

Revista Médica

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA DE BOGOTA

REDACTOR, DOCTOR PIO RENGIFO

SERIE II.

Bogotá, Junio 20 de 1874.

NUMERO 14

PARTE OFICIAL.

SEÑORES SUSCRITORES.

Con el número 13 empezó la nueva suscripción de la segunda serie de este periódico.

SESION DEL DIA 11 DE ABRIL DE 1874.

PRESIDENCIA DEL SEÑOR DOCTOR SARMIENTO.

En la ciudad de Bogotá á once de abril del presente año, se reunió en el local acostumbrado, la Sociedad de Medicina y ciencias naturales, con asistencia de los señores Buendía, Castañeda, García, Gómez, Medina, Osorio, Plata A, Rengifo, Sáenz, Sarmiento y Lémus. Faltaron, con excusa, los señores Aparicio, Bayon, Montoya, Ospina, Pizarro y Rocha C; y sin ella, los señores Barreto, Corredor Fajardo, Michelsen, Pardo, Rivas F, Rivas L, Tamayo, Zerdá, Bayon y Vargas V.

Se dió lectura y fué aprobada el acta de la sesion anterior. En seguida se leyeron las notas dirigidas por los señores, Emeterio Cagiao, Juan de Dios Tavera, Manuel Uribe Angel, Rafael Gutiérrez, Félix Moreno, José V. Uribe, Saturnino Quintero y José Ignacio Quevedo, por las que manifiestan que aceptan el destino de miembros correspondientes de la Sociedad para que fueron nombrados. Se leyó igualmente otra nota del señor Gabriel González G, en que se excusa de aceptar dicho nombramiento.

Así mismo se leyó otra nota del señor T. Calderon de Paris, avisando que envía á la Sociedad un ejemplar de su Catálogo "Precio corriente de drogas, libros é instrumentos de cirugía." La Presidencia ordenó se acusara recibo, dándole las gracias por sus ofertas, las cuales tendrá presente la Sociedad en caso necesario.

El señor doctor Osorio presentó á la Sociedad el cuadro que manifiesta el movimiento de la enfermería del Hospital en la sala de hombres que tiene á su cargo. Este documento pasó á la comision respectiva, encargada de formar el cuadro general.

Se puso en discusion el trabajo de los doctores Aparicio y Pizarro, sobre un caso de fiebre, y el informe del doctor Gómez; pero no estando presentes en la sesion los autores, el doctor Buendía propuso lo siguiente que fué aprobado: "Suspéndase la discusion hasta la próxima sesion, y cítese especialmente para ello á los autores del trabajo y del informe."

Fué leida una nota de los doctores Montoya y Sáenz, en que dan cuenta del arreglo de los minerales que existen por cuenta de la Sociedad. Se manifestó el deseo de que tales objetos se numeraran y se facturaran convenientemente.

El señor doctor Plata A. presentó un proyecto de Reglamento para la Sociedad, y puestas en discusion, artículo por artículo, las disposiciones que contiene, fueron aprobadas, sin modificacion alguna, los artículos 1.º á 18, con ex-

cepcion del 9.º que trata de la admision de estudiantes como miembros de la Sociedad, que fué negado.

Siendo llegada la hora, se levantó la sesion, á las diez de la noche.

El Secretario,

E. GARCÍA.

LA OTOBA.

Descripcion botánica—Análisis—Historia—Empleo terapéutico.

Se conoce en Colombia con el nombre de *otoba*, una grasa mantequillosa, que se ofrece en el comercio bajo la forma de masas semi-esferoidales, de color amarillo sucio con algunas manchas rojizas.

Esta sustancia la extraen del "Myristica otoba," árbol natural de Colombia, muy abundante en Mariquita, y que tiene los siguientes caracteres botánicos:

De una altura de 20 á 40 piés, tiene sus hojas elípticas, oblongas, cuspidadas, lampiñas, lustrosas, largamente pecioladas y con 8 á 10 pares de venas primarias; las flores masculinas inclinadas, sus corimbos, y las femeninas solitarias; el cáliz ovóideo ó trífido, con 9 ó 12 aristas lineares, sostenidas por una columna cilíndrica cortamente estipitada; el fruto es una drupa globular, con una nuez en su interior, la cual es morena, oval, un poco fusiforme, y mucho más pequeña que la nuez moscada, tiene como 10 líneas de largo y 5 de ancho, cubierta por un epispermo membranoso y moreno.

De estos frutos extraen la otoba echándolos en agua hirviendo para recoger con una despumadera, la parte grasosa que sobrenada en la superficie, método que se puede perfeccionar comprimiéndolos entre placas calientes de hierro. (Doctor Bayon).

La otoba del comercio no es pura, pero se logra purificarla fundiéndola á una suave temperatura ó filtrándola al traves de un lienzo. Entonces la otoba es de un color casi blanco homogéneo, y de consistencia de mantequilla; al derretirse exhala un olor desagradable, debido á un aceite volátil que contiene. En el estado fresco tiene un olor semejante al de la nuez moscada, que pierde con la vejez.

Conocida desde tiempos muy remotos la usaban los Tunebos para las afecciones del estómago, y en fricciones para combatir la sarna y otras afecciones de la piel. Este uso se ha extendido de una manera tan general en el pueblo, que me ha inducido á hacer un estudio de su empleo, para observar hasta qué punto sean verdaderas las cualidades que se le atribuyen.

En 1808, Garcia de Alonso, en Giron, extrajo de la otoba una materia resinosa, con el intento de fabricar bujias para el alumbrado; la luz era viva y rojiza, ardiendo con bastante rapidez, pero exhalando una cantidad de humo considerable, que daba al aire de la cámara un olor análogo al de la otoba. El señor Múts intentó los mismos procedimientos en Mariquita. (Semanario de Caldas, 2.º edición, páj. 241).

En 1859, nuestro distinguido amigo, el señor Ezequiel Uricoechea, se ocupó del análisis de esta sustancia, y descubrió en ella un cuerpo nuevo, al cual le dió el nombre de "Otobil" (Mosaico de Bogotá, número, 40, páj. 317).

La otoba funde á 33º centígrado. Siendo probable que la composicion de la otoba fuese idéntica á la de la grasa de la "Myristica moschata," examinada por Playfair, el doctor Uricoechea la trató por el alcohol y obtuvo una grasa sólida que funde á 46º idéntica á la *myristicina*. Hecha la saponificacion y descompuesto el jabon por el ácido clorhídrico, se separaron varios ácidos grasos y entre ellos el ácido *mirístico*.

El *Otobil* dió una sustancia soluble en el éter, poco soluble en el alcohol é insoluble en el agua; cristaliza en prismas brillantes y incolora, inodora, funde á 133º C, y arde con una llama negra sin dejar residuo. El término medio de los análisis elementales es para el otobil de $C^{22}H^{12}O^4 + H.O.$

Empleo terapéutico.—Los Tunebos la aplicaban al interior para combatir los dolores y atonías del estómago: en píldoras y á la dosis de 2 á 4 granos en un purgante suave. Debido á esta propiedad puede usarse como vermífugo, tomando primero una infusión de paico, y dos horas despues la otoba, ya en píldoras, ya disueltas en chocolate.

Pero el uso al exterior es el más popularmente extendido para combatir la sarna, las nigüas y todas las afecciones dermatosicas.

Para destruir las nigüas se untan la otoba sobre el panal, se aproximan á la parte un cuerpo incandescente para fundirla y que penetre bien en los intersticios de la piel, y se abrigan la parte con un vendaje. Repetida esta operacion por tres ó cuatro dias, el insecto muere, se forman costras negras y blancas que al caer dejan la piel limpia y sana.

Se cree generalmente que el uso de la otoba exige muchas precauciones, y la de cuidarse, sobre todo, de la humedad ó de hacerse lociones con agua fria, por que produce reumatismos musculares agudos. Hasta ahora en varios casos he usado las fricciones con otoba, aseando las partes con agua jabonosa fria, sin haber observado este fatal resultado.

En la sarna (acarus scabiei) se obtienen tambien buenos resultados, destruyendo el insecto en pocos dias. El método que he empleado, es el de hacer, durante dos dias uniones con la otoba y luego dar un baño de aseo con agua tibia y jabon. Repetida esta operacion por tres ó cuatro veces, basta para la completa curacion.

En las enfermedades vesiculosas y en las pustulosas, como el eczema, eczima &c, la otoba en untura me ha producido un resultado satisfactorio, modificando localmente la afeccion. Seca las costras, las hace caer, disminuye la secrecion de los liquidos serosos ó purulentos, limpia la superficie de la piel alterada y la deja seca y brillante.

N. N. de 18 años de edad fué invadido por una enfermedad de la piel; durante dos años estubo sometido á varios tratamientos sin obtener resultado favorable.

