

# REVISTA MEDICA.

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES

Redactor — **NICOLAS OSORIO.**

SERIE XI. } Bogotá, Noviembre 20 de 1887 } NÚMERO 120.

SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES DE BOGOTA.

## ACTAS.

SESIÓN DEL VIERNES 9 DE SEPTIEMBRE DE 1887.

(Presidencia del Doctor A. Posada).

En la ciudad de Bogotá, á las cinco y media de la tarde del viernes 9 de Septiembre de 1887, se abrió la sesión estando presentes los miembros siguientes: Doctores Barreto, Castañeda, Coronado, Ibáñez, Medina, Michelsen, Posada y Sandino Groot. Dejaron de concurrir, con excusa, los Doctores Aparicio, Durán Borda, Gómez Calvo, Gómez Proto, Fonnegra, Osorio, Plata Azuero y Uribe R., y sin ella, los demás miembros.

Fué aprobada el acta de la sesión anterior.

Leyóse una nota de la Junta central de Higiene en la que transcribe una proposición, por ella aprobada, relativa al mal estado del acueducto que conduce agua limpia á la ciudad en la esquina oriental de La Candelaria. El señor Presidente manifestó que tenía conocimiento de que se ocupaba la Autoridad en remediar el daño mencionado.

El señor Doctor Castañeda habló sobre las propiedades antisépticas de la antipirina, basado en el buen resultado obtenido en la práctica, y haciendo notar que las heridas

han cicatrizado por primera intención. Esta propiedad de la antipirina no ha sido señalada por ninguno de los numerosos profesores que se han ocupado de este importante agente terapéutico, y es importante consignarlo así en honor del señor Doctor Castañeda.

El señor Doctor Coronado presentó el Informe que se le había encomendado sobre profilaxia de la angina difterítica, el cual fué leído y aprobado.

Y siendo avanzada la hora, se levantó la sesión á las seis y media de la tarde.

El Presidente, AURELIANO POSADA.

El Secretario, *Pedro M. Ibáñez.*

---

SESIÓN DEL DÍA 7 DE OCTUBRE DE 1887.

Presentes los Doctores Posada, Castañeda, Gómez Proto, Osorio, Roca, fué nombrado Secretario *ad hoc* el Doctor Castañeda, por no hallarse presente el señor Doctor Ibáñez.

Leída el acta de la sesión anterior, fué aprobada sin modificación alguna.

Acto continuo el señor Doctor Gómez pidió la palabra para leer el informe que se le había encargado sobre la comunicación del señor Ricardo Soto O., relativa al empleo de la cocaína en la cirugía dental.

Puestas en consideración de la Sociedad las conclusiones con que termina su informe el señor Doctor Gómez, el señor Presidente resolvió que se publicara en la *Revista* para que pudieran estudiarlo todos los socios y luégo someterlo á la discusión en la próxima sesión de la Sociedad.

No habiendo otra cosa de qué tratar, se levantó la sesión.

El Presidente, AURELIANO POSADA.

El Secretario *ad hoc*, *G. J. Castañeda.*

## ORIGEN DEL BERIBERI.

Se sabe que el Beriberi es una enfermedad epidémica sumamente grave que se observa en el extremo Oriente, principalmente en las islas de la Sonda y en las comarcas bañadas por el mar de la China, el Japón, las Filipinas y las Indias Inglesas. La afección no es contagiosa (?) y está caracterizada principalmente por hidropesías generalizadas, alteraciones de la sensibilidad y de la movilidad, que pueden ser atribuídas á hidroraquis é hidromielitis. El Beriberi es considerado por la mayor parte de los epidemiologistas como una enfermedad producida por la ingestión de alguna sustancia tóxica contenida en la alimentación. Como ella es frecuente en las regiones en donde el arroz forma el alimento principal, se ha tenido la idea de atribuírle al arroz averiado, de la misma manera que la *Pelagra*, que no deja de tener algunas analogías con el Beriberi, ha sido atribuída al uso del maíz averiado.

El hecho es que basta modificar la alimentación de las personas atacadas por la enfermedad y reemplazar el arroz por carne, pescado y legumbres frescas para hacerla desaparecer rápidamente. W. Van den Driessche, que ha estudiado el Beriberi en el ejército colonial Nerlandés, acusa igualmente al arroz; pero para él no es el averiado, sino el que no está en sazón; y en este caso sería el arroz chino el que debería acusarse. En efecto, en China el cultivo del arroz no está sometido á ninguna vigilancia de parte de las autoridades, y el cultivador, para obtener mayores utilidades, no espera para dar su cosecha á la exportación, su completa madurez.

El arroz de procedencia china, mal decorticado, de grano pequeño, de un color sucio y recolectado muy tierno, no se hincha por la cocción, siendo por esto el peor de los de las tierras tropicales. La prueba que da de su afirmación W. Van den Driessche, es que alimentando los monos, las palomas y los

pollos con arroz cegado demasiado tierno, se producen en ellos síntomas semejantes á los del Beriberi, y á los cuales no pueden resistir.

Es verdad que las Indias inglesas, y quizás la Indochina, no se alimentan con arroz chino, pero puede suceder que en estos países se recoja antes de su completa madurez.

De cualquiera manera que sea, la opinión sostenida por W. Van den Driessche, es nueva y de fácil verificación. En caso de confirmación, quedaría aún por demostrar si el arroz no maduro es tóxico por los elementos normales que contiene ó por las transformaciones que sufra á consecuencia de una alteración de origen parasitario.

Hasta hoy se daba como origen á la palabra Beriberi, la palabra indostánica *bharbari*, que significa *hinchazón*, ó la palabra *bhayrée*, que en Ceylán quiere decir *debilidad*, ó aun la palabra *bhur*, que significa *opresión*. En apoyo de su teoría, W. Van den Driessche propone una nueva etimología: Beri-Beri, que se escribía antiguamente *be-ri bé-ri*, vendría de *B. E.*, que quiere decir *medio* ó *mitad*, y de *ri*, que es el nombre del fruto del arroz, lo que equivaldría á *medio arroz*, ó arroz que no ha alcanzado su perfecta madurez. (*Zeitschripte für Physiologische, &c., &c.*)

### TERAPEUTICA MEDICA

DE LA SUPRESIÓN DE LA FIEBRE TIFOIDEA POR MEDIO DE LA QUININA Y LOS BAÑOS TIBIOS. \*

Por el Doctor G. Pècholier.

(Conclusión.)

Mi primera respuesta es que aun cuando cada día estoy más seguro de esta acción antizimásica, sería imprudente si afirmase la infalibilidad absoluta de mi medicamento. Es verdad que la fiebre palúdica encuentra en la quinina un específico

\* En el número anterior se puso por error "baños fríos"

que nadie pone en duda, cualquiera que sea la forma de esa fiebre; pero sucede que en algunas circunstancias este específico queda impotente.—Por qué motivo?—No es esta la ocasión de investigarlo.

Así, pues, si hace ya cuatro años que no he encontrado un solo caso de fiebre tifoidea que no haya resistido á mi medicación, debo estar muy satisfecho, pero nadie puede asegurarme que no podré encontrarlo mañana. En estas circunstancias es un deber realizar en favor del enfermo todas las condiciones favorables. Además, no es con la primera administración de la quinina con la que se detiene la fermentación tifoidea. Cuando se da el medicamento, el microbio, después de una incubación de una duración todavía desconocida, ha pululado ya más ó menos, y el contraveneno necesita de tiempo y de dosis sucesivas para llegar á destruirlo completamente. La experiencia me ha demostrado que la quinina, en cuanto á la rapidez de sus efectos, no se parece á los antitérmicos. Si se propina la antipirina en dosis suficiente, el calor patológico será atacado prontamente y durante todo el tiempo en que siga tomándose el medicamento; pero con esto no se conseguirá ejercer ninguna influencia sobre la terminación de la enfermedad. Por el contrario, si se administra la quinina, no a dosis nocivas á que han llegado algunos (5 gramos, Monneret)—más peligrosas quizá para el enfermo que para la enfermedad—sino á dosis diarias que alcancen 1 gramo ó 1.<sup>o</sup>20, para los adultos, el termómetro y el pulso apenas sufrirán frecuentemente una influencia mediana con las primeras tomas. He visto que por poco intensa que sea la dotinentería, se necesita verdaderamente un septenario, y aun más para notar el decaimiento decisivo de la efervescencia.

Ahora bien, durante esta especie de incubación del efecto terapéutico, la hipertermia puede persistir con sus consecuencias, de las cuales es una de las más desastrosas la de favorecer

la energía de la fermentación patológica. Que se piense además en los sufrimientos del enfermo, en esa piel árida y ardiente, en ese malestar, esa agitación del pobre atacado de la fiebre tifoidea á quien la inmersión en el agua tibia va á aliviar casi instantáneamente. ¡ Quién no recuerda haber visto anteriormente, en aquella época en la cual gran número de familias, juzgaba del valor del medicastro en quien habían depositado su confianza, por el número de coberturas acumuladas sobre el enfermo, al paciente blindado en su lecho y obligado á soportar su suplicio sin hacer un movimiento, bajo el ojo implacable de sus enfermeros ! En vano intentaba algunas veces, burlar por un instante, su vigilancia para encontrar en un lugar más fresco un alivio, desgraciadamente demasiado corto ! Pensad, pues, cuánto os bendecirá ese desgraciado si sumergís en agua tibia su cuerpo incandescente, contribuyendo con esto no sólo á aliviarlo sino á curarlo !

En este punto también alguien me detiene y me dice : “ Vos disminuís la importancia de los baños fríos, que parece encomiáis y predicáis ; á estos baños y no á la quinina es á lo que debéis el buen resultado de vuestro tratamiento.” Mi respuesta será perentoria, pero ella me obliga á hacer una confesión. En aquel tiempo en que yo rumiaba sin cesar en mi espíritu esta cuestión de la fiebre tifoidea, que me preocupa hace más de veinte años, llegué á estar convencido de que ella es causada por una fermentación, y de que la célebre complicación remitente es extraña para ella casi siempre ; de aquí que yo deduzca lógicamente que la quinina dada contra esa complicación debía abandonarse. Prescribí otros antizimásicos (1), mul-

---

(1) Hoy, cuando la ciencia ha adelantado tanto, se puede asegurar, á lo menos en cuanto á las enfermedades internas, que no hay antigimázico absoluto, sino gran número de antigimázicos variados y que atacan especialmente tal ó cual especie de fermentación. Sin esto, el biyoduro de mercurio, que ocupa el primer rango, según la clasificación de Miquel, sería la panacea de todas las en-

tipliqué las fricciones frías y baños tibios. Ciertamente que entonces vi, como todos los prácticos, que gran número de fiebres tifoideas terminaban bien, pero también tuve la pena de perder muchos enfermos cuya curación, estoy seguro de ello, conseguiría yo en la actualidad. Nada me hace comprender mejor la suma importancia de la quinina contra la fiebre tifoidea, que mis recuerdos de la época en que, fiel á convicciones sinceras, no la empleaba jamás.

La escuela hipocrática, en nombre de los principios más claros de la patología general, me hará la tercera y última objeción.—No es científico dar para el tratamiento de una afección fórmulas casi matemáticas y aplicables á todos los casos. Es menester tener en cuenta las numerosas variaciones ocasionadas tanto por el genio de la enfermedad como por la constitución del paciente; y, en resumen, no hay enfermedades sino enfermos.—Esto es cierto; lo reconozco en muchos casos, cuando sin poder obrar sobre la causa próxima de la enfermedad, sobre el estado mórbido, sólo es posible apreciar su manifestación, es decir, el estado mórbido, que varía conforme á una multitud de circunstancias. Pero esto no es exacto, cuando se puede destruir directamente esa causa próxima. Ya yo he manifestado por escrito que no hay sino un medio de socorrer á un ahorcado: cortar la cuerda. Para poner á raya el proceso tifoideo es preciso destruir lo más pronto posible el germen de que depende.

Para acabar de demostrar mi tesis, sólo tengo que agregar un corto número de indicaciones:

1.ª ¿La quinina efectúa realmente una acción antizimásica? No tengo intención de repetir aquí los argumentos que he desarrollado en apoyo de esta aseveración en mi memoria de

---

fermedades micróbicas. Ciertamente que hay muchos agentes, particularmente el yodo y el mercurio, que atacan específicamente muchas enfermedades, pero no hay ninguno que las ataque á todas.

