

Revista Médica

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA DE BOGOTÁ

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 á 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.

Siendo 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 practicó la uretrotomía 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 centímetro 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 escroto del lado derecho; 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 centímetro 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 antopsia, seguia por el músculo psoas y terminaba en el periné formando la fistula conocida con el nombre de *fistula de regadero*.

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 síntomas 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 síntomas siguieron otros más graves; pulso pequeño y filiforme; lengua seca y cubierta de fuliginosidades, extrema prostracion; delirio continuo é inflamacion de la parótida izquierda; y por último, dos dias ántes de la muerte, un nuevo abceso en la region lumbar.

La pieza anatomo-patologica 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 secuestro formado por una parte de la eminencia ileo-pectinea y el púbis.

La pieza número 3 presentada por el señor doctor Corredor, manifiesta un cáncer escirroso del píloro, el cual no fué perfectamente diagnosticado durante la vida por la falta de los síntomas que generalmente lo caracterizan. Únicamente un vómito tenaz, aunque nunca se notaron en él materias sanguinolentas y desapareciendo por épocas, fué el síntoma 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 Concédese 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 anatomía 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 anatomía 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 píloro; 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 hioides, los músculos omoplato y cleido-hioidianos y el cuerpo tiroides.

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 supuración 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 sino durante los tres dias que permaneció en el Hospital. Pieza número 8.

El señor doctor Corredor, una serie de 25 calculos 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-magnésiano y extraído 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 anatómo-patológicas de una meningitis.

La comision calificadora, aprobó luego las siguientes proposiciones relativas a los premios que deben concederse a 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 1881

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.

Resultado 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 lívido, se habian unido dejando en el centro á la úvula 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.
Cocimiento de zarzaparrilla.....500 gramos.
para gargarizar si era posible, y si nó, para humedecer con una brocha de hilas hasta donde se alcanzara.
Aceite alcanforado.....15 gramos.
Amoniaco liquido.....
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 otra en una de 64. 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 entónces 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, sustitua la ipecacuana por 25 centigramos de tártaro emético disueltos en 125 gramos de agua, para dar una cucharada comun cada cuarto de hora; hacia gargarizar con

Sulfato de alúmina.....
Borato de soda.....8 gramos.
Caldo de piste.....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-

ciente, en otros no lo era, y la enfermedad marchaba rápidamente; entónces 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 belladona.....

Ungüento mercurial.....

Amoniaco líquido.....a 15 gramos.

Acetate 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, segun dice el doctor Roldan, un resultado desgraciado. Este fué el empleado con las dos señoras de quienes se ha hablado.

El mayor número de incesos se notó en gentes indolentes y abandonadas, y especialmente en donde los estragos de esta epidemia se notaron mas, fué en Sesquillé, en la vereda de Chaleche y en Guatavita, hácia 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 comunicacion del doctor Roldan, se presentaban todavia 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 menos 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 publicacion.

Las apreciaciones del señor doctor Roldan confirman totalmente las mías y si no lo fuera así, me apoyaría en la imponente autoridad de Griolle, 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 le 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 purilaginoso; es segun 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.

Vuestra 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 anatomo-patológicas que las juzgo de interes. La primera es un bazo que pesa un kilógramo y tiene de longitud 23 centímetros, de ancho 13 es. de espesor 8. es. El señor Sappey da en su anatomia 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 tenía un color gris apizarrado; existían 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 demas piezas que presento pertenecen á un individuo que entró en el Hospital en el mes de Mayo de 1871 con una ostéitis sifilítica del fémur, quien habia padecido de chancros, 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. Someti estas vísceras á la tintura de iodo y al ácido sulfúrico; en el bazo se produjo una coloracion azulosa muy manifiesta, en el riñon, apenas visible, y en el hígado no descubrí nada. Si se considera que se ha obtenido la 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 ascitis; si se considera, digo, todo esto, se ve bien claro y se puede afirmar que este individuo ha muerto de una degenerencia amiloide de forma sifilítica.

En la primera discusion que tuvo lugar en esta Sociedad sobre la sustancia amiloide manifesté que 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 tintura 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 verdoso.

Estudiando las reacciones de las sustancias albuminoides, encontré un reactivo poderoso, ácido sulfúrico adicionado de ácido molibídico, 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 nítrato ácido de mercurio, y en las vísceras de nuestro sifilítico obtuve coloracion rojiza, más no en aquellas que tenían una composicion normal.