El 1.º de julio se presentó en la consulta para que se lo trataran de su enfermedad. Examinado, se notaban en los miembros inferiores, vejigas llenas de un liquido amarillo, que al desecarse dejaban costras del mismo color. Vesículas pequeñas con un liquido transparente existian en la parte interior de la pierna, sobre una piel rojiza y alterada. En los muslos, lomos, brazos, hay verdaderas píustulas coronadas en su vértice de una costra negra, que al levantarla dejaba la dérmis excoriada ó ulcerada. Esta afeccion se acompaña de prurito.

El dia 2 de julio se le prescribió para todos los dias una uncion con 8 granos de otoba. El 5, las costras se han secado, empiezan a caer dejando la piel rosada, limpia y seca, hay comezon. El enfermo se queja de escozor al hacerse la untura.

El 11, las vesículas han desaparecido lo mismo que las píustulas y costras; queda la superficie de la piel roja, brillante y seca. Se suspende la untura con otoba.

El 19, no han desaparecido las vesículas; la piel está perfectamente limpia y seca, y apenas se distinguen los puntos en donde existieron las píustulas y costras, por una coloracion rosada más subida.

Observaciones semejantes y con igual resultado, he tenido en más de ocho casos.

Experimentados los efectos de la otoba, se puede deducir: 1.º Que la otoba es un insecticida, y que se aplica con sucesso para combatir la sarna, nigüas, &c.

2.º Que como tóxico, en las enfermedades de la piel, es la sustancia que más prontamente la limpia.

3.º Que modificando prontamente la afeccion local, la pone al ménos en mejores condiciones para emplear cualquiera otro tratamiento.

4.º Que no cura las afecciones de la piel sin el auxilio de prescripciones internas apropiadas, cuando la enfermedad es la manifestacion de un vicio general de la economía; y

5.º Que la otoba parece curar por irritacion substitutiva, pues en todos los casos produce rubefacion de la piel, impide la secrecion de los liquidos en la superficie y la limpia dejándola seca. Léjos de preconizar la otoba como un medicamento específico, ni como que lleve ventajas sobre tantos otros de que dispone la terapéutica para estas afecciones, mi objeto ha sido el de verificar las creencias populares y de llamar la atencion sobre un producto nacional, del cual se puede sacar provecho.

Bogotá, abril de 1874.

E. GARCÍA.

REVISTA EXTRANJERA

Ruptura accidental de las válvulas aórticas

lecion clinica por el doctor Balthazar Foster. (Med. Times and Gaz. dico. de 1873).

El autor dice que es su intencion el hablar de una de las causas comparativamente raras de incompetencia valvular. Se trata

de un enfermo admitido ha diez dias, sufriendo de disnea intensa de palpitation y edema de las piernas, con los signos físicos de insuficiencia aórtica. Su expresion es angustiada, el rostro pálido, la pulsacion carotídea distintamente visible, la tos frecuente y molesta, con poca ó ninguna expectoracion, 48 respiraciones y el pulso radial, "salpicado," vibrante y latiendo 112 veces por minuto. La nota de percusion pulmonar normal, y el murmullo respiratorio natural en la parte anterior y posterior al esternón, habia maceiez en ambas bases, limitada por el ángulo inferior del omoplato á la izquierda y por la axila, confundiendo con la maceiez cardiaca. En el área macisa, la respiracion era indistinta, y el "fremitus vocal," disminuido en el lado izquierdo. La maceiez del corazon estaba muy aumentada, extendiéndose desde el segundo hasta el sétimo espacio intercostal, y desde una pulgada más alla del borde derecho hasta la region pulmonar del lado de afuera de la linea del pezón. El impulso de la punta no era distinto; y un levantamiento sistólico difuso se notaba en el quinto, sexto y sétimo espacios intercostales; así como en el epigastrio. La auscultacion revelaba dos soplos en la base del corazon, uno corto que acompañaba el primer tiempo, seguido de otro duro áspero reemplazando el segundo sonido. El sistólico era más pronunciado en la union del segundo cartilago costal derecho con el esternon y sobre este frente á la tercera y cuarta costillas; no se propagaba ni hacia la punta ni de un modo marcado hacia los vasos. El ruido de fuella diastólico tenia su mayor intensidad sobre el esternon al nivel del tercer cartilago, se oia también sobre el cartilago ensiforme y en las cavidades, así como tambien bajo las clavículas y en las carótidas y reemplazaba el segundo sonido; no se propagaba hacia la cima izquierda, pero era bien distinto á lo largo de la espina dorsal en la region intra-escapular. En la punta se oia un ruido al primer tiempo, más intenso y prolongado que el de la base, y propagándose hacia la axila. El soplo diastólico, tan marcado en la base, se percibia apenas en la punta del lado izquierdo, pero adquiria intensidad, á medida que el estetoscopio se movia hacia el cartilago ensiforme. El abdomen estaba algo lleno, sobre todo en la region del hígado, que descarta tres dedos más abajo del borde costal, y estaba doloroso á la presion. Habia, evidentemente, algun liquido en la cavidad abdominal; la orina era escasa, de color subido y depositaba uratos y algo de albumina; habia tambien un ligero edema de los miembros inferiores.

La consideracion de los datos anteriores, nos hizo concluir, que el enfermo tenia insuficiencia aórtica con ligera obstruccion, y una insuficiencia secundaria mitral, dando lugar á ingurgitacion de los pulmones, del hígado, del sistema venoso general y á un derrame seroso en la cavidad pleural y en el peritoneo. El caso fué considerado como uno de compensacion defectuosa y de asistolia consecutiva.

Nuestro siguiente peso fué el de dilucidar en lo posible la causa de estas lesiones. Los conmemorativos nos enseñaron que el enfermo era un platero, que 15 años ántes se habia alistado en la Marina Real y habia servido en la India, la China &c, y que aunque tomaba bastante, su salud habia sido buena y no habia sufrido ni de sífilis ni de fiebre reumática. En uno de sus viajes fué cocinero, y habiendo salido á la cubierta un dia muy borracho fué arrojado violentamente al suelo por un movimiento del buque. Hizo un esfuerzo violento para contenerse, lo que logró parcialmente, asiéndose con la mano derecha, cayendo sin embargo y recibiendo un golpe en el lado izquierdo del pecho. Se sintió desfallecido despues de este accidente, y estuvo dos dias sin poder atender á sus ocupaciones. Algun tiempo despues notó que su respiracion, que habia quedado muy embarazada, era más difícil en la posicion horizontal que en la de pié. Habiéndose quedado de esto, el médico le hizo dar de alta y fue algunos meses despues admitido en el Hospital, ya con tos, dificultad de respirar y más ó ménos edema de las extremidades inferiores.

De esta historia, en la que no se encuentran antecedentes de reumatismo ni de ninguna otra causa de enfermedad cardiaca, y si por el contrario de salud completa hasta la fecha del accidente, debemos concluir que la insuficiencia aórtica, proviene de una ruptura de los segmentos valvulares, producidas por la caída, ó más bien del esfuerzo que hizo para impedir ésta.

Por algunos dias se obtuvo alguna mejoría parcial con las inyecciones hipodérmicas de morfina que le hacian dormir en una tranquilidad comparativa, y disminuian la disnea. Varios ataques de síncope, sin embargo se presentaron, y aunque fueron alejados durante dos dias, por la administracion del amoníaco líquido, del éter y del brandi, murió de repente una madrugada en uno de estos ataques de síncope.

El exámen cadavérico exhibió un corazon muy grande; el pericardio vacío, pero la cavidad pleural, conteniendo media libra de serosidad de cada lado. Habia tambien una cantidad moderada de liquido en el peritoneo. El pulmon derecho ensifematoso en la cima, presentaba una extravasacion sanguinea en la base y algunos vasos hemorrágicos en el resto de la izquierda. En la cima presentaba el aspecto del derecho, pero la extrava-

sacion de la base era más reciente. El hígado denso, granular, en vía de contracción, pesaba 47 onzas; los riñones aumentados de volumen, el bazo y las otras vísceras estaban sanas. El corazón presentaba una mancha blanca en la parte anterior, situada cerca de la punta; pesaba 18 onzas, y sus cavidades estaban llenas de coágulos negros uniformes. Los orificios auriculo-ventriculares, estaban dilatados; la tricúspide, la mitral y las válvulas pulmonares, normales; pero los músculos papilares de la mitad, estaban delgados y en vía de degeneración hacia la cima. Las válvulas aórticas estaban muy incompetentes, lo cual dependía de la ruptura de los segmentos posterior y derecho en los ángulos de inserción; y el segundo tenía este ángulo volteado hacia el cuerpo de arantius, contraído, espeso y libre, de modo que "aleteaba" en medio de la corriente sanguínea. Ambos ventrículos estaban muy dilatados, algo hipertrofiados, y sus paredes degeneradas; el orificio aórtico media 3 pulgadas y $\frac{1}{2}$ en su circunferencia. El largo del ventrículo izquierdo, era $\frac{1}{2}$ pulgadas, mientras que su mayor diámetro 3 $\frac{1}{2}$. Los paredes tenían un espesor de $\frac{3}{8}$ de pulgada en la cima. Cerca de las válvulas existían parches ateromatosos recientes en la aorta.