1885. Me bastará recordar que he demostrado que la quinina es ciertamente antizimásica contra la fiebre palúdica, que también lo es contra la infección purulenta, contra la miliar, contra la blenorragia, contra otros estados patológicos, y quizás más particularmente contra la escarlatina y tos ferina (2).

Es esta una inducción en favor de su virtud contra el germen tifoideo, pero no una prueba formal, pues que acabo de recordar que no hay antizimásicos absolutos, y que en medios muy agresivos contra ciertos microbios otros pululan muy bien. Es la experiencia clínica la que ha hablado en último término, mostrando á la dotinenteria dominada, disminuída ó suprimida por el alcaloide de la quina.

2.º ¿Cuál debe ser la dosis de quinina que se administre diariamente? Yo sigo temiendo la acción de una dosis demasiado fuerte, especialmente con la obligación de reiterarla durante cierto número de días. Hace dos años no hablé sino de 80 centigramos á un gramo de sulfato de quinina por día, y aquella cantidad me había parecido suficiente siempre. Hoy me inclino á obrar en proporciones un poco más elevadas, á fin de yugular más segura y rápidamente la enfermedad. Una reflexión me ha traído á esta vía. La fórmula ordinaria de los prácticos de Montpellier contra la complicación remitente era de 1 gramo

---

(2) A estos estados patológicos agregaré sin vacilar las neumonías microbicas, de las cuales he visto ya en mi práctica muchos casos curados con la quinina. Sin negar la existencia de la neumonía palúdica, creo que muchos casos definidos como de esta clase en otro tiempo en Montpellier, no eran sino neumonías parasitarias, á cuya demostración ha venido recientemente Jaccoud á traer su preciosa ayuda, y que nuestros antiguos grandes clínicos trataban eficazmente, sin conocerlas, por medio de su medicamento favorito. Y es por el hecho de oponerse á otras fermentaciones y no la fermentación palúdica, que el alcaloide de la quina ha dado maravillosos resultados, fuera de la fiebre tifoidea, en muchos casos en que mis predecesores creyeron haber destruído únicamente la célebre complicación, objetivo constante de su preocupación. En nuestra ciudad es muy rara la verdadera fiebre palúdica perniciosa.

de sulfato de quinina y de 4 á 6 gramos de resina de quina en las 24 horas. En ocasiones se formulaban cantidades más considerables aún, y esto sin que recuerde haber observado un sólo accidente. Así, para hacer mi medicación más segura y más activa, me he decidido á subir á 1 gramo 20 en los adultos, en los primeros días, por lo menos, añadiendo un correctivo á la quinina, que indicaré en seguida. Yo afirmo que no es que las dosis empleadas hasta hoy sean insuficientes, pero yo creo poder obrar mejor y yugular más pronto la enfermedad. Estaría dispuesto, además, recordando la acción enérgica de la resina de quina, á emplear esta preparación asociada al sulfato de quinina, si no temiese encontrar muchos recalcitrantes, cuando debe continuarse la poción por muchos días. La resina de quina es pesada para el estómago y frecuentemente la he visto devuelta por el vómito, aun por los enfermos que habían soportado su mal sabor. Aquello me ha sucedido á mí mismo en Alger, medicándome para una fiebre que había contraído allí.

La solución de sulfato de quinina es ciertamente la preparación más segura, pero tiene un gusto desagradable. Las píldoras ó los panes ázimos sientan bien ordinariamente, teniendo el cuidado de hacerlos preparar poco tiempo antes de su administración. Por lo demás, se tiene el criterio de la absorción del remedio por la aparición de sus efectos fisiológicos, la sordera, especialmente.

Los niños, que por lo regular rechazan los panes ázimos y las píldoras, toman la quinina en café, si la persona que los cuida usa de artificio y autoridad. El remedio pierde así en gran parte su mal sabor. Raras veces he encontrado grandes dificultades por esta parte.

3.º ¿ Cuáles son los adyuvantes y los correctivos que deben asociarse á la quinina en el tratamiento antizimásico? En mi primera memoria me preguntaba si la administración prolongada del sulfato de quinina, no podría disminuir la energía del

corazón y favorecer la muerte súbita, que se observa algunas veces en la fiebre tifoidea. Yo he respondido que estas muertes súbitas eran, en ciertas circunstancias, la consecuencia de la enfermedad misma que debilita y anemía profundamente el organismo, y de la hipertermia, que produce las alteraciones bien conocidas hoy sobre el tejido muscular, y el miocardio, en particular. No se podrá, sin embargo, negar absolutamente cierta influencia de la quinina sobre accidentes tan lamentables. Por tanto, he agregado que por poco que se prolongue el empleo del específico, hay necesidad de ayudar á la energía del corazón y prevenir sus desfallecimientos posibles, por la administración del café, de la cafeína y especialmente de la digital. He llegado hoy á asociar, casi siempre al principio de mi tratamiento, la digital á la quinina, cuando la enfermedad es un poco intensa y que crea que deba continuar largo tiempo el empleo de la quinina á dosis elevadas. Administro el polvo de las hojas de la planta á la dosis de 20 centigramos para los adultos, durante un septenario por lo menos, período en el cual estoy casi seguro de la tolerancia del organismo por el remedio. Si continúo por más tiempo, vigilo atentamente la posibilidad de la intolerancia, que á veces llega después de este septenario, sabiendo, por lo demás, que la acción de la digital continuará algún tiempo después de la suspensión del medicamento.

Agrego que, además de llenar esta indicación cardiaca, la digital debe hacer sentir sus efectos antitérmicos, que son preciosos, y disminuir el número de pulsaciones. Es, pues, un auxiliar verdaderamente útil.

El Doctor Duboué ha recomendado con mucha convicción el empleo de la ergotina contra la fiebre tifoidea. Sin negar la importancia del testimonio de mi muy distinguido comprofesor, yo no exijo de la ergotina sino que llene una indicación secundaria, que en muchos enfermos toma una importancia real. Cuando, en la declinación de la dotinentería, sobre todo, la

bronquitis y la congestión pulmonar llegan á sobrepasar su intensidad ordinaria y á ser una complicación grave, la ergotina, estimulando los vaso-motores de los vasos pulmonares, es un descongestionante activo. En muchas de mis observaciones ella ha sido muy útil, pero nunca tanto como en la observación II, en que los síntomas pulmonares se han acentuado y en que por dos veces los buenos efectos del medicamento han sido casi instantáneos.

La localización intestinal, á la cual no se hace ya desempeñar un papel primordial, tiene sin embargo sus peligros y sus indicaciones. Limpiar el intestino y desembarazarlo de las materias pútridas que él contiene, es una indicación de primera importancia. Así, haya ó nó diarrea, es raro que yo no prescriba en el curso de la enfermedad algunos medios vasos de agua de Hunyadi-Janos. Escojo para esto las horas de la noche que preceden á las de la ingestión de la quinina.

Es, sobre todo, para practicar la asepsia intestinal que he conservado de mi antiguo tratamiento la administración, en lavativa, del ácido fénico, tal como lo he aconsejado primero, y que me ha parecido siempre útil. Sin embargo, me cuido siempre de las dosis siderantes preconizadas por un clínico, por otra parte muy distinguido, el profesor Desplats, y me contento con poner 8 á 10 gotas de desinfectante en media lavativa de agua de malva, que repito algunas veces durante la noche.

El tratamiento que el profesor Bouchard instituye contra la fiebre tifoidea tiene grandes relaciones con el mío. Este profesor utiliza igualmente la quinina y los baños, y se alaba mucho de su empleo. Tener en su favor una autoridad tan competente y tan irrecusable, es una gran fortuna. Sin embargo, quiero precisar cuáles son los puntos en que mi método se separa del del célebre médico de París, y por qué mis procedimientos me parecen preferibles á los suyos. He tomado principalmente mis enseñanzas de la práctica del médico de Lariboisière en una

comunicación insertada por Legendre en *La Unión médica*, "La fiebre tifoidea tratada por los baños tibios progresivamente enfriados," y de una revista notable que Lereboullet ha dado anteriormente en la *Gaceta hebdomadaria*.

1.º En vez de recurrir desde el principio como yo á la acción antizimásica de lo quinina, Bouchard emplea primero durante cuatro días el calomel, que administra en píldoras de 2 centigramos, en número de 20 por día. Hay en esto una aplicación de las teorías de Miquel, que en las experiencias que ha hecho en Montsouris ha buscado la anteseptia absoluta y ha considerado el mercurio como el agente más enérgico. Es en virtud de la misma concepción que ciertos médicos, y en particular el sabio profesor Lèpine, de Lion, dirigen los mercuriales contra la neumonía parasitaria, y que yo mismo hace 20 años, época en la cual tenía el ácido fénico por el mejor anti-fermentable, yo lo proponía para el tratamiento de la fiebre tifoidea y otras enfermedades microbianas. Muchas veces he repetido ya que mis ideas han cambiado desde entonces á hoy, y que he dejado de creer en un antídoto general de las fermentaciones patológicas; busco hoy antizimásicos especiales á tal ó cual microbio, específicos que la clínica solamente puede acreditar definitivamente para tal ó cual afección en particular.

"Los agentes llamados específicos son agentes antizimásicos" Tal es la tesis que he sostenido en una larga carta dirigida al doctor Dujardín Beaumetz. He visto con placer desarrollada la misma idea, con un gran talento, en una lección del Profesor Germán Seé.

Así, en cuanto á la virtud microbicida de la quinina contra la fiebre tifoidea, he tomado como se ha visto los primeros elementos de mi confianza, en la inmensa serie de hechos en que ella había tenido éxito, entre las manos de antiguos clínicos de Montpellier y por mi decidida convicción en los que yo mismo he recogido. Hay muchos específicos que como la quinina, el mer-

curio, el yodo, el azufre &c., se usan con buenos resultados, contra muchas afecciones microbianas diferentes, pero no contra todas. En cuanto á los agentes antisépticos absolutos ó á una panacea de todas las enfermedades internas parasitarias, yo no creo absolutamente. Hay bacterias que pululan en el tabaco puro, en medio de la nicotina. Mercurialíse un palúdico hasta hacerle caer los dientes y no se logrará evitarle uno solo de sus accesos de fiebre. Satúrese un sifilítico de ácido cianídrico, de cobre, de ácido salicílico &c., agentes todos colocados muy alto en la nomenclatura de Miquel, se podrá matar al enfermo pero no á sus microbios. Si meditamos en la práctica del profesor Bouchard, yo estimo que para una enfermedad en que la sangre se hace fácilmente difluente como la fiebre tifoidea, temo mucho al calomel sobre todo dada á *fracta dosis* por un procedimiento que se parece un poco al de Law.

La estomatitis podrá ser una consecuencia frecuente. Yo he verificado hace ya largo tiempo en el Hospital de San Eloy los buenos efectos del método de Annesley en el tratamiento de la disentería, pero he observado frecuentemente, á consecuencia de esta práctica, accidentes locales en ocasiones muy penosos para los enfermos.

2.º Como antiséptico intestinal, el sabio profesor recomienda el polvo de carbón y particularmente el polvo de carbón yodoformado. He ensayado el carbón en mi enfermo de la I.ª observación, atacado de una diarrea pútrida en alto grado, sin ventaja aparente. Respecto del carbón yodoformado, nada me prueba que el yodoformo ataque especialmente la bacteria tifoidea, y además, siendo nuestros habitantes del mediodía más nerviosos y más recalcitantes que los de los hospitales de París, yo temería mucho su mala voluntad si fuere necesario obligarlos á tomar, durante varios días, dosis repetidas.

3.º El médico de Lariboisière no ve en la quinina sino un auxiliar de su terapéutica y no la prescribe sino cuando existe

una hipertermia considerable. Ordena entonces dos gramos, pero cada tres días solamente. Lamento encontrarme en este punto, en perfecto desacuerdo con él. Si la virtud antizimásica de la quinina resalta de mis observaciones, su virtud antitérmica, cuando el medicamento no se prescribe á dosis siderante, se hace esperar, y frecuentemente es poco marcada. Esto se ve, por ejemplo, en la fiebre héctica de los tuberculosos, en que la antipirrina abaja mucho mejor el calor. Por consiguiente, si solo se buscara la acción antitérmica, la kairina, la talina ó la antipirrina darían mejores resultados que la quinina. Sin embargo estos tres agentes van empleándose cada día menos en la curación de la fiebre tifoidea.

