

Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES

Redactores: 1º, Dr. Abraham Aparicio.—2º, Dr. Carlos Michelsen U.

SUMARIO: Necesidades médico-legales.—Enfermedad del cabello.—Carta de Berlín.—Siringomielia.—Tratamiento de la pulmonía por las inhalaciones de cloroformo.—Carta del Doctor Alejandro Herrera R.—Abscesos del hígado y las fargas incisiones.—Comunicación sobre tres Laparotomías.—Ginecología.—Un caso de ruptura espontánea del cordón.—Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales.—Nota del señor Ministro de Relaciones Exteriores.—Efectos de la presión atmosférica sobre la fisiología humana.—Actas de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales.—Revista de la prensa médica extranjera.—El Sulfonal.

NECESIDADES MEDICO-LEGALES

Es cosa muy natural que, á medida que crecen, adelantan y progresan las agrupaciones de hombres, ó sean sus pueblos, ciudades ó naciones, aparezcan, como consecuencia de ese adelantamiento, nuevas necesidades, en relación con los buenos y los malos instintos que, por lo mismo que son inherentes al hombre, lo siguen en su camino de progreso, de cultura, de civilización.

La vida natural y sencilla de los campos se satisface con pocas necesidades, y éstas progresivamente aumentan al pasar del campo á los pueblos, para luégo tornarse en exigencias impuestas de una manera creciente é ineludible cuando se llega á las ciudades.

Sucede, pues, que en la vida del hombre todo viene por escala ascendente y marcando, por riguroso turno, la ley del progreso con sus necesidades y sus compensaciones. Lo que es de absoluta necesidad, y por lo mismo no está de más en un individuo, puede ser superfluo en otro colocado en diferentes condiciones; y esto que individualmente se observa, es lo mismo que sucede con relación á las naciones, las ciudades, los pueblos y los campos.

Y como transitan por la misma vía, así las necesidades del orden físico, como las que moralmente emanan de las relaciones de los hombres entre sí con todas las variedades y accidentes que ellas traen consigo, resulta que no hay razón para suponer que el progreso se verifique únicamente en el sentido de la mejora individual ó colectiva del hombre, de-

jando atrás todo aquello que en manera alguna se oponga á su bienestar y prosperidad. El bien y el mal corren parejas en la vida civilizada, y tanto se marca el progreso humano con el descubrimiento de la vacuna que impide la destrucción del hombre, como con el invento de armas que hacen consistir su superioridad en el menor tiempo que se necesita para producir el mayor número de víctimas.

De esta suerte, á cada generación le toca asistir á alguno de esos períodos de transición y desenvolvimiento de los pueblos y de las naciones, y si ella no puede, aunque lo quiera, sustraerse á las fuerzas que lo impulsan, sí debe, á lo menos, tratar de dirigirlas de modo que en su carrera los males no se antepongan á los bienes.

Se siente por todas partes que Colombia atraviesa en la actualidad por uno de estos períodos, y que en Bogotá, su ciudad capital, es más expresivo el movimiento que así lo deja comprender. Hemos vivido una vida de imprevisión y de descuido compatible con épocas que pasaron, y hoy por dondequiera se advierte que tál no puede ser la manera como hayamos de seguir viviendo. Y si no veamos algo de lo que ha sucedido y está sucediendo en el campo médico-legal, único en que queremos hacer algunas apreciaciones.

Ha sido práctica generalmente seguida que cuando las autoridades necesitan del concurso de los conocimientos médico-legales para el descubrimiento é investigación de los delitos, apelan á ellos de una manera extemporánea y á última hora. Así se ha visto que la intervención pericial carece, en la mayoría de los casos, de muy importantes datos, cuya adquisición no puede ya hacerse porque se perdió la oportunidad. A su vez, los médicos ó peritos á quienes se requiere con tal objeto, convencidos de que esto es una carga pesada, enojosa y consumidora de un tiempo que ellos estiman como precioso y como necesario para el trabajo que les proporciona el pan de cada día, se excusan, se retraen, se molestan y deniegan á prestar el servicio que se les exige.

Las autoridades invocan el deber y la obligación de ayudarlas en la investigación de los delitos, y aun apelan al sistema penal aplicable á los que se denieguen á ello. Mas como en el mismo campo de la legalidad encuentra el médico los

medios para hacer sentir el disgusto y la repugnancia con que se ve compelido á trabajar como perito, resulta que la investigación se rodea de incidentes que la retardan y dilatan. El perito pide (y el caso ha sucedido) que en su exposición se copie íntegro algún largo capítulo de una Obra clásica, y como lo juzga pertinente y necesario para sus conclusiones periciales, no hay medio de negárselo. Se emplean los días y se gasta el tiempo en producir una copia, con la cual sólo ha querido el perito aumentar el trabajo de los funcionarios de instrucción, y obligarlos así á que formen el propósito de no volver á llamarlo en otro caso semejante.

Estas razones explican suficientemente por qué la mayor parte de los reconocimientos médico-legales se practican á la ligera, de una manera superficial y como "por salir del paso." Las más de las veces resultan incompletos ó deficientes, y no se teme á la crítica ni á la censura de los otros compañeros, porque todos trillan la misma senda, y por consiguiente proceden de igual manera.

Muy lejos estamos, pues, de que en el Profesorado médico colombiano aparezcan especialidades médico-legistas, puesto que se sabe que lucir en tal altura equivaldría á asegurarse ocupación constante, onerosa y gratuita, cosa que en los tiempos que corren no se busca ni se acepta de buen grado.

Para demostrar que tal situación no es compatible hoy con el grado de cultura y de adelanto á que ha llegado el país, basta recorrer nuestra crónica criminal contemporánea para convencernos de que los delitos participan también del impulso y del vigor de esa cultura y de ese adelanto, porque bien se sabe que en la vía del crimen se progresa lo mismo que en todos los demás ramos del saber humano.

Es, pues, correlativamente necesario dar á los estudios médico-legales la importancia que para ellos piden el progreso del país, el restablecimiento de la pena capital y la buena administración de justicia.

Las investigaciones médico-legales, por lo mismo que necesitan conocimientos tomados de todas las ciencias de observación, exigen base y elementos para su continuo y perseverante estudio. Por esto, á medida que más se avanza en

el camino de la vida civilizada, mejor se reconoce que el esfuerzo aislado é individual yá no es suficiente para crear especialidades médico-legistas, es decir, inteligencias que, por la unidad de acción á que han contraído sus estudios, llegan á adquirir capacidad bastante para resolver las cuestiones con ellos relacionadas, ó á tener á su disposición el poder y los medios de investigación apropiados para tales estudios.

Quiere todo esto decir que sería hoy un delito de lesa-civilización seguir la misma vida de descuido y de abandono, de carencia de elementos, de falta de medios de investigación y hasta de estímulo para los estudios médico-legales. ¿Y cuál será, pues, el medio de cambiar esta situación, de acuerdo con los defectos apuntados y con las necesidades que se sienten?

Sabemos que sobre esta materia ha presentado un trabajo la Junta Central de Higiene; y dada la reconocida competencia de sus ilustrados miembros, esperamos que en dicho trabajo esté resuelto el punto, sobre el cual nosotros sólo hemos querido interesar á los encargados de poner en ejecución las indicaciones hechas por la Junta.

A. APARICIO.

ENFERMEDAD DEL CABELLO

LLAMADA EN EL CAUCA "PIEDRA"

El señor Doctor Nicolás Osorio dio á conocer, en el número 37 de la REVISTA MÉDICA, correspondiente al 15 de Mayo de 1886, el primer estudio que sobre esta enfermedad se haya hecho y publicado.

El trabajo, juntamente con algunas muestras de cabellos afectados de la enfermedad, fue enviado por su autor á los profesores Desenne y Malcolm Morris.

