

REVISTA MEDICA

DE BOGOTA

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

PUBLICACION MENSUAL

Redactores { DR. J. OLAYA LAVERDE
DR. Z. GUELLAR DURAN

Dirección telegráfica, ACADEMIA

Director Administrador, J. OLAYA LAVERDE

La correspondencia y los canjes deben dirigirse así: *Revista Médica*—Bogotá—Colombia.

Los anunciadores europeos se dirigirán por ahora al Dr. *Olaya Laverde*—Bogotá.

Adresse pour la correspondance et les échanges: *Revista Médica*—Bogotá—Colombia.

Les annonceurs européens son priés de vouloir bien s'adresser á le Dr. *Olaya Laverde*—Bogotá.

CONTENIDO

	Págs
Sección oficial —Academia Nacional de Medicina—Acta de la sesión del 15 de Septiembre de 1910	369
Trabajos originales —Laparotomía y extirpación de un sarcoma uterino, por el doctor Jorge E. Calvo	381
Obstrucción intestinal por hernia paraumbilical estrangulada, por el doctor Jorge E. Calvo	383
Trepanación del antro mastoideo, por el doctor Jorge E. Calvo	384
Informe sobre los trabajos anteriores por el doctor Guillermo Gómez	385
Estudio sobre el origen y significación de las células contenidas en los derrames pleurales, por el doctor Jorge Vargas Suárez	387
NECROLOGIA —Doctor Enrique Restrepo Mejía	397
Bibliografía — <i>Contribución al estudio de la lepra en Colombia</i> , por el doctor Juan B. Montoya y Flórez	399

REVISTA MEDICA DE BOGOTA

Organo de la Academia Nacional de Medicina

REDACTORES

DR. J. OLAYA LAVERDE—DR. Z. CUELLAR DURAN

SECCIÓN OFICIAL



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ACTA DE LA SESIÓN DEL 15 DE SEPTIEMBRE DE 1910

(Presidencia del doctor P. García Medina).

Bajo la Presidencia del doctor García Medina se abrió la sesión á las ocho y media de la noche, con asistencia de los académicos doctores Camacho, Franco F., García Medina, Gómez Guillermo, Martínez, Lleras, Olaya Laverde y Ucrós.

Se leyó el acta de la sesión anterior, y fue aprobada.

El Secretario dio lectura á las siguientes notas : una del Ministerio de Instrucción Pública, en contestación á la nota número 5, dirigida por la Secretaría, en la cual se daba cuenta á ese Ministerio de los nuevos dignatarios de la Academia ; una del Ministerio de Hacienda, en el mismo sentido, y en la cual se comunicó que la nota número 2 de la Academia había sido pasada al Ministerio del Tesoro. Este Ministerio da cuenta de que el de Hacienda le ha enviado una nota en relación con lo solicitado por esta Academia para que se dé cumplimiento á la Ley 71 de 1890.

Se leyó igualmente una carta fechada el 30 de Julio del presente año en Washington, dirigida por la *Smithsonian Institution*, en la cual solicita esta asociación se le envíen varios números de la *Revista Médica*, que hacen falta para completar la colección, y que en cambio se enviarán algunas obras de las que se escojan en el catálogo de esa institución.

Acto continuo se dio lectura á un trabajo del señor doctor Jorge Calvo, de Honda, enviado á la Academia. En él se relatan tres observaciones clínicas muy interesantes, y se describen las operaciones que el doctor Calvo practicó en esos casos con brillante éxito. Una de las observaciones—la que se refiere á un sarcoma del útero—viene acompañada de dos fotografías de la enferma, tomadas antes y después de la operación.

La Presidencia pasó en comisión al doctor Guillermo Gómez estas observaciones, para que informe en la próxima sesión.

Se leyó un trabajo que el doctor Jesús Navas envió, referente á la importancia capital que hay para el país de divulgar los conocimientos higiénicos elementales, y á la necesidad que existe de establecer conferencias en las escuelas públicas sobre higiene pública y privada. Este trabajo pasó en comisión para su estudio al doctor Ucrós.

Hallándose presente el doctor Tiberio Rojas, elegido candidato para miembro de número, el Presidente le dio posesión, tomándole el juramento reglamentario.

El doctor Camacho hace la siguiente comunicación sobre un caso de embarazo de cuatro meses; aborto en un solo tiempo; huevo y membranas intactas :

Me permito distraer la atención de los señores académicos presentándoles una pieza anatómica, que creo interesante por sí misma, lo mismo que la observación clínica de la enferma á que pertenece. Se trata de una mujer de veintiséis á veintiocho años, bien conformada, sin antecedentes personales generales importantes. Hace cerca de dos años asistí á su primer parto, que fue laborioso; treinta y seis horas duró el trabajo, y se acompañó de una hemorragia que me obligó á practicar la *delivrance* artificial. El niño nació bien conformado. El marido había sufrido algún tiempo antes de su matrimonio una infección específica. A este parto normal y á término siguió un aborto de tres ó cuatro meses, el cual no vi. El aborto no tuvo complicación grave, y la enferma se restableció en un mes, más ó menos. Este aborto tuvo lugar hace ocho meses. Viene en seguida un tercer embarazo, que es el á que me refiero actualmente. Últimas reglas en el mes de Abril, y terminaron el 10 de ese mes. Poco tiempo después la enferma comenzó á sentir algunos fenómenos generales, que le hicieron creer en un embarazo; sospechas que fueron convertidas en realidad á medida que pasaba el tiempo. Desaparición de la menstruación y todos los signos materiales de un embarazo. En los últimos días del mes de Agosto hizo la enferma una caminata un poco larga, y fue de visita á una casa en donde la escalera es bastante pendiente; eso es lo único que al parecer de la enferma pudo ocasionarle un malestar general y pequeños dolores en

el vientre, que se presentaron al día siguiente de su salida, y un cierto peso en las caderas, que la alarmó un tanto.

En ese estado pasó más ó menos dos días, creyendo en una simple fatiga física; pero en atención á que los dolores se hicieron más acentuados, se decidió á consultarme. La examiné tres días después del principio de sus novedades, y encontré lo siguiente: estado general, bueno; pulso, un poco elevado: noventa y seis pulsaciones, y tenso; ligera reacción febril, de 37° á $37^{\circ}2$; vientre, dilatado; la matriz llegaba á la cicatriz umbilical; el tacto vaginal me hizo reconocer un cuello entreabierto, blando; no había hemorragia ninguna. Terminado el examen, me convencí de que se trataba de amenaza de aborto, y creí que todavía había tiempo de combatirlo, no pareciendo el aborto como inevitable.

Le instituí un tratamiento conveniente, reposo, lavativas de láudano, etc. El efecto fue inmediato, y durante dos días todos los síntomas desaparecieron; pero al cabo de este tiempo hubo una recrudescencia; los dolores adquirieron mayor intensidad, más regularidad, intermitentes, y principió un pequeño flujo sanguíneo. El tacto vaginal me indicó que el aborto continuaba su evolución y que ya sería inevitable. Me limité entonces á hacer una desinfección cuidadosa de los órganos genitales y á aguardar la terminación. El aborto fue lento; hubo verdadero trabajo; la dilatación del cuello fue lenta; la bolsa de las aguas, intacta, y me guardé bien de romperla artificialmente; al cabo de diez horas, más ó menos, de dolores se hizo un aborto en un solo tiempo: huevo con sus membranas intactas, con un feto de ciento veintiséis á ciento treinta días, acompañado de la placenta completa, tal como los señores académicos pueden verla al examinar esta pieza.

Los antiguos parteros, como los modernos, dividen el aborto y su período de producción en dos grupos enteramente diferentes, según el tiempo del embarazo. Recordemos la división de Guillemot:

- “a) Aborto ovular, de veinte días;
- “b) Aborto embrionario, de veinte á noventa días;
- “c) Aborto fetal, de cuatro, cinco y seis meses.”

Tarnier y Budin hacen la siguiente división:

“Aborto del primer mes; aborto del segundo mes; aborto de tres y de cuatro meses, y aborto de cinco y de seis meses”

Tenemos pues que en nuestra observación se trata de un aborto fetal ó del cuarto mes. Sabemos igualmente que todos los autores de obstetricia hacen una distinción formal de la manera como se hace el aborto en uno y dos tiempos, según la edad de la preñez. En un solo tiempo hasta el tercer mes, y en dos tiempos de ahí en adelante. Consultando las estadísticas, hemos visto en la que traen Varnier y Brin recogida en la Clínica Baudelocque, y sobre un total de quinientos un abortos de uno á seis meses, que la expulsión en *bloque*, ó sea en un solo tiempo, es de un caso sobre diez: detallándolo encontramos lo siguiente:

1 y 2 meses. 3 meses. 4 meses. 5 meses. 6 meses.

Aborto en un solo tiempo, 48 : 12 — 13 — 9 — 9 — 9
 Aborto en dos tiempos, 453 : 16 — 48 — 78 — 119 — 192

Se ve por estos datos que en cuatrocientos cincuenta y tres abortos de uno á seis meses la expulsión en dos tiempos va en aumento, á medida que pasa el tercer mes, no habiéndose encontrado en el cuarto mes sino nueve casos en un solo tiempo.

Aun cuando mi observación no es, pues, de una rareza extrema, sí es excepcional, y por eso me he permitido presentarla á la consideración de la Academia.

En seguida pidió la palabra el doctor Pompilio Martínez, y dijo :

Deseo presentar á la consideración de la Academia la observación de una enferma operada hace pocos días ; observación que es en extremo interesante desde el punto de vista de la interpretación de los fenómenos que ha presentado esta enferma, que viene á constituir una verdadera rareza patológica. Por mi parte confieso no haber leído nada semejante. Hé aquí la observación :

El 25 de Agosto del presente año entró á mi servicio de clínica quirúrgica Polonia Riberos, natural de Une, de quince años de edad y sin antecedentes hereditarios de importancia.

Como antecedentes patológicos se deben mencionar el haber sufrido varias veces reumatismo y el tener una anquilosis fibrosa de la rodilla derecha, que la enferma atribuye al mismo origen. Entre sus antecedentes genitales apenas señalamos la irregularidad en las reglas, pues con frecuencia ha tenido suspensión de éstas durante varios meses.

En Abril de 1909 se cree ella en cinta por primera vez, y al interrogarla, afirma con precisión haber presentado los signos de probabilidad de embarazo : perturbaciones digestivas, supresión de las reglas durante ocho meses, desarrollo progresivo del vientre y de los senos, y por último, haber percibido los movimientos activos del feto después de los cuatro meses. Nada señala de particular en la marcha de un embarazo normal, hasta el 1.º de Enero del presente año, día en que al dirigirse á su casa por un terreno inclinado, sufrió una caída de sus pies, según dice, recibiendo el golpe sobre el vientre. Refiere que perdió al instante el conocimiento y no se dio cuenta de lo que le pasaba sino algún tiempo después, cuando sus compañeras la transportaban á su habitación, distante algunas cuadras del lugar del accidente.