4.º A los baños tibios á 33 grados que me han parecido tan útiles, Bouchard, prefiere los baños calientes primero (38 grados), luego enfriados poco á poco. No encuentro como motivo serio para esta preferencia, sino que la entrada al baño tibio sería más penosa para el enfermo; pero nunca he observado que esto suceda. La temperatura inicial elevada, obliga á prolongar la duración de cada baño durante una hora por lo menos, y en ocasiones hasta una hora y cuarenta minutos. La mayor parte de los enfermos no pueden estar cómodamente dentro del baño, en donde tienen frecuentemente una posición forzada. Por esto los he visto al cabo de diez á veinte minutos pedir impacientemente que se les conduzca á la cama. Agréguese á esto que en una enfermedad en que la acción del corazón puede ser desfalleciente, siempre es de temerse el baño prolongado, que puede hacer caer en síncope á un hombre sano.

Y estos baños prolongados los repite, Bouchard, ocho veces por día, es decir durante doce horas en las veinticuatro horas del día!

Los tifoideos graves tiene mucho horror por todo movimiento. Esto lo he experimentado en mí mismo como el héroe desgraciado del "*Boyage en Chine*," anonadado por el mal de

mar, de buena gana habría dicho á mis verdugos, esto es á mis enfermeros : “ Ahorcadme pero no me movais ! Qué fatiga para los tifoideos, qué dificultad para todas las maniobras que es preciso ejecutar para conducirlos y sacarlos del baño !

Mi tratamiento, en todos los puntos en que se separa del del eminente maestro, de quien aprecio, por lo demás, en el más alto grado los trabajos tan brillantes y tan originales, me parece pues más racional, más sencillo y más seguro que el suyo.

Hasta hoy me ha dado siempre buenos resultados.

#### CONCLUSIÓN :

Por su acción antizimásica, la quinina, asociada á los baños tibios, enfrena, acorta, y suprime la fiebre tifoidea. La enfermedad no se prolonga, por término medio, más de catorce ó diez y seis días. Los once hechos recordados en mi memoria, hacen subir hoy á 65 por lo menos, los casos consecutivos prematuramente curados por mi método, sin ningún insuceso.

(*Boletín de terapéutica*, 30 de Abril y 15 de Mayo de 1887).

### EL CONGRESO DE LOS MEDICOS ALEMANES.

Señor Redactor de la *Revista Médica*.—Bogotá.

No teniendo por el momento ningún trabajo original que enviar á usted, pues los casos que he observado en los Hospitales de esta ciudad no han presentado, hasta ahora, nada que pueda ser digno de notarse como nuevo y útil para la Medicina de mi país, me he permitido, en mi deseo de ayudar en algo á la difusión de los nuevos adelantos de la ciencia, traducir el resumen de la sesión del Congreso de Médicos alemanes, que tuvo lugar en Wiesbaden, en los días 13, 14 y 15 del presente mes, el que considero de alguna utilidad. Continuaré en adelante ayudando á usted de la mejor manera que me sea posible.

“ Entre las celebridades presentes se hallaban Virchow,

Leyden, Gerhardt, Leube (Würzburgo), Curshmann (Hamburgo), Nothnagel (Viena), Kisch (Praga) y el último ayudante del célebre Cohnheim, Lichtheim, ahora profesor en Berna &c.

Leyden, como Presidente, abrió la sesión. Hizo notar la importancia creciente de la Sociedad é hizo presente la necesidad de la unión de todos los médicos, en vista de la creciente tendencia al especialismo.

Bettweiler y Penzowdt hablaron del tratamiento de la *tisis* y ambos vinieron á la conclusión, que á pesar de las grandes esperanzas basadas en el descubrimiento del *bacillus* de Koch, estamos aun lejos de haber descubierto un remedio para esta cruel enfermedad y tenemos que conformarnos con medidas paliativas. Kuchle, llamó la atención al hecho de que la tuberculosis tiene su origen por directa infección de boca á boca, un mayor número de veces de las que se imagina, y fué tan lejos hasta decir y hablar de una "*family tuberculosis*" en el sentido de propagación.

Lichtheim hizo algunas observaciones prácticas é interesantes sobre la etiología de la *anemia perniciosa*, relatando algunos casos en que hubo coincidencia del *tabes* con esta enfermedad y una evidente conexión con las lombrices intestinales (*botriocéfalo*, *filaria*).

Rindfleisch avanzó una nueva teoría con respecto al *tabes dorsalis*, basado en un ingeniosísimo experimento. Según este observador, el espesamiento de la piamadre es la afección primaria, el que produciría la compresión y degeneración de los cordones posteriores, que están más expuestos á ser comprimidos que las otras partes de la medula.

Vogel y Hagenbach hablaron del tratamiento de la *tos ferina*, y después de repasar los diferentes remedios ensalzados, recomiendan como un gran recurso la morfina como antispasmódico, además, quinina (tantos decigramos como años tiene el niño), y la irritación local de la nariz, preconizada por Mi-

chael de Hamburgo, según la experiencia de Hauck. Sienten que en las estadísticas relativas al efecto de los remedios, no se haya tomado en consideración la edad del niño, el pronóstico en ninguna enfermedad siendo tan influenciado por la edad como en la tos ferina. Así la mortalidad, según Vogel, es como sigue: menores de un año 25 por 100, de dos á cinco años 4,8 por 100 y mayores de cinco años 1,1 por 100.

Notthnagel y Naunyn hablaron de la difícil cuestión de la localización de las afecciones cerebrales, más especialmente con relación á la superficie. El último confirmó las observaciones de Wernicke y Kussmaul, concernientes á la afasia.

Litten se fijó en el hecho de que las enfermedades del *estómago* están frecuentemente asociadas á una mala posición del riñón derecho (diez y siete entre treinta y dos casos) y no exclusivamente en las mujeres. Considera la dilatación gástrica como causa primaria y ha obtenido excelentes resultados por el lavado del estómago.

Adamkiewitz asegura que ha curado varios casos agudos de *neuralgia supraorbitaria*, empleando simultáneamente una corriente galvánica y el cloroformo; explica sus efectos inmediatos por medio de la kataforesis. Este experimento es ciertamente digno de atención.

Muy interesantes fueron las observaciones de Tinkler sobre una *fiebre tifoidea epidémica* en una pequeña ciudad cerca de Bonn, donde pudo trazar mas seguramente, la marcha de la infección. Después de este profesor, Fraenkel de Berlin, llamó la atención sobre la larga vitalidad del bacilli de Gaffky de la fiebre tifoidea en el intestino, y explicó por esta circunstancia el incidente de la última infección y de las recaídas.

Rossbach hizo algunas observaciones sobre la *quiluria* y la *leucocitosis*. También exhibió una silla para el uso de los *asmáticos* y pacientes que sufren de *enfisema*, inventada por

uno de sus enfermos, por medio de la cual la espiración es ayudada por una compresión elástica muy fácilmente manejable.

Cahn, ayudante en Estrasburgo, negó las aserciones de Riegel, respecto á que en el *Cáncer del estómago* no existía el ácido clorídrico y probó que en ciertos casos hay carcinoma con ácido hidrocórico, aunque falte á veces la reacción violeta del metilo.

De mucho alcance é indudablemente de gran importancia en la práctica, será el experimento del joven profesor Von Mehring de Estrasburgo, quien produjo la *diabétis* sobre perros que, privados de alimento, les administraba grandes dosis de *florhidein*, un extracto de raíz de ciruelo. Este médico expresó su convicción de que la azúcar se forma únicamente por la descomposición de la albumina. Estas observaciones y operaciones parecen dignas de especial atención, como que ellas pueden modificar profundamente el estudio de esta enfermedad. Leube congratuló á Von Mohring y espera que podremos obtener ahora animales continuamente diabéticos.

Franz habló de una cuestión que es muy discutida en Alemania, á saber : si debe recomendarse á los *enfermos del corazón*, el reposo ó el ejercicio. Leyden tomó parte en la discusión ; asegurando que muchos prácticos van demasiado léjos en su ansiedad por la salvación de tales pacientes, y refiriéndose á las observaciones de Sir Clarh, dijo que éste había visto en su práctica más de 600 casos de afecciones cardíacas sin ningún mal sintoma durante cinco años. Concluye expresando la esperanza de que el próximo Congreso, que se reuniría otra vez en ese bellísimo lugar de baños de Alemania, sea lo mismo de bien concurrido."

Del señor Redactor discípulo y amigo,

JOSÉ IGNACIO BARBERI.

Liverpool, Abril 30 1887.

## LECCIONES DE FITOGRAFIA

LECTURAS Á LOS ESTUDIANTES DE BOTÁNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL.

(Continuación. Véase el número 119).

## POLIGALACEAS.

Esta familia está dividida en tres series, que son: *Poligaleas*, *Zantofileas* y *Kramerieas*. Constan de once géneros, y estos de 525 especies.

SERIE I.<sup>a</sup>

## POLIGALEAS.

Flores irregulares con el ovario de 1-2 celdas, rara vez de tres, uniovuladas. Fruto seco ó carnoso: embrión endospermico ó sin endosperma. Comprende nueve géneros que son: *Polygala*, *Phlebotaenia*, *Muraltia*, *Mundtia*, *Monnina*, *Comesperma*, *Securidaceae*, *Carpolobia* y *Trigoniastrum*.

**Polygala.**—Plantas fruticosas, subfruticosas, ó herbáceas de hojas alternas opuestas ó verticiladas, simples, generalmente enteras y sin estipulas. Inflorescencia en racimos simples ó compuestos ó en espigas capituliformes, terminales, ó rara vez laterales: cáliz de cinco sépalos generalmente petaloidéos, dos de estos aliformes; cinco pétalos imbricados unidos entre si y con los estambres; el anterior (carena) más grande, en forma de casco, ó navicular 2-3-lobado, laciniado; dos posteriores, muy pequeños de dos lóbulos ó nulos, unidos á los laterales cuando existen. Estambres (2-seriados) unidos en tubo por la base, y luego divididos en dos andróforos iguales: anteras 2-loculares, ciliadas ó pilíferas en la base y en el ápice. Ovario libre, 2-ocular, uniovulado, estipitado con 2-4 lóbulos, estigmatosos heteromorfos, desiguales; ovulo descendente. Cápsula de forma variable loculicida, ordinariamente acompañada del cáliz persistente, con

uno ó dos granos glabros ó peludos que llevan el exóstomio engruesado en forma de arilla.

Este género cuenta doscientas especies, la mayor parte americanas. Las conocidas hasta ahora en Colombia alcanzan á doce y son: el *P. trichosperma*, *P. paniculata*, *P. hygrophila*, *P. variabilis*, *P. asperuloides*, *P. brizoides*, *P. glochidiata*, *P. angustifolia*, *P. violacea*, *P. americana*, *P. monninoides* y *P. corifolia*.

**Monnina.**—Arbustos, sub-arbustos ó plantas herbáceas de hojas alternas con flores irregulares, muy semejantes á los del *Polygala*, dispuestas en racimos espiciformes terminales ó axilares llevando los sépalos laterales petaloideos, grandes y en forma de alas; los pétalos en número de 3-5, con la carena, ó sea el anterior, entero, en forma de casco ó con tres lóbulos anchos; los laterales, muy pequeños, reducidos á glándulas, ó nulos; los posteriores, pequeños más ó menos unidos al tubo estaminífero. Este se compone de ocho estambres, á veces de seis, y entonces faltan los laterales opuestos á los pétalos: las anteras llevan 1-2 celdas, que se abren oblicuamente. Ovario 2-locular ó de una celda por aborto de la posterior. Fruto seco, indehiciente ó drupáceo. Grano exarillado.

Consta de 50 especies americanas 18 de las cuales habitan en Colombia, la mayor parte en clima templado, y son: el *M. rupestris*, *M. revoluta*, *M. obtusifolia*, *M. xalapensis*, *M. aestuans*, *M. phytolacaefolia*, *M. parviflora*, *M. polystachya*, *M. latifolia*, *M. angustata*, *M. crassinervia*, *M. densa*, *M. floribunda*, *M. elongata*, *M. mollis*, *M. solandraefolia*, *M. speciosa*, y *M. subscandens*.