Vino luégo en un periódico español, en la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas* de Madrid, la noticia de que el Profesor M. J. Behrend, en una comunicación dirigida á la Academia de Berlín en su sesión de 18 de Febrero de 1885, Presidencia del Profesor Virchow, daba cuenta de una enfermedad del cabello llamada *Piedra* y observada únicamente en Colombia.

Según esta relación, el Profesor Behrend no citó en su trabajo el nombre del Doctor Osorio, como el primero que hubiera descrito y estudiado la enfermedad de la *Piedra*, como no mencionó tampoco otra comunicación que sobre la misma enfermedad presentó M. Desenne á la Academia de Ciencias de París en el mes de Julio de 1878.

Con tal motivo, al publicar aquí las *Lecciones sobre enfermedades de la piel dictadas por el Profesor Doctor Nicolás Osorio*, los señores J. García, R. Azuero y G. Gamboa, compiladores de ellas, hicieron el reclamo del caso al Profesor Behrend, quien, al recibirlo, dirigió al Doctor Osorio la siguiente carta:

“Berlín. Marzo de 1890.

“Señor Doctor Nicolás Osorio.

“Muy estimado señor Profesor:

“Hoy recibí un ejemplar de sus *Lecciones*, al cual acompañaba un trabajo de Desenne sobre *Piedra*. Le expreso el debido agradecimiento por la remisión de ello.

“Al fin de las *Lecciones* los autores me hacen el cargo de no haber mencionado el nombre de usted al hacer mi demostración de la *Piedra* en la Sociedad de Medicina.

“Los señores García, Gamboa y Azuero pretenden haber traducido el discurso que leí verbalmente en una ocasión en la Sociedad de Medicina. Sin embargo, debo decir, á mi pesar, que tal cosa nunca escribí.

“La fuente de donde han sacado dichos señores esto, me es completamente desconocida.

“Mi estudio sobre *formación de nudos en el pelo*, existe en el archivo de Virchow. 1886. Tomo 103. Página 437.

“Siento no tener una copia de ello para mandársela, pero me permito manifestarle lo que aquél dice en la página 449:

‘*Piedra* es la denominación que en España se emplea para expresar en estos casos ciertos nudos de consistencia pétreas que se observan en el tubo del pelo. La afección que en Español lleva este nombre, ha sido descrita por médicos de la América del Sur, los cuales dicen que sólo en Colombia, y exclusivamente en el Cauca, se le ha observado.

‘Aquí sólo se encuentran los nudos en el cabello de las mujeres, y á distancias regulares, como Osorio lo describió primeramente, y el cual decía que sólo se desarrollaba en los valles de tierras calientes de ese país, y no en tierras frías. Por medio del microscopio, Osorio notó que los nudos estaban formados por células córneas, del carácter de las del pelo, y por masas epiteliales aglomeradas.

‘De los mismos pelos llegaron en esa época á poder de Desenne, á París; otros á Malcolm Morris, á Londres; y por fin, yo recibí uno de dichos pelos, después de varios años, enviado por el señor Alfredo Sangster, á quien agradezco su atención, y el cual conservo aún.

‘Desenne obtuvo un resultado diferente al obtenido por Osorio, etc.’

“Creo, estimado Profesor, haberle dado con esto las pruebas de que los señores Editores de sus *Lecciones* no han leído nada de mi obra, y que, por lo tanto, me hacen injusticia al decir que yo no he hecho mención de usted ni de Desenne.

“Mayor obligación tenía de hacer mención de usted, porque el pelo que yo observé, y que todavía conservo, era uno de aquellos que usted mandó en un tiempo á Malcolm Morris.

“Además, me permito informar á usted que actualmente se halla en

prensa un estudio mío que trata sobre el mismo asunto, y que le mandaré tan luego como salga de la imprenta. Usted encontrará en dicho trabajo también el nombre de usted en igual sentido.

“Yo, por ejemplo, he observado hace algún tiempo pelos de esta clase aquí en Berlín, y me permito enviarle algunos, los cuales son del bigote de un médico de esta ciudad; ellos presentan nudos mucho más grandes que los descritos por usted.

“Para, terminar, le expreso aún el debido agradecimiento por su envío, y quedo de usted, con toda estimación,

D. G. BEHREND.

SIRINGOMIELIA

Los médicos que siguen el movimiento científico propio de nuestra época, saben que desde Febrero de 1889, los Doctores Debove y Dejérine han tratado de colocar en los cuadros nosológicos una entidad patológica nueva, con síntomas culminantes del lado de la sensibilidad y con lesiones especiales en la sustancia gris posterior de la medula espinal.

Un caso que ha venido á mi consulta, remitido por uno de mis colegas del Cauca, me da ocasión para resumir los síntomas especiales de la enfermedad, las lesiones anatómo-patológicas que la caracterizan y los puntos de contacto que presenta con otras enfermedades, sobre todo con la Lepra anestésica, muy común en algunas localidades de Colombia.

Para dar una idea del caso á que me refiero, copiaré la descripción hecha en la carta que ha tenido la bondad de dirigirme mi inteligente amigo y colega:

“Notó su enfermedad el joven X, de unos veintidós años de edad, el día que se hizo una quemadura en un dedo de la mano derecha con la colilla de un cigarro, sin experimentar el más mínimo dolor.”

“Mostráronse después, en la parte infra-ungüical de los dedos índice y medio de la misma mano, carnosidades que él cortaba sin que fuera dolorosa la operación.

“Fue avanzando con lentitud la enfermedad; la zona de la insensibilidad se hizo más extensa; presentáronse dolores en los brazos y en la región vertebral; los miembros superiores se hicieron cada vez más débiles, y al fin fue reducido el enfermo al lecho durante varios meses.”

“Cuando le vi por primera vez, la termo-anestesia era notable en ambas manos, así como la poca contractilidad muscular aun bajo la influencia de la excitación eléctrica.”

“Las alteraciones tróficas consistían en manchas de la cara y de los miembros, con relieve, y semejantes á las descritas con el nombre de *glossy-skin*. Había un edema considerable de las manos, sobre todo en la derecha, edema que desaparece transitoriamente cuando se aplican puntos de fuego al nivel de la porción dorsal de la medula.”

“Nunca ha habido esa sensación de constricción en la base del

pecho, característica de las mielitis difusas; no ha sentido el enfermo hormigueos ni sensación de frío en las manos ni en los pies.”

“El enfermo ha estado sometido algún tiempo al tratamiento yodurado; he aplicado también el cauterio actual y algunas corrientes eléctricas. Últimamente, teniendo en cuenta los antecedentes sifilíticos, he aplicado algunas preparaciones mercuriales [Jarabe Gibert].”

“La mejoría en estos últimos meses ha sido notabilísima: trasladado del clima frío al clima caliente del valle, en carguero, hoy monta á caballo con facilidad; no ha vuelto la fiebre que al principio duró algunos días.”

“Con las manos, que antes eran temblorosas, hinchadas y muy enrojecidas, enteramente lisas, hoy es capaz de cortar una guadua con el machete; mientras que en antes todo caía de las manos, hoy puede escribir, y cuando no podía estrechar mi mano sino con mínima fuerza, hoy lo hace con energía; la hinchazón ha disminuído, lo mismo que la coloración y la zona analgésica.”

“No ha habido alteración en la emisión de la orina ni en la defecación. Pasando una esponja embebida en el agua caliente, á lo largo de la columna vertebral, el enfermo no experimenta sentimiento de dolor en ningún punto especial; no hay desviación de la columna vertebral ni deformación de la mano en forma de garra.

“Doctor, T. T. URIBE.”

.....

 A los datos anteriores añadiré los que encontré muy notables al examinar al enfermo.

