de una pulmonía transcurriente complicando una verdadera caquexia sífilítica.

No me detendré sobre las circunstancias ni sobre la naturaleza de la afección, pues el señor doctor Osorio las aprecia de una manera clara, para demostrar la existencia de una degeneración amiloidea, habiéndose ademas dilucidado suficientemente esta cuestión en el seno de la Sociedad.

Solo pondré en su conocimiento, los resultados de los reactivos que el señor doctor Osorio anuncia en la nota que se me pasó en comision.

1.º Sometido el bazo á la acción de unas gotas de ácido sulfúrico y de tintura de yodo, dió una coloración azul apenas perceptible.—En el hígado y riñones no se obtuvo coloración alguna especial.

2.º Parte de estas vísceras puestas en una solución de ácido sulfúrico y de ácido molibdíco á una temperatura poco elevada, no se obtuvo coloración azul, debido sin duda, á la presencia de los ácidos fénico y tánico contenidos en el líquido en que se habían conservado las piezas; pero el mismo relativo da una coloración azul de Prusia en vísceras de animales sanos.

Como se ve, este reactivo no tiene importancia notable para la degeneración amiloidea, pues, apenas sirve para demostrar la presencia de sustancias *albuminoidicas*.

3.º Dejando caer unas gotas de ácido nítrico, y después otras de una solución de nitrato ácido de mercurio en el bazo enfermo, se obtuvo un bello color rojo, más aparente al comprimir con una varilla de vidrio, pero desapareciendo prontamente.—Igual reacción se obtuvo con el hígado, ménos notable.

En vísceras sanas he repetido varias veces la experiencia sin obtener otra coloración que un blanco opaco.

En un bazo que presentaba los caracteres de una degeneración ceruminosa, me dió la misma coloración roja.

Si una série de experiencias nos produjera siempre en vísceras certumosas esta coloración, tendríamos un reactivo muy aparente y de fácil manejo. Hasta ahora no se me ha presentado oportu-

dad para repetirlo; sin embargo, los resultados obtenidos vienen en apoyo de los que creen que la materia ceruminosa corresponde á las sustancias albuminoidicas.

Concluyo, señores, suplicando ordeneis la publicación de la importante nota del doctor Osorio en el periódico de la Sociedad. Bogotá, Octubre 3 de 1873.

EVARISTO GARCIA.

REVISTA EXTRANJERA

FOSFORO.

Accion fisiológica y terapéutica del fósforo

POR A. GUBLER.

(Bulletin général de Thérapéutique médicale et chirurgicale.—Extracto.)

El fósforo se encuentra al estado de fosfato en el reino mineral, y en algunos vegetales al de ácido fosfórico libre, ó combinado con la cal, el fierro y la potasa. Entra tambien en la composición de los huesos y de la sustancia nerviosa de los animales.

Es un cuerpo simple, de olor alíaco que presenta varios estados alotrópicos, entre los cuales se distinguen el fósforo blanco y el rojo que es inofensivo; pues á dosis de 5 gramos no produjo efecto alguno sobre un perro. Bednaro, sin embargo, cree que en pequeñas dosis causa excitación, temblor y convulsiones clónicas.

Los vapores del fósforo comun ó blanco, irritan las mucosas conjuntival y respiratoria produciendo lagrimeo, tos é irritación de los bronquios y de los pulmones. En pequeñas dosis produce en el estómago una sensación agradable de calor; en grandes, dolor, vómito, diarrea y una verdadera gastro-enteritis; cauteriza las mucosas, da lugar á todos los efectos de los venenos corrosivos y á la fosforecencia de las heces y de las materias del vómito. Las experiencias de Ranvier demuestran que introducido en el tejido celular subcutáneo, no producen ni dolor ni inflamación, pero que suspenden el movimiento nutritivo y la formación de los elementos, aumentando consecutivamente la metamorfosis grasosa de los tejidos.

Es imposible explicar los fenómenos generales por el mecanismo de la acción local del fósforo, por lo cual debemos estudiarlo modo como penetra á la circulación. Para Orfila la absorción se hace en el estado natural, y para nosotros por la difusión de sus vapores en los líquidos y por su disolución en las materias albuminóides del moco gastro-intestinal. Mialhe creía que el fósforo se oxidaba y se absorbia en sus combinaciones con los alcalinos; pero hoy sostiene que las grasas le sirven principalmente de vehiculo, que la absorción es sobre todo activa en proporcion á la cantidad de materias grasas con que está mezclada: los aceites son sus mejores disolventes.

Una parte del fósforo se oxida y penetra bajo las formas de ácido hipo-fosforoso y fosforoso ó hidrógeno fosforado á expensas del agua. Para muchos, estos compuestos no son exclusivamente tóxicos, pero en mi concepto, el fósforo no es ménos activo que cualquiera de sus combinaciones. Lecorché sostiene que el hidrógeno proto-fosforado es el agente realmente tóxico. Si bien es cierto que la sangre de los envenenados contiene este cuerpo, tambien lo es que el aire expirado produce exhalaciones luminosas visibles en la oscuridad, que prueban la presencia en él, de vapores de fósforo ó de per-fósforo de hidrógeno. Dylbowski ha encontrado fósforo libre en el hígado, dos horas después de la muerte. Ademas, algun papel deben hacer los oxácidos que nacen en el canal alimenticio ó se forman en la sangre, á pesar de que es imposible distinguir sus efectos de los de los otros compuestos. Esto no impide el que Lecorché admita tres formas distintas de fosforismo agudo: 1.º intoxicación por el hidrógeno fosforado, 2.º intoxicación por el ácido fosfórico, y 3.º forma mixta. Distinciones son estas, que dan cuenta de la mayor ó menor rapidad de la acción del fósforo.