Los fenómenos observados durante la vida y la anamnesis estaban de acuerdo con las condiciones puestas de manifiesto por el autopsia, en los tiempos ciertos caracteres especiales, que en dos ocasiones más, he observado y que puede guiarnos en el diagnóstico. El soplo diastólico se explica fácilmente por la insuficiencia de las válvulas; pero es llamaré la atención sobre el hecho de que no se propagaba hacia la punta del corazón sino hacia el cartilago ensiforme, siendo más perceptible sobre el ventrículo derecho que sobre el izquierdo, en el cual el reflujo se hacía: esta es la regla con respecto a la trasmisión de los ruidos diastólicos aórticos. Últimamente, sin embargo, en un caso de insuficiencia aórtica, la mayor intensidad del soplo era en la punta, lo cual depende, como muchas veces lo he demostrado, de que la regurgitación proviene de la incompetencia del segmento aórtico izquierdo, ya en su ángulo posterior ó en su cortina por medio de una perforación, de modo que la sangre que refluye cae sobre la válvula mitral, lo cual hace que el soplo se oiga en la misma posición que los soplos mitrales. Repito, pues, que un soplo diastólico aórtico propagado hacia la punta del corazón, significa, en general, incompetencia del segmento aórtico izquierdo; y del mismo modo creo que tal soplo, propagándose hacia el cartilago ensiforme, indica la misma lesión del segmento posterior y del derecho. Hago hincapié sobre este punto, no como asunto de un diagnóstico curioso, sino por que puede guiarnos en el pronóstico de la lesión valvular.

En cuanto a la ruptura de las válvulas es evidente que resultó del accidente y que tuvo lugar en válvulas previamente sanas; como consecuencia del esfuerzo que el paciente hizo para evitar la caída. En los casos de esta clase citados por los autores, es siempre algún esfuerzo vigoroso, hecho cuando el torax lleno de aire, está fijo, el que da lugar a la lesión. En estas circunstancias, la tensión de la aorta es extrema, y la presión es demasiado fuerte para los delicados repliegues valvulares.

En el caso de W, este accidente sobrevino mientras que se inclinaba sobre una barra de cobre, sobre la cual comprimía el abdomen, de modo que al hacer un esfuerzo violento para alcanzar un trasto de cocina, colocado en frente hizo mucha fuerza. Del mismo modo S, cuyo caso estudiaremos, rompió sus válvulas aórticas tratando de levantar un peso considerable de carbon.

En cuanto a la observación de que tratamos, hubo dos elementos para producir este accidente: el esfuerzo hecho para evitar la caída, y el golpe sobre el pecho. Es imposible el decir cuál de estos dos elementos produjo la ruptura; pero la consideración de los casos registrados me hacen creer que el esfuerzo muscular hizo el principal papel.

En la mayor parte de los casos, este accidente produce síntomas marcados, pero nuestro enfermo no pudo darnos una idea clara de sus sufrimientos después del percance.

No hay duda de que la ruptura debe haberle ocasionado síntomas alarmantes, pues no podemos concebir que tan considerable lesión de las válvulas se haya presentado repentinamente sin causar algún efecto en la circulación. Apriori debemos esperar alguna

turbación transitoria del equilibrio entre el contenido del sistema arterial y del venoso, con irrigación de los pulmones y congestión general venosa, que se disiparían tan pronto como el corazón adquiere la capacidad de luchar con las condiciones alteradas de sus funciones. He aquí otro caso que algunos de ustedes recordarán, y que nos suministra un excelente ejemplo de los efectos inmediatos de este accidente:

E. S. de edad de 33 años fué admitido en el Hospital en un estado de muerte aparente, frío, sin pulso, con la cara livida y la piel cubierta de un suelto frío. Se diagnosticó como un caso de asfixia pulmonar, y se le sangró. La sangre salió con dificultad, pero se mejoró algo; se le puso en cama bien cubierto y se le aplicaron botellas calientes a los pies y sinapismos al pecho y a las piernas. Tan pronto como pudo tragar se le dió brandi en agua caliente y se le administraron 15 gotas de éter ozónico. Al cabo de cuatro horas los síntomas alarmantes cesaron y comenzó a parecer la reacción; la tos era frecuente y expectoraba moco sanguinolento, quejándose al mismo tiempo de disnea y de dolor agudo en la región precordial. Al día siguiente un soplo aórtico doble era perceptible.

Investigando sus antecedentes, resultó que nunca había sufrido de enfermedad grave ni de fiebre reumática; pero que cuando niño había sufrido 15 años antes de dolores reumáticos en las piernas, jamás había hecho cama; no había tenido sífilis y era moderadamente sóbrio. Posteriormente tuvo un ataque de bronquitis que tampoco lo obligó a guardar cama. El ataque presente, le sobrevino al levantar un peso muy fuerte de carbon; de golpe sintió un dolor intenso en el epigastrio, que suspendió su respiración y le hizo buscar aire. Se sintió aturdido, su vista se enturbió y cayó al suelo; algunos de sus compañeros le dieron un poco de brandi, que le repuso por un momento, cayendo en seguida en un estado de insensibilidad, de modo que no sabe cómo vino al Hospital.

Día por día se fué mejorando, pero se quejaba de tos y de la respiración. Una semana después del accidente, su estado era este: pulsación normal en todo el tórax; los sonidos del corazón naturales, pero la respiración algo más débil, posteriormente en el pulmón izquierdo. Corazón: Impulso de la punta fuerte debajo de la sexta costilla al interior de la línea mamilar; la máceiz cardiaca se extendía desde esta línea hasta el borde derecho del esternon, y desde la cuarta costilla hasta el borde inferior de la sexta. La auscultación revelaba un soplo sistólico y otro diastólico; aquel, suave, corto y con cierto carácter de aleteo, cuya mayor intensidad era en la mitad del esternon al nivel de la cuarta costilla; no era perceptible en la punta ni se transmitía hacia arriba; éste, era fuerte, áspero; ocultaba el segundo soplo y ocupaba el intervalo mayor; era más claro sobre el segundo cartilago costal derecho, en su union con el esternon, y también al nivel del cuarto cartilago, oyéndose a lo largo del borde derecho del esternon, desde el manubrio hasta el cartilago ensiforme; era también más pronunciado bajo la clavícula derecha que bajo la izquierda, y podía oirse en las carótidas, reemplazando al segundo tiempo, así como también posteriormente a lo largo de la columna vertebral. Se oía confusamente en la punta, en donde era ménos marcado que en la punta del cartilago ensiforme. La pulsación de las carótidas y braquiales era visible. A su salida del Hospital, la máceiz cardiaca había aumentado decididamente y había pulsación epigástrica notable. En cuanto a los sonidos del corazón, solo se distinguía ademas un pequeño temblor con el diastole. El impulso era un alzamiento débil; el pulso más vibrante y con el esfigmógrafo el trazado demostraba el aumento de la energía del ventrículo izquierdo. El hígado bajaba una pulgada de la arcada costal; bazo normal, orina sin albumina, pero escasa y cargada de cloruro. La presión de ansiedad y el color de la cara era algo más pálido y amarillento de lo natural. En la última quincena de su residencia en el Hospital, había tenido una alimentación generosa, y se le habían administrado purgantes de cuando en cuando y una poción con percloruro de fierro y éter clórico. Se le aconsejó que viviese lo mejor posible; que tomase una cantidad regular de carne y que continuase el uso de los medicamentos.

Dos meses después le trajeron al Hospital moribundo, con las piernas edematosas, la respiración laboriosa, ámbos pulmones congestionados y edematosos y la acción cardiaca tumultuosa, irregular y desigual; el pulso daba 140 pulsaciones por minuto, vibrante y débil; la cara morada. En una palabra, presentaba un estado de asistolia, en el cual murió 13 horas después de su admisión. La mujer nos dijo que después de su salida del Hospital, estando en la incapacidad de trabajar, había estado muy mal alimentado y de día en día se había empeorado.