“Empieza la flexión de la falangeta del índice de la mano derecha; hay atrofia de las eminencias tenar é hipotenar de la misma mano, al extremo de no existir la salida superficial que hacen los músculos de esta región en la palma de la mano; existe insensibilidad para el calor en la cara palmar de los dedos pulgar, índice y dedo mediano, y en la región metacarpiana palmar correspondiente á esos dedos; una llave de hierro calentada en la lámpara y aplicada sin ser vista por el enfermo, no le causa dolor alguno, se formó un flictena al día siguiente; punzando con un alfiler en estas partes, tampoco acusa dolor, pero sí siente la presión producida con estos instrumentos, percibe cuando se le tocan los dedos ó la palma de la mano en los mismos puntos en donde no siente ni el ardor de la quemadura ni el dolor de la punzada. Hay *termo-anestesia* y *analgesia*, pero se conserva la facultad táctil, distingue la forma de los cuerpos y puede aprehenderlos fácilmente.

“Existe también ligera hiperestesia en los miembros inferiores y siente ardor en las plantas de los pies. Una erupción roja, lisa, en placas redondas de un centímetro de diámetro, poco más ó menos, parecida á la urticaria ó al eritema nudoso, pero sensible á la punzada con un alfiler, existe en la cara y en los miembros superiores (brazo y antebrazo). En el fondo de la garganta hay un enrojecimiento de la faringe con engrosamiento de la mucosa.

Se trata en estos momentos de una enfermedad de las más importantes, que ha hecho recientemente su entrada en los cuadros nosológicos.

El conocimiento y el estudio de la *Siringomielia*, enfermedad que tiene sus síntomas clínicos fijos y sus lesiones anatómicas fijas que explican las alteraciones de las funciones

pervvertidas, nos es indispensable á los médicos que practicamos en los países en donde existe y se propaga todavía la Lepra, con la cual puede confundirse, sobre todo con la forma anestésica ó Lepra sistematizada nerviosa de Leloir.

Por este motivo me permito hacer un resumen de los estudios hechos sobre la enfermedad, en cuanto me ha sido posible seguirlos en la prensa médica contemporánea (1).

LA SIRINGOMIELIA está caracterizada por trastornos de la sensibilidad al dolor y á la temperatura, permaneciendo casi indemne la sensibilidad al tacto, y por lesiones tróficas que interesan diversos tejidos, la piel, los músculos, los huesos.

Anatomía patológica.—La lesión medular está situada en la sustancia gris posterior, inmediatamente detrás del canal ependimario, se extiende á la sustancia gris de los cuernos posteriores, y de aquí puede extenderse á los cordones laterales y anteriores de la medula.

Según resulta de las observaciones del Profesor Charcot, la *gliomatosis verdadera*, esto es, el parásito ó neoplasma que constituye la lesión medular, está caracterizada por células en forma de araña, que demuestran de una manera perentoria la invasión del tejido nervioso, las que pueden formarse *en tumor*, entrar al cabo de un tiempo más ó menos largo en regresión y transformar en cavidades siringomélicas la columna gris central vecina del canal ependimario. En el caso más habitual la lesión invade después la sustancia gris situada detrás del canal central de la medula, gana los cuernos posteriores que destruye de una manera simétrica, siendo éste el tipo anatómico de la Siringomielia. Puede ganar por *compresión*, por *infiltración gliomatosa*, por *lesiones cavitarias*, los cuernos anteriores, los hacecillos laterales de la medula y los cordones posteriores.

El sitio de predilección de las lesiones corresponde á la región medular cervico-braquial.

La gliomatosis sola no realiza el conjunto de síntomas que constituyen la Siringomielia, las dilataciones del canal central, las esclerosis periependimarias, pueden también ser

[1] *Anuario de Medicina y de Cirugía*, 2.^a Serie, Tomo IX. Enero á Junio de 1889. Casa editorial de Bailly-Baillière.

Gazette Hebdomadaire. Año de 1889. Enero á Marzo de 1890.

lesiones anatómicas que den origen á la enfermedad (*Lance-
raux, Hallopeau*).

Fisiología patológica.—Conocidas las localizaciones de la lesión anatómica, fácil es explicar la sintomatología de esta nueva entidad patológica.

LESIÓN DE LA SUSTANCIA GRIS POSTERIOR y cordones posteriores intactos, corresponde á la pérdida de sensibilidad, *al dolor y á la temperatura*, al mismo tiempo que se conserva la sensación del *contacto*. Schiff ha establecido que las impresiones táctiles pasan por los cordones posteriores; el conductor de la sensibilidad dolor y de la temperatura sería la sustancia gris central, comisura posterior y cuernos posteriores de la medula espinal.

LESIÓN DE LOS CORDONES ANTERIORES, correspondiente á los amiotropios, atrofia muscular progresiva.

LESIÓN DE LOS CORDONES LATERALES. Paresia, exageración de los reflejos, sacudidas fibrilares.

LESIÓN DE LOS CORDONES POSTERIORES. Fenómenos tabéticos, anestesia, dolores fulgurantes, incoordinación, sentido muscular abolido.

LESIÓN DE LA SUSTANCIA GRIS DE LA REGIÓN MEDIANA DE LA MEDULA. Turbaciones tróficas, pémfigo, eritemas, sensación de frío, edemas, onixis, panadizos, artropatías, escoliosis.

Sintomatología.—En su tipo más simple la Siringomielia está caracterizada por la insensibilidad al dolor, *analgesia*. Se puede pinchar, punzar, pellizcar en regiones más ó menos extendidas de las manos, de los brazos, de la cara, del tronco, sin que el enfermo muestre desagrado ni sentimiento de dolor; por la *termo-anestesia*, se queman los enfermos con el agua caliente, con el fuego, un cigarro encendido, un hierro candente, ó se les aplica el hielo sin que se den cuenta del sacoso. La vejiga ó ampolla de la quemadura les advierte al día siguiente, por el sentido de la vista, que se les ha aplicado un cuerpo á una alta temperatura.

Pero este mismo enfermo siente la presión en la piel, se advierte del cuerpo que le toca, aprecia el peso de los objetos, aun cuando no vea en el acto que estas cosas se ejecutan, es decir, conserva la sensibilidad del tacto y el sentido muscular.

A esta disociación de la sensibilidad, que puede pasar durante mucho tiempo inadvertida para el enfermo, se agregan otros síntomas que le llaman la atención y le hacen consultar al médico. Estos síntomas son los panadizos repetidos, las caídas de las uñas, edemas más ó menos extendidos de las manos, erupciones de la piel, eritemas, pénfigo. La atrofia muscular empieza por lo general en las eminencias tenar é hipotenar, sube con lentitud á los extensores del antebrazo, al deltoides, á los pectorales, etc. Hay flexión de los dedos de las manos correspondientes á los músculos atrofiados, no hay retracción de los flexores. Existen desviaciones de la columna vertebral, escoliosis y artropatías. Los reflexos tendinosos son abolidos en la mitad superior del cuerpo; puede haber alteraciones de contractilidad galvánicas y sacudidas musculares.

La marcha de la enfermedad es muy lenta: es cuestión de diez, treinta y más años para evolucionar en su conjunto. Puede empezar, sin razón conocida y sin que se pueda invocar la herencia, desde los quince años.

La Siringomielia, nueva conquista del método *anatomoclínico*, tiene un conjunto de síntomas que la caracterizan como una enfermedad singular de la medula, y cuyo diagnóstico puede establecerse.

Diagnóstico diferencial.—Puede confundirse la Siringomielia con otras enfermedades que tienen su asiento en la medula espinal ó en el sistema nervioso.

Con las lesiones que tienen su asiento en los cordones anteriores y laterales de la medula, como la *atrofia muscular progresiva*, la *esclerosis lateral* amiotrófica se diferencia porque en éstas los síntomas principales son del lado de los movimientos y hay ausencia de turbaciones sensitivas, mientras que éstos forman el principal carácter de la Siringomielia.

La *meningitis pseudo-hipertrófica* por los dolores en la cintura escapular, existencia de los reflejos, ausencia de las turbaciones de sensibilidad.