Igualmente refiere que en las primeras horas sufría de intensos dolores en el vientre, mucha ansiedad, dificultad para respirar y vómitos. En los días siguientes tuvo una secreción abundante de leche, que persistió por espacio de dos semanas, lo mismo que una hemorragia por la vagina durante tres ó cuatro días, y al parecer, no muy considerable. Aun cuando la enferma describe su estado como muy grave en esos primeros días, lo cierto es que al cabo de veinte días á un mes pudo dejar el lecho y entregarse de nuevo á sus ocupaciones. De entonces para acá sólo señala de importancia el haber tenido sus reglas durante estos ocho meses, y que el volumen del vientre le parece más bien haber disminuido de lo que era antes del accidente.

El examen actual hace ver que se trata de una mujer joven y relativamente robusta. La exploración del vientre revela la existencia de un tumor que ocupa gran parte del abdomen, puesto que llega un poco por encima del ombligo. Este tumor tiene los caracteres siguientes: desarrollo, mediano, pues no parece inclinado más á un lado que á otro; ligera movilidad en el sentido transversal; consistencia firme, elástica, comparable á la de un fibroma; sus contornos son bastante precisos y en su superficie es tácil apreciar algunas depresiones ó surcos; la auscultación del tumor es negativa. El examen vaginal no añade gran cosa á las sensaciones percibidas por la palpación del tumor: secreción vaginal, insignificante; cuello del útero, duro, pequeño, de múltipara, y ligeramente inclinado hacia adelante. La palpación combinada al tacto vaginal hace notar una matriz un poco móvil, pero los fondos de saco están libres, sin que sea posible apreciar las conexiones del tumor con la matriz, debido á la poca movilidad de aquél.

Por lo demás, fué de dolores abdominales y vagos y de ser la enferma un poco constipada, se puede decir que no existen otros desórdenes funcionales, pues en los demás aparatos no se encuentra nada digno de mencionarse.

Con los datos anteriores se pensó en que se trataba en este caso de un embarazo peritoneal, que había llegado casi á término: que el traumatismo había ocasionado la muerte del feto, con retención de éste en la cavidad abdominal durante los ocho meses transcurridos después del accidente.

El 5 de Septiembre procedí á operar la enferma por una laparotomía infraumbilical, y se encontraron las lesiones siguientes: apenas se abre el peritoneo, se cae inmediatamente sobre un feto que, con los brazos y piernas plegados, forma un tumor más ó menos redondeado, sin que se halle contenido en cavidad quística ni cubierto de membrana alguna, y en inmediato contacto con el gran epiplón y las asas del intestino delgado. El feto está colocado transversalmente, con la cabeza dirigida hacia el lado izquierdo de la madre, y la parte derecha del dorso hacia adelante; la placenta, sin adherencia alguna, está en contacto con la pared abdominal del feto, mantenida en cierto modo en esa situación por la flexión de los miembros. Al practicar la extracción del tumor, que no presenta ninguna dificultad, se nota que la porción del gran epiplón que recubre el cuero cabelludo y el cuello del feto, está bastante adherida, y hay necesidad de reseca pequeños fragmentos de epiplón. Cuando el tumor está ya fuera de la cavidad abdominal, se puede comprobar que el codo izquierdo del feto permanece adherido al fondo de la matriz, adherencia que se puede desprender fácilmente con los dedos, dejando en dicho fondo una especie de depresión infundibuliforme, que el codo venía á obturar en cierto modo, y no sin sorpresa se ve que al nivel de dicha depresión la matriz está completamente perforada, y que la perforación se extiende de un cuerno uterino al otro. Por lo demás, el útero es de tamaño normal.

Al observar más atentamente la depresión que existe en el fondo del útero, parece que sobre sus contornos adelgazados la mucosa uterina se continúa sin línea de demarcación con la serosa que

recubre este órgano. Se examinan igualmente los anexos de ambos lados, y ni en los ovarios ni en las trompas se nota nada anormal, ni aun la menor adherencia. En resumen: el feto no está adherido á las partes maternas más que por los dos puntos mencionados: por el codo izquierdo al fondo del útero, y por la parte del gran epilón, que recubre el cuero cabelludo. La operación se terminó avivando ligeramente los bordes de la perforación y suturando la matriz con doble plano de *catgut*.

La marcha postoperatoria ha sido muy satisfactoria, sin que se hayan presentado otros accidentes que la prolongación de los vómitos clorofórmicos hasta el segundo día, y una ligera racción febril, debida á que uno de los puntos de sutura superficiales se supuró. Actualmente la enferma está en plena convalecencia.

Por la pieza adjunta podéis ver que se trata de un feto del sexo masculino, que estaba perfectamente conservado el día de la extracción y no presentaba signos de mortificación ni incrustaciones calcáreas, y que ha llegado poco más ó menos al término de la gestación, á juzgar por el desarrollo de las uñas y de los cabellos, lo mismo que por su tamaño y peso, pues mide cuarenta y cinco centímetros y pesa más de dos mil seiscientos gramos.

Ahora bien: desearía conocer la opinión de los honorables académicos respecto á este caso, y qué interpretación dan á los fenómenos que ha presentado esta enferma, pues para mí tengo que lo que ha ocurrido en ella es que al término de un embarazo normal el traumatismo ha determinado una ruptura enorme del fondo del útero, que ha dado paso al feto á la cavidad abdominal; en una palabra: se ha verificado un parto en el peritoneo, con retención allí del feto durante los ocho meses transcurridos después del accidente, sin que sea fácil explicarse porqué esta enferma no ha sucumbido á la hemorragia ó á una septicemia peritoneal. Esta opinión parece bastante fundada por las razones siguientes:

1.^a El feto estaba libre en la cavidad peritoneal, sin que estuviese recubierto de membranas, ni siquiera contenido en una cavidad quística, como debía suceder si su desarrollo hubiera tenido lugar allí;

2.^a Igualmente la placenta no sólo no estaba adherida á ninguna parte, sino que no se notaba en la superficie peritoneal rastro alguno donde se hubiera insertado;

3.^a El estado alarmante que describe la enferma después del accidente, lo mismo que la hemorragia por la vagina durante tres ó cuatro días, son también signos de mucha probabilidad en favor de esta interpretación; y

4.^a La perforación de la matriz, que no se explica satisfactoriamente por una rara coincidencia, ni tampoco que se haya verificado secundariamente.

Por otra parte, el estado en que se encontraron las trompas y los ovarios me hace creer que el lugar del desarrollo del feto no ha sido otro que la cavidad uterina.

El doctor Guillermo Gómez tomó la palabra, y dijo:

Quiero ante todo dar las gracias al doctor Martínez por haber-nos comunicado esta historia clínica, y felicitarlo muy sinceramente por su diagnóstico y tratamiento, como también por la suerte que ha tenido para tropezar en tiempo oportuno con un caso patológico tan importante, que entre nosotros es hasta ahora un caso único.

Respecto al punto sobre el cual pide nuestra opinión, creo que en el vientre de esta mujer se ha verificado un misterio, como todos, inexplicable satisfactoriamente. Entrando en el campo de la hipótesis, y sin desechar en absoluto la emitida por el doctor Martínez, considero más probable que las cosas hayan pasado de la siguiente manera :

La mujer de que hablamos debió tener un embarazo extrauterino tubario ; el feto se desarrolló allí durante unos tres meses, época en la cual se produjo un aborto intraperitoneal, quedando la placenta adherida parcialmente á la trompa, y de esta manera continuó desarrollándose el feto hasta la edad de unos ocho meses.

Cuando tuvo lugar el traumatismo que la enferma confiesa, se rompieron las adherencias de la placenta al organismo de la madre, y por lo tanto se produjo la muerte del feto. En cuanto á la perforación encontrada en el útero, la que estaba taponada por el codo izquierdo del feto, es muy probable que sea relativamente reciente, y en todo caso posterior al aborto intraperitoneal y producida de la superficie peritoneal hacia la superficie mucosa del útero, por la simple presión de los huesos que forman la articulación del codo, contra la matriz de la madre.

La hipótesis que emito creo explica la mayor parte de las circunstancias que rodean el presente caso : la enferma no da datos de su preñez durante los primeros meses, pero la ciencia nos enseña que no son excepcionales las preñeces extrauterinas que pasan inadvertidas por algún tiempo. Es cierto que el aborto intraperitoneal se acompaña con harta frecuencia de síntomas graves, entre los cuales los de hemorragia ocupan lugar predominante, y que la paciente no tuvo ó no recuerda haberlos sufrido ; sin embargo, es posible que el acontecimiento pasara relativamente silencioso, si el óvulo fecundado se encontraba cerca de la *ampolla* ó pabellón de la trompa, que es lugar más frecuentado por los óvulos extraviados. La hemorragia externa y demás síntomas que acompañaron al traumatismo, se explican, á mi modo de ver, por la ruptura de las adherencias que existían entre la placenta y la trompa, ruptura que produjo la muerte del feto y la hemorragia, saliendo parte de la sangre por la trompa y el útero al exterior.

En apoyo de la hipótesis de que el codo perforara la matriz por simple roce ó presión, podría citar el caso de una perforación de la vejiga de una enferma, á quien practicámos una calpotomía posterior con el doctor Martínez, perforación que tuvo lugar tres días después de operada, y que fue ocasionada por el contacto del tubo de caucho de que nos servímos para hacer el avenamiento ; si un tubo de caucho pudo atravesar una vejiga sana en tres días, con mayor razón un cuerpo resistente, como el codo, ha podido perforar una matriz en el transcurso de varios meses.

En la hipótesis del doctor Martínez no encuentro una explica-

ción sencilla del paso de un feto de ocho meses al través de la matriz. En realidad, no es la matriz un cristal ni el feto á término un rayo de luz que pueda atravesarla sin producir la muerte de la que ha sido víctima de semejante cataclismo dentro del vientre; por otra parte, ¿porqué este feto, que se hallaba dentro de una matriz normal, va á quebrantar las leyes naturales— que quieren que los cuerpos al salir de los recipientes que los contienen elijan el punto menos resistente,— va á escoger el fondo de la matriz en lugar de atravesar el hocico de Tenca?

En realidad no encuentro otro sitio de desarrollo de este óvulo más adecuada para explicar los acontecimientos, que la extremidad ampollar de la trompa; es esta extremidad la de mayor calibre, es el lugar más frecuente de las preñeces ectópicas, y no creo posible el desarrollo dentro del útero, por las razones apuntadas, ni menos que se tratara de una preñez intersticial, pues á ese nivel no habría podido alcanzar el feto el tamaño de que nos habla el doctor Martínez.

Un punto queda aquí bastante obscuro: ¿qué se hicieron las membranas que envolvían ese feto? ¿Se reabsorbieron en la cavidad peritoneal? ¿Se rompió el huevo al pasar á esta cavidad, y las membranas fueron expulsadas sin que la mujer se diera cuenta de esto, cuando tuvo lugar el aborto, ó más tarde con el traumatismo? Todo es posible; sólo es evidente que las mismas dificultades presenta la teoría del doctor Martínez para explicar este escamoteo de las membranas.

Repito; un misterio se ha verificado en el vientre de esta mujer; mi teoría es una simple suposición, pero mi felicitación al doctor Martínez sí es un hecho real.