**Securidacea.**—Plantas fructuosas, por lo general trepadoras, de hojas alternas, casi siempre enteras y biglandulosas, con flores dispuestas en racimos simples ó compuestos, axilares y terminales, con menos frecuencia fasciculado-dicotomas, con dos sépalos grandes á manera de alas. Pétalos y estambres semejantes á los del *Polygala*. Ovario de dos celdas, una de estas muy

pequeña, vacía, la otra de un solo ovulo. Fruto, samara coriacea leñosa, con un grano exarillado y sin albúmen.

Comprende 25 especies tropicales, la mayor parte americanas; de estas, habitan en Colombia el *S. volubilis*, *S. Goudotiana*, *S. rufecens*, *S. Schlimi*, *S. corymbosa* *S. tomentosa*.

Los demás generos no tienen especies conocidas que los representen en el país, ó no están bien determinadas.

La serie de zantofleas comprende un solo género el *Xanthophyllum*, con ocho especies del Asia y de la Australia tropicales.

### SERIE 3.<sup>a</sup>

#### KRAMERIEAS.

Flores irregulares, resupinadas de 4-5 sépalos; tres pétalos, ocupando la parte posterior de la flor. Tres á cinco estambres igualmente posteriores. Ovario unilocular con dos glándulas y dos óvulos descendentes colaterales. Fruto seco monosperma, indehiciente. Un solo género.

**Krameria.**—Plantas pequeñas fructuosas, cono-tomentosas, de hojas alternas, sin estípulas, simples ó de tres foliolos. Flores solitarias en el extremo de los ramos, colocadas en la axila de las hojas ó de las brácteas, con el pedúnculo bibracteolado en la mitad. Sépalos imbricados, de los cuales el más exterior, que también es anterior, los cubre á todos; viniendo á ser el quinto el más interior y también el que con más frecuencia falta. En la prefloración los pétalos laterales cubren al del medio. Los estambres monadelfos en la base ó libres, son desiguales y llevan anteras basifijas que se abren por la cima, á manera de trompa. El ovario es libre y súpero, de dos celdas, con dos mamelones ó glándulas hipogínicas: encierra dos óvulos descendentes, anatropos; el estilo es cónico, largo y hueco. El fruto casi globoso, indehiciente y erizado.

Comprende 25 especies americanas, todas de clima ardién-

te. Las conocidas en el país son : el *K. ixina*, *K. grandiflora* y *K. spartioides*.

Las Poligalaceas tienen afinidades íntimas con las Violaceas, á las que se ligan por su corola irregular, sus estambres hipogínicos y la forma general del estígmato.

La distribución de sus géneros es como sigue: el *Polygala* y *Securidacea* están repartidos en todas las regiones del globo : en Colombia predominan en la zona templada. El *Monnina* pertenece también á la región templada : las especies de *Krameria* y *Phlebotania*, exclusivamente americanas, habitan las regiones cálidas: las del género *Xanthophyllum* pertenecen al Asia y la Oceanía ; las del *Muraltia*, *Mundia* y *Carpolobia* son africanas: las del *Comespermia* pertenecen á la Europa austral, y las del *Trigonistrum* á la India.

Las poligalaceas están dotadas de propiedades diversas, debidas, en unas, al predominio del principio amargo, y en otras, al astringente. El ácido *poligálico* contenido, sobre todo, en las raíces lechosas de algunas especies, da lugar á la producción de gran cantidad de espuma, que se desarrolla al estregarlas en agua : en algunas partes se utilizan para abrillantar los metales finos, para desengrasar y limpiar la cabellera y preservar el cuero cabelludo de las enfermedades á que suele estar expuesto. Las especies del género *Polygala* gozan en el país de propiedades antiperiódicas y deterativas. Los frutos bacciformes de algunas especies de *Monnina* se usan como tinte. Las especies de *Krameria* encierran un principio rojo y algo de azúcar originado de este mismo principio ; materias amiláceas, goma, un ácido llamado *ratanina* y una cantidad variable de tanino.

De todas las especies conocidas de *Krameria* la más rica en principios solubles, y de consiguiente, la que debe preferirse en medicina, es el *K. ixina*.

---

## NEURALGIA FRONTAL.

Yarumal—1887—Julio 24.

Señor Redactor de la *Revista Médica*—Bogotá.

Muy señor mío :

En uno de los números de la *Revista Médica* vi un artículo que trata de los efectos de la quinina combinada con la sal de Epson contra las fiebres intermitentes, efectos que yo mismo he comprobado en diversas ocasiones. Voy ahora á poner en su conocimiento, para que si lo cree conveniente lo haga publicar en la misma *Revista*, otro efecto notable de la misma combinación.

Fuí llamado en cierta ocasión á prestar mis servicios á una señora en dieta que estaba afectada de una neuralgia supra-orbital de carácter intermitente. Prescribí el tratamiento aconsejado contra dicha afección, del cual hacía gran parte la quinina. La enfermedad no cedía en nada á pesar del más enérgico tratamiento, cuando se me ocurrió aplicar la siguiente extraña fórmula :

Sulfato de quinina.....	80 centigramos.
Sal de Epson.....	24 gramos.
Infusión de anís.....	240 gramos.
Agua de Rabel .....	C. S.

M. R. Cucharadas.

Para tomar tres en el día, por la mañana, á medio día y por la tarde.

Al día siguiente el dolor le dió menos fuerte y á los tres días de estar tomando esta composición, desapareció por completo el dolor.

Conservé la fórmula para experimentarla en otros enfermos, como en efecto lo hice, obteniendo siempre magníficos resultados. Es de observar que las dos terceras partes de los casos en que la he empleado han sido neuralgias supra-orbitarias.

Nunca he querido emplear esta fórmula, salvo en los dos últimos casos que se me han presentado, sin usar antes la quinina en otras formas, y otros antineurálgicos más ó menos recomendados; pero nunca he obtenido buen éxito sino cuando he prescrito la fórmula indicada arriba.

Por creer esto de alguna importancia lo pongo en su conocimiento, asegurándole que en ocho casos de *cefálico* no ha fallado una sola vez.

Con respeto me suscribo de usted su seguro servidor,

CARLOS DE GREIFF.

---

## ANEURISMA EXPONTANEO

DE LA PORCIÓN INGUINAL DE LA ARTERIA FEMORAL.

Ligadura de la iliaca externa—Método de Anél—Curación.

N., de 33 años de edad, natural de Bogotá, casado y carpintero por profesión. En sus antecedentes hereditarios no hay nada digno de mencionarse; fué muy aficionado á las bebidas alcohólicas; tuvo una disentería á los 12 años y fiebre tifoidea á los 18.

Durante la campaña del 85 estuvo algunos días en Puerto Berrío y tuvo una úlcera simple en la parte anterior é inferior de la pierna izquierda, y cuyo sitio está hoy marcado por una cicatriz amoratada. Después sufrió una caída de un caballo, pero sin recibir golpe alguno.

Hace seis meses que, sin que mediara causa alguna apreciable, principió á sentir un dolor sordo en la región inguinal izquierda, donde á la vez le apareció un tumor muy pequeño, el que juzgó que fuera una *seca*; dicha lesión no le impedía para entregarse á sus ocupaciones, pues aunque el dolor era constante, nunca fué fuerte; por las noches sentía picadas en el tumor.

Dicho tumor fué creciendo lentamente sin causar mayor mal-estar, hasta que su persistencia lo obligó á consultar con un médico.

El 14 de Abril de 1887 vi por primera vez este enfermo con mi colega el doctor Velásquez. Es aquel un hombre de pequeña estatura, color blanco y muy demacrado; su hábito externo presenta los signos de un largo sufrimiento anterior, los órganos respiratorios, digestivos y urinarios funcionan bien y no hay en ellos lesión alguna apreciable. Haciendo descubrir la región enferma noté en la cara interna del muslo izquierdo é inmediatamente por debajo del ligamento de Poupert, un pequeño tumor del volumen de un huevo de gallina, de forma de pera, con su base hacia arriba y que ocupaba la base del triángulo de Escarpa, cubierto por una piel de color normal y completamente sana; fijándome bien pude notar que había en dicho tumor movimientos de expansión; la palpación corroboró estos movimientos y me hizo notar que el tumor era fluctuante y fijo; por la auscultación descubrí en él un ruido de soplo muy fuerte é isócrono á la sístole cardiaca; este soplo se prolongaba, disminuyendo lentamente de intensidad, hasta el ombligo, por la parte superior; por debajo, hasta el anillo del tercer abductor; comprimiendo la ilíaca externa desaparecían el soplo y el movimiento de expansión; esta compresión era dolorosa; la compresión del vaso por debajo del tumor no acarrea cambio alguno en éste. En vista de este cuadro sintomático, el diagnóstico se imponía, se trataba de un aneurisma inguinal desarrollado en la porción superior de la arteria femoral.

Urgido por el paciente para que le diera mi opinión sobre su enfermedad y le indicara el tratamiento á que debía someterse, lo hice en estos términos: "Usted tiene un aneurisma de la arteria femoral, lesión que requiere una operación de cuyas consecuencias no puedo responder; haciéndola, usted podrá salvarse; si la rechaza, su enfermedad le acarreará la muerte en

un tiempo no muy lejano." El paciente me contestó que pensaría y me daría oportuno aviso.

Cincuenta y cinco días transcurrieron sin que hubiera vuelto á saber nada de este enfermo, cuando se me volvió á llamar y entonces lo hallé en el estado siguiente : demacración mucho más considerable ; piel de un color semejante al de la caquexia anémica ; voz débil ; ánimo completamente postrado ; el paciente se mueve con suma dificultad y le es imposible comunicar movimiento alguno al miembro abdominal izquierdo ; descubrí el tumor aneurismal y fuí sorprendido de ver que en tan poco tiempo (55 días), habiendo el enfermo permanecido constantemente en su cama, hubiera adquirido la lesión las proporciones que presentaba : tenia la bolsa aneurismal una forma regularmente redondeada y ocupaba, verticalmente, desde el ligamento de Poupert hasta la parte media del muslo, transversalmente cubría las caras anterior e interna del miembro, el que al nivel del punto más culminante del tumor medía una circunferencia de 55 centímetros, el miembro derecho, en el mismo punto, medía únicamente 38 centímetros. La circunferencia de uno y otro miembro al nivel de los cóndilos femorales era de 26 centímetros, y de 24 en las pantorrillas. Circunferencia de la bolsa aneurismal 48 centímetros. En dicha bolsa no son ya tan notables los movimientos de expansión ; la piel que la cubre tiene un color amoratado ; está tensa, luciente, surcada por venas azuladas y presenta aquí y allá trechos amarillosos producidos por hemorragias que se han efectuado en su parénquima ; de trecho en trecho se ven algunas pequeñas pápulas dependientes, probablemente, de unciones cáusticas que un empírico había aconsejado al paciente ; por la parte externa, el tumor presenta á la palpación una resistencia casi fibrosa, por su parte interna es blando y fluctuante ; auscultándolo se oye un soplo fuerte en su parte interna, soplo que no se percibe en la externa y que no pasa más allá de los límites del tumor ; el movimiento de ex-

pansión se nota claramente por la palpación en el mismo punto donde se oye claramente el soplo; hay dolor fuerte en toda la base del miembro, dolor que se exaspera por la presión; el soplo y la expansión son isócronos con la sístole cardiaca, uno y otro desaparecen por la compresión de la iliaca externa; había una escara sobre el gran trocanter izquierdo.

En vista de esto, repetí al enfermo lo que en mi primer examen le había dicho, anunciándole ya, que en el periodo á que había llegado la lesión, el éxito de una intervención quirúrgica era muy problemático; mas que estando condenado á una muerte segura y ya en poquísimos días, le aconsejaba que se dejara operar, pues que aunque el caso era gravísimo, no era absolutamente desesperado. Como el paciente aceptó mi consejo y como era muy pobre, lo hice llevar al Hospital de caridad de esta ciudad, establecimiento que está bajo mi dirección médica, é hice disponer lo necesario para operarlo al día siguiente.

El 10 de Junio á las doce del día y acompañado de mis cofrades Velásquez y Londoño, después de arreglar todo lo que pudiera necesitarse y ayudándome del procedimiento de desinfección de Lister en todo su rigor, emprendí la ligadura de la iliaca externa por el procedimiento de Roux, muy semejante al de A. Cooper.