En dosis de 1 á 10 miligramos, el fósforo produce, desde el primer dia ó después, excitación nerviosa y vascular, pulso frecuente y fuerte, aumento de la temperatura del sudor y de la cantidad de orina, actividad mental, exaltación de la fuerza muscular y de la sensibilidad táctil, contento del ánimo y electos afrodisiacos. Aun en estas dosis se manifiesta, al cabo de algunos dias la intolerancia. Las digestiones son pesadas; hay flatulencia, erutos alíacos, tensión abdominal; y pueden sobrevinir dolores en el vientre, diarrea, anorexia y vómitos. La lengua se cubre de saburras, la tez adquiere un tinte amarillento y Voisin menciona una gingivitis ligera acompañada de descarradura de la acción dependiente de la irritación tóptica producida por los compuestos oxigenados del fósforo; aunque creo que más bien resultan de la acción cohibente de éste. Mis experiencias me han demostrado que una cantidad pequeñísima de fósforo exhalada por el fósforo de zinc impide completamente la acción de la pepsina ó del jugo gástrico, sobre la carne sumergida en este liquido. La

continuación de las dosis terapéuticas, produce accidentes tóxicos, no solo por la acumulación de la acción, sino también por acumulación de las dosis que de repente encuentran condiciones muy favorables a la absorción. En estos casos se presentan como síntomas la gastralgia, cólicos violentos, diarrea abundante, omisión dolorosa de las orinas y fiebre.

En dosis fuertes, 0,10 a 0,15 centigramos, hay síntomas inmediatos, ó bien puede haber un periodo de incubación hasta de treinta y seis horas. Tardieu, distingue tres formas de envenenamiento: la común, la nerviosa y la crónica; pero se observan combinaciones muy variadas de los fenómenos morbosos. En un envenenamiento ordinario, como el producido por dos ó tres paquetes de fosforos disueltos en café, en general, se presentan los síntomas siguientes: dolores epigástricos, meteorismo, vómitos repetidos, diarrea hientérica, mucosa y biliosa, melena, disenteria disuria y tenesmo vesical. Las heces presentan á veces bolitas numerosas cubiertas de cristales fusiformes de ácidos grasos. (Gubler.) Hay fiebre pasajera; el pulso es de ciento veinte por minuto; la temperatura de 38,9 a 39,0. Dosis menos fuertes repetidas diariamente, pueden no obrar como un veneno corrosivo y producir una disminución de 3.° a 5.° grados en la temperatura.

La hiperestesia, la agitación, el delirio, las alucinaciones, el sobresalto de los tendones, los calambres, la contractura muscular, las convulsiones generales, el colapso, la postración, la anestesia, la parálisis y en los casos mortales, el enfriamiento general, la dilatación de las pupilas y el estrabismo, demuestran la profunda perturbación del sistema nervioso. Suele en estas circunstancias venir una calma engañadora que desaparece á las 24 horas y á la cual sucede el dolor del hipocondrio derecho, acompañado de ictericia, de orinas albuminosas, de hemorragias cutáneas mucosas dependientes de la aplasia de la sangre, síntomas precursores del estado tifoideo en que muere el envenenado.

Las lesiones anatómicas son: la alteración de las hemáticas que se reconoce en el vivo y que consiste en la reducción de la raya de la hemoglobina; congestión de todas las vísceras; sangre negra y espesa, en la cual los glóbulos conservan el aspecto normal y dan cristales de hemoglobina y de hemato-cristalina. La sangre y los órganos sólidos contienen proporciones exageradas de productos de denutrición; ácido úrico, creatina, inosita, tirosina, leucina, taurina, hipoxantina y la degeneración grasosa de casi todos los órganos, sobre todo del corazón y de las tunicas de los vasos, de los riñones y del hígado; infiltraciones edematosas, exudados sanguíneos múltiples y lesiones inflamatorias del tubo digestivo.

La intoxicación crónica por los vapores del fósforo se presenta en los moleadores de esta sustancia y en los obreros que fabrican los fosforos. Ellos sufren de anorexia, dispepsia, cólicos abdominales, diarrea, cefalalgia, bochornos, bronquitis con accesos de tos; embrocamiento de la sangre, palidez, propensión á la tuberculosis y necrosis maxilar con gingivitis y osteo-perostitis de la mandíbula inferior. Estos efectos son producidos por el fósforo que penetra hasta el periosteal á través de los tejidos blandos, é impide el movimiento nutritivo. La caquexia depende en parte del exceso de metaloide que circula en la sangre, pero sobre todo de la supuración abundante, de la deglución continua de pus y de la dificultad de la alimentación.

El fósforo rojo á dosis elevadas, es inofensivo, y segun parece, lo es aun para los obreros que lo manejan.

Como el fósforo no es irritante por sí, sus efectos locales deben atribuirse al ácido fosforoso y al fosfórico; pero los efectos indirectos sí dependen de él, puesto que comienza por impedir la nutrición de la mucosa obrando sobre ella, como los venenos escarificantes pero no cáusticos. La escara ulterior producida la inflamación eliminatriz es seguida de ulceración, lesiones que despiertan en la economía un conjunto de síntomas iguales á los que producen los venenos corrosivos.