La *tabes espinal* puede confundirse fácilmente con la Siringomielia, porque en una y otra lesión se manifiestan turbaciones de la sensibilidad y atrofas musculares. Sin embargo, siempre es posible distinguirlas, porque en la *tabes* hay dolores fulgurantes, amaurosis, turbaciones viscerales, crisis gástricas y vesicales, y abolición de los reflexos.

La histeria puede ser una causa de error en ciertas formas. Los histéricos presentan también amiotrofias, parálisis limitadas á los miembros, edemas, anestias al dolor, al calor y al frío, pero en ellos las parálisis y las contracturas aparecen ó desaparecen súbitamente, hay turbaciones de la visión y de otros sentidos con variedades bruscas en los síntomas. La Siringomielia presenta remisiones, pero jamás curaciones repentinas.

Es la *Lepra anestésica* la que en nuestro país presenta frecuentes ocasiones de error en el diagnóstico con la Siringomielia. En una y en otra enfermedad hay turbaciones de la sensibilidad, lesiones tróficas de los músculos, de los huesos y de la piel, de tal manera, que es muy difícil distinguir en las primeras manifestaciones estas dos entidades patológicas. En los casos típicos, cuando la lesión está limitada á la comisura gris posterior de la medula y que se traduce por la analgesia y la termo-anestesia con la conservación del sentido del tacto y del sentido ó fuerza muscular, podrá un médico experimentado diferenciarla de la *Lepra anestésica* que empieza; pero en tanto que las lesiones medulares se extiendan á los cordones posteriores ó laterales de la medula, aparecen lesiones tróficas de la piel y de los músculos que harán muy difícil, si no imposible, el diagnóstico diferencial.

No obstante, este punto interesa sobremanera á los médicos colombianos, en donde la *Lepra* se propaga en algunas localidades de una manera alarmante. Posible será que un día ú otro el Gobierno resuelva tomar medidas de profilaxia higiénica para el contagio de la *Lepra*, y entonces nos veremos embarazados para distinguir una Siringomielia de una neuritis leprosa.

En el caso que dejo relatado me inclino á creer que pueda existir una Siringomielia, sin tener por mi parte una certidumbre absoluta, porque se necesita todavía algún tiempo para estudiar la marcha de la afección, en enfermedades de una evolución excesivamente lenta.

Hé aquí los síntomas que pueden hacer inclinar al médico del lado de la *Lepra*. No debemos olvidar que la *Lepra anestésica* marcha de la periferia al centro: son los nervios los que se ven atacados al principio por el *bacillus Leprosi*

de Hanssen; empieza la lesión por algunos ramillos, y después puede extenderse al tronco nervioso principal, á varios otros nervios y llegar á la medula espinal, origen de las raíces nerviosas. Los síntomas de una *neuritis* que termina por una transformación lenta del tejido nervioso, deben dominar la escena. Estos son en primer lugar la *hiperestesia* de los tegumentos, no en forma precisamente *esquemática* ó simétrica, porque puede variar según los nervios y los ramillos de los nervios atacados; los *dolores neurálgicos* variados que atormentan al paciente en el primer período de la enfermedad, durante meses, á veces durante muchos años; las erupciones eritematosas polimorfas, y sobre todo el *pénfigo* y vejigas que desde temprano aparecen en las extremidades, dejando úlceras persistentes por mucho tiempo; las atroñas de los músculos *interóseos*, que le dan al dorso de la mano una forma plana ó casi cóncava; la flexión con *contracturas* de las falanges y falangetas y la reabsorción de estos huesos; falta el *edema* en las manos, aun cuando haya piel rojiza, lisa y delgada; la debilidad y pérdida del sentido muscular, consecuencia de los sufrimientos anteriores, y la pérdida del sentido del tacto, más común en esta enfermedad, en la cual los enfermos distinguen con dificultad la forma de los objetos por medio del tacto y tienen embarazos para su aprehensión. Limitanse durante años las lesiones tróficas á las manos y á los pies *únicamente*, sin erupción alguna en la cara ni en el tronco. En el segundo período de transformación nerviosa se pueden notar los cordones *duros*, á veces *monoliformes* de los lepromos en el trayecto de los miembros atacados. En la mayoría de los casos, antecedentes *hereditarios* de familia ó motivos de *contagio*.

Por el contrario, la Siringomielia en su origen pártese del centro á la circunferencia, y mejor que el escalpelo del más hábil anatómico, limita el territorio de los nervios atacados: no empieza por hiperestesias, sino por anestias al dolor, al frío y al calor, limitadas perfectamente á la distribución de los ramillos nerviosos atacados desde su origen. En mi caso, el enfermo no sentía el calor del hierro candente sino en la cara palmar de los tres primeros dedos de la mano de-

recha y en la región metacarpia palmar correspondientes á las ramificaciones del nervio mediano, mientras que sí sentía en el dorso de los mismos dedos correspondiente á las ramificaciones del nervio radial. Hay analgesia y termo-anestesia, pero se conserva la sensación del tacto, el enfermo se da cuenta de la forma de los objetos y puede haber aprehensión de ellos. Existe la piel delgada, lisa y enrojecida, con un ligero *edema* en las manos.

Como la gliomatosis siringomélica tiene su asiento habitual en la región cervico-braquial de la medula, los eritemas se presentan en la cara, en los brazos y en el tronco; las atrofas musculares suben de la región tenar, al extensor de los dedos, al deltoides, al pectoral. El enfermo conserva el sentido muscular, no pierde fuerza al principio del mal; los *panadizos indolentes* en las falangetas pueden preceder á los otros síntomas; no hay *contracturas*, la flexión de los dedos cede á las maniobras del médico. No hay antecedentes hereditarios ni de contagio.

Es de notar en el presente caso la circunstancia de que hay antecedentes sifilíticos hereditarios é individuales, y la de que ha habido notable mejoría con las preparaciones mercuriales y con el cambio á un clima caliente.

Es probable que las gliomatosis medulares sean producidas por el virus específico, y por lo mismo nuevas observaciones harían descubrir lesiones constitucionales, referentes á una Siringomielia sifilítica, leprosa, tuberculosa, reumatismal: clasificación importante para establecer un tratamiento racional.

EVARISTO GARCÍA

Cali, Abril 10 de 1890.

TRATAMIENTO DE LA PULMONIA

POR LAS INHALACIONES DE CLOROFORMO

Señor Redactor de la REVISTA MÉDICA.

He visto en un número de la *Revista de Terapéutica*, preconizado un tratamiento para las *neumonías graves* por inhalaciones de cloroformo exclusivamente; y habiéndome llamado la atención este tratamiento por su sencillez y comodidad para

el paciente, me permito hacer un extracto, para que, si usted lo tiene á bien, se sirva hacerlo publicar en la REVISTA MÉDICA, para que sea conocido y ensayado.

Bajo la influencia de las inhalaciones, no sólo desaparecen los síntomas dolorosos, sino que la duración de la enfermedad se acorta notablemente. Desde las primeras inhalaciones, la respiración se hace mucho más profunda, siendo éste el primer paso hacia la desaparición de la inflamación, empezando á bajar la temperatura después de unas diez ó doce horas.

M. Clemens afirma que no ha observado ningún inconveniente con este tratamiento, con tal, eso sí, que el cloroformo que se aplique sea puro, y que no haya sido alterado por la acción de la luz. (Sólo el cloroformo inglés de una densidad de 1.400 no es descompuesto por la luz).

Cuando hayan de prolongarse mucho las inhalaciones, deben emplearse con partes iguales de cloroformo y alcohol, aumentando la proporción de alcohol, en relación con la mayor gravedad del caso, interrumpiéndolas de tiempo en tiempo.

En cuarenta y dos (42) casos que han sido tratados por el autor por este medio, no ha habido *uno solo* de mal éxito.

Las inhalaciones producen la desfibrinación de la sangre pulmonar, y previenen la hepatización, habiendo sin duda una acción dinámica sobre el cerebro y sobre el neumogástrico.

Soy del señor Redactor muy atento seguro servidor, colega y amigo,

ALEJANDRO HERRERA R.