La autopsia dió el siguiente resultado. En la abertura del tórax, el pulmón derecho se vió adherente y siete onzas de liquido llenaban la cavidad pleural izquierda. Ambos pulmones congestionados, presentaban puntos de hemorragias recientes; hígado grande con peso de 4 libras 6 onzas; riñones y bazo congestionados, pero no muy aumentados de volumen; en el peritoneo 23

ó 24 onzas de líquido seroso; en el pericardio, 3 á 4 onzas del mismo. El corazón muy dilatado é hipertrofiado, pesaba 21 onzas; sus cavidades llenas de coágulos sanguíneos, fibrinosos y negros. Del lado derecho, las cavidades dilatadas presentaban las válvulas en perfecto estado. Las cavidades del izquierdo, también estaban dilatadas, especialmente, el ventrículo izquierdo, cuyas paredes sin embargo, no estaban hipertrofiadas en proporción á la dilatación. Las válvulas mitrales, aéreas transparentes que normalmente, estaban algo engrosadas, y el orificio mitral admitía cuatro dedos. Las válvulas sigmoides estaban incompetentes en el segmento coronario derecho, desprendido de su inserción, con su anillo libre, grueso y volteado hácia el ventrículo. El ángulo de unión del segmento izquierdo lacerado en $\frac{1}{2}$ de pulgada y la regurgitación tenía lugar principalmente en el ángulo formado por los dos segmentos. La inserción del segmento mitral estaba intacta, y éste cubría en parte el ángulo de unión con el izquierdo, impidiendo parcialmente la regurgitación, pero hácia la derecha estaba ligeramente lacerado en $\frac{1}{2}$ de pulgada de extensión y la válvula misma estaba muy reblandecida. Mas arriba de la válvulas la aorta estaba moderadamente aterosclerosada, sin duda por causa del accidente; en el resto de su extensión tenía el aspecto normal. El músculo cardiaco, estaba en vía de degeneración, especialmente los músculos papilares.

He aquí un caso que nos demuestra bastante que los síntomas debidos á la insuficiencia de las válvulas aórticas, producida repentinamente, son los que á priori esperaríamos encontrar. En un pequeño espacio de algunos segundos, se han presentado todos los fenómenos de la obstrucción circulatoria intracardíaca, que generalmente necesitan de meses para desarrollarse. Cuando la ruptura sobreviene, el efecto inmediato es el paso de la sangre al través de la laceración al ventrículo izquierdo, el cual sorprendido, por decirlo así, por el nuevo aflujo de sangre, proveniente de la aorta, añadida á la corriente auricular normal, "títubea" bajo el peso, su acción falla, de donde resulta el síncope. Cuando el músculo ventricular se relance, por algún tiempo es incapaz de luchar con el aumento de la carga sanguínea. Por consecuencia que sea la cantidad que refluya de la aorta, detiene alguna parte del contenido de la aurícula, dilata así su cavidad y congestiona el pulmón. El ventrículo sin embargo, se dilata bajo la influencia del aumento de presión sanguínea, de modo que con cada sistole lanza á la aorta una cantidad de sangre mayor que la carga normal. Con el tiempo este aumento es suficiente para que apesar de la regurgitación, se preserve aproximadamente el equilibrio normal del contenido del sistema arterial. Por algún tiempo un músculo cardiaco sano, sería capaz de este aumento de acción, pero su reserva de fuerza no dura por mucho tiempo sin que su nutrición sufra, con lo cual comienza la alteración siguiente: á medida que la cavidad se dilata para recibir mas sangre, las paredes engruesan para poder impulsar con suficiente energía una cantidad mayor de sangre. Esta hipertrofia hace que el ventrículo izquierdo contrabalancee el defecto valvular, de modo que cuando la hipertrofia y la dilatación guardan una exacta proporción con la lesión, que cada sistole ventricular introduce en la aorta una carga de sangre suficiente para permitir el reflujó, sin robar al sistema arterial la parte que le corresponde, la compensación es prácticamente perfecta, y el equilibrio normal entre el sistema arterial y el venoso, se conserva, como ha sucedido en los casos anteriores. ¿En qué consiste, pues, que esta compensación sólo fué transitoria?

La solución de este problema la encontramos en la consideración del modo como tiene lugar la nutrición del corazón. El músculo cardiaco trabaja constantemente, apenas descansando entre cada sistole, por lo cual su nutrición debe ser muy activa para poder reparar al deterioro de su constante trabajo. Esta nutrición activa se consigue por la posición de las arterias coronarias que nacen del principio de la aorta, y están situadas de tal modo que en cada contracción cardiaca, una doble onda sanguínea las penetra: reciben sangre durante el sistole cardiaco, pero sobretodo durante el aórtico, en el cual la sangre es impedida por las válvulas aórticas tensas, al través de los orificios abiertos de las arterias coronarias. Es esta onda diastólica la que suministra al corazón la mayor parte de su sangre, pues es durante el diástole que los músculos ventriculares relajados permiten el que circule con mayor facilidad al través de sus paredes la corriente nutritiva. Ahora bien, en todas las formas de acción imperfecta de las válvulas aórticas, el rebote de la columna sanguínea contra las válvulas cerradas, se debilita, y por consiguiente la onda sanguínea diastólica, penetra con menos fuerza las arterias coronarias. Por otra parte, en estos casos hay disminución de la tensión aórtica por la regurgitación y la repleción de los ramos coronarios es menor, proporcionalmente á la tensión. Estas circunstancias nos explican por qué en la insuficiencia aórtica, tarde ó temprano el músculo cardiaco desfallece, pues, mientras que el trabajo del ventrículo es excesivo, su nutrición es deficiente, y las consecuencias inevitables son, la degeneración muscular y la falta de compensación. A pesar de esto, en muchos

casos de insuficiencia aórtica, la compensación se conserva por muchos años tan perfectamente, que apenas resulta el menor inconveniente de su existencia. En todos estos casos, la lesión valvular es consecuencia de una enfermedad y la regurgitación es ligera.

En los casos de insuficiencia, provenientes de enfermedades, se observa frecuentemente el aumento de dimensiones en las válvulas y también el engrosamiento por medio de productos inflamatorios, de modo que la in-uficiencia depende de la falta de completa adaptación de las válvulas en los bordes de contacto y cuando la ruptura se presenta en válvulas sanas, la lesión es mayor, y por su posición en la base ó inserción de la válvula permite una regurgitación mas libre. En mi concepto, esta es la razón por la cual en casos de ruptura, los pacientes sobreviven tan poco al accidente. En ningún caso ha durado el enfermo mas de cuatro años y medio y en los tres que he citado, la duración de la vida despues de la ruptura, fué de tres meses en uno; de dieciocho en otro, y de ventites en el tercero. Hay entre el período mas largo y el mas corto, una diferencia considerable imputable sin duda al grado de la lesión y en parte á las condiciones en las cuales vive el enfermo despues del accidente. Estoy también inclinado á creer en la influencia notable del sitio de la ruptura sobre la duración de la vida.

Dos de los segmentos, tienen encima una arteria coronaria cada una, la cual se llena de sangre por el rechazo de las válvulas aórticas tensas. Cuando estos segmentos están lacerados y volteados hácia abajo, la corriente sanguínea, producida por la regurgitación, pasa por las bocas de los vasos coronarios, disminuyendo hasta cierto punto la cantidad de sangre que reciben, y por consiguiente perjudicando á la nutrición del corazón. Cuando el segmento aórtico, inmediatamente bajo la arteria coronaria está deficiente, probablemente la repleción del vaso está impedida tanto durante el sistole, como durante el diástole. Es á esto que aludí al explicar la propagación del soplo diastólico hácia la punta del corazón, como á un hecho no de mera curiosidad diagnóstica, sino de importancia diagnóstica. Aquel segmento de las válvulas aórticas, cuya incompetencia ocasiona la transmisión del soplo hácia la punta izquierda, no tiene arteria encima, y por consiguiente, cuando está afectado la circulación coronaria sufre menos que cuando los dos otros segmentos están alterados. Cuando este segmento está lacerado, como no hay corriente de regurgitación ó ángulo recto y vecina de los orificios de las coronarias, y como no hay una válvula espesa que distraiga la honda diastólica de sus orificios, la circulación coronaria sufre solo proporcionalmente á la pérdida de tensión aórtica. Resulta, pues, que en cuanto á esta circulación, el segmento mitral aórtico, produce con sus alteraciones menos desórdenes que cualquiera de los otros segmentos. Mi experiencia me hace creer esto, y de los casos citados, la vida se prolongó mas en aquel en que el segmento aórtico desprovisto de arteria coronaria estaba lacerado, mientras que en las dos restantes observaciones y en muchas citadas por los autores, de lesión de los segmentos debajo de las arterias coronarias, la duración de la vida fué menor. La hipótesis que avanzo, contiene los elementos de la explicación del corto período que sobreviene á la ruptura de las válvulas, los enfermos, y estoy convencido de que el estudio minucioso de la posición de las lesiones valvulares, nos suministrará los datos para juzgar de la mayor ó menor duración de la vida en la insuficiencia aórtica. La investigación de tales detalles, no puede ménos que mejorar nuestras aptitudes para observar, y al mismo tiempo que nos hace mejores prácticos, nos traerá un pronóstico más seguro y un tratamiento más científico.