Mucho más difícil es el interpretar los fenómenos generales ó difundidos en el organismo, despues de la absorción. Considérese sim embargo, que el ácido fosfórico jamas se produce en cantidades suficientes para ocasionar desórdenes graves, generales, y á pequeñas dosis, sus efectos son muy diferentes de los que se observan despues de la ingestión del fósforo. Por otra parte, la acción de los fosforos de hidrógeno, es muy semejante á la del metaloide, puesto que éste se desprende con mucha facilidad de estas combinaciones. Queda, pues, reducida la cuestión á saber cómo obra el fósforo.

Los trabajos más recientes están acordes en demostrar que el fósforo, cuerpo ávido de oxígeno, se oxida á expensas del que contiene la sangre, de modo que consideran el envenenamiento como una especie de asfixia. (Reveil, Eulemberg Lecóché.) Siempre he combatido esta opinión, pues la privación de oxígeno no está de acuerdo con los fenómenos de excitación general que siguen á la administración de pequeñas dosis terapéuticas. Tampoco se comprende que en las dosis tóxicas máximas por anoxemia por consiguiente por suspensión del movimiento nutritivo, la

economía se encuentre por todas partes recargada de productos de desasimilación orgánica. Por otra parte, en lugar de la sangre negra de la asfixia, se ha encontrado algunas veces la sangre rutilante. (Currie, Vigier.) Supongamos exacta esta teoría y veamos los resultados á que nos conduce.

Dusart y Parrot calculan que para quemar quince miligramos de fósforo, se necesitan 18 miligramos de oxígeno ó sean 12 centim. cúb. Cada inspiración introduce poco más ó menos 25 á 30 centim. cúb. de aire, es decir, de 5 á 6 centig. cúb. de oxígeno. Bastan, pues, dos inspiraciones profundas para quemar esta cantidad de fósforo, y bastaría llevar su número á 15 ó 20 por minuto para destruir los efectos deletéreos de 18 milig. de fósforo introducidos á cada instante, lo que sobrepasa la realidad.

En mi concepto, los síntomas de excitación, dependen del poder ozonificante del fósforo en combustión, fenómeno molecular desatendiendo hasta aquí. Es cierto que solo una mínima cantidad de oxígeno se desvia así de la función respiratoria; pero el resto, es decir, casi la totalidad adquiere á cada paso un aumento considerable de poder comburante, condición próxima de la excitación general de la economía. No solo es la hematocausis (oxidación de la sangre) mas intensa, sino también la denutrición, inclusa la de los glóbulos sanguíneos, que se encuentra muy acelerada. La anemia sucede á esta actividad exagerada y el detritus orgánico descompuesto en materias grasas (en consecuencia de la esteatosis) y en otros cuerpos, embaraza los tejidos orgánicos y las grandes funciones al punto que la vida es imposible.

La falta de combustibilidad, y la ausencia de ozonificación explican lo inerte del fósforo amorfo, que también altera el organismo cuando penetra lentamente en la trama orgánica. El plasma y los elementos histológicos hiperfosforados, por decirlo así, pierden un veneno corrosivo, que consiste en la exageración de la actividad en los tejidos que como las celulas y las fibras nerviosas, contienen fósforo normalmente.

El estudio de la orina verificaría estas teorías sobre la acción patológica del fósforo, si fuese hecho cuidadosamente, pero la mayor incertidumbre reina acerca del efecto del tratamiento del fósforo sobre la orina; mientras algunos químicos aseguran que los fosfatos aumentan considerablemente, Delron, asevera que su cifra es poco más ó menos constante, durante el tratamiento. Creo que la primera opinión es probable y que todas las sales de la orina aumentan, si bien los fosfatos en mayor proporción, tanto por estar sometidos como sus congéneres á la exageración de denutrición, como por la introducción del fido fosfórico. Si la urea no está en exceso en los casos de estimulación fosfórica, esto quiere decir que la desasimilación introduce tan grandes cantidades de sustancias azoadas en la sangre, que el oxígeno ozonificado solo alcanza á quemarlas incompletamente.

De paso observemos que la reacción de la orina nada indica; que la acidez señala solamente la predominancia del ácido fosfórico y el desprendimiento de ácidos débiles, como el úrico. Orinas ricas en fosfatos, son neutras ó alcalinas y en un caso de envenenamiento por el fósforo en que estaban neutras, he visto depositarse los fosfatos abundantemente, por el calor.

Por medio de las consideraciones anteriores, podemos darnos cuenta de las diferentes formas del fosforismo.

El fósforo introducido en pequeña cantidad, no determina más que una estimulación general más completa que la del café, más viva que la del opio.

Si se introduce en dosis fuertes, dos casos pueden presentarse: ó las condiciones son favorables á su contacto prolongado con los órganos digestivos y á su oxidación, como sucede durante la digestión y entónces los ácidos fosforoso y fosfórico formados, obran como un veneno corrosivo, mientras que el fido fosfórico, ó bajo alguna combinación instable penetra en la circulación y produce sus efectos propios; ó bien la absorción se hace en el metaloide y el hidrógeno fosforado producen á la vez desórdenes terribles en la circulación, la hematosis y la inervación, sin accidentes previos del lado de las vías digestivas. Esta segunda forma fulminante, por decirlo así, es más rara que la primera ó común, que varia de intensidad, segun los casos. Hay una forma de envenenamiento lenta, transición á la forma crónica. Esta se debe á la penetración y á la integración del fósforo en los tejidos á los que comunica una modalidad especial, pudiendo por consiguiente llamarse constitucional. En el fosforismo se distinguen varios periodos: 1.° de incubación; 2.° accidentes locales; 3.° fenómenos generales, debidos á la absorción y á la circulación; 4.° de calma corta, y 5.° desórdenes viscerales graves.