ABSCESOS HEPATICOS Y LARGAS INCISIONES

[CONTINUACIÓN DEL N.º 148]

R E F L E X I O N E S

Si con ánimo honrado examinamos ahora los resultados por mí obtenidos en los nueve casos de abscesos hepáticos que he operado, claramente se verá que el procedimiento de las grandes incisiones es enteramente racional, y que el de la simple aspiración no puede parangonarse con aquél.

Estos nueve casos se descomponen así:

Abertura espontánea del foco al través de un espacio intercostal y seguido de muerte.....	1
Tratados por la aspiración y seguidos de muerte.....	2
Tratados por el procedimiento de las grandes incisiones con éxito feliz.....	5
Seguido de muerte.....	1
	—
Total	9
	—

Y téngase presente que el paciente que murió tratado por este último procedimiento había llegado á tal estado de gravedad, que desde antes de operarlo se hizo un pronóstico fatal, y que, en consecuencia, el fiasco no es imputable al procedimiento.

Estos números hablan por ellos mismos, y podría tratárase de redundancia lo más que hiciera para abonar el procedimiento que ellos pregonan.

Una de las objeciones de más peso hecha á este procedimiento es el temor á la peritonitis por la facilidad con que el pus puede derramarse en la cavidad de la serosa. En mi primer artículo, publicado el 12 de Marzo de 1883, traté de rebatir esta objeción; hoy mi práctica abona la teoría entonces emitida, pues en los casos que he operado, la peritonitis no ha aparecido como complicación en ninguno de ellos. Por otra parte, en buena fisiología patológica es enteramente lógico admitir que cuando una flegmasía hepática termina por supuración, y se revela al exterior por signos físicos suficientes para poder diagnosticar la situación precisa del foco, las adherencias de la serosa tienen que haberse efectuado en la generalidad de los casos; es cierto que carezco de datos anatómopatológicos para apoyar este hecho, pero mi experiencia clínica me autoriza para admitirlo, aun en ausencia de aquéllos.

Pero, prescindiendo de esto, ¿quedará escudada la responsabilidad del cirujano que, por temor á una complicación que en muchos casos puede dominar, presencia, cruzado de brazos ó confiado en un procedimiento, que como la aspiración, está ya condenado por la práctica, la casi segura muerte del paciente? ¿Acaso la cirugía moderna, apoyada en los nuevos descubrimientos microbiológicos, no pone hoy en nuestras manos

armas poderosas para prevenir una peritonitis? ¿No está domesticada yá la excesiva sensibilidad de esta serosa? ¿No practicamos hoy la laparotomía hasta como medio diagnóstico? Creo, pues, que los temores en que dicha objeción se funda, son hoy más que quiméricos y sombras de añejas teorías que la ciencia se encarga de disipar con la luz de su incesante progreso.

El Doctor Joaquín Restrepo J., en la notable tesis que para optar el grado de Doctor en Medicina y Cirugía, sostuvo el año de 1887, aludiendo al procedimiento por mí empleado para tratar los grandes abscesos hepáticos, dice que es impracticable en los hospitales y en las grandes ciudades, por los peligros inherentes á la dificultad para poner en práctica una antisepsia constante y rigurosa.

Todo el que lea con cuidado las observaciones que he publicado, verá cuán inconsulto ha sido el cargo hecho por el Doctor Restrepo al procedimiento de Little. ¿Acaso mi observación cuarta no se refiere á un enfermo tratado en el Hospital Militar de Bogotá? ¿Cuál fue el resultado de esa intervención?

M. Chauvel ha presentado á la Academia de Medicina de París, en su sesión del 7 de Mayo de 1889, las observaciones de cuatro soldados llegados de Tonkín con hepatitis supuradas, y tratados en los hospitales militares por medio de las amplias incisiones y con un éxito completo.

Y yá que cito al Profesor Chauvel, me permito transcribir aquí textualmente algunas de las conclusiones con que termina su comunicación:

“1.ª La abertura inmediata, directa, y con el bisturí de los abscesos hepáticos, no presenta peligros desde el punto de vista de la peritonitis si se practica antisépticamente.

“2.ª La abertura debe ser grande y debe conducir directamente al foco.

.....

“4.ª La abertura grande debe hacerse atrevidamente, y siempre que se sospeche pus están claramente indicadas las funciones exploratrices.”

Continuando el examen del trabajo del Doctor Restrepo, se verá que él trae en éste 28 observaciones, las que se descomponen así:

Hepatitis no supuradas.....	7
Hepatitis supuradas en las que no se intervino.....	13
Hepatitis terminadas por la abertura del foco en los bronquios, y curación.....	2
Hepatitis tratadas por punción y seguidas de muerte..	3
Hepatitis, en la que se practicó la grande incisión sin que hubiera absceso.....	1
Hepatitis tratada por la punción y curación. En este caso el trocar con que se hizo la punción sería tan grande, que después pudo colocarse un tubo de caucho doblado...	1
Hepatitis tratada por la grande incisión y seguida de muerte.....	1
Total.....	28

Estas cifras tienen también su elocuencia, y á lo único que da asidero esta estadística, es para condenar la especulación, y en manera alguna para comprobar las ventajas de un procedimiento sobre otro.

En el número 58 de la *Gaceta de los Hospitales*, año 61, el Doctor Defontaine publicó un luminoso estudio sobre el tratamiento quirúrgico de los abscesos hepáticos, del que concluye que las amplias incisiones son el procedimiento que debe emplearse para tratar estos abscesos; únicamente difiere del empleado por Little en que hace la incisión capa por capa y no de un golpe. También se muestra partidario aquel cirujano de la sutura del hígado á la pared abdominal.

La primera modificación me parece aceptable, no obstante tener el inconveniente de hacer más lenta la operación y de no dar garantías en el paralelismo de la herida de los tejidos; juzgo inaceptable la segunda por creerla innecesaria, difícil de practicar y aun peligrosa.

He leído en el número 138 de la REVISTA MÉDICA los fragmentos de una nota del Doctor Evaristo García, y no puedo dejar pasar inadvertidos los conceptos que mi sabio maestro emite allí con relación al tratamiento quirúrgico de los abscesos de la glándula hepática.

Y desde el principio me permitirá el Doctor García que establezca la diferencia que existe entre un absceso hepático franco y el producido por una flebitis de las venas hemorroi-

dales ó de cualquiera de las del sistema porto. Este diagnóstico diferencial es tanto más importante, cuanto en el primer caso la afección es susceptible de un tratamiento quirúrgico, mientras en el segundo, éste de nada valdría; pues quien admite un absceso hepático sintomático de una flebitis, tácitamente mide sus armas con una piohemia, contra la cual la cirugía se declara impotente.

Es bien sensible la confusión que el Doctor García ha dejado en este asunto cuando dice:

....“Catorce ó quince días después ya está formado el foco purulento en la glándula hepática, es el maldito absceso del hígado bien definido y limitado, visible para el observador menos atento; sin duda alguna flebitis de las venas hemorroidales ó de las de los gruesos intestinos que llevan en su seno algún glóbulo de pus que va á radicarse en el interior del rico parenquima del hígado.” (1)

Si es el absceso del hígado bien definido y limitado, mal puede ser una flebitis de las venas hemorroidales, pues éstas son dos entidades mórbidas bien distintas.

Jacoud, hablando del tratamiento de los abscesos hepáticos, se expresa así:

“Los abscesos ligados á la piohemia no pueden reconocerse con certidumbre en medio del estado general grave de los enfermos; los síntomas locales faltan y no son percibidos por el paciente; la ictericia puede ser producida por la infección purulenta aunque el hígado no esté enfermo; todo criterio hace falta. La impotencia que hay para hacer el diagnóstico local es de ninguna importancia, pues el absceso piohémico del hígado no es justificable de ningún tratamiento.”