ESTUDIO SOBRE EL ESPASMO

de las vías biliares á propósito del tratamiento del cólico hepático.—Por el doctor Dujardin-Beaumez.

(Bull. de Thérapeutique, nov. de 1873.)

El autor cree que los resultados del tratamiento del cólico hepático, para ser satisfactorios, deben estar basados sobre el estudio atento de los fenómenos ocasionados por la presencia de cuerpos extraños en las vías biliares, fenómenos entre los cuales da la mayor importancia al espasmo, por lo cual le estudia al punto de vista fisiológico, anatómico y patológico.

Las diferentes doctrinas reinantes para explicar el encadenamiento semeiótico del cólico hepático se apoyan sobre los datos anatómicos y fisiológicos; pero es extraño el ver que se acepta generalmente la sucesión de fenómenos morbidos que le constituyen sin buscar su explicación, de modo que la patología fisiológica falta aun en las obras más recientes. Casi todos los médicos, sin embargo, admiten una con-

traccion espasmódica de las vías que sirven a la excreción de la bilis, contracción que embaraza la marcha de los cálculos y que se considera como la causa primera de los accesos dolorosos.

Beau atribuye el papel principal al dolor, haciendo poco ó ningún caso del espasmo; mientras que Trousseau le considera en union de la irritación de la superficie interna de los conductos, como causa de la forma y de la intensidad de los dolores. Segun este autor, los conductos excretorios y la vesícula biliar poseen una capa muscular muy activa, cuyas contracciones explotan la bilis por medio de la *eyacuación* al interior del duodeno. Sénac cree que el espasmo de estos conductos es la causa única de los dolores: "El dolor violento que acompaña al cólico hepático, proviene de las contracciones expulsivas más bien que de la distension de los conductos biliares, á la que se ha atribuido generalmente." Martineau Fabé y See defienden la misma opinion y sostienen que en patología general el cólico hepático debe incluirse en el grupo de cólicos propiamente dichos. El mismo Frerichs que niega á estos conductos el poder de contraerse con suficiente energía para producir la ictericia, denominada espasmódica, no rechaza del todo la existencia de ésta en los cólicos hepáticos. Se ve pues que la idea del espasmo, si bien en grados diversos, es generalmente aceptada por los unos, como elemento primordial, por los otros, como fenómeno concomitante de la irritación y de la distension de los canales biliares. Veamos hasta qué punto la fisiología y la anatomía dan su asenso á estas opiniones.

Todos los fisiólogos, con excepcion de Magendie, que jamas ha observado en sus numerosas vivisecciones, trazas de contractilidad ni en la vesícula, ni en los conductos hepático y cístico, han producido contracciones variables en los conductos biliares de los animales por medio de la aplicacion de excitantes. En efecto Fantoni, Borrichius, Rudolphi, han descrito estas contracciones en las aves, y Haller, Meyer y Muller han observado el mismo hecho; el último describiendo contracciones vermiformes de arriba hacia abajo en pájaros recientemente muertos. Brücke habla de las contracciones de la vesícula biliar del perro; y Collin en los animales superiores, como el buey y el caballo, dice que los canales biliares se contraen sensible pero débilmente, de modo que jamas hay occlusion completa de ellos. Longet y Beclard en sus tratados clásicos de fisiología admiten la contractilidad de estos canales.

El examen histológico de las vías biliares, no dá resultados tan acordes. Sappey describe una túnica muscular, rica en fibras lisas; Port dice, que esta capa esta formada de fibras longitudinales, oblicuas. Kölliker y Leydig, dicen que no hay capa muscular, sino haces de fibras musculares escasas y aislada, que segun Henle y Ebert, son numerosas en la vesícula; pero niegan su existencia en los conductos exteriores, de acuerdo con la opinion de Frey y Virchow.

En los casos patológicos, cuando la vesícula biliar y los conductos excretorios están sometidos á una irritación prolongada, se observa el desarrollo anormal de la capa muscular. Bouisson, en una mujer con litiasis biliar, ha observado la túnica muscular dividida en dos capas distintas; y en un caso de cáncer de las vías biliares, Héraud ha encontrado la misma disposición. Deville, Barth y Broca, sostienen la posibilidad de la hipertrofia de las capas musculosas bajo la influencia de cau. sas mórbidas.

Como se ve, mientras que los anatómicos niegan la existencia de una capa muscular bien distinta en los conductos excretorios de la bilis, algunos de ellos admitiendo á lo sumo la existencia de uno que otro hacesillo de fibras lisas, los fisiólogos, exceptuando Magendie, afirman, por lo ménos, que hay contracciones evidentes en los animales.

El resultado de mis experimentos hechos sobre los perros, demuestran que la irritación de los conductos excretorios, bien sea por corrientes eléctricas ligeras, ó por inyecciones irritantes producen contracciones musculares evidentes en el canal cístico y colédoco, así como en la vesícula biliar, las que no solamente aplastan estos conductos sino que aproximan sus extremidades pro-

duciendo así un verdadero movimiento vermiforme, ya de la vesícula hácia el intestino, ya en sentido inverso. La contracción es tan fuerte que un estilete introducido por una fistula hecha en el canal colédoco, produce en este conducto un espasmo suficiente para impedir su salida inmediata. Si se abre el duodeno puede, además bajo la influencia de estas excitaciones, ver salir un chorro de bilis por la ampolla de Waters, justificando así la comparación de Trousseau, quien habla de eyacuación biliar. Finalmente, anotaré la sensibilidad extrema de la mucosa biliar; una inyección de agua, ligeramente acidulada por el ácido nítrico, determina dolores horribles en los animales.

El doctor Grancher ha estudiado el canal colédoco en un hombre de 54 años, y ha encontrado con el microscopio una capa muy ligera, sembrada de muchas células, esencialmente conjuntiva y adherente al tejido subyacente, bajo el epitelium. Es este tejido notable por su abundancia en fibras elásticas tupidas en medio del tejido celular pobre en células, el que forma la verdadera pared del canal colédoco; y esta disposición, á medida que uno se aleja de la cavidad del canal colédoco se convierte en haces conjuntivos, y en fibras elásticas onduladas y entretrejidas que recuerdan la apariencia de éstos en el tejido subcutáneo. Puede, pues, dividirse la pared propia del canal en tres túnicas que se confunden insensiblemente: una interna, conjuntiva y subepitelial, una media con fibras elásticas entretrejidas, y una externa con fibras elásticas onduladas. Es en esta última en donde se encuentran algunos elementos tan raros de fibras musculares lisas, que su existencia puede en rigor ser disputada; pero obsérvese que este caso se trata de un hombre ya de edad. El doctor Renault confirma los resultados anteriores, con la diferencia de que probablemente por la diferencia de edad de los individuos, las fibras musculares lisas son, segun él, más abundantes.

El estudio comparativo de la estructura histológica del canal colédoco del perro y el del hombre, demuestra que en el primero las fibras musculares lisas, son más abundantes que en el segundo; pero no constituyen una verdadera capa muscular.

De las consideraciones anatómicas anteriores, así como de las experiencias fisiológicas, acordes entre sí, resulta que existe y puede existir una contracción espasmódica de estos conductos, la cual por la disposición longitudinal de sus fibras, es vermiforme. De esto, es fácil cerciorarse, introduciendo cuerpos extraños por la ampolla de Waters, en el canal colédoco del perro. Despues de la muerte que tiene lugar dos ó tres dias posteriormente á la operacion, repetidas veces he encontrado algunos de éstos en la vesícula biliar. Este hecho nos explica por que no es indispensable la presencia de cálculos en las materias fecales, como demostración de la naturaleza calcúlosa del cólico, puesto que los cálculos pueden avanzar hasta la abertura del canal en el duodeno, y en seguida retroceder hácia la vesícula biliar bajo la influencia de las contracciones.

La sensibilidad excesiva de la mucosa biliar, nos explica por que cálculos sumamente pequeños y aun las mismas arenillas biliares producen dolores tan intensos como cálculos de mayores dimensiones.

Falta saber si los fenómenos reflejos que, partiendo de la mucosa determinan el espasmo doloroso y los fenómenos variados característicos del cólico hepático, pueden desarrollarse independientemente de la presencia de cuerpos extraños. Creemos, sin atrevernos á afirmarlo, que este espasmo puede ser idiopático, y que la hepatalgia ligada á él, no por ser tan rara, deje de existir.