El doctor Martín Camacho:

Tuve la buena suerte de llegar á la sala de operación cuando el doctor Martínez acababa de extraer el feto y se preparaba á terminar su brillante operación. Le repito hoy mis felicitaciones por este importante caso, que como bien acaba de decirlo el doctor Guillermo Gómez, está rodeado de un misterio. El doctor Martínez nos invita á dar nuestra opinión después de haber expuesto la suya.

En el campo de las hipótesis todo es permitido, y forjándolas, todos podemos estar en lo cierto. En todo caso, yo me permitiré exponer mis ideas de la manera como me explico satisfactoriamente lo que pudo pasar en el vientre de esta enferma, pues no puedo admitir, como acaba de decirlo muy espiritualmente el doctor Gómez, que un feto pueda atravesar una matriz á la manera de un rayo de luz, sin romperla.

Clásicamente se admiten los siguientes grupos de preñeces ectópicas: tubarias, ováricas y abdominales, y en cada uno de estos grupos, sobre todo en el primero, hay variedades correspondientes al sitio del órgano en que puede desarrollarse el embrión. Respecto á la trompa, tenemos preñeces intersticiales ó úterotubarias, ísmicas y ampullares; estas últimas son las más frecuentemente observadas. La evolución de la preñez ectópica alcanza un desarrollo más ó me-

nos largo, según el punto en que se ha fijado el óvulo fecundado. Las preñeces del pabellón alcanzan apenas tres ó cuatro meses; en esta época viene la ruptura de la trompa, la inundación peritoneal y la formación del hematocoele.

Yo creo, como ya lo expuso el señor doctor Gómez, que hubo aquí una ruptura tubaria en el curso del embarazo ectópico, y que el traumatismo del día 1.º de Enero se acompañó del desprendimiento de la placenta; en lo que no estoy de acuerdo con el doctor Gómez es en el sitio del embarazo.

El feto extraído por el doctor Martínez es muy probablemente de ocho meses; he tenido ocasión de examinarlo, y el desarrollo es completo; tiene cabellos, y el tamaño, etc. así lo indican. Para que el feto haya podido desarrollarse sin ocasionar una ruptura precoz de la trompa, debe pertenecer á la variedad tubouterina; en este caso la ruptura es mucho menos precoz y el embrión alcanza mayor desarrollo.

Creo, como el doctor Gómez, que el traumatismo que sufrió la enferma, y que se acompañó de pérdida del conocimiento, etc., coincidió con el desprendimiento de la placenta, que se encontró en los miembros inferiores del feto y entre el abdomen de la enferma.

No creo que se trate de un parto abdominal, como opina el doctor Martínez, por las razones siguientes:

1.ª Las rupturas traumáticas de la matriz durante el embarazo son muy raras; hay abortos, partos prematuros, después de un traumatismo, más bien que ruptura. Además, no es en el fondo de la matriz en donde las rupturas se localizan más frecuentemente, sino en el segmento inferior, y esto por razones anatómicas; en efecto, el fondo de la matriz es el punto fuerte por excelencia; hay allí un desarrollo considerable de las fibras musculares, que alcanzan un grande espesor; las contracciones enérgicas del fondo son necesarias durante el parto. Si hubo ruptura, debió localizarse en el fondo de la matriz, punto muy resistente, como he dicho, pues fue allí donde el doctor Martínez encontró la perforación, en la cual tenía el feto el olecráneo, y que dejaba pasar el índice hasta la primera articulación. La ruptura del fondo de la matriz en el octavo mes del embarazo debe dejar una enorme herida de varios centímetros de largo y de ancho; es la incisión que se hace en una operación cesárea, cuando se adopta la incisión transversal;

2.ª La hemorragia consecutiva es inmensa, pues á pesar de la contractibilidad y retracción de las fibras musculares del útero, no hay ligadura perfecta en esta región, adonde vienen muchas arterias; se explica mal que la hemorragia no hubiera producido la muerte más ó menos inmediata;

3.ª Hay que tener en cuenta que la enferma es una primípara, y que en más del noventa y cuatro por ciento de los casos la presentación es cefálica, y en esa proporción, según dice Pinard, la cabeza se enclava desde el séptimo mes en la cavidad pelviana. Así pues, para que el traumatismo se haya acompañado de parto abdominal, hay aquí algo más que un parto normal: hay una presentación podálica, y el traumatismo debió de ser tan fuerte, que pudiera

haber expulsión del feto al través de la ruptura uterina por las solas contracciones uterinas, ya debilitada la matriz por la ruptura, pues todos sabemos que en una cesárea hay que practicar una verdadera maniobra de Mauriceau abdominal. Es clásico que la inserción de la placenta en cerca de un noventa por ciento se hace en el fondo de la matriz. Pues bien : si aceptamos la hipótesis del doctor Martínez, tenemos que aceptar igualmente que hubo parto abdominal, expulsión del feto al través del tejido placentario ; y sabemos todos que la placenta o pone siempre bastante resistencia á dejarse atravesar en una cesárea para ir á extraer el feto ;

5.^a Finalmente, no me explico cómo una ruptura hecha hace ocho meses, más ó menos, en el fondo de la matriz, que debía ser enorme, como ya dije, es al cabo de ese tiempo una simple perforación. Aun cuando el doctor Martínez nos dice que va de un cuerno al otro, hay que advertir que una matriz en evolución perfecta, que tiene seis á siete centímetros en su volumen normal, no es lo mismo que una matriz en el octavo mes del embarazo.

Estas son las observaciones que hago á la hipótesis del doctor Martínez.

¿Quién está en lo cierto? Problema tal vez insoluble, pero para mi modo de pensar la hipótesis que hago es más satisfactoria.

El doctor Roberto Franco F. :

He sido igualmente sorprendido por la rareza del caso presentado por el doctor Martínez, y le expreso mis felicitaciones por la oportuna intervención y feliz éxito obtenido con ella.

De los problemas que el caso sugiere, el más importante es, á mi modo de ver, el determinar cuál ha sido el sitio donde ha evolucionado el embarazo. De las dos hipótesis que se han emitido, la de un embarazo normal ó intrauterino, y la de un embarazo ectópico, considero como más probable la primera, y en apoyo de ella creo que pueden hacerse los siguientes argumentos :

La matriz está desgarrada en su fondo, y la desgarradura se extiende de un cuerno al otro. Si esta abertura existe en el momento de la operación, es muy probable que el día del golpe se produjo en ese mismo sitio y en esa extensión, para dar paso al feto, del mismo volumen y desarrollo que tenía el día de la intervención. La ruptura fue extensa para poder dar paso al feto, y la hemorragia que se produjo debió ser abundante, como lo prueba la pérdida del conocimiento que tuvo la enferma inmediatamente que ocurrió el accidente. Se explica que la hemorragia se hubiera podido detener espontáneamente, porque las fibras musculares del útero, seccionadas en una extensión considerable, tienden por su elasticidad á recobrar sus dimensiones, y obstruyen así los orificios de los vasos.

El desarrollo completo de la placenta y la falta de adherencias de ella con algún punto de la cavidad peritoneal, prueban que salió de la cavidad uterina y no se nutrió en ninguna parte fuera del útero ; de lo contrario habría conservado sus adherencias, y el doctor Martínez sólo encontró adheridos á los órganos abdominales la parte pósteroinferior de la cabeza del feto y su codo izquierdo, que

obturaba la abertura cupuliforme del fondo uterino; la placenta se encontraba entre los miembros del feto y libre de toda adherencia.

En los días que siguieron al accidente tuvo la enferma una pequeña hemorragia por los órganos genitales, lo cual demuestra que la mucosa intrauterina sangraba á consecuencia del desprendimiento placentario.

Todos estos argumentos me hacen considerar como más probables :

- 1.º Que el embarazo fue intrauterino;
- 2.º Que el feto se desarrolló dentro del útero hasta el octavo mes, época del accidente;
- 3.º Que la caída y el golpe produjeron la ruptura uterina y el parto intraabdominal;
- 4.º Que la introducción de la mucosa uterina entre los labios de la herida y la interposición del codo fetal impidieron que ella cicatrizara por completo.

El doctor Rafael Ucrós :

Uno mis felicitaciones á las de mis colegas para el doctor Martínez, por el acertado diagnóstico clínico y por el resultado obtenido por el tratamiento quirúrgico. No estoy de acuerdo con la hipótesis sostenida por los doctores Martínez y Franco para explicar la manera como han pasado las cosas en la observación clínica que acaba de referirnos el doctor Martínez.

Las rupturas del útero grávido son excepcionales; en los grandes traumatismos abdominales, durante el embarazo, se producen abortos ó partos prematuros, pero no rupturas. Creo que se trata de una preñez ectónica, muy probablemente situada en el punto de unión de la trompa con el cuerno uterino, pues es en esa variedad en la que el feto puede adquirir un volumen considerable. No acepto la opinión de los doctores Gómez y Camacho, de que haya habido aquí un aborto tubario, pues eso sucede generalmente en los tres primeros meses; y para mí el feto tiene hoy el mismo tamaño que tenía el día 1.º de Enero, día en el cual tuvo lugar el traumatismo que se relata en la observación. El feto, desarrollándose en parte en la trompa y en parte en el cuerno uterino, pudo llegar al término de la gestación; en el momento del traumatismo, cedió la pared abdominal, produciendo una ruptura del fondo de la matriz, que se extendió hasta el cuerno opuesto, formando—perdóneseme la expresión—una verdadera línea de fractura. Si hubiera habido ruptura de la trompa en los primeros meses, se hubiera encontrado una cicatriz, que el doctor Martínez no vio. De esta manera me explico también la hemorragia vaginal pequeña, sobre la cual ha insistido el doctor Franco.

El doctor Pompilio Martínez tomó en seguida la palabra para contestar algunos de los argumentos hechos por los doctores Gómez, Ucrós y Camacho á la hipótesis de un parto peritoneal, que él sostiene con el doctor Franco, y para recordar una observación que tuvo ocasión de ver hace ya cerca

de ocho años. Una mujer en el octavo ó noveno mes de una gestación, fue atacada violentamente en Choachí por una vaca, que le hizo con un cuerno una herida en el abdomen; herida que interesó igualmente el útero; por la herida hizo hernia un feto bien conformado, el cual fue extraído por un *tegua* ó curandero dos horas después del accidente. Se hizo con *cabuya* una sutura de la piel. La enferma siguió sin embargo perfectamente, quedándole tan sólo una enorme eventración.