El fósforo obra diferentemente de los demas medicamentos de la materia médica, siendo el azulre el que más se le asemeja. Sin hablar de las cantáridas, sus análogos son los estimulantes difusibles, el oxígeno y los nervinos ó dinamóforos, como el té, el café, la coca, el hashich y sobre todo el ozono.

Los antagonistas son: el arsénico, y hasta cierto punto, los atemperantes, los tónicos vaso-motores, los narcóticos. Los gases provenientes de la combustion del carbon, como el hidrógeno

sulfurado, los anestésicos, los cianicos, el sulfuro de carbono, &c. son los antagonistas dinámicos del fósforo.

Los contravenenos son numerosos. Los ácidos se neutralizan por medio del agua de cal, ó el hidrato de magnesia. El carbon absorbe no solo los vapores, sino tambien el metaloide suspendido en los líquidos del canal alinténico. El medio mas seguro, sin embargo, es la esencia de trementina, como lo demuestran las experiencias sobre los animales y los resultados clínicos. Todas las esencias hidro-carbonadas, como las de bergamota, de limon, de espílogo, de copoba, de menta, de nuez moscada, de mostaza, de romero, y de tomillo, que impiden la fosforescencia del metaloide, pero cuyo *modus operandi*, aun no es bien conocido.

Uso.—El fósforo es un estimulante difusible, enérgico y peiigroso, que exige grande reserva en su administracion, por lo cual comenzará por exponer las contraindicaciones.

Es necesario no usarlo en las afecciones caracterizadas por excitacion nerviosa, vascular ó trófica, como: convulsiones, contracciones, neurósis de origen hiperesténico, periencefalitis difusa, flegmasias, fiebres, exantemas febriles, &c.

Las indicaciones pueden resumirse en estos términos: la estimulacion fosfórica no es ventajosa sino en las enfermedades exentas de elemento inflamatorio, febril ó de excitacion nerviosa; está especialmente indicada en los estados morbosos en que dominan la sedacion local y general circulatoria, la disminucion de la calorificación, el agotamiento de las fuerzas, ó la astenia local con parálisis del sentimiento y del movimiento.

Tales son los estados caquéticos consecutivos á las enfermedades largas, á las fiebres palustres, las convalecencias difíciles, la tabes dorsalis, las parálisis antiguas de origen cerebral, medular ó periférico, sin trazas de irritacion: hemiplegias, paraplégias, amaurósis y otras parálisis parciales. Algunas veces se ha usado el fósforo para producir erupciones de aparicion lenta ó retrocedidas; y sobre todo, aunque casi siempre con éxito transitorio en la impotencia viril. Puede asegurarse que hoy la medicacion del fósforo solo se emplea en las parálisis y afecciones análogas. Delpech recomienda el fósforo en las parálisis producidas por el sulfuro de carbono. Tambien se preconiza en las paraplégias reumáticas, en las histéricas, en las hemiplegias cerebrales en las parálisis diftericas, en el temblor mercurial, la parálisis agitante, en la ataxia locomotriz y en la tabes. Pero puede decirse, sin embargo, que el número de casos es mucho mayor que el de casos de buen éxito. Por mi parte estoy convencido que no hay que esperar mayor beneficio del fósforo en las afecciones en que se ha recomendado.

El fósforo comun es un agente de estimulacion rápida, violenta, pero fugaz, capaz de reanimar las funciones lánguidas y de despertar los órganos motores y los sentidos. Galvaniza, por decirlo así, instantáneamente un organismo nostrado; pero como produce este resultado aumentando el deterioro y no fortificandolo, empoece en lugar de enriquecer. No es, pues, el agente propio para restaurar y consolidar una constitucion minada, ni un sistema nervioso agotado por una afeccion crónica.

En mi concepto, su verdadero uso debe restringirse á estimular al salir de los envenenamientos por el sulfuro de carbono, el hidrógeno sulfurado y los gases irrespirables; á urgir la henuatósia en las anoxemias del crup, del asma, de los obstáculos mecánicos á la respiracion libre; á excitar las fuerzas radicales cuando las funciones estan encadenadas por una causa morbosa como el cólera ó cuando la anemia resulta de un estado morboso accidental, hemorragia, dolor físico, emocion moral, acceso de histeria, enfermedad aguda, &c.

Por el contrario, en las enfermedades crónicas orgánicas, el fósforo ordinario auxilia hoy, y mañana embarazará y se convertirá en enemigo. En estas circunstancias conviene en mi concepto el fósforo amoro destituido de accion excitante, con la propiedad de incorporarse en los elementos del sistema nervioso, de levantar la potencia funcional y de producir una verdadera hiperestesia proporcional al aumento de actividad y quizá una nutricion mas regular y completa. Las parálisis antiguas y las ataxias requieren, sobretudo, este medicamento, que obra como alterante ó metatrófico.