Estas reacciones las creo interesantes y que pueden contribuir á dilucidar ciertas cuestiones de la cirrosis 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 anatomo-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 kilógramo, 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 pulmon 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 le 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 convirtiendolo en envoltura en tejido fibroso resistente, que puede transformarse en cartilaginosa ó óseo. Así, no son raros los bazos envueltos en cápsulas cartilaginosas de más de un centímetro de espesor, ó presentando 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 canaliculas que terminan en estas cavidades.

En el caso sometido á nuestro estudio, la placa blanca es de naturaleza cartilaginosa, como lo demuestra la observacion 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 coloracion blanca especial y con el conjunto de síntomas que indicaban la existencia de una caquexia palúdica.

La autopsia reveló el bazo aumentado de volúmen, 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 patologia 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 degeneracion ceruminosa ó amiloidea.—El órgano adquiere entónces un volúmen y peso considerables, su tejido pálido y seco, presenta anchas placas lardaceas, semi transparentes, ó bien, granos blancos comparados á los del sagú cocido, cuando no hay hipertrofia y que la degeneracion 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 accion de la tintura de yodo y del ácido sulfúrico, da un reflejo violado; á la accion del ácido nítrico y del nítrato ácido de mercurio, una coloracion roja fugaz; reacciones que me inducen á admitir la presencia de la materia ceruminosa en el bazo hipertrofiado, como expresion de una caquexia palúdica.

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

No me detendré sobre las circunstancias ni sobre la naturaleza de la afeccion, pues el señor doctor Osorio las aprecia de una manera clara, para demostrar la existencia de una degeneracion amiloidea, habiéndose ademas dilucidado suficientemente esta cuestion 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 accion de unas gotas de ácido sulfúrico y de tintura de yodo, dió una coloracion azul apenas perceptible.—En el hígado y riñones no se obtuvo coloracion alguna especial.

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

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

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

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

En un bazo que presentaba los caracteres de una degeneracion ceruminosa, me dió la misma coloracion rojiza.

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

unidad para repetirlo; sin embargo, los resultados obtenidos vienen en apoyo de los que expongo que la materia ceruminosa corresponde á las sustancias albuminoides.

Concluyo, señores, suplicando ordénese la publicacion de la importante nota del doctor Osorio en el periódico de la Sociedad. Bogota, 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 hierro y la potasa. Entra tambien en la composicion de los huesos y de la sustancia nerviosa de los animales.

Es un cuerpo simple, de olor alíaceo 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 excitacion, temblor y convulsiones clónicas.

Los vapores del fósforo comun ó blanco, irritan las mucosas cojuntival y respiratoria produciendo lagrimeo, tos é irritacion de los bronquios y de los pulmones. En pequeñas dosis produce en el estómago una sensacion 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 fosforacion 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 inflamacion, pero que suspenden el movimiento nutritivo y la formacion de los elementos, aumentando consecutivamente la metamorfosis grasosa de los tejidos.

Es imposible explicar los fenómenos generales por el mecanismo de la accion local del fósforo, por lo cual debemos estudiar el modo como penetra á la circulacion. Para Orfila la absorcion se hace en el estado natural, y para nosotros por la difusion de sus vapores en los líquidos y por su disolucion en las materias albuminoides del moco gastro-intestinal. Mialhe creia 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 absorcion es sobre todo activa en proporcion á la cantidad de materias grasas con que está mezclado: los aceites son sus mejores disolventes.

Una parte del fósforo se oxida y penetra bajo las formas de ácido hipofosforoso y fosforoso é hidrógeno fosforado á expensas del agua. Para muchos, estos compuestos son los 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. Dylbrowsky ha encontrado fósforo libre en el hígado, dos horas despues 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 intoxicacion por el hidrógeno fosforado 2.^o intoxicacion por el ácido fosfórico, y 3.^o forma mixta. Distinciones son estas, que dan cuenta de la mayor ó menor rapidez de la accion del fósforo.