Después de cloroformizar al paciente y puesto en decúbito dorsal con los miembros abdominales en la extensión, lavé muy bien el campo operatorio y todo el tumor con una solución fenicada al 2 0/0; tracé con un lápiz dermatográfico una línea conveja hacia abajo y horizontal, que partiendo de la parte media del ligamento de Poupert fué á terminar á quince milímetros hacia arriba y adentro de la espina ilíaca antero-superior; hice fijar muy bien el basinete y los miembros inferiores por dos ayudantes; con un bisturí convejo dividí la piel en toda la extensión de la línea trasada; luego el tejido celular y la aponevrosis del músculo grande oblicuo; dejé mi bisturí y con una sonda aca-

nalada dividí las fibras musculares del pequeño oblicuo y del trasverso cortando sus aponevrosis sobre la misma sonda y teniendo especial cuidado en conservar el paralelismo y la extensión entre la herida de la piel y la de las capas profundas; corté de igual modo la fascia trasversa; introduje luego mi dedo en el fondo de la herida y pude encontrar la arteria que trataba de ligar; tomé luego la aguja de Cooper en mi mano derecha y guiándola con el índice de la izquierda que estaba sobre la arteria pude, con mucho trabajo, pasar el hilo que llevaba dicha aguja por debajo del vaso, dirigiéndola de adentro hacia afuera para no herir el peritoneo; retirada la aguja y cerciorado y cerciorados mis coprocesores que el vaso estaba cogido se hizo la ligadura. La expansión y el soplo desaparecieron en la bolsa. Durante la operación no hubo la más insignificante hemorragia fuera de la sangre de algunos pequeños vasos musculares; lavé muy bien la herida con una solución fenicada al 5 0/0; interpusé entre sus labios hilas empapadas en una solución al 2 0/0; cubrí todo con compresas empapadas en la misma solución y con una espica doble de la cintura y el muslo terminé el vendaje. La operación duró una hora; el paciente despertó tranquilo y sin dolor pero se quejó de tener entumecido todo el miembro; lo coloqué en su cama en decúbito lateral derecho; hice rodear el miembro operado de botellas llenas de agua caliente y sacos con salvado también calentado, para evitar el enfriamiento; ordené lavar la escara que había sobre el gran trocánter con una solución de hidrato de cloral al 4 0/0 y cubrirla luego con polvo de quina.

A las dos de la tarde el enfermo se quejaba de un fuerte dolor en el tumor; el miembro todo entumecido; el pulso fuerte y frecuente (100); temperatura  $36 \frac{7}{10}$ ; había una especie de embotamiento intelectual con pesantez de la cabeza, lo que atribuí á una plétora local del cerebro; el miembro había conservado su calor natural. Prescribí un gramo de hidrato de cloral cada hora en 50 gramos de leche.

A las seis de la tarde la situación era la misma que á las dos, con excepción del dolor que se había calmado; el enfermo está bajo la influencia del cloral, casi narcotizado, pero responde á las preguntas que se le hacen. Ordené suspender la administración del cloral para volver á aplicarlo en la noche si reaparecía el dolor.

Día 11. El enfermo pasó mala noche: ha tenido sueño muy agitado interrumpido por fuertes dolores; el pulso es fuerte y lleno y frecuente (100); temperatura  $36\frac{1}{2}^{\circ}$ ; el miembro está entumecido y hay imposibilidad para moverlo; son bien apreciadas la sensibilidad al dolor, al frío y al calor; no hay cambio notable en el tumor; no se percibe pulsación en ninguno de los vasos que están por debajo de la ligadura; persiste la obtusición ó embotamiento intelectual; la vejiga ha estado perezosa para vaciarse, el enfermo ha ido al vaso por dos ocasiones y no ha podido expulsar orina. Prescribí la misma medicación y lavativas purgantes para facilitar las evacuaciones.

En la tarde del mismo día todo estaba lo mismo, la vejiga se había vaciado espontáneamente pero con pereza.

Día 12. Ha calmado el dolor y el paciente está despejado; pulso como el día anterior; temperatura  $37\frac{2}{10}^{\circ}$ ; ningún cambio en la bolsa aneurismal; no se siente pulsación ni en la poplitea ni en la pédia; hay una flictena en la parte anterior del muslo, producida por una quemadura con las botellas de agua caliente; el calor del miembro es bueno: continúa la pereza vesical, pero se vacía el órgano aunque con alguna dificultad; la escara del gran trocanter va mejor. Misma medicación. En la tarde la temperatura llegó á  $36\frac{5}{10}^{\circ}$ , lo demás como en la mañana.

Día 13. Buena noche, sueño tranquilo; el paciente está contento y tiene apetito; ningún cambio en el miembro; la herida operatoria principia á supurar; pulso como ayer; tem-

peratura  $36 \frac{1}{10}^{\circ}$ ; la pereza vesical es menor; no hay pulsación en la pedia ni en la poplítea; la bolsa tiene el mismo volumen. En la tarde todo lo mismo que en la mañana. Misma medicación.

Día 14. El buen estado del paciente se sostiene, hay animación y buen apetito; el tumor aneurismal ha cambiado en su aspecto; principia á reblandecerse en los puntos donde presentaba aquella dureza fibrosa; han desaparecido algunas de las manchas equimóticas y de las pápulas que había en su superficie; la piel no está ya tensa ni luciente; no hay pulsación en los vasos del miembro; éste se mueve con mayor facilidad y no hay tanto entumecimiento; pulso normal (80); temperatura  $36 \frac{1}{2}^{\circ}$ ; ha desaparecido la pereza vesical. Continuar con la medicación. En la tarde todo como en la mañana; por primera vez el termómetro ha llegado á  $37^{\circ}$ .

Día 15. Muy buena noche aunque hubo algún desvelo; pulso normal; temperatura  $36 \frac{1}{2}^{\circ}$ ; la circunferencia de la bolsa aneurismal ha disminuído medio centímetro; su piel está arrugada y en sus puntos donde antes se notaba dureza hay hoy fluctuación. Por la tarde todo como en la mañana, con excepción del pulso que es algo más frecuente (85) y muy fuerte.

Día 16. Hubo muy buena noche hasta las cinco de la mañana, hora en que el paciente, olvidando la prescripción de ponerse una lavativa para evacuar, hizo fuertes esfuerzos para defecar, sintió un dolor muy agudo en la bolsa aneurismal, dolor que se irradió á la cadera y á la pierna; la bolsa se puso tensa y luciente; aumenta un centímetro de circunferencia relativamente á la que tenía el día anterior; pulso débil y frecuente (60); temperatura  $37 \frac{5}{10}^{\circ}$ . Ha debido hacerse una hemorragia en la bolsa aneurismal. Se prescribió un laxante y unciones anodinas sobre el tumor y la cadera. Por la tarde el dolor continuaba pero soportable; pulso (90); temperatura  $37^{\circ}$ .

Día 17. La noche fué buena, el dolor calmó completamente; el tumor está menos tenso y más blando y su piel ligeramente arrugada; pulso menos frecuente y fuerte; temperatura  $37 \frac{8}{10}^{\circ}$ ; por la tarde la temperatura bajó á  $37 \frac{7}{10}^{\circ}$ .

Día 18. Buena noche; el tumor no está tenso y su piel está arrugada; la bolsa tiene, medida con el miembro y al nivel de su punto más culminante, 49 centímetros de circunferencia; no hay dolor; ausencia de pulso en los vasos del miembro; temperatura  $37 \frac{8}{10}^{\circ}$ ; pulso normal. Se prescribió una medicación tónica y reconstituyente, de extracto de quina y lacto-fosfato de cal.

Durante los días 19 hasta el 25 todo continuó bien, con excepción de una ligera hipertermia, pues el termómetro se sostuvo á  $37 \frac{8}{10}^{\circ}$ . La herida cicatricial está cubierta de yemas carnudas; el paciente siente entumecimiento sobre la rótula, hay en el centro de ésta una placa rojisa con su centro blanquecino, del tamaño de medio real; se conservan la sensibilidad táctil y al dolor; el tumor ha disminuído dos centímetros en su circunferencia, está reblandecido é indoloro; no hay pulsaciones en el miembro; el estado general ha mejorado notablemente.

Día 24. El termómetro bajó á  $37^{\circ}$ .

Día 25. El color blanco de la placa que ha aparecido sobre la rótula se acentúa, parece que el tejido quisiera sufrir un principio de mortificación.

Días 26, 27, 28 y 29. Ha habido hipertermia por las tardes  $37 \frac{5}{10}^{\circ}$ , ligero dolor en la bolsa aneurismal, ésta ha disminuído notablemente y se nota que el trabajo de cicatrización ó de reparación del saco se va efectuando de abajo hacia arriba y de la región externa hacia la interna, en estos puntos se nota una dureza sólida y como si la piel estuviera fijamente adherida por su cara profunda; el miembro puede extenderse casi completamente. La placa de la rótula se pone negra en su cen-

tro pero no se extiende en su circunferencia ; el 26 se suspendió la calorificación artificial, por completo, después de haber estado suspendiéndola gradualmente.

Agosto 3. En todos los días anteriores el paciente ha seguido muy bien, únicamente ha habido ligeras hipertermias de 5 á 7 décimos de grado las que han coincidido siempre con dolores pasajeros en la bolsa aneurismal. El 14 de Julio cayó la ligadura ; el tumor ha disminuído más de la mitad, no hay en él ruído alguno, tampoco se notan pulsaciones en los vasos del miembro ; el enfermo se levanta desde hace ocho días, ayudado por muletas, marcha apoyando en su miembro enfermo, pero haciendo en él muy poco esfuerzo. El tratamiento tónico se ha continuado hasta hoy ; el enfermo ha mejorado notablemente en su estado general ; hoy se le dió su baja.

Septiembre 30. El paciente ha continuado mejorándose notablemente ; su estado general es muy bueno ; ya hace uso de su miembro enfermo ; la bolsa aneurismal ha continuado disminuyendo y el trabajo de reparación ó de cicatrización del saco ha continuado haciéndose de abajo hacia arriba y de afuera hacia adentro ; á la fluctuación que se notaba en estos puntos algunos días después de la operación, ha sucedido una dureza resistente, pero es una dureza en un plano regular y no aquella dureza bosalada é irregular que había en algunos puntos del tumor antes de operarlo. Hoy la bolsa aneurismal tiene el volumen de un huevo de gallina y creo que desaparecerá completamente ; la circunferencia del miembro, tomada al nivel del punto más culminante del tumor, es de 42 centímetros ; sobre los cóndilos femorales y la pantorrilla la circunferencia ha aumentado dos centímetros de la que tenía cuando se operó y es igual en ambos miembros, lo que prueba que la nutrición del izquierdo se efectúa bien. No he podido hallar pulsaciones ni en la poplitea ni en la pédia. La escara gangrenosa que se formó sobre la rótula se limitó muy bien y se eliminó expon-

táneamente, desprendiéndose el 10 de Septiembre una costra negra algo más grande que la circunferencia de medio real. Hasta el 15 de Septiembre hubo gran sensibilidad al frío y especialmente sobre la rótula; de esta fecha en adelante aquella ha desaparecido y el calor miembro es normal. Desde el 1.º de Septiembre el paciente usa una faja elástica que comprime moderadamente la bolsa. Todo pues va en una creciente mejoría y el enfermo se entrega ya á sus ocupaciones habituales. La curación puede considerarse radical.

Manizales, Septiembre 30 de 1887.

J. T. HENAO.

## ESTUDIO

SOBRE ALGUNAS FORMAS DE TUBERCULOSIS EN EB INTERIOR DEL PAÍS.

Observaciones—Servicio del Hospital (véase el número 119).

Enflaquecimiento consumado, tinte amarillo de paja, lentitud suma en la articulación, dolor intenso causado por toda clase de movimiento, lengua limpia, húmeda y rojiza; vientre deprimido en canoa, dureza por la presión, dolor motivado en toda exploración, ausencia de asimetría en aquel, no más duro ó renitente en punto alguno; todos los órganos del bajo vientre al parecer normales; agregaba que de cuando en cuando en la evacuación arrojaba una pequeña cantidad de pus. El torax por la inspección revelaba un enflaquecimiento extremo y por la percusión aún la más suave, se proporcionaba dolor y malestar á la enferma; por la auscultación uno que otro frote pleural, en ambos lados, acompañaban el acto de la respiración que se hacía de un modo sumamente lento, no siendo posible examinar la propagación de la voz por la extenuación de la articulación y en general de todos los actos animales. Dormía muy poco, sudaba frío todas las noches y de tarde siempre sufría de escalofríos, de malestar y era por eso obligada á entrar pronto en abrigo. Las falangetas y las uñas recordaban á Hipócrates en la descripción y valor semiológico de aquellas.