Los usos extremos del fósforo son reducidos y de utilidad muy contestable. Se ha empleado como modificador local de las dermatosis escamosas inyectadas; como parasitica contra el ácaro de la sarna; como caustico en las moxas. Recientemente Tavignot ha obtenido resultados muy satisfactorios en el tratamiento de las opacidades del cristalino; pero Gosselin y Maisonneuve han sido menos felices.

Preparaciones farmacéuticas, dosis y modo de administracion.—Para obtener la estimulacion inicial ó consecutiva del fósforo á cierto grado, hay que usarlo ó bien libre, ó en sus combinaciones inst. blea, como el hidrógeno fosforado y los fosforos alcalícos.

El fósforo libre se administra en píldoras segun la fórmula de Tr. useau, que es preferible, en dosis de un miligramo en migra do pan, de las cuales se administran de dos á diez píldoras por día.

Las soluciones son generalmente preferibles, sin exceptuar la de sulfuro de carbono que contiene 3 miligramos por gota y que se administra en aceite ó incorporado con magnesia.

La tintura etérea contiene 4 gramos por 200 de éter sulfúrico. Dosis 10 gotas en una pocion.

Las soluciones oleosas son mejores, porque el vehiculo es inerte, fijo y preservativo. El Códex ordena 2 gramos por 100 de aceite de almendras; pero esta preparacion es muy variable y peligrosa.

La solucion de Méhu es la mejor, fósforo un gramo, aceite 600 y contiene 2 miligramos por gramo. Las capsulas del mismo contienen un miligramo cada una y se dan de 2 á 8 por día.

El colirio de Tavignot contiene 0,50 por 150 gramos de aceite de almendras dulces.

El fósforo de zinc de Vigier, contiene 25 por 100 de fósforo y tiene la accion de éste, pero es ménos irritante para el tubo digestivo porque el fósforo no se desprende sino en pequeñas cantidades. De este cuerpo se han hecho todas las aplicaciones del fósforo; se administra en píldoras de 0,01 á 0,05 varias veces al día.

CATARATA

Tratamiento por solucion, especialmente con respecto á la catarata blanca de los jóvenes, y por la keratonixis.

POR EL D. ARCHIBALD HAMILTON JACOB.

(Med. Press an Circ. Dic^o 1872).

La operacion por Keratonixis que consista en romper el cristalino con una aguja pasada al traves de la córnea, fué muy preconizada por el doctor Arthur Jacob, quien la aplicó á muchas formas de catarata, para las cuales hoy seria considerada como inaplicable. En 1827 este autor escribia en "Los Dublin Hospital Reports": "Me abstengo de la operacion por extraccion, no solo por lo formidable, sino por lo muy aventurado de su resultado. En principio, ademas, no da crédito á la cirugía. El abrir el ojo de un individuo para forzar al traves de la abertura su cristalino cuando éste puede destruirse por absorcion, es, en mi concepto, contrario á la regla que obliga al cirujano á buscar para su enfermo, las mayores probabilidades de curacion sin considerar las dificultades ni el tiempo. Por mi parte, creo que la extraccion debe limitarse á las cataratas duras en personas de edad. En individuos de ménos de cincuenta años, el cristalino fragmentado se absorberá más ó ménos pronto. No puede haber duda con respecto al resultado; la cuestion es sólo de tiempo."

Por heterodoxia que parezca esta opinion, me adhirió á ella como verdadera, un cuarto de siglo despues de haber sido propagada por su autor; y si hoy opero la mayor parte de mis cataratas, por extraccion, es más bien una concesion al enfermo, pero compro así el restablecimiento comparativamente rápido de la vista á expensas del riesgo grave de su pérdida. Estoy convencido de que con la excepcion de las cataratas color de ámbar de la edad avanzada, las otras deben ser operadas por solucion, con tal que el enfermo quiera ó pueda aguardar el resultado. Desde que el doctor Jacob escribió, no creo que ninguna de la infinidad de las modificaciones de la extraccion, hayan adelantado materialmente su seguridad ó su eficacia, ó que la hayan puesto en competencia con la keratonixis. Estoy convencido por consiguiente que las operaciones con la cuchareta, u otros procedimientos recomendados para la destruccion inmediata de cataratas blandas en via de disolucion rápida, son en la gran mayoría de circunstancias tan poco justificables como satisfactorias. No quiero con esto condenar del todo la extraccion, pues al mostrar mi predileccion marcada por la solucion, deseo simplemente implicar que la supremacia de aquel procedimiento depende no de la perfeccion quirúrgica ó de su resultado satisfactorio, sino de su mayor adaptabilidad á la conveniencia del enfermo." Muchas personas se exponen al peligro de la extraccion por razones privadas. Mi opinion, sin embargo, es que ningun oftalmólogo está justificado en recomendar la extraccion á no ser que esté plenamente satisfecho de que la solucion es inconveniente, ya por la naturaleza del caso, ó por la necesidad de un resultado pronto; ni la tentacion de una operacion brillante, ni el deseo de ceder á la impaciencia del enfermo, deben impedir el que se tome en consideracion esta operacion.