En dosis de 1 á 10 miligramos, el fósforo produce, desde el primer día ó despues, excitacion nerviosa y vascular, pulso frecuente y fuerte, aumento de la temperatura del sudor y de la cantidad de orina, actividad mental, exaltacion de la fuerza muscular y de la sensibilidad táctil, contento del ánimo y efectos afrodisíacos. Aun en estas dosis se manifiesta, al cabo de algunos dias, la intolerancia. Las digestiones son penosas; hay distension, erutos alíaceos, tension abdominal y pueden sobrevenir 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 descarnadura de la encía dependiente de la irritacion tóxica producida por los compuestos oxigenados del fósforo; aunque creo que más bien resultan de la accion cohibente de éste. Mis experiencias me han demostrado que una cantidad pequenísima de fósforo exhalada por el fosforo de zinc impide completamente la accion de la pepsina ó del Jugo gástrico, sobre la carne sumergida en este líquido. 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 á la absorción. En estos casos se presentan como síntomas la gastralgia, cólicos violentos, diarrea abundante, emisión dolorosa de las orinas y fiebre.

En dosis fuertes, 0,10 á 0,15 centigramos, hay síntomas inmediatos, ó bien puede haber un periodo de incubación hasta de treinta y seis horas. Tardíu, 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 fósforos disueltos en café, en general, se presentan los síntomas siguientes: dolores epigástricos, meteorismo, vómitos repetidos, diarrea lientérica, mucosa y biliosa, melena, disenteria disuria y tenesmo vesical. Las heces presentan á veces bolitas numerosas cubiertas de cristales fosforiformes de ácidos grasos. (Gubler.) Hay fiebre pasagera; el pulso es de ciento veinte por minuto; la temperatura de 38,0 á 39,0. Dosis menos fuertes repetidas diariamente, pueden no obrar como un veneno corrosivo y producir una disminución de 3.° á 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 prostración, 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. Suete 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 y mucosas dependientes del estado aplásico de la sangre, síntomas precursores del estado tifóideo en que muere el envenenado.

Las lesiones anatómicas son: la alteración de las hematías 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, extravasaciones sanguíneas múltiples y lesiones inflamatorias del tubo digestivo.

La intoxicación crónica por los vapores del ósforo se presenta en los moledores de esta sustancia y en los obreros que fabrican los fósforos. Ellos sufren de anorexia, dispepsia, cólicos abdominales, diarrea, cefalalgia, bochornos, bronquitis con accesos de tos empobrecimiento de la sangre, palidez, propensión á la tuberculosis y neósis maxilar con gingivitis y osteo-perostitis de la mandíbula inferior. Estos efectos son producidos por el fósforo que penetra hasta el periosteó al traves 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 según 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 indudables si 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 sin 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 de fósforo. Por otra parte, la acción de los fósforos 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 Leobréhé.) 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 si las dosis tóxicas matan 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, Vieter.) Supongamos exacta esta teoría y veamos los resultados á que nos conduce.

Dusart y Parot 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 18 ó 20 por minuto para destruir los efectos deletéreos de 15 milig. de fósforo introducidos á cada instante, lo que sobrepasa la realidad.

En mi concepto, los síntomas de excitación, dependen del poder *oxidante* del fósforo en combustión, fenómeno molecular desatendido 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, adquieren un nuevo modo de ser, 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 verificaria estas teorías sobre la acción patogénica 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. Davlon, 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 la denutrición, como por la introducción del ácido 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 ácido. 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 mas 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 fósforo libre, ó bajo alguna combinación instable penetra en la circulación y produce sus efectos propios; ó bien la absorción se hace en ayunas y 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 vias digestivas. Esta segunda forma fulminante, por decirlo así, es más rara que la primera ó común, que varía de intensidad, según 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. Siu 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 haschich y sobre todo el ozono.

Los antagonistas son: el arsénico, y hasta cierto punto, los atemperantes, los tónicos vaso-motores, los nauseantes. Los gases provenientes de la combustión 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 alimenticio. El medio mas seguro, sin embargo, es la esencia de trementina, como lo demuestran las experiencias sobre los animales y los resultados clinicos. Todas las esencias h dro-carbonadas, como las de bergamota, de limon, de esplegio, de copaiba, 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, energético y peligroso, 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 hiperestésico, 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 calorificacion, 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 dificiles, la tabes dorsalis, las parálisis antiguas de origen cerebral, medular ó periférico, sin trazas de irritacion: hemiplegias, paraplegias, amaurosis 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 analogas.