Fué nuestro diagnóstico *peritonitis crónica*, con alguna perforación

hacia la extremidad inferior del grueso intestino, y en presencia de los antecedentes, del aspecto mismo de la enferma y de los resultados de algunas de las autopsias antes apuntadas, era hasta cierto punto forzoso agregar á la peritonitis la naturaleza de tuberculosa y creer que en aquella organización un sinnúmero de tubérculos en el estado de crudeza inundaban el organismo todo.

Con alternativas en bien y mal recorre la enferma sus seis meses de estancia en el Hospital, épocas hubo en las que todo hablaba en favor de la salud de nuestra paciente; de dos meses atrás á la época de su muerte todo entra en retroceso: diarrea colicativa, sudores profusos fríos, inapetencia absoluta, conservación de una actitud dada indefinidamente y en sus últimos días un dolor agudo la atormenta hacia la región hepática. En breve la disminución de la temperatura acaba cada día con toda esperanza de reacción, la lentitud de la circulación y el empobrecimiento de la sangre, empiezan á anunciar el trabajo de trombosis en las venas de la gran circulación, en los miembros abdominales; y, en fin, un trabajo análogo pasa en el seno longitudinal superior, acompañado de la extensión del mismo fenómeno hacia las venas meningeas medias y éste momento de vida se extingue en forzoso orden natural de las cosas animales.

Ya se trata de la autopsia del cadáver de una persona semi-acomodada y el trabajo de aquella encuentra obstáculos á diestra y á siniestra, pero se hace.

*Autopsia.*—Cuerpo enflaquecido y nada más digno de mención. Puestas de manifiesto las cavidades del tronto por la larga incisión longitudinal, no hay derrame peritoneal, hay adherencias del grande epiplón con las paredes ventrales, falsas membranas en todo el peritoneo y una alteración se divisa hacia la fosa iliaca derecha; el pericardio y el corazón en posición natural; adherencias pleurales de ambos lados, simétricas, suficientemente extensas para haber opuesto obstáculo á la libre locomoción de los pulmones durante sus trabajos funcionales, éstas: delgadas, transparentes, hialinas, no vasculares é invadían las pleuras totalmente. El riñón derecho, separado del hilo hacia sus pirámides; el izquierdo, intacto; bazo grande, duro y normal; hígado voluminoso, graso, hipertrófico, más no inflamado; ganglios mesentéricos con contenido caseoso, regularmente degenerados; puesta de manifiesto toda la mucosa del tubo digestivo, no se encuentran huellas de ulceraciones de ninguna naturaleza, como tampoco lesión alguna otra mencionable. Separado el pulmón

derecho, una gran masa tuberculosa hacia la cima, más una que otra granulación tuberculosa; el pulmón opuesto, como el anterior, pálido, exangüe, sin tubérculos en el parenquima; en ambos pulmones los ganglios brónquicos llenos de materia caseosa; el corazón intacto, con cóagulos el ventrículo derecho, sobre la cara ventricular de la tricuspídiana, son *post-mortens*, disgregados. El ovario derecho completamente supurado, un trabajo inflamatorio invadía los ligamentos anchos del mismo lado, un procesus de supuración se mantiene allí por largo tiempo, la supuración sigue debajo del peritoneo de la fosa iliaca derecha y pasando por detrás del repliegue peritoneal del fondo de saco posterior, establece comunicaciones con el recto. En el cerebro se encuentra la lesión ya señalada, como causa de muerte y nada más visible.

Se trata de una ovaritis tuberculosa, supurada, en la que los tubérculos de los órganos genitales abren la escena y agotaron por peritonismo y fistulación el organismo, antes de manifestarse en otra parte. En una organización agotada por una supuración sostenida, se estableció á la larga un trabajo de degeneración caseosa, pero que no mostró todo su esplendor porque el organismo cedió antes de tiempo.

X.<sup>a</sup>—Fuimos llamados á observar un caso notable de *tubérculos* al anfiteatro: un mozo de mediana constitución, de temperamento linfático no pronunciado, reposaba sobre una mesa de disección y ya el alumno de la observación del caso había dado por terminada su autopsia. Se había separado y aserrado el esternón: una gran masa de aspecto caseoso se observa al nivel de la región clavicular izquierda, un trabajo de ulceración se había apoderado de la extremidad correspondiente del esternón y de los tres espacios intercostales también izquierdos; examinando con cuidado los puntos opuestos, fácil fué hallar hacia el tercer espacio intercostal derecho, otro trabajo de ulceración, sobre el espacio intercostal derecho, esternón y huesos correspondientes.

Habían ya separado el corazón y no se encontraban rastros del pericardio, pero supimos que había placas lechosas en el pericardio parietal y sobre las paredes del corazón en su cara anterior, y que uno ó dos cóagulos se encontraron en la cavidad del pericardio mismo.

Llevada hasta el pubis nuestra incisión longitudinal, se encontró: poco derrame en el peritórneo, casi lo mismo en la pleura del lado derecho. El pulmón del lado derecho inundado de granulaciones duras, amarillosas, miliares y abundantes; numerosas en el lobo superior, bastantes

en el medio y un poco menos en el inferior, ocupan el parenquima ; los brónquios no se hallan muy alterados ; el pulmón parece un tanto más considerable de la normal, es algo pálido y ofrece hacia los bordes una que otra placa de enfisema vesicular. Los gánglios brónquicos algo voluminosos, en degeneración caseosa, un tanto oscuros en el resto de la superficie. La pleura del mismo lado ofrece placas amarillas miliars, y tres grandes masas caseosas hacia el tercio de la extensión del torax y medio también de los espacios intercostales.

El pulmón del lado izquierdo se encuentra rechazado hacia la parte posterior y aunque envuelto por falsas membranas, no fué difícil enuclearlo en un momento y separarlo rápidamente : color gris oscuro, reducción de su volumen á la tercera parte, algo duro y como fibroso, con manchas de cirrosis gris, mas no ofrece un solo tubérculo, una sola granulación.

Separado el pulmón en cuestión, una enorme reducción de la cavidad del torax del mismo lado se observa en el acto : los espacios intercostales se habían reducido enormemente y hasta la columna dorsal parecía inclinada hacia el mismo lado : toda la pleura parietal estaba cubierta por una enorme masa dura, resistente y hasta de aspecto vítreo ; paseando la mano en la cavidad, uno que otro tabique percibían los dedos, con los caracteres antes apuntados. Los gánglios brónquicos, los dorsales, infraclaviculares, supra id., cervicales profundos, etc., estaban todos enormemente hipertrofiados é invadidos de transformación caseosa ; el tercio superior del lado en cuestión estaba casi lleno por aquellas enormes masas ; las separamos una por una hasta llegar á formarnos juicio de los órganos alterados, y en este trabajo encontramos una casqueta en la cima de la pleura, formada de gruesas falsas membranas, con los caracteres propios. El resto de las pleuras en estudio, incluyendo la diafragmática, presentaban un espesor considerable, producido por la formación de las falsas membranas, de cinco á seis centímetros en el diafragma y de tres á cuatro y medio sobre la parietal ; levantando largos trozos de aquellas, aparecían en general de una coloración amarilla pálida, un tanto blanda y seca ; el resto de la sección presentaba un aspecto vítreo y en la extensión de ésta se encontraban placas circulares de regresión amarilla, rodeadas las placas más grandes de otras menores, y en todo caso aparecían por centros de formación distintos los unos de los otros. El trabajo de regresión venía del fondo hacia la superficie libre.

Los ganglios del lado opuesto á los antes apuntados, no presentaban lesión alguna notable.

El peritoneo presentaba un aspecto reticulado, producido por el sinnúmero de masas amarillas y miliares unas, y voluminosas otras, que cubrían tanto la hoja parietal como la visceral.

El bazo, que ya lo habían separado, tanto en la superficie libre, como en el espesr, presentaba un gran número de masas amarillas, circulares, y en reblandecimiento probable.

El hígado ofrecía tres grandes masas amarillas, situadas hácia los bordes, del volúmen de una avellana, constituidas por un conjunto caseoso y que una vez éste eliminado, dejaba una trama dura y como fibrosa. En la circunferencia de cada una de éstas, sinnúmero de masas, tambien circulares, amarillas y en invasión hacia el centro del órgano, como tambien hacia la superficie libre, ofreciendo ésta en el resto de su extensión crecido número de aquellas.

Por lo demás el volúmen del hígado era normal.

El riñon izquierdo, tambien de antemano ya separado, ofrecía sus granulaciones ya en conglomerados, muy voluminosos y en el resto como en lo ya apuntado para el hígado. El riñón derecho, menos caseoso que el opuesto; cálices y basinetes, en ámbos, congestionados.

Separada la masa intestinal, el mesenterio ofreció todos sus ganglios en hipertrofia notable y en plena degeneración caseosa, haciendo estos continuación á los dorsales y aquellos á los lumbares, todos con las lesiones ya enunciadas, siendo de advertir que el tejido celular prevertebral y al nivel de los ganglios más lesionados, estaba en plena supuración.

Lavados los intestinos, se encontró una que otra ligera ulceración y de ninguna significación, excepto el borde inferior del orificio pilórico que sostenía un ganglio en plena regresión y el trabajo inflamatorio circunvecino produjo una ulceración de la mucosa y parte de la musculosa en el punto indicado, siendo la úlcera ovalada y del tamaño en sección de un huevo de paloma.

Tubérculos hácia atras de la V lingual: faringe, laringe y tráquea, con el esófago, intactos. Organos genito-urinaris no señaladas antes, intactos. Hemorroides externas.

En las meninges vistas por transparencia, granulaciones en el espesor, como caseosas. Bulbo raquídeo, pigmentado en sus membranas.

Por dónde principio la lesión? Por la pleura ó por los ganglios? De qué clase de tuberculósis se trata en el presente caso?

XI.<sup>a</sup> Un muchacho de veinticinco años de edad, de buen constitución, de temperamento sanguíneo, bien formado, de oficios rudos, natural de Bogotá; entra al Hospital, sufriendo de accidentes dispépticos, más de alguna decadencia de fuerzas, acusada más por el paciente que juzgable por el aspecto exterior.

A la dispepsia flatulenta se agrega alguna constipación intestinal. La lengua es roja y algo limpia, el apetito es escaso, no sufre de sed; el vientre está ligeramente inflado y de un modo permanente, no hay meteorismo, tampoco dolor por la presión. El hígado es voluminoso, algo sensible á la palpación y percusión, hay algo de circulación complementaria; el bazo es pequeño. Los riñones y anexos funcionan bien. No hay antecedentes sifilíticos. El corazón funciona bien, 72 pulsaciones. La percusión pulmonar no revela nada de anormal, no hay dolor en las paredes del pecho, tampoco anhelación, ni palpación. Hay algo de destemplanza de tarde, más no sudores nocturnos. Icteria en las escleróticas, algo pronunciada. Duerme regularmente, no delira. Sin antecedentes hereditarios bien marcados. Lo sometemos al uso de los eupépticos, de los amargos vegetales, de la sal amoniaco, y, en fin, al uso moderado de los yodurados, pues para nosotros se trata allí de una cirrosis hipertrófica, con circulación complementaria é ictericia.

Con alternativas de bien y de mal, trascurren veinte días, haciendo las variaciones en la medicación que el curso de la enfermedad señala.

Nunca sufrió de cefalalgias, nunca de escalofríos, tampoco de alternativas de diarrea y de constipación.

En los tres últimos días de su enfermedad se queja de cansancio y de profundo desden por todo lo que le rodea, y la víspera de la muerte hay paresia de los miembros superiores y menos facilidad de movimientos libres en los inferiores.

De un momento á otro se postra, permanece en el decúbito dorsal, inmóvil, en completa indiferencia, haciendo la agonía con una respiración muy lenta y cuatro horas después de este duro trabajo, todo se acaba.