He avanzado que aún los casos de catarata dura, color de ámbar, de la vejez, apenas deben exceptuarse de la operación por disolución. Hago esta excepción no por que esta clase de cataratas no pueda resolverse por división, sino porque el largo período necesario para la disolución completa, justifica hasta cierto punto la más aventurada operación por extracción. Casos de esta clase de catarata se presentan, en que la extracción no es admisible, ó bien por causa de un defecto constitucional, ó por que el enfermo quiere aguardar el resultado tardío más bien que correr los riesgos de la extracción, y en estos casos el restablecimiento de la vista tiene lugar á la vuelta de algunos meses. Hace tres años que una señora de 74 años con cataratas de color oscuro de de cera, me consultó: sufría de largos y frecuentes ataques de vómito bilioso y el estado de su salud era tal que la permanencia larga en la cama y los sufrimientos prolongados amenazaban la vida. Le aconsejé la disolución, prometiéndole que en una semana despues de la operación estaria tan bien como antes y que podia confiar en recobrar la vista en un año. Repetí tres veces la division de los cristalinós, tan duros como no he visto otros; no hubo accidente alguno y la enferma ve perfectamente bien. Escritores modernos parecen sostener la opinion de que no solo es la absorcion de la catarata senil dura larga, sino que el método de division es aplicable en los viejos. Deseo en lo posible disipar este error; pues he visto en la práctica de mi padre muchas cataratas duras, y en la mia unas pocas tratadas, sin riesgo ni incomodidad por una ó dos operaciones insignificantes.

La lentitud extrema de la absorcion y la necesidad de turbar frecuentemente el ojo en personas muy avanzadas en edad, son sin embargo causas de incomodidad y de peligro que justifican en la general la eleccion de la extracción en la catarata senil. Tan solo he citado el caso anterior con el objeto de demostrar que en circunstancias excepcionales y aún muy desfavorables, la catarata puede destruirse por la division del cristalino y aún disolverse despues de practicada una sola vez, con tal que se aguarde un período de tiempo suficientemente largo.

Hay varias formas de catarata capsular ó lenticular que no deben comprenderse en las adoptadas á este tratamiento, i que por consiguiente no están incluidas en la opinion favorable que he expresado acerca del método por absorcion. Estas formas son: 1.º la catarata calcárea ó ósea; 2.º la piramidal; 3.º las opacidades capsulares extensas; y 4.º la catarata falsa ó casosa que proviene del depósito de productos inflamatorios en la pupila y sobre la capsula.

Si la capsula está muy adherente al iris y muy opaca, de modo que es difícil desprenderla del iris y desalojarla del campo de la vision, es muy probable que haya necesidad de una segunda operación, que he descrito en otra parte y que no es difícil ni peligrosa. Cuando la opacidad capsular es pequeña, no hay dificultad en hacerla á un lado con la aguja durante la division.

La catarata ósea ó calcárea, es un resultado frecuente de la inflamacion crónica, y se forma por el depósito de sales calcáreas en el exterior de la capsula y algunas veces el superficie anterior y posterior. Rara vez sucede que los depósitos óseos que forman planchas en la coroidé determinen formaciones iguales en el lente. Ultimamente he extraido una masa calcárea, correspondiente á las caras anterior y posterior del cristalino, unidas por filamentos de la misma especie, cuyo interior contenia materia lenticular reblandecida.

El cristalino que ha sufrido la degeneracion calcárea no puede tratarse por division ni por disolucion; pues no es susceptible de absorcion y por su peso y su forma irregular, no debe deprimirse y dejarse como un cuerpo extraño abandonado en el fondo del ojo. Ademas, como esta degeneracion es el resultado de una operacion crónica, generalmente está asociada á la palidez del cuerpo vítreo y á otras consecuencias que aumentan el riesgo de la extracción y hacen dudoso el beneficio de una operacion. La catarata piramidal es una forma sumamente rara y tiene la apariencia de una pirámide cartilaginosa prolongada y estrechamente adherida á la superficie anterior del lente. Stellweg la consi-

dera como idéntica á la opacidad central capsular tan comun, excepto en que la materia depositada está formada por diferentes capas de las cuales, las posteriores van empujando á las anteriores que toman esta forma por su paso al traves de la pupila. Dos años há que un caso notable de esta alteracion se me presentó en un niño cuyas pupilas estaban ocupadas por conos cartilagosos. En el estado natural, las pupilas muy contraidas estaban completamente cubiertas por la opacidad de modo que la vision era muy escasa, pero al dilatarlas la base, de la pirámide aparecia como el único punto opaco de la capsula. Habiendo introducido una aguja de catarata al traves de la córnea, encontré la pirámide muy dura y ejerciendo sobre ella una ligera presion, se desprendió del lente y cayó á la cámara anterior, de donde la extraje por una pequeña incision. En pocos dias el lente estaba cataratoso sin duda por consecuencia de la laceracion de la capsula y de la entrada del humor acuoso. Este cristalino fué tratado con buen éxito por la Keratotomy, y creo que este procedimiento, involuntario en este caso, es mucho más seguro que la extracción.

Las opacidades capsulares extensas, con ó sin catarata lenticular, no pueden tratarse por division de un modo satisfactorio, á no ser que despues se extraiga la capsula. Sin embargo las he tratado en general por este método, en preferencia á la extracción linear. En estos casos la aguja puede usarse libremente, por que la capsula es más resistente, y por que bien lacerada en todas direcciones, en general se encoge y deja limpio el campo de la vision, lo que cuando la sustancia del cristalino ha sido disuelta, deja la vision casi perfecta. Las cataratas consecutivas en tales casos rara vez dan mayor trabajo, por que, como no existen adherencias con el iris, nada impide el que la capsula se retire hácia el canal de Petit.