Hay, en fin, un hecho sobre el cual debe fijarse la atención: el aumento de la capa muscular que se encuentra en los individuos afectados de cálculos biliares. Esta hipertrofia nos dá cuenta de la intensidad del dolor espasmódico en algunos individuos, y de las recaídas frecuentes de los que sufren de litiasis biliar.

Veamos la serie de fenómenos que constituye un cólico hepático. La presencia de un cuerpo extraño, irrita la mucosa de las vías biliares; esta mucosa, ricamente animada por ramos del gran simpático por acción refleja incita

las contracciones tónicas de la capa muscular; las contracciones localizadas en su principio en el sitio del cálculo le fijan é impiden su progreso hacia el intestino, generalizándose en seguida y llegando a la vesícula, que á su turno se contrae y arroja sobre el obstáculo una cantidad de bilis más ó menos considerable. Las contracciones invaden sucesivamente el estómago y el diafragma; el vómito sobreviene, el dolor es atroz, y así pronto se completa el cuadro del cólico hepático.

La medicación debe tener en mira la disminución del dolor y sobre todo de la contracción espasmódica de la capa muscular. Hay un medicamento que llena maravillosamente estas condiciones, y es la morfina. Las experiencias fisiológicas han demostrado de un modo preciso, no solo que mitiga el dolor, sino que produce la relajación rápida de las fibras lisas. Esto explica el buen éxito obtenido por Sénac, Villemain, Patezou y Bourdon por medio del uso hipodérmico de la morfina en el cólico hepático. Trousseau partiendo de la misma idea recomienda el cloroformo, tratamiento que tiene algun riesgo, y que por tanto no se ha generalizado. Lemeche empleaba el mismo agente á la dosis de diez gotas cada hora, en una pocion. La medicación antiespasmódica contaba ya algunos defensores como Hufeland y Rinna que aconsejaban el agua de laurel cerezo, y Bricheateau que le asociaba la untura de castoreo. Es probable que el ópio, la belladona y el hiosciamio tengan la misma accion.

Al considerar los elementos que constituyen el célebre remedio de Durand se comprende el buen éxito que produce por la accion antiespasmódica del éter y la trementina, sin tomar en cuenta su accion disolvente directa sobre los cálculos hepáticos.

Resumiremos, pues, en las conclusiones siguientes, las partes importantes de este trabajo: 1.º la anatomía y la fisiología demuestran la existencia de una capa muscular con fibras lisas en los conductos excretores de la bilis; 2.º la contracción espasmódica de esta capa es uno de los fenómenos más importantes del cólico hepático; 3.º el tratamiento de este cólico debe consistir en disminuir el dolor y la contracción espasmódica de los conductos excretores; 4.º las inyecciones hipodérmicas de sales de morfina llenan estas dos indicaciones.

RETENCION DE URINA

Y ESTRECHEZ INFRANQUEABLE.

Nuevo método para combatir las. Por Fourmeaux Jordan.

(Brit. Med. Jour. Noviembre de 1873.)

Con cuidado, perseverancia y tiempo, muy pocos son los casos de estrechez que no permiten el paso de un instrumento. De cuando en cuando se presenta algun caso que necesita intervencion por medio de una operacion, y es á la puncion vesical ó á la seccion perineal á la que se recurre generalmente. La operacion cuya descripcion ponemos á continuacion, es un sustituto de cualquiera de las dos. El caso siguiente servirá de ejemplo:

Un hombre de edad média, entró al Queen's Hospital de Birmingham con la vejiga dilatada y la orina goteando, sin que fuese posible pasar ningun instrumento despues de tentativas repetidas y pacientes. Introdujo el indice izquierdo y un bisturi curvo y agudo en el recto; empujó la punta del bisturi al traves de la linea media del recto, á pulgada y media de distancia del ano, cortando la parte membranosa de la urétra y ensanchando ligeramente hacia adelante la incision, introdujo fácilmente el dedo en la urétra, pudiendo, al traerlo hacia adelante, tocar la estrechez, y hacia atras penetrar en la vejiga. Dirigiendo la extremidad del dedo hacia la estrechez me servi de ella para conducir una bugia francesa del número 6, á la concavidad de la estrechez, al traves de la cual pasó con sorprendente facilidad saliendo por el meato urinario. Corté entónces la parte de la sonda abierta para quitarle el marfil y la dirigí despues de tirarla, hacia afuera, por la incision hacia la vejiga. La orina salió libremente, primero por la incision y des-

pues por la sonda que dejó allí por 24 horas. Algunos piés de tubos de caucho conducian la orina á un vaso conveniente. Al cabo de 24 horas removí la primera sonda y pasé con alguna dificultad por el meato un número 8. Dos dias despues, el número 12 pasaba con facilidad. Se permitió al enfermo que orinase por algunos dias naturalmente. Cada vez que orinaba, una pequeña cantidad de orina entraba al recto. Para cerrar la herida, la orina se extraia varias veces en 24 horas, especialmente ántes de defecar, y en efecto se cerró completamente al cabo de 8 dias. El hombre que habia entrado al hospital flaco, aniquilado, débil y en el "umbral de lamuerte," está ahora completamente sano.

Cuando primero concebí la idea de tratar las estrecheces por el lado de la vejiga, se me presentó el problema, ó bien de cortarlas cerca de la próstata con el objeto de pasar el instrumento, ó de cortar la urétra en algun punto detras de la estrechez. Mi primer impresion fué que seria practicable hacer una incision limitada á la vejiga al traves del recto, en el punto elegido generalmente para la puncion con el trocar. En el cadáver sin estrechez, la tentativa tuvo el mejor éxito; pues fué muy fácil hacer una incision vertical limitada, muy cerca de la base de la próstata, de modo que la extremidad del dedo tocaba fácilmente, al traves de la incision, el orificio vesical de la urétra; mientras que á lo largo de la concavidad del dedo fué fácil introducir la sonda y hacerla salir por el meato urinario. Pero en el vivo con estrechez antigua y urétra muy dilatada en la porcion membranosa, las condiciones son muy diferentes. Encontré que la próstata, en este caso, ha sido empujada hacia atras y hacia arriba en la pelvis. No recordaba haber visto mencion alguna de esta condicion en los autores; pero un momento de reflexion me convenció que la posicion alterada de la próstata, existente en el caso presente, debia estarlo igualmente, siempre que la urétra membranosa estuviere dilatada. En efecto, el ligamento triangular está en frente de la urétra membranosa, y por su fuerza, su tension y su adherencia á la arcada pubiana y al pene en frente, no puede extenderse. La dilatacion de la urétra tiene lugar en todas direcciones, y quizá longitudinal más que lateralmente. Resulta, pues, que mientras más antigua y más descuidada es la estrechez, y mientras más dilatada se encuentra la porcion membranosa, mayor será la dislocacion de la próstata hacia atras.

La posicion alterada de la próstata en estos casos, es de mucha importancia para la puncion rectal, pues se aproxima del fondo de saco peritoneal, y pone al peritoneo en peligro de ser alcanzado por el trocar, lo que produce un resultado fatal. Conozco tres casos en que esta terminacion ha sido la consecuencia del accidente á que me refiero, á pesar de lo muy competente de los operadores que hicieron la puncion.

Considerando la dilatacion de la urétra membranosa, la puncion más profunda y más peligrosa de la próstata y guiado por mis experiencias sobre el cadáver, prefero como regla general, el abrir la urétra frente á la cima de esta glandula. La puncion rectal, tan sólo combate la retencion; interesa algunas veces, inevitablemente el peritoneo, y frecuentemente es mortal. La seccion perineal, cualquiera que sea el método, es segun el concepto de cirujanos experimentados, una diseccion difícil profunda, y frecuentemente acompañada de mal éxito. La operacion que acabo de describir es una incision simple al traves de una pared delgada libre de vasos importantes y de tejido erectil.

No hay la menor duda de que un instrumento debe pasar con más facilidad en el sentido en que sale la orina, así como es evidente de qué lado pasa mejor el agua por un embudo. Cada pliegue, arista, arruga ó orificio está dirigido hacia el meato, pues miles de actos para la emision de la orina, los han dirigido hacia afuera, y la misma estrechez es un embolo cuya extremidad más angosta sigue la misma direccion. Las falsas rutas, tan frecuentes en los casos antiguos y difíciles, están situadas anteriormente con respecto á la estrechez. Si el cirujano prefiere pasar la sonda por el meato, el dedo colocado en el lado vesical de la estrechez, le permite quitarla con una seguridad que no se puede alcanzar de otro modo.