Defontaine se expresa así:

“Los abscesos del hígado son ya pequeños y múltiples, ya grandes y generalmente únicos. En los primeros no es posible sino el tratamiento médico, y acarrear generalmente la muerte; son éstos los abscesos miliares de la infección purulenta, los abscesos consecutivos á la flebitis ó á las embolias sépticas del sistema porto, consecuencia de ulceraciones intestinales (disentería, tifitis, abscesos del bazo), las periangiocolitis supuradas consecutivas á las obstrucciones calculosas del canal colédoco ó de las canaículas biliares intra-hepáticas.”

“Los segundos son los abscesos tropicales independientes de la disentería, ó los que acompañan á esta afección, etc.”

“El tratamiento en uno y otro caso es enteramente distinto: quirúrgico en éstos, médico en aquéllos, pero con mínimas probabilidades de suceso.”

Los clínicos, pues, están enteramente de acuerdo en que clínica, etiológica y anatomo-patológicamente los abscesos he-

(1) Párrafo de una carta escrita sin ánimo de que fuese publicada.

páticos producidos por una flebitis, son enteramente distintos de aquéllos, inherentes á uno de los modos de terminación de la inflamación del parenquima de la glándula. El Doctor García principia por decir que él ha tratado esos abscesos dependientes, *sin duda, de una flebitis de las venas hemorroidales*, y, en consecuencia, habiendo estado al frente de verdaderos abscesos metastásicos, mal podría haber tenido resultados favorables por medio de un tratamiento quirúrgico.

Es de sentirse que el sabio médico de Cali, quizá por juzgar un poco con su rica fraseología, haya descuidado el terreno clínico que tan familiar le es, para llegar hasta confundir dogmáticamente el síntoma de un síndrome mórbido con los francos abscesos del parenquima hepático.

Muy bien podrá *un cándido debutante* ver caer marchitas todas sus ilusiones si pretende curar una flebitis dependiente de una ulceración intestinal, abriendo los abscesos metastásicos que se hayan formado en el parenquima hepático; mas si establece bien su diagnóstico diferencial entre un absceso por flebitis porta, y un absceso franco, estará, en este último caso, plenamente autorizado para tratarlo por una amplia incisión, ayudándose de una rigurosa antisepsia. Mi práctica me ha mostrado que podemos ver sazonadas nuestras esperanzas siempre que hagamos un buen diagnóstico y operemos de acuerdo con la cirugía moderna.

J. T. HENAO,

Manizales, Diciembre 30 de 1889.

En *El Monitor Médico* de Lima, correspondiente al 15 de Enero de este año, hallamos un trabajo sobre *Tratamiento de los abscesos hepáticos* por Wenceslao S. Salazar, del cual copiamos lo siguiente:

“El pronóstico de los abscesos hepáticos, tratados por las grandes incisiones y el método antiséptico, es de los más favorables, y puede decirse que la curación es la regla general, pues si bien en las estadísticas figuran algunos fracasos, ellos son debidos no á ineficacia del tratamiento, sino á causas independientes de él, como una intervención tardía cuando ya el organismo, aniquilado por la fiebre héctica y las perturbaciones intestinales, no tiene fuerza para reaccionar favorablemente, ó, como se observa en otros casos, en que, á pesar de haberseles tratado en una época conveniente, se han presentado en el intervalo de la curación complicaciones de parte de los órganos vecinos, que, si bien algunas veces son dominados fácilmente, adquieren otras una intensidad tal, que las hace sumamente graves, hasta el punto de terminar con la vida del paciente, sin que haya estado

en las manos del médico el evitarlo, como sucede con las inflamaciones de la pleura y del pulmón, ó de ambos órganos á la vez. Otras veces el poco éxito es debido á la fatal circunstancia de existir un segundo absceso cuya presencia no se ha sospechado y cuyos síntomas se han confundido con los del primero, siendo la persistencia de algunos de éstos lo que nos hace pensar en su existencia; en este caso la curación es posible aún si este segundo foco es accesible al cirujano, que debe vaciarlo por una segunda incisión ó ensanchando la primera; pero si no sucede así, ó si hay varios abscesos, la terminación es fatal.

“ Pero estos casos en los que el tratamiento, por esmerado que sea, no da los buenos resultados que de él se esperan, por las causas que ya he enunciado, son sumamente raros y se presentan en proporción mínima con relación á las curaciones obtenidas, como lo manifiestan las diferentes estadísticas, tanto europeas como americanas, y de las que una de las más concluyentes es la del Doctor Mabbau, citado en la moderna é importante obra de cirugía de los Doctores Reclus, Kirminson, Peyrot y Bouilly; en ella el número de casos tratados ha sido 24, habiéndose obtenido 22 curaciones y sólo 2 defunciones.

“CONCLUSIONES

“ Todo lo que he manifestado en este trabajo, puede reunirse en las conclusiones siguientes:

“1.ª La incisión metódica, grande y directa, es el tratamiento que conviene mejor en los abscesos hepáticos.

“2.ª La incisión debe ser practicada inmediatamente después que una punción exploratriz ha demostrado la existencia del pus.

“3.ª Se debe lavar cuidadosamente el foco y asegurar su drenaje.

“4.ª La operación debe ser practicada con todas las precauciones anti-sépticas.

“5.ª No se debe tener en cuenta la presencia ó ausencia de adherencias.”

Sobre este mismo tratamiento de los abscesos del hígado nos queda para el próximo número una Observación del señor Doctor Antonio María Barrera.

COMUNICACION SOBRE TRES LAPAROTOMIAS,

practicadas con éxito por los Doctores O. A. Noguera y J. C. Güel, leída en la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales en la sesión del 12 de Octubre de 1889

(Continuación del número 149)

Atlee, Spencer Wells, Baker Brown, Köberlé, Keith, Lawson, Tait, Péan, Nussbaum, Schröder, Billroth y Olshausen son los titanes cuyos nombres merecen ser inscritos con letras de oro en la historia de la ovariectomía.

¡Cuánto tuvieron que luchar con las ideas preconcebidas por el público en contra de la operación!

¡Cuánto tuvieron que trabajar para mejorar el manual operatorio! ¡Cuánta fuerza de voluntad necesitaron, para comenzar de nuevo, después de un fracaso y tratar de corregir los errores cometidos anteriormente! Señores, cada vez que oigo el nombre de algunos de esos héroes de la ciencia, me siento orgulloso de ser hombre y de pertenecer á este siglo.

No tengo á la mano todos los datos necesarios para formar una estadística de las operaciones practicadas hasta hoy en los principales países y de su mortalidad. Baste, para el objeto que me propongo, decir que Spencer Wells practicó el 11 de Junio de 1880 su milésima ovariectomía, que Schröder practicó hasta 1881, 276 operaciones, que los demás las cuentan también por centenares, y que de 32 por 100 de mortalidad que tenía antes la ovariectomía, ha bajado á 10 por 100 y aun á menos; y que esta benéfica operación se ha extendido desde la América, su cuna, por toda la Europa hasta el Asia, el Africa y la Oceanía, desde un confín hasta el otro del mundo! Pensad ahora ¡cuántas vidas destinadas á muerte segura se han salvado por medio de esta sola operación; y á cuántos hogares se les ha devuelto la felicidad, conservando las cariñosas esposas y las tiernas madres á sus esposos é hijos!

* * *

Esta baja tan notable en la mortalidad después de la ovariectomía no es mérito exclusivo de los cirujanos nombrados anteriormente. Mucho, quizá la mayor parte del éxito, en toda la cirugía, pero muy especialmente en la cirugía abdominal, corresponde al infatigable y genial Sir. Josef Lister. Si añadimos este nombre á los anteriores, tenemos la lista de los hombres que más aplausos merecen por parte de sus contemporáneos y de las generaciones venideras. Lister, con su procedimiento antiséptico, ha hecho adelantar la ovariectomía de un modo prodigioso. A él se debe el que hoy las peritonitis tan terribles después de operaciones en el abdomen sean hoy tan raras.