El doctor Guillermo Gómez:

No trataré más del caso del doctor Martínez, por suponer á la Academia suficientemente ilustrada sobre ese punto; pero quiero completar la historia de la para mí primera operación cesárea practicada entre nosotros, con buen éxito para la madre. Hace unos diez años, estando de paseo en Choachí, fui consultado por una mujer—quien se hallaba en cinta y sufría de una eventración,—sobre si creía que fuera necesaria una operación quirúrgica para evitar complicaciones en el momento del parto. Por el momento sólo pude aconsejarle que se trasladara á Bogotá, donde podría seguirse de cerca y aplicarle el tratamiento que las circunstancias fueran indicando; pero sorprendido por la relación de su traumatismo, le pregunté algunos detalles, que bien merecen referirlos, ya que se presenta la ocasión. Fue un toro y no una vaca el operador. Cuando las cosas pasaron había fiestas de toros en Choachí; uno de los toros que no habían dado juego se dejó atado en la plaza; esta mujer, ya con varios meses de embarazo, salió en busca de su marido, y fue sorprendida por el animal, que sin ninguna asepsia resolvió desembarazarla, practicando la operación en un solo tiempo. El feto hizo hernia á través de las heridas uterina y cutánea; la mujer fue trasladada á su habitación sufriendo de alguna hemorragia, y allí tuvo que esperar unas horas á un *tegua* que vivía en Ubaque, y que fue llamado con urgencia. Este completó la extracción del muchacho ya muerto, y cerró la herida con *cabuya* y una aguja de *arria*. La cicatriz que presentaba la enferma cuando yo la vi podría envidiarla cualquier cirujano para sus operadas: tanto era pequeña y disimulada. Las consecuencias de la operación—diría el toro—no pudieron ser mejores: ese útero volvió á concebir. Quizá el feto, haciendo las veces de tapón por algunas horas, y la sutura explican el que la mujer no pereciera por la hemorragia.

No habiendo otro asunto de qué tratar, se levantó la sesión á las diez y media de la noche.

El Presidente, PABLO GARCÍA MEDINA—El Secretario, *Martín Camacho*.

TRABAJOS ORIGINALES

LAPAROTOMIA Y EXTIRPACION DE UN SARCOMA UTERINO (OBSERVACIÓN 1.^a)

Casiana Castro, natural de Buenavista, en el Departamento de Caldas, de cuarenta años de edad, de color negro, soltera y sin hijos, se presentó á mi despacho el día 21 de Julio del presente año, quejándose de un tumor ventral que le hacía imposible el trabajo material, del cual vivía.

Preguntada la enferma acerca de los antecedentes genitales que hubiera presentado, tan sólo me dijo que sus reglas no marchaban bien desde hacía uno y medio á dos años, época en que sintió por primera vez un tumor en la parte baja del vientre. Independientemente de la dismenorrea de que padecía, no había tenido otros síntomas uterinos, tales como hemorragias, hidroneas, etc.

Vivía maritalmente, pero no había concebido.

A la inspección, notábase el abdomen abultado, á semejanza del de una mujer en el séptimo ú octavo mes de embarazo. A la palpación, encontré un tumor globuloso, de consistencia firme y elástico, poco sensible, y que llenaba la cavidad pelviana y gran parte de la abdominal. Por medio del tacto vaginal, notábanse los fondos de saco vaginales borrados y ocupados por el tumor; el cuello de la matriz, reducido á una simple hendidura, encontrábase hacia la derecha, muy alto, y por lo mismo difícil de alcanzar. Por el tacto rectal, sentíase muy bien una parte del tumor, pero era imposible precisar sus relaciones con el cuerpo y cuello de la matriz.

La exoneración rectal era difícil, pero la vejiga y demás aparatos orgánicos funcionaban normalmente. La histerometría fue imposible.

Dados los síntomas y signos apuntados, no era posible un diagnóstico cierto. Teniendo en cuenta el tamaño del neoplasma, su dureza relativa, el hecho de no haber tenido hijo la enferma y su relativo buen estado, era de pensar en un fibroma ó fibromioma uterino, aunque hacían falta signos, tales como las metrorragias, tan características en los fibromas.

Tanto para alcanzar el diagnóstico como para precisar la intervención que hubiera de efectuarse, propuse la laparotomía, y la practiqué el día 8 de Agosto, en asocio de los colegas doctores José Ignacio Uribe y Carlos Aguirre Plata.

Cloroformizada la enferma y puesta en posición Trendelenburg, previa la desinfección de la piel del vientre y de la *toilette* de la vulva y vagina, abrí la cavidad abdominal, haciendo una incisión mediana, extendida desde el epigastrio, dos centímetros abajo del apéndice esternal, hasta el pubis, pasando hacia la izquierda de la cicatriz umbilical. Abierta la cavidad, reparado el peritoneo, liberadas las adherencias anteriores y protegidos convenientemente los intestinos, luxé el tumor fuera de la incisión, y antes de emprender la operación final rectificué el diagnóstico.

Tratábase de un sarcoma intraligamentario, implantado en el ángulo derecho de la matriz, por encima de la trompa. El cuerpo de la matriz, algo hipertrofiada, y el cuello de la misma, que tiene el aspecto de un grueso tubo, de unos doce á catorce centímetros de longitud, estaban rechazados hacia adelante y adheridos por su cara posterior á la cara anterior de la parte inferior del neoplasma; en la porción inferior de la cara posterior del mismo hallábase adherido íntimamente el colon ilíaco, de modo que el Douglas había desaparecido.

Procedí luego á la extirpación del tumor, para lo cual practiqué una larga incisión sobre su cara posterior, y con los dedos lo enucleé fácilmente y lo pediculicé. En seguida corté su pedículo, operando sobre el tejido uterino y valiéndome de dos incisiones curvas, cuya concavidad abrazaba el pedículo. Ligados con *catgut* los vasos mayores, cerré á la Lembert la herida uterina, con lo cual quedó completamente cohibida la hemorragia, que amenazaba peligro, y terminada la extirpación.

Resequé en seguida gran parte de las paredes de la enorme bolsa que dejó la enucleación del tumor, y resolví, para poder llenar la cavidad, invaginar el resto de paredes y suturar con *catgut*, y á la Lembert, la hendidura longitudinal á que quedó reducida dicha bolsa.

Terminé esta laboriosa intervención drenando la cavidad que hubo de quedar entre la pared posterior de la cavidad pelviana y la masa retrouterina que dejó la bolsa. Cerré la cavidad con tres planos de sutura, puse la curación y pasé la operada á su lecho.

Las consecuencias fueron felices; no hubo fiebre; el dren lo retiré al quinto día, reemplazándolo por una mecha de gasa aséptica, que retiré al séptimo día. Al décimo quité las suturas, y diez días después di de alta á la operada.

Adjunto á esta observación el retrato de la enferma, tomado antes y después de la operación.

JORGE E. CALVO

Honda, Diciembre de 1909.

OBSTRUCCION INTESTINAL POR HERNIA PARAUMBILICAL
ESTRANGULADA

(OBSERVACIÓN 2ª)

Mercedes García, de treinta y seis años de edad, natural de Guaduas, vivandera y múltipara, llegó á mi despacho en la tarde del día 10 de Agosto del presente año, quejándose de un tumor ventral que dos días antes, en el viaje que acababa de hacer de Guaduas á esta ciudad, se le había formado en una *quebradura* de que padecía á consecuencia de sus partos.

El estado de la infeliz era un tanto alarmante: pulso pequeño y frecuente, vómitos constantes, sed insaciable, enfriamiento de las extremidades, lengua pastosa y saburral, constipación y dolores atroces.

Examinada detenidamente, hallé una hernia paraumbilical enorme y estrangulada.

Instalada en el Pabellón de Cirugía, la operé en las primeras horas de la mañana del siguiente día, en asocio del doctor Carlos Aguirre Plata.

Hice una incisión de diez centímetros de longitud en la parte más saliente del tumor, disequé cuidadosamente el saco y lo abrí luégo, encontrando dentro de él una gran porción del epiplón y una ansa de intestino delgado. Lavado con solución salina esterilizada este paquete herniano, liberé sus adherencias, resequé el epiplón, corté hacia arriba el cuello y reduje el intestino, que estaba sano. Con *catgut* grueso suturé el cuello del saco, lo reduje y cerré la incisión, suturando la pared muscular con un *surgete* de *catgut*, reforzado por algunos puntos en U. Resequé luégo una porción de piel y suturé con seda.

La operación, aunque sencilla, fue dramática, porque la enferma, de antecedentes alcohólicos, se despertó durante la liberación del cuello del saco, dando lugar á una verdadera eventración. Pasado este accidente, todo volvió á lo normal, y la operación se terminó felizmente.

Al siguiente día la enferma continuaba mal, pues no había evacuado ni arrojado gases; los dolores eran bastante intensos, pero no tenía vómito, y el aspecto de la cara, el pulso y lengua eran bastante satisfactorios. Intenté una lavativa eléctrica, pero no logrando componer la batería, hube de renunciar á ella. Preparéme entonces para una segunda intervención: la enterostomía; pero antes aventuré darle dos onzas de aceite de castor y ponerle, con una larga sonda, una lava-

tiva aceitosa, con lo cual obtuve que la operada diera una gran evacuación. Los resultados fueron felices; á pesar de haberse infectado algunas suturas, no hubo movimiento febril, y después de veinte días la operada salió del hospital perfectamente alentada.

JORGE E. CALVO

Honda, Diciembre de 1909.

TREPANACION DEL ANTRO MASTOIDEO

(OBSERVACIÓN 3.^a)

Abel Triviño, natural de Honda, de treinta y ocho años de edad, regular constitución y vaquero de profesión, vino á mi despacho el día 28 de Agosto del presente año, afectado de una otitis supurada complicada de mastoiditis. La enfermedad había comenzado hacía mes y medio por una simple otitis externa, que fue descuidada por el paciente hasta el día en que la intensidad de los dolores y de la fiebre lo obligaron á buscar médico que lo aliviara.

Al examen hallé una tumefacción retroauricular, con edema preauricular, enrojecimiento de la piel de toda la región y sensibilidad extrema á la presión. Las paredes del conducto estaban fuertemente edematizadas é impidieron el examen al *especulum*. Los antecedentes y los síntomas hallados me hicieron diagnosticar una *mastoiditis supurada*, para cuya curación propuse la operación, que fue aceptada con gusto.

Llevado el enfermo á la Sala de Cirugía, lo operé el día 6 de Septiembre, en asocio de mi estimable colega el doctor Aguirre Plata.

Previa cloroformización y preparación del campo operatorio, hice una incisión de convexidad anterior, á medio centímetro atrás del surco retroauricular y extendida desde un punto situado á nivel del borde superior del pabellón hasta la punta de la apófisis mastoidea. Esta incisión la llevé hasta el hueso; en seguida, y valiéndome de la rugina, llevé hacia adelante el labio anterior de la incisión hasta dejar á la vista la pared posterior ósea del conducto auditivo y la espina retro-meática; separé hacia atrás el labio posterior de la incisión, puse los separadores de Farabeuf, dejando así completamente descubierta la apófisis mastoidea.

En el lugar de elección, ó sea en el pequeño triángulo limitado hacia arriba por la cresta supramastoidea; hacia atrás por la cresta retromastoidea, y hacia adelante por la espina

retromeática y la porción superior del borde posterior del conducto auditivo, perforé el hueso en la extensión de un pequeño cuadrado de ocho milímetros por lado, valiéndome para ello del formón y el martillo. Levantada la tapa ósea, dejé al descubierto el tejido esponjoso de la apófisis, del cual salieron algunas gotas de pus espeso. Con la gubia y el martillo hice un túnel de un centímetro de longitud en dirección del borde superior del conducto auditivo, y no habiendo hallado una colección franca, limité mi intervención al raspado de la región tunelizada y terminé poniendo un dren y suturando la herida externa. Hecha la curación, se pasó el enfermo á su cama.

El resultado obtenido fue rápido; la noche del día de la operación, el operado durmió tranquilamente, cosa que no hacía desde el principio de la enfermedad.