*Autopsia.*—Adherencias por bridas secas y filamentosas en las pleuras, sin derrame; ligera sufusión serosa en la cavidad peritoneal; grande epiplón completamente retraído y anegado de granulaciones y de masas caseo-tuberculosas; toda la extensión del peritoneo, sin excepción, cu-

bierta de granulaciones tuberculosas en todas sus faces ordinarias; ganglios mesentéricos en degeneración caseosa; adherencias del hígado al diafragma y las nuevas membranas transformadas en masas amarillas por la regresión caseosa, tanto del lado del hígado como del diafragma; el hígado enormemente hipertrofiado, con los caracteres de la cirrosis señalada y la superficie externa cubierta de granulaciones; en el bazo una que otra; riñones, intactos; lo mismo la vejiga, uretra, testículos y próstata. La superficie intestinal interna, intacta. Los pulmones con granulaciones no muy abundantes, distribuidas indistintamente en uno como en otro lóbulo, hay en la base, como en la cima; del lado derecho, dos gruesas masas caseosas, del volumen de una almendra. Los ganglios brónquicos, caseosos. En la laringe una que otra ex-ulceración.

Adherencias de la dura madre con las meninges hacia la sutura interhemisférica; separada aquella, edema en toda la cara superior de los dos hemisferios en las meninges correspondientes. Examinadas detenidamente las meninges se encuentran tubérculos en la pía madre, en la túnica adventicia de los vasos, tanto hacia la cara superior de los hemisferios, como hacia la base. Antigua paquimeningitis.

En resumen: cirrosis hipertrófica, granulosis más de origen seroso que pulmonar, formación de un edema meningeo, causa de la muerte, facilitado en su desarrollo por una paquimeningitis crónica. Sin olvidar el estado avanzado de los tubérculos en los ganglios mesentéricos, pulmones y en el grande epiplón.

XII.<sup>a</sup>—Una mujer de 45 años de edad, entra sin suministrar dato ninguno: es de mediana constitución, de temperamento bilio-linfático, de tinte icterico bien pronunciado; hay agitación, inquietud, malestar, se queja de algo de tos y de dolores erráticos; la piel es seca y caliente, la lengua roja y algo limpia, no apetece alimento alguno, sin diarrea, sufre de náuseas y de vómitos. Examinada detenidamente, resulta que sus pulmones funcionan bien, pues tan sólo se sienten estertores sibilantes y ruidos mucosos profusamente distribuidos en los dos pulmones. El corazón sano. Hay algo de meteorismo y de ascitis, ligera circulación complementaria del lado de la región hepática, algo de sensibilidad en esta misma región. Aconsejamos: poción con kermes mineral, trementina, tolú y opio. Desde el día siguiente poción de Todd con extracto de quina, eupépticos, fricciones secas y buena alimentación é higiene.

En tres días los accidentes se hacen más graves, el delirio vigil so-

breviene, hay incoherencia, la enferma reposa sobre el dorso, y en plenos movimientos automáticos presenta ya resolución, ya contracción, en un brazo ó en una pierna, y en breve todo acaba.

*Autopsia.*—Ascitis y gases peritoneales, el líquido es algo abundante, amarillo pálido y sin rastros de hemorragia en ninguna parte. En el pericardio, pequeña cantidad de serosidad, de tinte icterico; órgano bueno. Pulmones enfisematosos en ambas cimas, con una que otra granulación en estado cretáceo, distribuidas irregularmente en ambas, más pronunciadas en el derecho; en la pleura de este lado adherencias y granulaciones, ya en estado amarillo en la parte inferior de la pleura derecha. Hígado graso, tipo, con un sinnúmero de granulaciones en toda la superficie del órgano; vesícula biliar repleta de líquido oscuro y glutinoso. Bazo inundado de tubérculos, ya en su superficie, ya en su espesor. Riñones intactos. Ganglios mesentéricos totalmente transformados por la degeneración caseosa, y enormemente aumentados de volumen. Mesenterio, peritoneo pelviano, ligamentos anchos, &c., anegados de tubérculos. Ovarios, matriz y anexos, normales. Pancreas, sin lesión. Edema meningeo.

Degeneración caseosa mesentérica, marcha rápida, que invade los principales órganos del vientre y muy poco los del torax, granulación en el pulmón, en su parenquima, en estado normal los ganglios brónquicos.

XIII.<sup>a</sup>—Un hombre de 55 años de edad, entra con accidentes reumáticos, con accidentes dispnéicos y un tic no doloroso del lado derecho de la cara, más una antigua fractura del puño del externón con el cuerpo del mismo. Todo su sistema arterial está afectado de ateroma.

Enflaquecimiento pronunciado, con ligeros accidentes disenteriformes. El corazón de volumen normal, ofrece un soplo de insuficiencia mitral. Ambos pulmones vibran regularmente á la percusión y por la auscultación un crecido número de ruidos y de estertores se oyen en ambos lados de los pulmones. Vientre deprimido, hígado y bazo de volumen normales.

Se combaten los accidentes disentéricos, y más tarde se trata de remontar el organismo con los analépticos, para evitar el consumo de aquel por la tuberculosis pulmonar. Las cosas van sin mayor reposición por el transcurso de dos meses: repentinamente un día el paciente ofrece una mirada animada, con lentitud intelectual y algo de rigidez en los miembros, y durante la maniobra de extender los brazos, involuntariamente los mantiene en completa extensión, sin darse cuenta de lo que hacía. No

hay fiebre, no hay aceleración del pulso, no hay accidente que dé la prueba de lesión inflamatoria alguna: un edema meningeo cerebral era la única interpretación posible de aquella extrema situación del enfermo.

Al día siguiente aparece muerto en su lecho.

*Autopsia.*—Adherencias pleurales completas en ambos lados, un sin número de tubérculos en ambos pulmones, distribuidos lo mismo hacia la base que hacia la cima; los ganglios bronquios, intactos. Corazón, insuficiencia mitral. Hígado con tubérculos en los elementos de la cápsula de Glison. Peri-esplenitis, con gran acopio de tubérculos en todo su espesor. Riñones, uno que otro en la superficie externa. Uno que otro en el intestino delgado, ulceraciones disintéricas en el grueso y en número de cuatro. Los ganglios mesentéricos en principio de degeneración caseosa. En el suelo del cuarto ventrículo granulaciones en los contornos de las arterias, producidas por elementos de nueva formación, quistos diminutos. Causa en algún modo del tic del lado derecho de la cara? En la cima de ambos hemisferios, edema meningeo cerebral, causa de la muerte.

En resumen: granulaciones en estado amarillo en ambos pulmones, adherencias pleurales completas, insuficiencia mitral, granulaciones en estado amarillo en el hígado, en el bazo, algunas en los riñones, intestinos; en principio de degeneración caseosa los ganglios mesentéricos. Causa de muerte, un edema meningo-cerebral.

XIV.<sup>a</sup>—Una muchacha entra en completa postración de fuerzas, en estado adinámico, no alcanza la visita de mañana del día siguiente, muere en la noche, no habiendo sido posible obtener dato ninguno acerca de su enfermedad: muchacha de veinte años de edad y al parecer de buena constitución.

*Autopsia.*—Tubérculos crudos y en degeneración caseosa en ambos pulmones con adherencias pleurales completas; en el mismo estado los ganglios del mesenterio, del peritoneo, de los ovarios, y del cuerpo del útero; granulaciones en las meninges hacia las silvianas y arterias basílares. Bazo completamente invadido de tubérculos; hígado bien inundado y escasos en un riñón. Intestino delgado afectado como de ordinario.

En resumen: tubérculos en degeneración caseosa en los pulmones, los ganglios mesentéricos, útero y ovarios, bazo é hígado; gránulos y estado amarillo en el peritoneo, en las pleuras y en las meninges, sobre los vasos silvianos y basílares.

XV.<sup>a</sup>—Un muchacho pálido, linfático, de veinticinco años de edad, de mala constitución, se presenta al Hospital, con algo de tos, sudores fríos en las primeras horas de la noche, con dificultad para respirar, con un pulso veloz, oscilando de noventa á ciento; buena digestión, el vientre funciona bien, sed; duerme bien, sordo totalmente, &c. Del examen aparece que hay un hidrotorax del lado izquierdo, con cuatro centímetros de diferencia de este lado sobre el opuesto; el corazón está rechazado hacia adelante y hacia el mediastino anterior: un ruido de soplo se percibe hacia la base, pero es extracardiaco. A pesar de la medicación más activa, la punción se hace necesaria: extracción de tres grandes botellas de un líquido claro, espumoso y de muy buena naturaleza. Todo va bien en los días siguientes: el frote pleural se hace sentir uniformemente de la cima á la base y de cuatro á seis días desaparece el soplo de la base del corazón sobre el lado izquierdo. El paciente decae, poco tose, come mucho, asimila; pero el pulso se mantiene siempre á ciento veinte y no sube la temperatura de tarde. En breve muere.

*Autopsia.*—Adherencias pleurales del lado izquierdo, completas y pulmón cubierto por una muy gruesa pseudo-membrana, derrame en este lado y algo en la pleura opuesta, que conserva en parte su estado normal. Una ancha, dura y gruesa membrana aparece como capa anterior del pericardio: abierto éste aparece una inmensa cavidad, por su base adherida al centro frénico del diafragma, y con un inmenso alargado hacia la base del pulmón del mismo lado; el pericardio contiene un líquido claro, ligeramente manchado de hematina, y tanto la superficie parietal como la visceral del pericardio cubiertas de enormes fungosidades, producidas por antiguas capas de fibrina, en vía de organización unas y de regresión ulcerosas las más. Orificios y paredes del corazón, normales. El cayado de la aorta comprimido por estos productos, causa del soplo hacia la base del corazón, antes mencionado y que la evacuación del líquido hizo forzosamente desaparecer.

El pulmón del lado izquierdo con toda la cima en completa degeneración caseosa, sin principio de reblandecimiento; todo el resto de la extensión del pulmón del mismo lado asiento de granulaciones en estado amarillo. El pulmón opuesto análogo al anterior sin el estado caseoso de la cima, pues en este hay algo de enfisema y adherencias pleurales. Pleuras con granulaciones amarillas. Los ganglios brónquicos manchados de negro oscuro. Peritoneo totalmente inundado de granulaciones amari-

llas; el bazo en el mismo estado, y el hígado manchado de placas amarillas, aun duras. Ganglios mesentéricos, degeneración amarilla y todos afectados. Intestinos delgados en sus puntos clásicos. Riñones, testículos, vejiga y próstata, laringe, lengua, &c., intactas. Edema meningeo, causa de la muerte en semejantes casos, una que otra granulación hacia los puntos clásicos de las arterias silvianas y basilar.

En resumen: Antigua hidropericarditis, vellosa y ulcerosa; hidrotorax y adherencias pleurales del lado izquierdo, en éste neumonía de la cima en estado caseoso, granulaciones en ambos pulmones, y estado enfisematoso de la cima del pulmón opuesto; tubérculos y degeneración caseosa en el peritoneo, ganglios mesentéricos, bazo é hígado. Granulaciones, arterias cerebrales. Causa de la muerte rápida, edema meningeo. Tubérculos en los testículos y en ambas cajas del tímpano.

XVI.<sup>a</sup>—Una muchacha tuerta entra al Hospital con accidentes gastro-intestinales, propiamente con una entero-colitis crónica y á veces con algo de lienteria. Por lo demás está bien enflaquecida, pálida, de temperamento linfático y de pésima constitución; no tose, nada le duele, permanece indiferente en su lecho, con un vientre deprimido, indoloro, sin accidentes febriles marcados y sin menstruación desde hace dos meses. Sometida á toda clase de tratamiento, permanece en el Hospital con vaivenes de mejoría y peoría, hasta que de un momento para otro cae en un completo colapsus, sin fiebre, sin malestar; inmóvil permanece hasta que seis horas luégo lanza su última inspiración, sin haber ofrecido ni edema, ni escara en ninguna parte.

*Autopsia.*—Una larga incisión tóraco-ventral pone de manifiesto la cavidad peritoneal, toda ella, en su peritoneo parietal y visceral, inundada de tubérculos, forma amarilla; lo mismo sucede en los ganglios mesentéricos, que están en completa degeneración caseosa, de modo de formar gruesas y voluminosas masas sobre la cara anterior de la columna lumbar. Los ovarios, ligamentos anchos, útero y peritoneo pelviano, en completa tuberculosis. El hígado sumamente voluminoso, graso, y con una que otra granulación; sucede lo mismo con el bazo, aunque está bien reblandecido. Los riñones completamente atrofiados é invadidos por masas amarillas, tuberculosas y bien voluminosas. En los pulmones una que otra granulación y distribuídas por todas partes, bases y cimas. Adherencias pleurales. Corazón intacto. Adherencias meningeas hacia el nivel del seno longitudinal superior, formación de placas lechosas muy

considerables, y edema meningeo y algo cerebral desde estos puntos hacia el punto de distribución de la arteria silviana; una trombosis en la silviana del lado izquierdo con sufusión hemorrágica en su territorio; en parte sucede lo mismo del lado opuesto. Cerebro pálido y exangüe en lo demás.