Si algún hombre merece que se le levanten estatuas por todo el universo es él, el gran benefactor de la humanidad; pero aunque no se las levanten, su nombre será siempre pro-

nunciado con respeto y admiración; pues de su obra se puede decir con el poeta, que es *aere perennius*.

*
**

Si añadimos á la antisepsia la calma y sangre fría, como guías y preceptos de los grandes maestros, especialmente de Spencer Wells, á quien Billroth reputa como maestro de los maestros, la operación saldrá bien.

Es preciso no olvidarse ni un solo momento, durante su ejecución, de las sabias palabras: *Quidquid agis prudenter agas et respice finem!*

Para terminar me falta tan sólo dar mis más expresivas gracias á mis queridos colegas y amigos Doctores Güell, Amaya, Rodríguez y Gutiérrez, así como á los estudiantes de medicina, que, con alma generosa y noble, me brindaron su apoyo moral, intelectual y material.

I OBSERVACION.—EULALIA MORENO

CUADRO DE LA TEMPERATURA

FECHAS	TEMPERATURA		INSPIRACIONES		PULSACIONES	
	Mañana	Tarde	Mañana	Tarde	Mañana	Tarde
Agosto 31...	37°.2*	..	23	...	103
Septiembre 1.°	37°.3	37°	24	24	104	100
— 2..	37°.4	36°.6	17	20	96	90
— 3..	36°.9	37°	23	21	97	108
— 4..	37°	37°.4	24	22	113	121
— 5..	37°.6	37°.8	26	23	110	124
— 6..	37°.4	38°	23	24	120	123
— 7..	37°.2	38°.2**	23	22	132	128
— 8..	38°.4	38°	21	21	115	110
— 9..	37°.4	38°	23	24	108	118
— 10..	37°	38°	22	19	100	105
— 11..	37°	37°.6	19	22	105	110
— 12..	37°.2	37°.4	24	25	110	118
— 13..	37°.2	38°.4	24	18	96	96
— 14..	36°.8	36°.6	20	21	92	95
— 15..	36°.8	37°	18	18	92	92
— 16..	36°.6	37°	19	16	92	84

* Operación.—** Curación.

II OBSERVACION.—EUGENIA ROJAS

CUADRO DE LA TEMPERATURA

FECHAS	TEMPERATURA		INSPIRACIONES		PULSACIONES	
	Mañana	Tarde	Mañana	Tarde	Mañana	Tarde
Septiembre 3 *	37° .2	..	30	...	120
— 4..	37° .4	37° .2	25	26	122	130
— 5..	36° .8	36° .6	24	21	128	120
— 6..	37° .4	38°	24	26	115	146
— 7..	37° .4	37° .8	23	23	112	118
— 8..	37° .4	37° .8	24	26	108	116
— 9**	37° .6	38° .2	26	26	124	90
— 10..	37°	37° .2	22	20	98	100
— 11..	37°	37° .4	22	20	105	106
— 12..	37° .2	38° .2	22	24	110	96
— 13..	37°	36° .4	24	18	96	94
— 14..	36° .8	37°	19	20	90	92