Al día siguiente se le hizo la primera curación, y desde entonces se siguió curándole cada tres días. Diariamente se le instilaban en el oído dos gotas de solución alcoholizada de bicloruro de mercurio al 1 por 100. A los quince días fue retirado el dren y reemplazado por gasa, que se reponía en cada curación. No hubo fiebre durante todo este tiempo, y el enfermo salió del hospital, perfectamente curado, cuarenta días después de la operación.

Esta observación es una confirmación de la ley fijada por Lejars, que dice: el valor de una trepanación mastoideana no se mide por la cantidad de pus que se evacue de la apófisis; la trepanación tiene por objeto y por fin el drenaje, sin el cual es imposible la curación. En este nuestro caso todo se redujo á unas cuantas gotas de pus; pero como se llenó el objeto principal, el drenaje del antro, el resultado fue completo.

JORGE E. CALVO

Honda, Diciembre de 1909.

Señor Presidente, estimados colegas:

Con gusto he desempeñado la comisión que tuvisteis á bien conferirme de informar acerca de las observaciones enviadas por el señor doctor don Jorge Calvo; y principio por dejar constancia de que no ha sido culpa mía el retardo con que aparece este informe; aunque el trabajo viene fechado en Diciembre del año pasado, sólo me fue pasado para el estudio en la última sesión de la Academia.

Muy interesantes son las historias clínicas á que me refiero, y si bien las conocéis por haber sido leídas en este recinto, me permito llamar vuestra atención acerca de algunos detalles.

Se refiere la primera á una politectomía abdominal practicada para un tumor pediculizable situado en el ligamento ancho derecho del útero, tumor que presentaba adherencias con el colon ilíaco.

Considera el doctor Calvo este tumor de naturaleza sarcomatosa. No dice la observación si el microscopio confirmó su opinión, lo que tendría alguna importancia en el presente caso, dado que los antecedentes de la enferma y los signos á que hace referencia la historia, no lo inclinan á uno al diagnóstico de un neoplasma sarcomatoso interligamentario: en efecto, el sarcoma aparece con frecuencia en individuos más jóvenes que la enferma en cuestión, se acompañan muy á menudo de ascitis, afectan rápida y notablemente el estado general de quien los padece, y adquieren adherencias difíciles de desprender con los órganos vecinos; por otra parte, los tumores interligamentarios se sospechan sobre todo por los dolores que ocasionan, y tanto los dolores como la ascitis se hallaban ausentes en este caso.

Como decimos, el doctor Calvo, ayudado por los doctores Uribe y Aguirre, se limitó á practicar la polipectomía, dejando intacto el aparato genital de su enferma; otro tanto habríamos hecho nosotros si apoyados en los síntomas que presentaba la enferma, la marcha relativamente lenta de la lesión (dos años después de notar la presencia de un tumor dentro de su vientre podía ir personalmente á buscar el médico), hubiéramos considerado el tumor como benigno, si bien al cerciorarse uno de que se trataba de una lesión maligna, hubiera sido más prudente ser más radical en la intervención y llevarse la matriz y sus anexos.

La marcha tan feliz que tuvo la operada después de su intervención pone en claro la habilidad quirúrgica de los doctores Calvo, Uribe y Aguirre, y muestra cómo los conocimientos científicos y la práctica de las reglas de la asepsia en un medio relativamente difícil, combaten el prejuicio que hasta hace poco existía, de que la alta cirugía abdominal era imposible en nuestros climas cálidos.

No menos interesante es la segunda observación de una quelotomía para una obstrucción intestinal producida por una hernia pura umbilical estrangulada, practicada por el mismo doctor Calvo en asocio del doctor Aguirre Plata.

Todos conocemos la gravedad de estas obstrucciones, sobre todo cuando no pueden ser operadas, como en el presente caso, sino tres días después de los primeros síntomas.

No molestaré vuestra atención repitiendo los detalles de esta intervención; básteme el decir que la misma conducta

habría sido seguida en los centros europeos más adelantados, y que el resultado no pudo ser mejor.

La tercera y última observaciones nos relata una trepanación del antro mastoideo practicada por el procedimiento clásico, con el fin de combatir los accidentes producidos por una otitis media complicada de mastoiditis supurada. El resultado de esta intervención fue, como en las otras dos anteriores, la curación.

Para terminar este informe os propongo aprobéis la siguiente proposición:

“La Academia de Medicina da las gracias al doctor Jorge Calvo por la comunicación que le ha hecho de sus interesantes observaciones clínicas, lo felicita por el éxito obtenido en las operaciones, hace constar la satisfacción que experimenta al saber que la alta cirugía va desarrollándose con éxito en poblaciones que, como Honda, carecen todavía de muchos recursos, y por solicitud del informante doctor Gómez, nombra al doctor Jorge Calvo miembro correspondiente de la Academia.”

GUILLERMO GÓMEZ

ESTUDIO

SOBRE EL ORIGEN Y SIGNIFICACIÓN DE LAS CÉLULAS CONTENIDAS EN LOS DERRAMES PLEURARES, POR EL DOCTOR JORGE VARGAS SUÁREZ

(Trabajo laureado por la Universidad de Heidelberg, originario de la clínica del Profesor Erb).

En todos los derrames de las cavidades serosas se encuentran elementos celulares más ó menos numerosos, y es de creerse que tales elementos deban dar una idea aproximada del proceso que tenga lugar en dichas cavidades.

Ya Quiercke, Ehrlich y otros autores en 1882 y 1883 encontraron que la presencia de células cancerosas en el líquido seroso obtenido por punción, permitía diagnosticar un cáncer de la pleura, del peritoneo, etc. Dieulafoy contó los eritrocitos contenidos en diversos líquidos pleurales, y describió como hemorrágicos y propicios á la purulencia todos los exudatos que contienen más de cuatro mil eritrocitos por mm. c. A idénticas conclusiones llegaron Anché y Carrière en 1896. Kerkzinst y Wermicki y Wianarskz (1891 y 1896) concluyen que los derrames pleuríticos y peritoneales que solamente contienen linfocitos permanecen serosos, mientras que los que

se inclinen á la purulencia encierran leucocitos polinucleares en gran cantidad. En fin, Wedal y Rowant fundaron el *citodiagnóstico* é hicieron de él un método científico regular y de fácil ejecución.

La técnica del citodiagnóstico es muy sencilla y tan conocida, que ocupándome en ella muy superficialmente, sólo insistiré sobre algunos puntos hasta hoy desconocidos y que debo á mi experiencia personal (*). Inmediatamente después de hecha la punción, se coloca el líquido obtenido por medio de ella en tubos centrifugadores de fondo afilado, cuidadosamente esterilizados; luego se centrifuga el tiempo necesario, se decanta el líquido, y el precipitado que queda adherido al fondo del tubo, absorbido por medio de una pipeta capilar, se extiende en capa regular sobre los portaobjetos. Este sistema, que es el más adecuado para líquidos pobres en elementos celulares, como el *liquor cerebro spinalis*, no lo es cuando se trata de exudatos turbios que dan espesas agrupaciones celulares, inservibles para el diagnóstico. En este último caso he empleado con buen éxito la técnica ordinaria de las preparaciones de sangre.

He tenido ocasión de comprobar que bajo la influencia de la centrifugación las diversas clases de células sanguíneas se precipitan siempre en el mismo orden, formando dos capas distintas y superpuestas: la superior de eritrocitos, la inferior de leucocitos. Este hecho tiene su importancia técnica, pues si el precipitado antes de ser absorbido por la pipeta no es disociado é íntimamente mezclado con el pico de la misma, se obtienen bien á menudo preparaciones engañosas, en las cuales sólo figura una clase de elementos, existiendo en realidad varias. También demuestra este hecho que el peso específico de los leucocitos y linfocitos es mayor que el de los glóbulos rojos, cosa que tiene su importancia en fisiología.

La fijación de las preparaciones se verificará por medio de alcohol-éter, vapores de formol, vapores de sublimado, etc., y la coloración por medio de la triácida de Ehrlich, la hematoxilina, el método de Romanowsky, etc. Pero el método más recomendable es por medio de la tintura de May-Grünwald (azul de metileno), que empleada hasta ahora solamente para colorear sangre, ha sido ensayada por mí en el citodiagnóstico con éxito muy satisfactorio. Las preparaciones secadas rápi-

(1) En totalidad, antes y después de la publicación de este trabajo he verificado el siguiente número de punciones, que fueron todas citodiagnosticadas: noventa y cuatro punciones pleurales y peritoneales en el Hospital Académico de Heidelberg; treinta y seis punciones pleurales y ciento veintisiete punciones lumbares en el Hospital General de Hamburgo.

damente al aire y sin previa fijación, son abandonadas un cuarto de hora exacto en la solución, luego diferenciadas en agua destilada, hasta que aparezcan de un color rosa pálido, y en fin, montadas en bálsamo del Canadá. Este método presenta todas las ventajas del de Romanowsky sin ninguna de sus dificultades técnicas.

Me ocuparé primero en los diferentes elementos celulares que se encuentran en los exudatos, para hablar luego de su valor diagnóstico.

Los exudatos pueden contener microorganismos, células endoteliales, células tumorales y células sanguíneas. Entre estas últimas, como en la sangre, se distinguen: 1º, eritrocitos; 2º, leucocitos. Estos últimos son: *a*) pequeños linfocitos, esto es, células con un gran núcleo redondo y una auréola protoplasmática muy reducida; *b*) leucocitos polimorfo-nucleares, ó sean polinucleares con granulaciones ambófilas ó eosinófilas, y *c*) *mastcells* (*mastzellen*), con granulaciones basófilas características.

Linfocitos y leucocitos.

La presencia de linfocitos en los derrames pleurales es conocida desde hace largo tiempo, pero Widal y Ravaut fueron los primeros en comprobar con cuánta frecuencia se encuentra en las pleuritis tuberculosas una abundante linfocitosis del exudato. Las células designadas por tales autores como linfocitos son tan numerosas en las preparaciones, que á veces se encuentra el 80 por 100 y aun más en cada campo de inmersión. Su forma, por lo general redonda, puede venir á ser irregular á consecuencia de procesos degenerativos ó de errores técnicos; algunas veces son más grandes, otras más pequeñas que los eritrocitos. La cromatina nuclear toma generalmente con grande energía los colores básicos; puede sin embargo estar irregularmente repartida en el núcleo. Otras veces, perdiendo casi por completo su poder cromático, hace ver los linfocitos como cuerpos regulares de color azul pálido (Barjon y Mazuel). La irregularidad de la fuerza cromática de la cromatina me parece ser dependiente de las modificaciones que tienen que sufrir los linfocitos en un medio anormal como lo es para ellos el exudato. El núcleo está cubierto por una muy delgada capa protoplasmática, la cual en preparaciones húmedas coloreadas con azul de metileno, se reconoce con facilidad; rara vez se encuentran en él granulaciones basófilas.

Mientras más viejo sea un exudato, más linfocitos degenerados se encuentran en él. Las degeneraciones dependen,

según Barjon y Mazuel: 1.º, de la composición química del exudato, que no es ni puede ser un medio de conservación ideal; 2.º, de infecciones mixtas; 3.º, de las toxinas, alexinas y otros productos infecciosos. Al lado de formas degeneradas se encuentran en los viejos exudatos linfocitos perfectamente frescos y bien conservados.