Con respecto á la seguridad con que se puede abrir al traves del recto la uretra membranosa, haré notar que jamas he encontrado dificultad alguna para abrirla en el cadáver á pesar de estar floja y unida; en los casos antiguos de estrechez infranqueable, la parte membranosa de la uretra, se encuentra en general dilatada. En el caso citado, guié el bisturí sobre el dedo; pero puede hacerse uso del especulum rectal.

Después de la abertura de la uretra adopté como tratamiento la dilatación continua, que en general es la que produce mejores resultados. La misma incisión puede, sin embargo, ser el preludio del tratamiento de la estrechez por ruptura, dilatación excesiva, incisión interna ó escaróticas, los instrumentos pasando ó bien por el recto ó por el meato urinario.

Una palabra sobre la dilatación continua. En Francia se usan instrumentos flexibles que la producen de un modo rápido y eficaz, y que tienen la ventaja, en casos de estrechez antigua con enfermedad renal probable de producir menos impresión sobre el organismo.

Puede suceder que se inventen instrumentos apropiados para obrar por el recto sobre la estrechez. Es conveniente tener sondas francesas iguales de ámbos lados para facilitar su introducción hacia atrás á la vejiga.

No creo que haya peligro de fistula rectal. Una incisión limpia sin pérdida de sustancia, estando el canal bien dilatado, probablemente sanaría con el tiempo abandonada á sí misma, como la incisión de la talla. No sería difícil cerrar la herida por medio de suturas, inmediatamente ó algun tiempo después. Quizá el método más sencillo consiste en la introducción frecuente de la sonda, pero si alguna dificultad excepcional se me presentase para cerrar la abertura, extraería toda la orina, dividiría de un lado el esfínter anal y mantendría los intestinos en completa quietud. Otra ventaja de esta operación es que el bisturí curvo del estuche ordinario ó una navaja cualquiera, pueden poner al cirujano en posición de salvar á un hombre de la extravasación de orina y aun de la muerte, si no se tiene otro instrumento á mano.

Supongamos que el dedo en la uretra membranosa, no sea posible pasar el instrumento al traves de la estrechez. En este caso poco probable, se introduce una sonda á la vejiga al traves del recto por la herida y la uretra prostática, manteniéndola allí por algun tiempo y reintroduciéndola en caso necesario.

Al decir que el dedo puede introducirse fácilmente en la uretra, no hablo de dedos grandes y gordos; pero aun en estos probablemente no habría dificultad, porque la uretra en el vivo es mucho más dilatada que en el muerto.

Es necesario recordar tambien la diversidad de formas, tamaño, relaciones y curvas de nuestros órganos internos. En la pelvis, las peculiaridades anatómicas son tan individuales y variadas, como son nuestras narices ó nuestras barbas, y son los conocimientos anatómicos los que nos enseñan las variedades anatómicas.

La operación que he descrito, es en mi concepto más sencilla, segura y eficaz que las operaciones generalmente adoptadas en el tratamiento de las estrecheces de la uretra; pero no debemos olvidar que cuando estas son antiguas, van generalmente acompañadas de afección renal, la cual si es avanzada, pone en riesgo al enfermo con cualquiera operación que se emprenda en los órganos urinarios.

INHALACIONES DE CLORHIDRATO DE AMONIACO en las afecciones crónicas de las vias respiratorias por el doctor Libermann.

Las preparaciones de amoniaco gozaban desde tiempo inmemorial de una grande reputación en el tratamiento de las afecciones crónicas de las vias respiratorias, cuando el profesor Fusch en 1837 trató de sustituir á la medicación interna usada hasta entonces, la aplicación directa de la sal-amoniaco á las mucosas inflamadas. Publicó el buen éxito de ellas en el tratamiento de la bronquitis crónica, en la cual hacia respirar á los enfermos los vapores de esta sal, arrojada sobre un plato de

porcelana caliente. Estos ensayos fueron repetidos sucesivamente por el profesor Lasgúe y por Ginéler en 1855, y la medicación fué de nuevo abandonada hasta 1864, en que fué demostrada su importancia por el doctor Löwin, quien viendo los inconvenientes de la inhalación practicada por los procedimientos anteriores, inventó el ingenioso aparato cuya descripción doy. Es de este que me he servido durante cinco años y son los resultados generales de mis observaciones los que presento á la sociedad.

El inhalador Löwin produce el clorhidrato de amoniaco en el estado naciente. Los vapores llegan aspirados por un tubo de caucho que hace parte del aparato, de modo que se respiran segun la voluntad del enfermo quien contiene la respiración tan pronto como excitán la tos ó el vómito. En los procedimientos antiguos de inhalación los vapores se formaban en cantidades tan considerables que inmediatamente producian la tos ó el vómito, por lo cual el enfermo pronto suspendia una aplicación que le causaba tanto malestar.

El inhalador se compone de tres frascos de vidrio de diversos tamaños. El más grande recibe 120 gramos de agua destilada; los dos más pequeños se cargan, el uno con 60 gramos de ácido clorhídrico i el otro con igual cantidad de amoniaco caustico. Los frascos pequeños comunican con el grande por medio de dos tubos curvos, á una mitad de vidrio i la otra de caucho. Los dos pequeños tienen cada uno dos tubos de vidrio aspiradores, sumergidos en el liquido y comunicando con el aire exterior. El frasco grande tiene un tercer tubo de vidrio i caucho, terminado por un embudo de marfil. El aparato está en una caja con divisiones, cuya tapa cubierta de una tapa de caucho comprime los tubos aspiradores ó impide la penetración del aire cuando el aparato no funciona.

El mecanismo es el siguiente: cuando se hace una aspiración por el embudo adaptado al frasco grande, el vacío que resulta en los pequeños, hace penetrar el aire por los tubos aspiradores, el cual se carga de vapores de ácido clorhídrico y de amoniaco, que se combina en el frasco lavador y produce clorhidrato de amoniaco en el estado naciente el cual pasando á traves del agua destilada, abandona las materias extrañas que contiene, de modo que el vapor del clorhidrato llega á la boca por medio de una serie de aspiraciones que el enfermo puede graduar segun su voluntad.

El aparato es como se vé, muy sencillo; pero para hacerlo accesible á las personas débiles y á los niños, el autor hace partir de cada uno de los frascos pequeños, un tubo de vidrio que se reúne á un tercero de caucho terminado por una bola de la misma sustancia. Comprimiendo esta bola, los vapores siguen el mismo camino que en el aparato anterior, y llegan á la boca del enfermo que tiene el embudo, sin necesidad de que aspire y se fatigue.

El aparato puede funcionar indefinidamente con tal que se tenga cuidado de reemplazar el agua destilada y de lavar los tubos. Para evitar al exceso de amoniaco, se satura el agua destilada de ácido clorhídrico, y por mi parte hago que el tubo de vidrio que comunica con el frasco que contiene el amoniaco, sea algo más estrecho que el otro. Como el olor del clorhidrato de amoniaco es desagradable para algunas personas, puede añadirse al agua destilada, algunas gotas de esencia de anís, de menta ó de hinojo, ó la tintura de benjuí ó cualquiera otra sustancia medicamentosa. He experimentado con algunos cuerpos orgánicos: tomo 50 centigramos de yodo puro y 1 gramo de yodo de potasio, y los pongo en el agua destilada del frasco lavador. El yodo se disuelve rápidamente, gracias al yoduro alcalino, y al aspirar su presencia se revela en los vapores de clorhidrato de amoniaco, si bien en cantidad muy pequeña por ser tan sólo volátil por medio del calor.

Con el bromo sólo se opera del mismo modo; pero como este metaloide es volátil á la temperatura ordinaria, es necesario emplearle con algun cuidado.

Un gramo de polisulfuro de potasio añadido al agua destilada, se disuelve dando lugar á la formación de ácido sulfúrico, que con la aspiración acompaña al clorhidrato de amoniaco. Es evidente que en estos casos hay producción de pequeñas cantidades de yoduro, bromuro ó sulfuro de amonio las que son insignificantes y no producen acción nociva alguna.

He empleado igualmente en estas experiencias sustancias orgánicas, como la brea, el ácido carbólico, el benjuí, el bálsamo de tolú, la esencia de trementina y las esencias oxigenadas. El agua de brea concentrada, se pone en el frasco lavador y abandona todos los principios volátiles que contiene. Para usar el ácido fénico se mezcla un gramo de él con dos ó tres de alcohol. De los bálsamos de tolú y del Perú, se emplean 5 gramos de la tintura y la esencia de trementina se añade simplemente al agua destilada. Finalmente las esencias oxigenadas son muy volátiles y pueden usarse como la trementina, teniendo cuidado de no mezclarlas con alcohol para evitar la alteración que éste produce amparándose de una parte de su oxígeno.

Habiendo experimentado las inhalaciones de clorhidrato de amoniaco principalmente, es de ellas de las que me ocuparé.