Una forma de catarata particular é insólita es la capsula lenticular fluida, ó *catarata lactea*, en la cual el cristalino se disgrega en un liquido cretáceo contenido por entero en la capsula reducida á una red opaca. No es difícil distinguir esta catarata, que al punzarla con la aguja deja salir su contenido, el que llena la cámara anterior oscureciendo completamente la vista del enfermo é impidiendo el que penetre la del operador. En dos dias estos restos lechosos se absorben y dejan la capsula *in situ*, la que puede destruirse ó bien por el uso libre de la aguja ó por una operacion posterior. La catarata central es de una forma especial, en que la opacidad está limitada al núcleo y á unas pocas fibras que se extienden hácia la periferia; y en nada difiere de la capsula lenticular ordinaria. Las formas anteriores que generalmente son congénitales, ó se presentan en una edad temprana, son muy apropiadas al tratamiento por absorcion, y pueden combatirse por division al traves de la córnea; pues dan resultados casi siempre mejores que los obtenidos por la extracción y por las operaciones con cuchara, y al mismo tiempo van acompañadas de poco ó de ningun riesgo.

La catarata blanda estelada, que generalmente se desarrolla entre los 35 y los 50, es aún más adoptada para la operacion de la division, por que rara vez se acompaña de opacidad capsular.

En la eleccion de un caso para la extracción debe insistirse sobre todo en cerciorarse de la solidificacion completa del lente en todas sus partes. Es de suma importancia una vez decidida la operacion el no ceder á nuestra impaciencia ni á la del enfermo inmediatamente; pues como regla general los casos en que una parte de la sustancia cortical está blanda y no ha llegado á madurez, presentan muchas dificultades en la operacion y no dan un resultado satisfactorio. El dejar pedacitos de catarata cortical en la cámara anterior, es, en mi concepto, una de las causas más fértiles de iritis, y he observado casos en que la falta de union del colgajo solo podia atribuirse á esta circunstancia. Ademas, un cristalino abandonado muchos fragmentos, que permanecen en la capsula despues de la salida en globo del cristalino y que volviéndose opacos originan una catarata secundaria. Aunque es posible ver estos fragmentos cuando ocupan la pupi-

la, es difícil descubrirlos cuando están escondidos en los ángulos de la cámara, en donde su presencia causa mucho daño. Todos los autores aconsejan la remoción de tales fragmentos con la cucharita; pero aunque convengo en la necesidad de este paso cuando se encuentran, me opongo á la introducción de un instrumento en el globo ocular á riesgo de contundir el iris y de turbar el humor vítreo, si tal procedimiento puede evitarse. Jamás, por consiguiente hago la tentativa de extracción sin haber dilatado bien la pupila, cerciorándome en lo posible de que la circunferencia del lente está totalmente opaca, y rara vez dejo de encontrar la pupila negra y clara cuando examino el ojo después de la operación ántes de cubrirlo.

Siempre opero el ojo izquierdo frente al enfermo; y no creo en una incisión limpia en la mano izquierda, sino en el caso de un operador surdo. Muchos operadores se jactan de su destreza en operar con la mano izquierda; pero confieso que es difícil hacer un colgajo en el lugar conveniente y del tamaño necesario, sin correr el riesgo de herir el iris; y por mi parte sentiría mucho poner en peligro el ojo de mi paciente por desplegar mi habilidad de manos. El doctor Haynes Walton atribuye la notoria frecuencia de insucesos en las operaciones sobre el ojo izquierdo al uso de la mano del mismo lado. El uso de la mano derecha para el ojo izquierdo no presenta inconvenientes con tal que el enfermo esté acostado y la cabeza muy cerca del lado de la mesa.

He sostenido y sostendré mientras no tenga motivo para cambiar mi opinión que jamás emprenderé una operación capital en el ojo sin usar el éter, y repito que no creo á ningún operador justificado en hacer la extracción sin emplear la anestesia.

Los escritores antiguos sobre oftalmología dan instrucciones detalladas para fijar el ojo y el método de hoy para hacerlo por medio de pinzas, no es mencionado por ellos; en cambio, algunos de los escritores modernos hacen una operación del modo de fijar el ojo por medio de las pinzas. Considero la estabilidad completa del ojo y la necesidad de cierta presión para equilibrar la fuerza necesaria para punzar la córnea como indispensables para cortar un buen colgajo, y ningún medio es tan eficaz para esto como las pinzas, que siempre uso con este objeto. Nunca opero ahora sin fijar el ojo firmemente por medio de las pinzas, y aunque no me gusta la laceración de la conjuntiva que producen, nunca he visto mal resultado imputable á esta práctica, y aunque así fuese, considero que la ventaja de la inmovilidad del globo ocular durante la operación recompensaría abundantemente el riesgo de tal práctica. Algunos oculistas recomiendan que se fije el ojo un poquito abajo ó encima de la córnea, según que la sección sea superior ó inferior. El doctor Macanama recomienda que sea junto al ecuador del ojo y al lado interno de la córnea. Creo este método el mejor, por que por el primero la posición de las manos del operador y el ojo ejecuta algo de rotación al hacer la contrapunción. Mi regla es agarrar la conjuntiva inmediatamente arriba del punto en que voy á hacer la contrapunción y de este modo no solamente mi mano izquierda no me embaraza, sino que tengo el punto fijado diametralmente opuesto á la entrada del cuchillo, señalándome el lugar en que debo hacer la contrapunción.