En resumen: Tubérculos peritoneales mesentéricos, en los órganos genitales internos, algo en los pulmones, muchos en los riñones, bazo y parte en el hígado. Edema meningeo sobre la cima de los hemisferios cerebrales; adherencias meningeas, trombosis, muerte por esta última causa.

XVII.<sup>a</sup>—Una mujer de treinta y cinco años de edad entra al Hospital con accidentes dispépticos, flatulencias y sensación de cansancio, de malestar y de dolores, ya en un punto del vientre, ya del tórax, ya en un brazo, &c. Hay ligera disminución de resonancia en las paredes de pecho en ambos lados; la respiración parece vuelta, no se percibe traquido ninguno, tampoco estertor, ni accidentes febriles de tarde ni sudores; tan solo se trata de alternativas de diarrea y de constipación, y todo al parecer haría creer en una reposición, cuando de un momento para otro cae en calápsus, en depresión y en el acto de pasar nuestra visita nos sorprende con su respuesta á nuestra pregunta ¿cómo está?—estoy aliviadita, y cae de cabeza en su decúbito lateral. En el momento diagnosticamos principio de derrame ó edema de las meninges, y en el curso de la noche acaba hasta de un modo tranquilo su existencia.

*Autopsia.*—Adherencias pleurales de ambos lados, más pronunciadas del lado izquierdo, pues parte del pulmón quedó allí prendido: en ambos lados tubérculos en estado amarillo distribuidos en profusión y de un modo uniforme de la base á la cima de ambos pulmones; no hay cavernas; los ganglios brónquicos también tuberculosos; tubérculos en las dos pleuras; corazón y pericardio intactos, con coágulos fibrinosos en la aurícula derecha y venas cavas. Hígado completamente manchado de tubérculos, en masas bien voluminosas, y el hígado con un aspecto algo amiloideo. Bazo reblandecido y lleno de tubérculos en el espesor y en la circunferencia. Riñones voluminosos y completamente penetrados en ambas sustancias de gruesas masas amarillas de tubérculos. Peritoneo con unas cuantas en el parietal y en el visceral. Ganglios mesentéricos totalmente transformados en queso y de un enorme volúmen, de modo de hacer imposible á primera vista la circulación arterial. Tubérculos en los

ovarios, ligamentos anchos y en el espesor de las paredes de la matriz. Ulceraciones intestinales. Adherencias de las meninges á la dura madre; considerable número de placas lechosas en las dos primeras; edema en los hemisferios cerebrales, meningeo más que cerebral, á lo largo del seno longitudinal superior, más pronunciado hacia el tercio medio que hacia los otros dos puntos; sufusión hemorrágica de las meninges en el territorio de distribución de las arterias silvianas. Tanto al nivel del curso de la basilar como de las silvianas, más en los contornos y espesor de la pía madre que en el contorno de las arterias en cuestión, se encuentra una serie de placas más ó menos lechosas que parecen producidas por falsas membranas más que constituídas por tubérculos, á no ser que aquéllos entren pronto en la vía de regresión que conduce á la formación del tubérculo amarillo.

En resumen: Tubérculos pulmonares, brónquicos, pleurales, en el hígado, bazo, riñones, órganos genitales pelvianos, algo peritoneales, meningeos? edema meningeo, y muerte por esta última lesión consecutiva.

XVIII.<sup>a</sup>—Un hombre de 30 á 35 años de edad, de temperamento linfático no pronunciado, de buena talla, de mediana constitución, en el abandono más grande, entra al Hospital sin suministrar dato ninguno.

En su lecho permanece en cualquiera decúbito y de un modo indiferente, no contesta y no suministra por sí solo dato ninguno, tan sólo el ofrecimiento de la administración de la chicha trae á sus mejillas la expresión del contento. Hay movimientos fibrilares en los brazos, en las piernas y en la lengua, más un estado erimatoso en las caras dorsales de las manos y de los pies, de origen pelagroso. Se aconseja el aseo para un examen más detenido.

Muere en la noche del mismo día.

*Autopsia.*—Cadáver flaco, amarillo y en general de buena conformación. Una incisión longitudinal pone de manifiesto el vientre y la cavidad torácica: los pulmones no están adheridos á las pleuras, aun cuando hay una que otra placa en la pleura parietal de antiguos depósitos de origen inflamatorio, situados hacia atrás y hacia arriba de la cavidad pleural. Nada de anormal en el corazón, excepto los coágulos *post mortens*, por desdoblamiento de la fibrina. Ambos pulmones inundados de masas tuberculosas de origen caseoso, distribuidas indiferentemente de la cima á la base de ambos pulmones, con una que otra placa de enfisema, especialmente hacia las cimas de los pulmones y bordes libres de éstos. Las masas

tuberculosas son en general voluminosas, duras en su mayor parte y todas de color amarillo. Al hacer una incisión longitudinal sobre cada pulmón, se encuentra que cada una de las más gruesas masas está reblandecida en su centro y que en el centro de las más voluminosas hay verdaderas cavernas siendo éstas tan frecuentes en la base como en la cima, ó extensión de cada pulmón. Los ganglios brónquicos melanosos y en degeneración caseosa. El resto de los órganos respiratorios, intactos. Hígado inmensamente grande y grasoso. Bazo normal y sin tubérculos. Los riñones ofrecen, después de separada la cápsula, una que otra placa amarilla de origen caseoso. Los ganglios mesentéricos en plena degeneración caseosa, con los intestinos, debajo del peritoneo, una que otra placa caseosa, tanto para el delgado como para el grueso. Organos génito-uritarios, intactos. Puestas de manifiesto las meninges y examinadas escrupulosamente en cada uno de los asientos clásicos de los tubérculos, no se encontró vestigio ninguno, tan sólo una que otra plaquita, amarilla, sin importancia, pues las hemos encontrado en cadáveres de individuos completamente sanos, ó sin huellas de tubérculos. Hay sí, y como es constante en estos casos, edema meningo-cerebral, más adherencias de las meninges entre sí, y de éstas con la dura madre y ésta con la cavidad del craneo.

En resumen : tubérculos, de origen caseoso en los pulmones y distribuidos uniformemente en toda la extensión de éstos, con reblandecimiento en las masas grandes y cavernas en las masas voluminosas ; hígado graso y muy grande, tubérculos en los riñones, en los ganglios mesentéricos, en las paredes intestinales. Muerte por accidentes de alcoholismo crónico y con manifestaciones pelagrosas.

XIX.<sup>a</sup>—Un hombre de más de treinta años entra al Hospital; profesión, simple jornalero, célibe, sin antecedentes específicos, sin otra enfermedad que la que actualmente lo trae al Hospital, ocupa una posición de decúbito dorsal, en casi completa quietud, sin sufrir más que de accidentes propios á una entero colitis. Individuo flaco, emaciado, de color amarillo, pálido, de mirada lánguida y sin expresión, indiferente á todo lo que le rodea, los movimientos son en extremo escasos y lentos, van acompañados de dolores en la extensión de aquellos; vientre deprimido en arteza, con algo de retracción de las paredes y de dolor en el acto de la exploración manual. Torax reducido á su propia armazón, clavículas salientes, fosas supra é infra-claviculares considerablemente pronunciadas; miem-

bro fríos y emaciados. Lengua limpia, pero seca, inapetencia; respiración lenta y reducida á sus propios movimientos; corazón intacto y de lento andar. Hígado algo reducido en su volumen. Algo de dolor sobre las fosas supra-escapulares en el acto de la percusión: sonido lleno en éstas y hacia delante por el mismo proceder de exploración. La voz se propaga con facilidad. Por la auscultación la respiración es brónquica, es casi imperceptible el murmullo vesicular y la expiración se precipita sobre la primera, siendo aquella alargada, tubaria y sostenida; no se oye ruido anormal ninguno en los diversos modos de examen auditivo de los pulmones. El aliento es frío y un profundo abatimiento reduce pronto al paciente á ocupar su primera actitud.

Dos días después, muere, habiendo servido como caso á un alumno de clínica en el examen sobre la materia, y muere, como sus hermanos de lesión, sin estrépito ninguno, sino de un modo lento y por verdadera falta de combustión orgánica.

Con mil dificultades se llega á conseguir con qué poder hacer la *autopsia*.

Pulmones pálidos, totalmente exangües, excepto una que otra placa de congestión, producidas por la circulación exagerada hacia las placas de pulmones permeables por la ausencia de nuevas producciones; el resto, desde la cima hacia la base y al contrario, inundado de tubérculos, de pequeñas placas, duras, amarillas y casi todas del mismo volumen, sin una sola en estado de reblandecimiento. Ambas cimas de los pulmones completamente enfisematosas, lo mismo que todas las otras porciones de pulmones no tuberculosos. Resto del organismo, intacto. Adherencias pleurales. Resúmen: pulmones indiferentemente tuberculosos y enfisematosos en las porciones no afectadas por aquellos.

XX.<sup>a</sup>—Una muchacha entra, ahora cuatro meses, con sarampión y abandona el Hospital en buen estado. Entra más tarde, hace once días, con accidentes lientéricos, de entero-colitis, con tenesmo rectal: la edad es veinte y dos años, de buena talla, de pasable constitución, de temperamento nervioso; había tenido un hijo; profesión, de oficios de casa.

Cuerpo profundamente enflaquecido, tinte amarillo, mirada lánguida, ojos hondamente entrados, cara emaciada; lengua seca, amarilla en su cara superior, saburral; cuello delgado y de laringe saliente; torax profundamente enflaquecido, costillas, cartílagos y esternon pronunciados, espacios intercostales hundidos; clavículas salientes, y con las fosas

correspondientes hondamente entradas ; *scapulums* como separadas de la armazón del torax ; respiración lenta y sin esfuerzo ; aliento frío. Vientre en plena excavación, algo sensible á la presión, sin hallar nada de anormal en sus visceras y órganos : hígado, bazo, estómago, intestinos pancreas. Miembros emaciados y sin dedos hipocráticos.

Por la percusión el torax vibra bien, no hay dolor en el acto de ejecutar aquella : no ha habido ni dolor de pecho, ni tos, ni escalofríos, ni fatiga, ni palpitaciones, nunca ha desgarrado sangre. La auscultación revela que la respiración se hace en sus tiempos lentamente, no hay estertor ni ruido del parenquima ninguno, no hay cambio de éste durante los esfuerzos de la tos ; la voz se propaga bien : en suma, no queda de la auscultación otra impresión que la que emana del cambio en el ritmo de la respiración, que la expiración es alargada, soplada, y que la inspiración es breve y el murmullo vesicular no se percibe.

Las deposiciones son frecuentes, y van acompañadas de tenesmo y la lenteria se modera á beneficio del régimen alimenticio. Con los absorbentes, después de los eméticos, se consigue una ligera mejoría.

De un momento para otro la enferma se postra : hay enfriamiento de las extremidades, indiferencia absoluta por todo lo que la rodea ; y como sus compañeras de lesiones, se consume sin mayor esfuerzo y sin manifestación de mayor dolor.

*Autopsia.* adherencias pleurales de ambos lados, los pulmones completamente pálidos, exangües y enfisematosos en sus dos lobos superiores ; los dos lobos de un lado é inferior del otro con congestión de hipostasis é inundados de granulaciones, de masas cretáceas, y caseosas otras. Los ganglios brónquicos, caseosos. Hígado, bazo, riñones, pancreas, órganos génito-uritarios, intactos. Sucede lo mismo de la laringe, lengua y traquea.

Examinados cuidadosamente los intestinos, se encuentran ulceraciones de origen tuberculoso en el ileon, en el lugar opuesto á la inserción del mesenterio, en el ciego, en el colón ascendente y en el trasverso, con los caracteres propios ó comunes á estas soluciones de continuidad ; el mismo trabajo, pero exulceroso y eritematoso se continúa en el colón descendente, en la ese iliaca, y en el recto. En el sistema cerebral, trombosis de la silviana del lado izquierdo, y edema meningeo, no hay granulaciones.

(Se concluirá).

JOSUÉ GÓMEZ.