El enfermo que aspira el vapor de clorhidrato de amoniaco, debe hacerlo convenientemente, y saber que el paso del gas a la laringe, se traduce por una picazon bastante viva en la mucosa. En algunas formas de angina granulosa que se propagán a la mucosa nasal, recomiendo que se golpee el vapor. El efecto de la irritacion de la mucosa, es la caída y la renovacion del epitelium y un aumento de la secrecion normal ó patológica. Esta irritacion trae consigo una exacerbacion de todos los síntomas durante los primeros dias, hasta que poco á poco la secrecion disminuye, el dolor calma, y á consecuencia de la revulsion directa, la mucosa tiende hácia el estado normal al cabo de muy poco tiempo. El clorhidrato no obra solamente de un modo local, sino que se absorbe en parte y puede descubrirse en la orina. Esta accion general se manifiesta por la aceleracion del pulso, una sensacion de calor y de excitacion, humedad de la piel, y en fin, el aumento de la secrecion renal. El clorhidrato de amoniaco, tiene tambien una accion sefante sobre los neuro-gástricos, pues calma la tos y la cosquilla, tan desagradable en cierta forma de angina granulosa.

He empleado el clorhidrato de amoniaco en inhalaciones en la angina granulosa, la bronquitis crónica, el asma, la angina de pecho y la tos ferina.

En la angina granulosa, afeccion tan tenaz que desespera á los cantores, los abogados y á todos los que hacen mucho uso de la voz, las inhalaciones de clorhidrato me han dado excelentes resultados. En 102 casos he obtenido la curacion completa en 18; mejoría muy notable en 64, y un resultado nulo en 20 casos. En cuanto á estos resultados, la experiencia me ha hecho admitir dos formas de angina granulosa: una esencialmente inflamatoria; lesion puramente local, que en su período crónico sana perfecta; y la otra mucho más frecuente dependiente de una afeccion general, el herpetismo, que nunca sana completamente por que es parte de la constitucion. Esta desaparece algunas veces momentáneamente y otras queda latente por años para reaparecer con la mayor fuerza bajo la influencia de la fatiga de la voz, ó de una irritacion local de las fauces. Las cifras anteriores, en mi concepto, representan la proporcion entre la angina granulosa y la herpética que es cinco veces más frecuente que aquella.

En los 18 casos de angina granulosa inflamatoria, el término medio del tratamiento, fué de diez semanas á tres meses. Los enfermos fumaban cuatro veces por dia el clorhidrato, por cinco ó diez minutos, á distancia de las comidas para no provocar los vómitos; además se abstenerian de fumar tabaco, de alcohólicos y de condimentos.

En los 72 de angina granulosa herpética, la medicacion modificó felizmente los accidentes locales, disminuyendo la sequedad de la garganta, la sensacion de ardor y de picazon constante en los enfermos. En 22 casos modificó el timbre de la voz que depende de la congestion de las cuerdas vocales y de su falta de aproximacion. El clorhidrato en estos casos disminuye y aun mente bajo la influencia de ellas; la otra mucho más frecuente destruye la congestion y excita la contractilidad de los músculos tiroaritenoidianos, de modo que las cuerdas vocales se aproximan, y que la voz vuelve á su estado natural. Este efecto aun despues de una sola aplicacion, dura por algunas horas, de modo que es un recurso precioso para los cantores y predicadores que sufren de angina granulosa. Aunque en estos casos sólo haya habido una mejoría, creamos esta medicacion preferible á las aplicaciones de yodo, de soluciones de nitrato de plata, de ácido crómico y de percloruro de hierro, generalmente recomendadas; pero como su efecto es local deben asociárselas las aguas sulfurosas, el vino de quina ó de coca, el clorato de potasa y la hidroterapia. Ella es sobre todo más útil que las inyecciones de líquidos medicamentosos en la angina granulosa que ha invadido las fosas nasales.

En 8 casos de sordera, por granulaciones en las trompas, la curacion ha tenido lugar tres veces, al cabo de cuatro ó siete semanas, dirigiendo el humo á las fosas nasales, tapando las narices del enfermo, al mismo tiempo que hace esfuerzos violentos de expulsión. Cada aplicacion ha durado diez minutos y se ha repetido seis veces por dia. En cinco casos la mejoría ha sido ligera, y en 20 el efecto ha sido nulo.

En la bronquitis crónica, los resultados han sido inciertos en 10 tuberculosos, en dos de los cuales hubo hemotisis imputables, en mi concepto, á esta medicacion, lo que me ha hecho abandonarla en la bronquitis tuberculosa. Veintidos bronquitis simples datando de muchos meses, sanaron de 37 á 38 dias; veintiseis dependientes de enfisema pulmonar han dado resultados ménos rápidos, pero la secrecion y la tos, fueron modificadas notablemente, y una curacion transitoria se obtuvo al cabo de seis semanas á dos meses. En estos casos, cada aplicacion ha durado de 5 á 10 minutos, y ha sido repetida 6 veces al dia. En 6 casos de asma nervioso, sin enfisema pulmonar ni dilatacion del corazón, las inhalaciones disminuyeron la duracion y la violencia de

los accesos; y en dos han desaparecido por tres años con el uso cotidiano del aparato. En cuatro, la aparicion ha sido ménos frecuente. En la tos ferina, los accesos fueron modificados y tambien la enfermedad en tres á cinco semanas, en 7 casos; pero en cinco su efecto fué nulo.

En el único caso de angina de pecho que he observado, las inhalaciones disminuyen la duracion de los accesos sin impedir su repeticion.

En resumen, las inhalaciones de clorhidrato de amoniaco en el estado naciente, son muy útiles en la angina granulosa, sobre todo en la forma inflamatoria crónica, que se cura con comparativa rapidez; en la herpética minora la intensidad de los fenómenos morbidos locales, pero no teniendo una accion general, propiamente hablando, no cura. En cambio es superior á las otras aplicaciones tópicas conocidas.

En las bronquitis crónicas modifican las secreciones bronquiales, y pronto las contiene; pero son demasiado excitantes en los primeros dias, para que se puedan emplear sin peligro en la bronquitis tuberculosa.

En fin, ejercen una accion incontestable sobre las manifestaciones nerviosas de las vías respiratorias, por lo cual están indicadas en la tos ferina y en el asma idiopática.

(Bulletin Générale de Therapeutique &c. Octubre 30 de 1873.)

BROMURO DE POTASIO

contra el vómito provocado por la tos en los tísicos por el doctor Voillez.

El autor habla del malestar indefinido que los vómitos habituales, despues de las comidas, producen en los tísicos en un período avanzado. A su debilidad y aequilamiento se añade la privacion indirecta del alimento necesario para reparar sus fuerzas.

El médico es, ya, generalmente sin suceso, los medios recomendados contra este accidente, y el mal éxito de su medicacion lleva el desaliento más grande á estos infelices abatidos ya por la ineficacia de toda medicacion contra su enfermedad principal.

Recientemente ha usado en varios casos, con resultados satisfactorios, el barnizar la faringe con un pincel saturado de una solucion concentrada de bromuro de potasio. La primer idea que tuvo de emplear este método, fué en la mujer de un médico con cáncer del estómago, en quien el contacto de los alimentos con la faringe producía un vómito convulsivo. Considerando que el velo del paladar se barniza para amortiguar la sensibilidad, antes de la aplicacion del laringoscopio, aconsejó el bromuro u ado de este modo para destruir la excitabilidad faringea. El éxito fué tan not ble, que usó el bromuro para bañar la faringe de un tísico, y el resultado correspondió á las esperanzas del médico y del enfermo.

A partir de este hecho resolvió aplicar el bromuro para barnizar la faringe de los tísicos que abundan en el servicio de Hospital. Su interno se encargó de practicar la operacion mañana y noche, anotando exactamente los efectos. Publica en seguida nueve casos en los cuales la medicacion produjo excelentes efectos.

Un hisopo de hilas, ó un pincel algo grueso se empara en una solucion de una tercera parte de bromuro de potasio y dos terceras de agua, y se pasa rápidamente a la faringe antes del almuerzo y antes de la comida. Se recomienda al enfermo que en lo posible evite el expectorar inmediatamente.

En cuatro de las observaciones, el vómito se contuvo desde la primera aplicacion; en otras, su accion fué ménos inmediata, pero siempre favorable.

En esta clase de vómitos hay una accion refleja, manifiesta que la aplicacion del bromuro á la faringe parece destruir. Es probable que esta aplicacion sea útil en los casos en que el vómito no es la consecuencia sintomática de una lesion orgánica. En la inanicion en los vómitos incoercibles del embarazo, en los que persisten en la convalecencia del cólico, en su concepto debe recurrirse á este medio, sencillo en su aplicacion y sin el menor incidente desagradable para el enfermo.