I—Sobre el origen y fuente de estos linfocitos ha habido abundancia de discusiones y teorías. Patella y su escuela creen que se trata de productos degenerativos de las células endoteliales que tapizan las serosas. Según su opinión, son las células endoteliales los únicos elementos que se encuentran en el exudato, al principio de las pleuritis. Lentamente pierden su protoplasma, mientras que el núcleo se retrae, convirtiéndose en un elemento semejante á un linfocito. Mi propia experiencia me ha enseñado que en este caso tiene lugar un proceso absolutamente contrario al descrito por Patella. Las células endoteliales que nadan en el exudato se filtran de líquido, tomando á veces proporciones enormes; pierden su cromatina y degeneran. Contra la teoría evidentemente falsa de Patella, parecenme hablar también terminantemente varios casos (descritos por Barjen y Mazuel) de morbos Brighti, en los cuales, en la primera punción del derrame pleural, se encontraron solamente linfocitos, mientras que en las subsiguientes se halló gran cantidad de células endoteliales. Además, el hecho de que los exudatos que contienen mayor número de linfocitos son los que encierran menos células endoteliales, acaba de probar hasta la evidencia la falsedad de la teoría de Patella.

II—Según Ehrlich, se pueden considerar los linfocitos pleurales como pseudolinfocitos. Ehrlich observó, el primero, que los leucocitos polinucleares emigrados en los exudatos experimentan una división del núcleo polimorfo. Este último, pues, no presenta ya la forma de una *S*, una *V*, etc., sino que está dividido en pequeños núcleos esféricos.

Esta división del núcleo no es sino el proceso preparatorio de la división definitiva del leucocito en varios pseudolinfocitos. Estos últimos tienen tal semejanza con los glóbulos rojos nucleados, que no me fue extraño encontrar que Labbé los confundiera con Normoblaster; Ehrlich pudo rectificar el error de Labbé. Montagnard, Wolff y Brélet aceptan la teoría de Ehrlich y consideran los linfocitos pleurales como productos amitóticos de los leucocitos polimorfo-nucleares. Yo creo la opinión de Ehrlich acertada en lo que se refiere á algunos, pero no á todos los linfocitos. El proceso de la división nuclear es en efecto fácil de observar; además, en algu-

nos linfocitos se encuentran con la triácida gránulos neutrófilos que demuestran su origen leucocitario (Montagnard).

En un exudato pleural (caso XX), en el cual existían un cinco por ciento de leucocitos eosinófilos, me fue dado observar un fenómeno que demuestra cómo los pseudolinfocitos pueden nacer de los polinucleares. Para la explicación de mi caso observaré que según los experimentos de Bodon, son los polinucleares eosinófilos más frágiles que los neutrófilos. Comprobé pues en unos eosinófilos una situación excéntrica del núcleo (primera faz del proceso degenerativo, según Bodon). Otras células parece como que hubieran estallado: las granulaciones eosinófilas están separadas unas de otras como chispas de un fuego de artificio, y el núcleo presenta una absoluta analogía con un linfocito. Lo visible de los gránulos eosinófilos permite muy fácilmente la observación del proceso. Barjen y Mazuel aceptan la teoría de la pseudolinfocitosis solamente en un pequeño número de casos, y como prueba de su creencia comunican un caso en el cual observaron una disminución del porcientaje de los linfocitos con aumento paralelo de los leucocitos eosinófilos.

El caso no prueba nada y es muy sencillo de explicar, si se piensa que á consecuencia de alguna causa el exudato adquirió propiedades quimiotáxicas para los eosinófilos sanguíneos (Barjen y Mazuel parecen ignorar las doctrinas quimiotáxicas, como lo probará otro caso que relataré aquí); también es casi seguro que en la observación de esos autores, el número *absoluto* de los eosinófilos aumentó sin disminución concomitante del número *absoluto* de los linfocitos.

III—Pappenheim opina que los linfocitos pleurales son producto de las células plasmáticas linfocitoides. Marchand (de Leipzig), Borst, Hanmerl y von Bünguer han comprobado experimentalmente que en la inflamación, fuera de los leucocitos emigrados de los vasos, se encuentran en los estados tardíos elementos semejantes á los linfocitos y que tienen su origen en el tejido conjuntivo. Una parte de tales células viene á ser de macrófagos; la otra se convierte en células linfocitoides.

IV—Pappenheim acepta que los linfocitos de los derrames pleurales provienen de una inundación pasiva de células plasmáticas, *plasmacélulas*, que debería llamárselas en castellano linfocitoides.

Según Wolff, quien combate tal teoría, sería difícil el explicar cómo llegan las plasmacélulas á alcanzar la pleura, tanto más cuanto la corriente linfática pleural se dirige de los vasos linfáticos á los sanguíneos. Comunica Wolff, además,

una observación en la cual encontró más células, que en ningún caso pueden provenir de los tejidos fijos. Para aceptar la teoría de Pappenheim sería necesario, según Wolff, aceptar no solamente un transporte de las plasmacélulas hacia el vaso linfático eferente, sino también la facultad emigratoria de las mismas.

V—Las nuevas investigaciones sobre la *linfocitosis activa* están en directa contradicción con la teoría de las plasmacélulas linfocitoides.

Ranvier fue el primero que ya en el año de 1875 creyó haber comprobado cierta movilidad de los linfocitos sanguíneos en los vertebrados superiores.

Según las más nuevas teorías, son los linfocitos formas juveniles de los leucocitos mononucleares, los cuales evolucionan hasta convertirse en polinucleares. Si los linfocitos, *como tales*, son capaces de emigrar fuera de los vasos, es un hecho que depende de su movilidad *activa*.

A pesar de las investigaciones de Ranvier, Pappenheim, Schulze y Ehrlich hicieron un dogma de la inmovilidad de los linfocitos. Sólo en los últimos tiempos se han hecho investigaciones sobre la linfocitosis activa que comprueban su existencia. (Wolff, Folly, Berlín, Neumann, Hirschfeld). La *posición periférica*, primera fase de la emigración, ha sido observada en ellos. Además, Niosse y Grünbel han hecho preparaciones que muestran linfocitos prisioneros entre la última túnica y la media vasculares.

Por medio de la introducción de trozos de medula de saúco en el peritóneo de la rana, observó Arnold (Heidelberg), lo siguiente :

“En un período tan inmediato después de la introducción, que aún no se puede pensar ni remotamente en una participación de los tejidos fijos en la inflamación,” se encontraba entre los trozos de saúco pequeña cantidad de polinucleares é inmenso número de linfocitos. Según Arnold, tenían que ser tales linfocitos emigrados de los vasos. Al segundo día observó Arnold una disminución de los linfocitos, con aumento paralelo de los polinucleares, fenómeno que depende más de un aumento en la emigración de los polinucleares que de transformación de las pequeñas células en grandes.

Los experimentos de Alkmvist concuerdan con las observaciones de Arnold. Alkmvist introdujo en el peritoneo del curí culturas atenuadas de bacilos diftéricos. Veinte minutos después de la inyección encontró linfocitos en el exudato, emigrados seguramente de los vasos sanguíneos ó linfáticos

Los experimentos apuntados resuelven, en mi opinión, el problema de la linfocitosis activa.

La transformación *extrasanguínea* de los linfocitos en polinucleares es otro problema de importancia para este estudio. Que esa transformación puede tener lugar en exudatos dependientes de una inflamación aguda, es un hecho que se deduce de los experimentos de Arnold, Alkmvist y del conocido experimento de Neumann. Este autor encontró en una enferma atacada de una exquisita leucemia linfática, que al producirle con cáusticos una vejiga cutánea, se encontraban en el líquido de ella solamente leucocitos polinucleares.

Neumann, el ilustre hematólogo de Koenigsberg, explica de la manera siguiente la transformación *extrasanguínea* de linfocitos en polinucleares: los linfocitos encuentran las condiciones para su transformación en leucocitos, solamente en un tejido rico en líquido, por ejemplo en las inflamaciones agudas y violentas acompañadas de exudato abundante, y también en las trasudaciones por éxtasis sanguíneo sin carácter inflamatorio. En las inflamaciones crónicas, los linfocitos, comprimidos en tejidos pobres en líquido, son detenidos en su desarrollo, por compresión. Neumann va aún más lejos, y opina que en semejantes casos los leucocitos polimorfo-nucleares por proceso retroactivo, se convierten en linfocitos. Con otras palabras: mientras más rico en líquidos sea el tejido, mayor cantidad de células polimorfo-nucleares, y mientras más pobre en líquidos, mayor cantidad de linfocitos.

Como se ve, Neumann hace la leucocitosis dependiente más bien de la riqueza en líquidos del tejido que del grado de violencia de la infección.

Aun cuando parezca un atrevimiento de mi parte el contradecir al ilustre hematólogo de Koenigsberg, el curso de mi experimentación y el resultado de mis investigaciones sobre los exudatos pleurales me han llevado al convencimiento lógico de la falsedad de la teoría de Neumann. *El examen de exudatos pleurales producidos por diversas causas demuestra hechos en contradicción absoluta con la explicación de Neumann.* En caso de que la pleuritis sea el resultado de una muy intensiva causa bacteriana, tóxica ó mecánica—ejemplo, en las pleuritis metaneumónicas y postíficas y en el infarto pulmonar,—se encuentra desde el principio una gran cantidad de leucocitos mezclados con pequeño número de linfocitos. En cambio, el cuadro es completamente distinto en las pleuritis tuberculosas primitivas, y esto á pesar de su marcha crónica. En los primeros días, á consecuencia de la repentina y violenta irritación de la serosa, aparece una *leucocitosis* del exudato. Pocos

días más tarde, cuando la inflamación ha tomado un carácter más crónico, desaparece la leucocitosis y se encuentra en las preparaciones un número incontable de linfocitos, y solamente uno que otro polinuclear solitario. Así pues, contra la opinión hasta hoy indiscutida de Neumann, á pesar de gran riqueza en líquido, no acontece la transformación de leucocitos en linfocitos. Solamente en los casos en los cuales una infección mixta venga á complicar el proceso, ó en aquellos en que á consecuencia de alguna causa el exudato se convierte en pus, aumenta otra vez la cantidad de los polinucleares. Que este aumento secundario dependa de la transformación de los linfocitos en polinucleares, me parece, por lo menos, bien dudoso.

Es de creerse que la emigración linfocitaria se verifica de manera no interrumpida durante el proceso. En todo caso me parece justificar esta opinión el hecho de que en exudatos de dos y tres meses se encuentran viejos linfocitos degenerados, al lado otros perfectamente nuevos y en completo estado de conservación.

Después de haber expuesto, junto con las diversas teorías sobre leucocitosis y linfocitosis de los exudatos, las reflexiones que me ha sugerido el curso de mi experimentación, me ocuparé en el valor diagnóstico de esos elementos celulares.