CANCER RODENTE.

(POR J. W. HULKE).

(Med. Times and Gaz Enero 1875.)

El examen repetido del grano pequeño y duro precursor de la úlcera rodente, y de su borde duro y estrecho, me han demostrado que ámbos están principalmente formados de masas de células pequeñas redondas semejantes á las del rete mucosum, aglomeradas sin sustancia entre las células constituyendo un tejido extraño en medio de los tejidos normales, destruyéndolos, sufriendo al propio tiempo su destrucción en proporción tan igual con su renovación, que su volumen es siempre pequeño por lo que pasa desapercibido. Los caracteres de este tejido han hecho que se separe la úlcera rodente del cáncer.

Difiero de la opinión de estas autoridades, pues tengo la convicción que está úlcera es un cáncer genuino que considero como

una variedad de epitelioma. Clínicamente tiene relación con éste, y anatómicamente, también por la frecuente existencia de toda variedad de células semejantes á las del rete mucosum y á las escamas anchas y llamas abundantes en los epiteliomas típicos. La predominación de células más pequeñas hace que hayan pasado desapercibidas las formas intermedias.

La diferencia importante entre esta forma de cáncer y las otras, es su difusibilidad limitada. Por sí y en relación con los tejidos normales es tan cáncer como cualquier otro; pero inicia una lentamente y sólo por continuidad los tejidos, y durante todo su curso está libre de la producción abundante de tubérculos secundarios, de la infección de las glándulas linfáticas y de las vísceras distantes que caracterizan el cáncer escirroso. Esta restricción á la parte atacada, le hace menos maligno que los demás cánceres, y permite la frecuente practicabilidad de una completa extirpación.

En la práctica civil es fácil cortar íntegramente el grano ó pequeña úlcera, por que los enfermos consultan temprano al médico; pero en los hospitales en general los pacientes nos vienen cuando la úlcera ha tomado mayores dimensiones, es grande, profunda y ha invadido partes inaccesibles al escalpelo. El autor cita un caso en que la destrucción de una parte del párpado fue destruida, y el vacío cubierto por un colgajo sacado de la piel, con excelente resultado.

En otro caso hubo que cortar el muñón atrofiado del globo ocular ciego de los párpados y todos los bordes duros, aplicando después el cauterio actual. Tan pronto como la hemorragia cesó, se cubrió la parte con hilas untadas con una pasta escarotica de cloruro de zinc, curación retenida en su lugar por una compresa de algodón y un vendaje. Las hilas se cayeron con la escara que se separó muy lentamente, y la herida había cicatrizado en su tercera parte. Dos pequeños granos que quedaron fueron destruidos igualmente.

En un tercer caso la úlcera hizo grandes estragos, atacando el ojo, la nariz y extendiéndose hasta los senos frontales, y apesar de esto no sobrevino ni infección glandular ni caquexia; así es que el cáncer permaneció estrictamente local.

Mi experiencia de esta enfermedad me enseña las lecciones siguientes: no debemos mirar con ligereza granos duros y verrugas en la cara de personas avanzadas en edad, sino hacer una completa excisión de ellos, sobre todo si tienen tendencia á crecer, á manar ó cubrirse de costras. La excisión debe comprender una faja ancha de tejido sano que probablemente asegurará la inmunidad para el futuro; jamás debemos destruirlos con nitrato de plata que obra muy superficialmente y tiene tendencia á activar la marcha del mal: cuando por lo irregular de la superficie de la úlcera se hace impracticable la excisión completa, debe añadirse la cauterización con el hierro candente y la aplicación de una pasta de cloruro de zinc para destruir los tejidos enfermos por entero. Algunos casos desesperados dan resultados satisfactorios cuando el enfermo es dócil y confiado. Los viejos toleran en general bien estas operaciones con tal que se tenga cuidado de evitarles las pérdidas abundantes de sangre.

CORRESPONDENCIA.

Señor doctor Belisario Lozada—Bugá—Recibido el valor de cuatro suscripciones colocadas en esa correspondiente á la primera serie.

Señor doctor Miguel Erazo—Pasto—En mi poder el valor de dos suscripciones correspondientes á la 1.ª serie.

Señor Ramón Ramírez—Gigante—Su hermano cubrió el valor de su suscripción a la 1.ª serie.

Señor doctor Juan de Dios Tavera—Tunja—Recibí el precio de dos suscripciones de la 1.ª serie.

Señor doctor Pedro Ahumada—Sabana-larga—El señor Polo cubrió el valor de cinco suscripciones á la 1.ª serie.

Señor doctor Saturnino Quintero—Cartago—Recibido el valor de su suscripción á la 2.ª serie.

Señor doctor Aparicio Reyes—Bucaramanga—Recibido el valor de dos suscripciones á la 2.ª serie.

Señor Juan N. Lozano—Guamo—En mi poder el valor de una suscripciones á la 2.ª serie.

Señor doctor Juan de la C. Fernández—Villanueva—Recibido el valor de una suscripción á la 1.ª serie.

Señor doctor Luis Fernando Otero—Socorro—Recibido \$ 10: 6 por tres suscripciones á la 1.ª serie y 4 por cuenta de dos suscripciones del doctor A. Cote, de Charalá.

Señor doctor Policarpo Flores—Chiquinquirá—Se le cargaron á su cuenta, según su orden, el valor de dos suscripciones á la 1.ª serie de la Revista.—B. MEDINA,