Delpech recomienda el fósforo en las parálisis producidas por el sulfuro de carbono. Tambien se preconiza en las paraplegias 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 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 languidas y de despertar los órganos motores y los sentidos. Galvaniza, por decirlo así, instantáneamente un organismo postrado; pero como produce este resultado aumentando el deterioro y no fortificando, empobrecer 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 hemostasis á la respiracion libre; á excitar las fuerzas radicales cuando las funciones estan encadenadas por una causa morboza como el cólera ó cuando la anemia resulta de un estado mórbido accidental, hemorragia, dolor fisico, 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 de incorporar un cuerpo destituido de accion excitante, con la propiedad de incorporar en los elementos del sistema nervioso, de levantar la potencia funcional y de producir una verdadera hiperestesia mas regular y completa. Las parálisis antiguas y las ataxias requieren, sobretodo, este medicamento, que obra como alterante ó metatrófico.

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

Preparaciones farmacuticas, 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. bles, como el hidrógeno fosforado y los fosfuros metálicos.

El fósforo libre se administra en píldoras segun la fórmula de Trucseau, que es la preferible, en dosis de un miligramo en migaja de 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 500, contienen un miligramo cada uno 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 au circ. Dic^o 1872.)

La operacion por Keratonixis que consiste 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 cirujia. El abrir el ojo de un individuo para forzar al traves de la abertura su cristalino cuando está 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; y la cuestion es sólo de tiempo."

Por heterodoxia que parezca esta opinion, me adhiero 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 cesion al enfermo, pero compro así el restablecimiento comparativamente rápido de la vista á expensas del riesgo grave 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, ú 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 que la solucion es 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 es 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 después de la operación estaría tan bien como antes y que podía confiar en recuperar la vista en un año. Repetí tres veces la división de los cristalinios, tan dueros como no he visto otros; no hubo accidente alguno y la enferma ve perfectamente bien. Escritores modernos parecen sostener la opinión de que no solo es la absorción de la catarata senil dura larga, sino que el método de división es implacible 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 absorción 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 elección 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 división del cristalino y aún disolverse después de practicada una sola vez, con tal que se aguarde un período de tiempo suficiente para la resolución.

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 opinión favorable que he expresado acerca del método por absorción. 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 caseosa 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 división.

La catarata ósea ó calcárea, es un resultado frecuente de la inflamación 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. Últimamente he extraído una masa calcárea, correspondiente á las caras anterior y posterior del cristalino, unidas por filamentos de la misma especie, cuyo interior contenía materia lenticular reblandecida.

El cristalino que ha sufrido la degeneración calcárea no puede tratarse por división ni por disolución; pues nó es susceptible de absorción y por su peso y su forma irregular, no debe deprimirse y dejarse como un cuerpo extraño abandonado en el fondo del ojo. Además, como esta degeneración es el resultado de una operación 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 operación. 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. Stellwag la consi-

dera como idéntica á la opacidad central capsular tan común, 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 alteración se me presentó en un niño cuyas pupilas estaban ocupadas por conos cartilagosos. En el estado natural, las pupilas muy contraídas estaban completamente cubiertas por la opacidad de modo que la vision era muy escasa, pero al dilatarlas la base, de la pirámide aparecía 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 presión, 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 laceración de la capsula y de la entrada del humor acuoso. Este cristalino fué tratado con buen éxito por la Keratónixis, 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 división de un modo satisfactorio, á no ser que después 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 líquido 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 operación posterior. La catarata central es de una forma especial, en que la opacidad está limitada al núcleo y á unas pocas fisuras que se extienden hácia la periferia; en nada difiere de la capsula lenticular ordinaria. Las formas anteriores que generalmente son congenitales, ó se presentan en una edad temprana, son muy apropiadas al tratamiento por absorción, y pueden combatirse por división 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 ningún riesgo.

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

En la elección de un caso para la extracción debe insistirse sobre todo en cerciorarse de la solidificación completa del lente en todas sus partes. Es de suma importancia una vez decidida la operación 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 operación 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. Además, un cristalino abandona muchos fragmentos, que permanecen en la capsula después 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 conturbar el iris y de turbar el humor vitreo, 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 antes 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 Macnamara 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 1873.)

El exámen 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.

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

una variedad de epiteloma. 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 es-camas anchas y llanas abundantes en los epitelomas 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 infiltra 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 al escocer escirroso. Esta resistencia á la parte atacada, le hace ménos 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 fué 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 con los vestigios 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 escarótica 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 fierro 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 correspondientes á la primera serie.

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

Señor Ramon Ramirez—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 a la 1.ª serie.

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

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

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

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

Señor doctor Luis Fernando Otero—Socorro—Recibidos \$ 10 : 6 por tres suscripciones a 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 órden, el valor de dos suscripciones a la 1.ª serie de la Revista.—B. MEDINA,