Es ya un hecho de antigua experiencia que la mayor parte de las pleuritis, llamadas *a frigore*, son de causa tuberculosa. Ya en 1882, dice Ehrlich, que en numerosos casos de pleuritis *a frigore*, y cuando el más cuidadoso examen no permite ni siquiera la sospecha de tuberculosis, estalla inesperada y repentinamente una tuberculosis local ó general. En 1877 y 1882 describió Litten varios casos de pleuritis agudas en individuos al parecer sanos, y en las cuales inmediatamente después de la punción ó la reabsorción del exudato, se desarrolló una tuberculosis miliar. Landouzy y su escuela van hasta declarar todas las pleuritis *a frigore* como tuberculosas. En sus autopsias de pleuritis *reumatismales* encontró Landouzy noventa y ocho por ciento de tuberculosis. Sin negar la existencia de las pleuritis reumatismales legítimas, una vez que el agente infeccioso ó reumático se puede localizar tanto en la pleura como en otras serosas, creen Leube, Strümpell y muchos otros patólogos modernos, que casi todas las pleuritis primarias son de origen tuberculoso. Fiedler, Rosenbach y otros creen que se ha incriminado la tuberculosis en este caso demasiado á menudo, y dicen que cuando á continuación de una pleuritis primaria se desarrolla una tuberculosis, no prueba esto que la pleuritis haya sido tuberculosa. Una curación insuficiente y perturbaciones consecuentes

del mecanismo respiratorio pudieran ser productores de una tuberculosis secundaria.

En un reciente trabajo sobre citodiagnóstico, Kétly y Torday dicen que los agentes infecciosos pueden penetrar en la pleura: 1.º, *per contiguitatem et per continuitatem* directamente del pulmón; 2.º, por los linfáticos, y 3.º, por la vía vascular sanguínea. Según su opinión, en condiciones fisiológicas toda substancia peligrosa ó dañina es transportada por los vasos linfáticos á la cavidad pleural, y de allí eliminada por otras vías linfáticas. Pero cuando bajo influencia de causas dañosas se sobrepasa el límite del poder eliminatorio de la pleura, aparece la pleuritis. Kétly y Torday explican la pleuritis primaria diciendo que las substancias dañinas pueden llegar á la pleura sin alterar el parénquima pulmonar. En las pleuritis tuberculosas primitivas que llegan á curarse, los dos profesores húngaros creen bien posible—aunque difícil de explicar anatómica y fisiológicamente—que los bacilos pasen al través del pulmón sin alterarlo, y se localicen en la pleura. No es necesario fatigarse con difíciles argumentaciones para demostrar que las hipótesis de Kétly y Torday son por lo menos bien fantásticas, tanto más cuanto en su apoyo, fuéramos de sus casos citodiagnósticos, no traen ningún testimonio experimental.

Basado en las investigaciones modernas sobre la extraordinaria frecuencia de la tuberculosis, y apoyado en mi creencia por la autoridad de mi venerado maestro el Profesor Erb, debo mencionar aquí cuán improbables son las teorías de Rosenbach, Fiedler, Kétly y Torday sobre la naturaleza de las pleuritis primarias.

Las estadísticas de Naegeli, que se extienden á quinientas autopsias hechas con verdadero refinamiento, muestran que este autor *no encontró un solo individuo de más de treinta años exento de tuberculosis*; en todos los casos existía ó una tuberculosis en actividad ó ya curada; en los cadáveres de individuos de diez y ocho á treinta años halló un noventa y seis por ciento de tuberculosis; de los quince á los diez y ocho años, cincuenta por ciento, y así en decrecimiento sucesivo, mientras eran más jóvenes los individuos. Las investigaciones de Franz (citadas por Von Behring), por medio de la tuberculina, concuerdan en absoluto con los trabajos de Naegeli. En los niños no se encuentra casi nunca una reacción positiva de la tuberculinización. Ahora, Jousset, por medio de la inoscopia, dice haber encontrado bacilos de Koch en todos los exudatos de pleuritis primaria que ha examinado.

Cuando á las observaciones citadas se agrega el hecho,

que todos conocemos, de que en los catarros de casi todos los tuberculosos figura una pleuritis aguda aparentemente curada, se siente uno inclinado á creer que la pleuresía reumática es una rareza patológica. Se debe confesar, pues, que gente que parece sana está á menudo extraordinariamente tuberculosa. Aceptado este hecho, no necesitamos de las fantásticas y complicadas hipótesis de muchos autores para explicar el mecanismo de la infección pleural. Posible es tal vez que los agentes infecciosos puedan atravesar el pulmón sin infectarlo, y localizarse en la pleura; pero es infinitamente más probable que se trate de una autoinfección, en la cual los bacilos, tomando su punto de partida en algún foco tuberculoso oculto, lleguen á la pleura por vía linfática, sin tocar el pulmón. Me parece también que en favor de la autoinfección habla el hecho de que en la primera infancia, durante la cual las tuberculosis crónicas ligeras son extremadamente raras, sobrevienen las pleuritis en casos del todo excepcionales.

Hasta el descubrimiento de la inoscopia, el encontrar bacilos de Koch en un exudato era una ingrata tarea. Las inoculaciones también daban á menudo resultados del todo nulos; además, como la mayor parte de las pleuritis se curan, las autopsias son una rareza. Solamente la observación clínica de la frecuencia con que las pleuritis primarias son el prólogo de la tuberculosis, hizo sospechar su naturaleza. Hoy el descubrimiento de la extraordinaria frecuencia de la tuberculosis viene á ser un argumento poderoso en favor de la doctrina expuesta, pues aun en casos en que la inoscopia y las inoculaciones den resultados negativos, la pleuritis puede ser tuberculosa una vez que no solamente los bacilos sino también sus toxinas pueden producirla. En todo caso lo más probable es que sí existan los bacilos, pero que la imperfección de la técnica impida hallarlos.

En lo que se refiere al citodiagnóstico, el sinnúmero de observaciones de Widal y Ravant, Barjon y Cade, Sabrazêr y Muratet, Depter, Jarvis, en Francia; Naunyn, Wolff, Michaelis y otros muchos en Alemania, vienen á probar que en casos de pleuritis primarias, esto es, de irritación pleural poco intensa, se encuentra los primeros días en el exudato, junto á linfocitos y células endoteliales en pequeña cantidad, una cantidad mayor de polinucleares. Unos días más tarde los polinucleares disminuyen poco á poco, de modo que al fin domina una linfocitosis absoluta. Junto á los linfocitos se encuentran también raros cuerpos grandes, pálidos y pobres en cromatina, que yo considero como formas degenerativas de leucocitos y células endoteliales.

Wolff y otros opinan que á causa de propiedades quimiotáxicas del exudato, los linfocitos de la sangre son atraídos por él. No es de aceptarse que en el caso de que se trata la substancia quimiotáxica sea algún principio tuberculoso específico. Más me parece que la linfocitosis sea la reacción del organismo en los casos de irritación poco intensiva. Ahora, como esta irritación es casi siempre tuberculosa, se puede aceptar que la linfocitosis en exudatos no muy antiguos es un síntoma bastante seguro de tuberculosis. Fuéramos algunos franceses que consideran la linfocitosis como patognomónica, la opinión apuntada es la de la mayor parte de los autores que se han ocupado en el asunto.

(Concluirá).

NECROLOGIA

DOCTOR ENRIQUE RESTREPO MEJIA

Una breve enfermedad puso fin á los días de este distinguido colega nuestro, que dedicó sus capacidades á las Ciencias Naturales, cuyos estudios realizó con lucimiento en la Escuela de esa Facultad, de la antigua Universidad de Colombia. Hizo parte del pequeño grupo de estudiosos y aprovechados jóvenes Simón Muñoz, Juan de Dios Pérez Fandiño, que se le anticiparon largo tiempo hace en la ausencia definitiva, y Rafael Espinosa Guzmán, único que les sobrevive.

Notables fueron los esfuerzos de todos para coronar, como lo hicieron, su carrera; mereciendo por ello que el Gobierno, en manos del General Julián Trujillo entonces, les proporcionara en premio la ida á Europa á perfeccionar sus conocimientos. ¡Tánta era en esa época la esperanza de que de éstos, con una paz no interrumpida, derivaría el país copioso provecho en su desarrollo industrial! Sueño del patriotismo entusiasmado, que no veía, ciego con su ilusión, los escollos de nuestras incorregibles pasiones políticas, en donde las sanas esperanzas tropiezan y tienen que zozobrar.

En las felices condiciones en que nuestro Gobierno Nacional los puso con aquella gracia, esos jóvenes eligieron á Freyberg, de Sajonia, como la mejor fuente de sus adelantos científicos. Allí lució nuevamente Enrique como en nuestra Universidad, y acreció el caudal ya abundante de sus conoci-

mientos con la práctica en los laboratorios, lo mismo que en los Museos de Historia Natural, ricos allí en los necesarios medios.

En un teatro más propicio para su profesión habría hallado mucho en que no sólo brillara con sus nuevas habilidades; pero ya se sabe que no es esa aquí la suerte de los naturalistas, como les ha sucedido largo tiempo á nuestros ingenieros: las empresas que pudieran ofrecerles ocasión son desgraciadamente pocas, y en consecuencia ven ellos frustrados sus mejores deseos. Enrique, sin embargo, se esforzó en sacar partido de sus conocimientos en cerámica, y animoso emprendió la organización de un establecimiento de ese género. Escogió para ello á Medellín, y le fueron tan propicias las circunstancias, que pronto le dio gran crédito: sus productos eran de lo mejor que el país había visto como fruto del esfuerzo nacional, y puede asegurarse que en calidad de materiales, como en perfecta elaboración, competían con los que el Extranjero nos suministra.

Antioquia puede especialmente, y también muchas otras Secciones de la República, dar fe de esa victoria del laborioso Restrepo Mejía. Y era mucho hacer en un medio como el nuestro, generalmente desfavorable á los problemas industriales, donde cada paso es un tropiezo, porque falta en la sociedad la armonía de esfuerzos, que es estímulo; falta el personal de la cooperación hábil, que es ahorro de pérdidas y prevención de fracasos.

Todas las contingencias adversas presumibles las obvió nuestro amigo, logrando con su perspicaz actividad el florecimiento de la empresa, lastimosamente derribada por ajenos desaciertos.

Pero el temple de ánimo de nuestro amigo no flaqueó, con todo, y sólo la muerte ha podido dar un corte á las ideas de progreso industrial del país, asentado en bases científicas, como era su deseo. En estos momentos se dedicaba á organizar la enseñanza de química industrial, á divulgar sus principios y prácticas, para lo cual afortunadamente halló la cooperación del General Reyes, quien escuchando sus planes y comprendiendo sus capacidades y buenos propósitos, le proveyó de un excelente laboratorio, cuya elección á él mismo encomendó mandándole al Extranjero.

Ha fallecido prematuramente, podemos decir con razón, dadas las perspectivas que tenía para su robusta inteligencia, que iba á consagrar á una propaganda científica trascendental en su especialidad. Desgracia positiva para los jóvenes estudiosos que habían de aprovechar de esas lecciones, é irrepa-

rable, si no hay, como importa, quien sucediéndole dignamente, continúe sus propósitos patrióticos.

Hijo del antiguo Estado de Antioquia, que ya al comenzar Colombia su vida autónoma le daba hombres consagrados felizmente á las ciencias, seguía Restrepo Mejía sus huellas, esforzándose en imitarlas. Como para ellos, tuvieron para él atractivo irresistible los estudios experimentales, á que se acomodaba naturalmente su espíritu investigador.

Su ejemplo, esperamos, servirá de guía á las generaciones aficionadas á las labores de la inteligencia, cimentadas en la experimentación, fuente del progreso portentoso alcanzado en los últimos siglos por los pueblos cristianos.

Deja el doctor Restrepo un gran vacío en los círculos de sus relaciones, porque era sincera su amistad, su trato ameno.

La Redacción de este periódico cree interpretar los sentimientos de la Academia Nacional de Medicina y Ciencias Naturales, consagrandó estas breves palabras á la memoria de un colega como el Profesor Restrepo, y enviando al propio tiempo á la honorable familia del finado la expresión cordial del dolor que experimenta con su infortunio.

BIBLIOGRAFÍA

“ CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA LEPRO EN COLOMBIA ”

POR EL DOCTOR JUAN B. MONTOYA Y FLÓREZ
MEDELLÍN—1910

El libro que con motivo de la celebración del primer Centenario de nuestra Independencia publicó en Medellín, en nítida y elegante edición, el doctor J. B. Montoya y Flórez, sobre la lepra en Colombia, es en nuestro concepto una de las obras más notables con que cuenta hoy la literatura científica colombiana, y creemos no engañarnos al afirmar que ésta es la opinión del Cuerpo médico del país y la de los demás hombres de letras que la han leído. Este libro representa un esfuerzo, una actividad y un estudio cuidadoso y delicado muy raros entre nosotros, y dignos de todo encomio, dadas las dificultades que para el médico tiene la vida en Colombia en la época actual, y más aún tratándose de una enfermedad como la lepra, cuyo estudio práctico y concienzudo, como lo ha

hecho el doctor Montoya y Flórez, exige un verdadero sacrificio.

Bien conocido era ya el doctor Montoya y Flórez en la literatura médica universal por su clásico estudio sobre el *Carate*, publicado en Francia y citado hoy como autoridad por grandes dermatólogos y notables bacteriólogos europeos. Fue él quien descubrió, después de pacientes estudios de laboratorio, que el *carate* es una enfermedad ocasionada por un hongo; halló el *aspergillus* que la produce y describió el procedimiento para encontrarlo, que es hoy la técnica usada en bacteriología para prepararlo. Poseedor de conocimientos extensos y prácticos en bacteriología, experto clínico y hábil en el manejo del microscopio, pudo entregarse en el Lazareto de Agua de Dios al estudio de la lepra entre nosotros. En dos mil enfermos de esa leprosería que en tres años tuvo que examinar; en mil trescientas preparaciones bacteriológicas que él hizo en el laboratorio del Lazareto, y en el cuidadoso estudio de la estadística oficial de los leprosos de Colombia—que según consta en ella no pasan de cuatro mil trescientos,— está basada la parte principal de su obra, que contiene capítulos llenos de observaciones importantísimas respecto á la etiología de la enfermedad, á su distribución geográfica en el país, y á la profilaxis de la enfermedad, que deben conocerse.

Hemos visto estudios críticos de este libro que encierran conceptos muy honrosos para el doctor Montoya y Flórez, tales como los de los doctores Eduardo Zuleta y Alfonso Castro, de Medellín, y Miguel Canales y Roberto Franco F., de Bogotá. Según el doctor Zuleta, “este libro vivirá, y pronto lo veremos citado en términos honrosos en obras científicas de Europa y América.” Para el doctor Castro es “obra de grande aliento y de grande honra para Colombia.” Para los doctores Canales y Franco F., “la obra, considerada en su conjunto, es una de las mejores publicaciones científicas hechas en Colombia; honra á su autor y enaltece al Gobierno, que en buena hora supo estimular al distinguido médico, prestando con ello señalado beneficio al país y á la ciencia.” Para nosotros, testigos presenciales de los estudios y de la abnegada tarea del doctor Montoya y F., su libro es todo eso y mucho más; por eso unimos á esas felicitaciones la nuestra, y así lo harán cuantos lean con espíritu imparcial y honrado criterio esa obra, fruto de un inteligente é ilustrado trabajador, cuya labor será aún más estimada en el porvenir que en el presente.

REVISTA MEDICA



INDICE DE LA SERIE XXVIII

REVISTA MEDICA

INDICE DE LA SERIE XXVIII (1)

(El número extraordinario del Centenario está entre las páginas 316 y 317).

A

	Págs.
Actas 1, 33, 125, 157, 253, 255, 257, 285, 286, 317, 319,	369
Acta de la sesión del día 10 de Junio (número extraordinario del Centenario)	54
Acción del vino sobre el bacilo de Eberth	56
Advertencia	253
Afecciones mentales	159
Algo más sobre el paludismo y la doctrina del Profesor Blanchard	189
Algo sobre antisepsia	163
Alcoholismo y degeneración	113
Alumnos graduados en 1907	137
Anestesia general por las inyecciones intrarraquídeas	298
Anquilóstomo duodenal	272
Antagonismo entre la morfina y el veronal	115
Aplicaciones locales de sulfato de magnesia en las inflamaciones	174
Arterioesclerosis, su tratamiento por los yoduros y nitritos	116
Asepsia improvisada	244
Asma, su tratamiento por la trinitrina	114

B

Bases físicas de la vida y biogénesis	314
Bibliografía 28, 86, 117, 149, 181, 212, 246,	399
Bubas	328

(1) Esta serie principia en el número 328 y termina en el 340.

C

	Págs.
Calvicie precoz	116
Circular sobre concurso académico	4
Cirugía del corazón y del pericardio	51
Clíteres de creosota en el tratamiento de la disenteria.	112
Comentarios sobre la etiología y la patogenia de la fiebre amarilla	67
Comunicación del doctor Cuéllar Durán sobre uropionefrosis.	129
Comunicación del doctor Tiberio Rojas	349
Contribución al estudio de la lepra en Colombia	399
Cuadros de la mortalidad en Bogotá, 32, 60, 92, 123, 155, 188, 219	251
Curación radical de una hernia	39

D

Diagnóstico de la enfermedad de Addison	26
Diagnóstico de la tuberculosis por la oftalmorreacción á la tuberculina	146
Desinfección de los libros	180
Diarrea intertropical	112
Discursos en la posesión del nuevo Presidente de la Academia (número del Centenario)	7
Discurso académico (número del Centenario)	25
Discurso del Presidente de la República (número del Centenario)	48
Diseminación de los bacilos de la tuberculosis por las moscas.	178
Disenteria, tratamiento por la creosota	112
Doctor Manuel G. Peña	366
Doctor Pedro Quesada Romero	367
Doctor Enrique Restrepo Mejía.	397

E

Edad avanzada y criminalidad	145
El agua destilada como diurética	146
El paludismo y la doctrina del Profesor Blanchard	61
El polvo de las calles de Bogotá	68
El signo de Kerning sin meningitis	239
El síndrome talámico	308
Erupción miliar pápulo-pustulosa	111
Estadísticas de la Oficina de Salubridad, 30, 58, 88, 119, 151, 183, 214, 247	283
Enfermedad de Addison	26
Estudio del Instituto Pasteur de Lille sobre la oftalmorreacción	204
Estudio sobre el origen y significación de las células contenidas en los derrames pleurales	387

	Págs.
Esplenomegalia febril de los trópicos.....	137
Etiología y patogenia de la fiebre amarilla.....	41
Euquinina en el paludismo.....	105
Exposición del doctor Cuéllar Durán.....	125

F

Fiebre amarilla.....	41, 67
Fiebres de Muzo.....	93
Fórmula contra las paperas.....	116
Framboesia tropical.....	328

H

Hematocitos. Clasificación de Laveran.....	207
Hemostasis por inyecciones de suero animal fresco en las hemofilias.....	238
Heredosífilis cuaternaria del tejido reticulado.....	192
Hernia inguinoescrotal.....	39
Hígado tropical.....	221, 258, 287
Heroína.....	112
Huequera.....	211

I

Identificación de los criminales.....	50
Informe sobre las fiebres de Muzo.....	93
Informe del Secretario de la Academia de Medicina leído en la sesión solemne del 25 de Julio de 1910 (número extraordinario del Centenario).....	10
Informe de una Comisión.....	346
Importancia de algunos reflejos para el diagnóstico precoz.....	81
Influencia del piso sobre la propagación de las enfermedades contagiosas.....	245
Inconvenientes de la terapéutica intrauterina en las recién paridas.....	171
Influencia de la nicotina sobre la acción tóxica del humo de tabaco.....	113
Intervención quirúrgica en una monstruosidad.....	9
Intoxicación y dipsomanía.....	275
Inyecciones epidurales y sus aplicaciones terapéuticas.....	108

K

Kala-azar.....	137
Kelotomía.....	307

L

La euquinina en el paludismo.....	105
-----------------------------------	-----

	Págs
Pro Patria (número extraordinario del Centenario)	1
Peligros de la oftalmorreacción	240
Proporción relativa en el crecimiento de los niños	173
Purgene	182

Q

Quinoleína	213
Quiste compuesto del ovario izquierdo	4
Quinobromina	183
Quinoformo	183

R

Raya (la)	195
Rayos de Roentgen	37
Rectificación y ampliación	41, 67
Relación de las enfermedades tratadas en el Asilo de San Diego durante el tiempo transcurrido de 1.º de Enero de 1900 á 31 de Diciembre de 1906	157
Riñón móvil	175

S

Salicilato de soda en el reumatismo	110
Sesiones científicas	322
Sesión solemne (número extraordinario)	4
Sesiones científicas (número extraordinario)	50
Siflides secundarias consecutivas al chancro extragenital	180

T

Tanino en algunas formas de dolor de muelas	116
Tratamiento de la erupción miliar pápulo-pustulosa	111
Tratamiento de la diarrea intertropical por las fresas	112
Tratamiento del asma por las inyecciones de suero antidiftérico	114
Tratamiento del asma por la trinitrina	114
Tratamiento de las alopecias de las mujeres	147
Tratamiento del enrojecimiento de las narices	27
Tratamiento de la arterioesclerosis por la asociación de los yoduros y de los nitritos	116
Tratamiento de la disenteria por la creosota	112
Tratamiento de la enfermedad de Bright	169
Tratamiento intensivo plurimercurial y discontinuo de la sífilis	177
Tratamiento de los dolores fulgurantes de la ataxia locomotriz	180
Tratamiento de las picaduras de las abejas y de las avispas	115

	Págs.
Tratamiento de la sordera por la tiosamina	148
Tratamiento de la blenorragia por las inyecciones yodadas.	282
Tratamiento de la neumonía al aire libre.....	245
Tratamiento de la lepra	273
Trepanación del antro mastoideo.....	384
Trinitrina (la) en dos casos de afecciones mentales	115
Transmisión experimental de la tuberculosis por inhalación..	178
Tuberculosis	69

U

Un plan para el estudio del hombre.....	198
Uropionefrosis.....	129

V

Valil (el) como remedio para los zumbidos de oídos.	115
--	-----

Y

Yoduro de potasio contra la eclampsia	112
---	-----