* Operación de 12 á 3 p. m.—** Curación á las 4 p. m.

~~~~~

### GINECOLOGIA

#### UN CASO DE RUPTURA ESPONTÁNEA DEL CORDÓN

La señora M., de treinta años de edad, alta, robusta, de constitución fuerte y sin antecedentes patológicos notables ha tenido dos partos sin accidente alguno, y sus dos niños existen.

Dos años y medio después de su último parto sufrió endometritis cervical, afección que cedió pronto al tratamiento que empleamos para combatirla.

Poco tiempo después se presentó un tercer embarazo, en cuyos dos primeros tercios gozó la señora de completa salud. Al principiar el séptimo mes apareció un punto doloroso y fijo, con irradiaciones hacia los flancos, y localizado en el cuarto supero-anterior izquierdo del útero. Desaparecía este dolor cuando la señora se aplicaba un vendaje compresivo que inmovilizaba al feto, y reaparecía más fuerte y persistente cuando dejaba de aplicárselo.

Por medio de un minucioso examen, pudimos reconocer que la causa de este dolor era fetal, y probablemente depen-

diente del cordón, puesto que todo cambio ó movimiento del feto lo exacerbaba. Aconsejámos reposo en una situación adecuada y soportable. En este estado reconocimos una presentación de vértice en posición O. I. I. A.

El embarazo llegó á término sin otros accidentes ni dificultades. Se principió el trabajo del parto, y en nuestro primer examen reconocimos que tanto la presentación como la posición fetales se habían conservado las mismas.

Con la regularidad de un parto natural llegó éste á su período de expulsión; mas no podía concluirse porque la cabeza del feto, tan luégo como cesaba la contracción uterina, retrocedía á su punto de partida. Diez minutos duró esta situación, acompañada, además, de ligera hemorragia. La auscultación fetal vino también á darnos la certidumbre de que el parto se retardaba por causa de lo que se ha llamado *brevedad relativa del cordón*, y que, por consiguiente, cortarlo y apresurar la expulsión del feto era la indicación precisa á que debíamos atender.

Apenas alcanzámos á pasar el dedo indicador de nuestra mano izquierda por entre la pared vaginal y la cabeza del feto, cuando éste fue expulsado violentamente y en un solo tiempo en medio de una ola de sangre.

Con la prontitud que exigía el caso nos apresurámos á quitar del cuello del niño la compresión que sobre él ejercía el cordón por medio de dos estrechas vueltas, y para que se estableciese la respiración. Al hacer esto notámos que el cordón se había roto justamente al nivel de su inserción fetal. A pesar de que por causa de la ruptura el niño no perdía sangre, pusimos, por vía de precaución, una ligadura en los restos del arrancamiento.

El niño midió cincuenta y dos centímetros de largo, nació robusto y bien conformado.

Veinte minutos después de verificado el parto, hicimos la extracción de la placenta. Midió el cordón cuarenta centímetros de longitud y se notaba surcado por falsos nudos.

Durante el puerperio todo fue normal y fisiológico.

*Reflexiones.*—Es muy interesante esta observación por la rareza del caso. Sucede generalmente que la ruptura espontánea del cordón no se observa sino cuando el parto ocu-



re estando la mujer de pie, ó sentada en una letrina, y casi siempre movida por un fin criminal.

Hasta ahora unos tres años se había negado la posibilidad de semejante accidente cuando el parto se verifica estando la mujer en el decúbito dorsal ó lateral. Hoy, gracias al trabajo sobre la materia, presentado á la Sociedad de Medicina legal de París por el Profesor agregado, Budin (Presidencia del Doctor Horteloup, sesión de Julio de 1887), la cuestión quedó admitida como absolutamente excepcional.

C. CLOPATOFSKY V.

Bogotá, Abril de 1890.

---

#### SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES

*República de Colombia.—Ministerio de Relaciones Exteriores.—  
Sección 1.ª—Número 4,346—Bogotá, Febrero 24 de 1890.*

Señor Presidente de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales.—Pte.

Señor:

Del Consulado General de la República en Lima he recibido un recorte de periódico, en que consta una exposición referente á la influencia de la presión atmosférica sobre la cantidad de glóbulos rojos de la sangre.

Ese estudio puede ser útil á la docta Sociedad que usted preside por lo cual me complazco en presentarlo á usted, anexo á este oficio.

Con sentimientos de distinguida consideración tengo la honra de suscribirme de usted,

Muy atento servidor,

ANTONIO ROLDÁN.

---

#### EFFECTOS DE LA PRESION ATMOSFERICA

##### SOBRE LA FISILOGÍA HUMANA

Todo estudio que verse sobre este tema merece vivo interés, especialmente por las aplicaciones de los resultados obtenidos que en Patología pudieran hacerse. Y más directamente aún debe interesarnos si para su campo elige regiones inexploradas,

y tan favorables para esa clase de estudios, como son las de América. En efecto, en Europa, á pesar de las facilidades materiales y del gran número de inteligencias que se dedica á estudios biológicos y sobre presión atmosférica en grandes alturas, no pueden ser los resultados muy proficuos, por cuanto sus condiciones orográficas y biológicas son restringidas, no existiendo grandes grupos de altas montañas, ni habitando los europeos comarcas de elevación tan considerable sobre el mar: circunstancias que concurren, por ejemplo, en Asia y América.

Para que esta rama de la ciencia, relativamente moderna, pudiera avanzar, ha sido necesario, pues, que los sabios europeos aunaran á su talento científico la energía y sacrificios que reclaman las exploraciones de ultramar, en comarcas donde la naturaleza se muestra más imponente y más grandiosa.

Jourdanet, en México, hizo estudios sobre la presión atmosférica en general, y estudios fisiológicos sobre los efectos de las alturas en la constitución de la sangre; é igual empeño ha traído el Profesor Viault á nuestras playas.

Los conocimientos y entusiasmo científico del señor Viault han encontrado en nuestra cordillera central un campo interesante, que este distinguido naturalista ha sabido explorar con éxito.

Sin que ello amengüe en lo menor los méritos positivos del Profesor Viault, debemos indicar que sus experimentos y observaciones no requieren grandes elementos preparatorios; y que los médicos avecindados en el interior podrían dedicarse á ello con fruto, en vez de disipar su tiempo en otras ocupaciones.

Nuestra Academia Nacional de Medicina está, por su parte, obligada á seguir el camino señalado por las observaciones del Profesor Viault, y á dar en este, como en otros casos, lustre y nombre al Cuerpo Médico peruano.

El informe del Doctor Viault, se titula:

“ RESULTADOS EXPERIMENTALES OBTENIDOS POR EL PROFESOR VIAULT.

“Tengo la honra de comunicar á la Academia de Medicina de Lima algunos de los resultados obtenidos en los experimentos practicados por mí en las grandes alturas de la cordillera. Estos experimentos se han referido á los gases de la respiración, á los gases de la sangre, á los productos de la combustión respiratoria (ácido carbónico y urea), el análisis microscópico de la sangre, etc.; pero como la mayor parte de ellos exigen cálculos que no puedo terminar sino en Europa, me limitaré simplemente á decir á la Academia el resultado de mis observaciones sobre la nu-

meración de los glóbulos de la sangre, observaciones practicadas con una presión atmosférica de 455 mm. en el barómetro de Fortin, lo que corresponde aproximadamente á una altura de cerca de 4,300 metros.

“Puede suponerse *à priori* que la razón fisiológica de la aclimatación del hombre y de los animales en los lugares elevados con una atmósfera rarefacta, debe consistir, ya en el aumento de la masa de la sangre, ya en el aumento sólo de sus glóbulos, ya en la proporción mayor de hemoglobina en una misma cantidad de sangre y para una misma riqueza globular, ya en una mayor capacidad de absorción de oxígeno para una misma cantidad de hemoglobina, ya, por último, accesoriamente y en un límite difícil de apreciar en la disminución de la necesidad de oxígeno que experimentan los tejidos; es decir, en la disminución de las combustiones respiratorias íntimas.

“¿Pero cuál de estas numerosas hipótesis era necesario aceptar? Hé aquí lo que se ignoraba absolutamente.

“Pues bien, mis investigaciones demuestran que la parte más importante en este fenómeno de aclimatación corresponde al aumento del número de los glóbulos de la sangre, aumento algunas veces enorme y que aproxima al hombre aclimatado, bajo el punto de vista de su riqueza globular, á la llama, el animal por excelencia de las regiones elevadas de los Andes.

“Las siguientes cifras obtenidas por medio del *cuenta glóbulos de cámara húmeda graduada* de Malassez, no pueden dejar duda ninguna al respecto

|                                                                                                   | Glóbulos.  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| En Lima, el 4 de Octubre (víspera de mi viaje), mi sangre contiene por milímetro cúbico . . . . . | 6,000,000  |
| En Morococha, el 19 (después de 15 días en la sierra)                                             | 8,100,000  |
| El señor Mayorga [íd. íd] . . . . .                                                               | 8,300,000  |
| C. . . mayordomo (después de 18 años en la sierra)..                                              | 12,000,000 |
| M. . . arriero (después de 3 años en íd.) . . . . .                                               | 8,840,000  |
| D . . . administrador. . . . .                                                                    | 8,920,000  |
| A . . . indio . . . . .                                                                           | 8,960,000  |
| Margarita, india. . . . .                                                                         | 8,080,000  |
| Ch . . . mayordomo. . . . .                                                                       | 7,000,000  |
| R. P. . . mozo de cocina mestizo . . . . .                                                        | 7,770,000  |
| R. . . . italiano, en la Oroya . . . . .                                                          | 7,320,000  |
| Señor Mayorga, el 27 de Octubre. . . . .                                                          | 8,440,000  |
| Mi sangre, el 27 de Octubre . . . . .                                                             | 9,740,000  |
| Perra joven vigorosa, que corre todos los días en los cerros. . . . .                             | 10,300,000 |
| Perra vieja, que . . . . .                                                                        | 6,730,000  |
| Llama macho permanece en una hacienda. . . . .                                                    | 18,560,000 |
| Gallo de un año, vigoroso. . . . .                                                                | 7,000,000  |

“Las dos cifras menores suministradas por la sangre del hombre ofrecen esto de interesante; que procede una de ellas de un joven de veinte años llegado solamente hacía pocos días á la sierra, proveniente de Panamá, donde había estado 8 años y había tenido numerosos accesos de fiebre. Presenta un tinte claramente anémico, y acaba de tener, en el mismo Morococha, un nuevo acceso de fiebre intermitente. La otra cifra se refiere á un italiano que vive en la Oroya y que ofrece la particularidad de ser atacado de *soroche* cada vez que pasa la cordillera.

“Por manera, pues, que por una simple exageración de la función normal de la hematopoyesis es que el hombre y los animales que habitan las alturas luchan contra el empobrecimiento del aire en oxígeno.

“En virtud de la menor tensión de este gas, cada glóbulo no puede tomar sino una cantidad menor de la que tomaría al nivel del mar; pero como hay muchos más glóbulos, el equilibrio se restablece y la sangre contiene, en definitiva, la misma cantidad de oxígeno en las grandes alturas que en el mismo nivel del mar.

“La *anoxiemia barométrica* no existe, pues, ó no tiene, por lo menos, sino una duración muy corta, limitada á los primeros de permanencia en las regiones elevadas.”

ACTA DE LA SESION DEL 22 DE FEBRERO DE 1890

(PRESIDENCIA DEL DOCTOR CASTAÑEDA).

A las 7 p. m. se reunió la Sociedad. Se leyó el acta de la sesión anterior, y fue aprobada.

Los Doctores Durán Borda y Herrera presentaron su informe sobre las piezas traídas al concurso anatómico, el cual fue aprobado por la Sociedad. En tal virtud, se adjudicó el primer premio al señor Samuel Hernández, el segundo al señor Julio E. Vargas, y el tercero al señor R. V. Lanao.

El Doctor Oserio propuso, y la Sociedad aprobó, que se les adjudicara diplomas honoríficos á los señores Andrés Saa y Eliseo Montaña por las piezas anatomo-patológicas presentadas por dichos señores al concurso.

El Secretario leyó una comunicación enviada á la Sociedad por su miembro correspondiente el señor Doctor Tomás Henao, de Manizales, en la cual relaciona un caso sobre un cálculo del canal de Wharton, adjuntando á ella la pieza anatomo-patológica. El Presidente resolvió se publicara en la REVISTA MÉDICA dicha comunicación.

El Doctor Herrera presentó al señor Presidente un trabajo científico del Doctor Carlos Esguerra, con el objeto de que la Sociedad reciba en su seno, y en calidad de miembro de número, al señor Doctor Esguerra. Dicho trabajo pasó en comisión al señor Doctor Carrasquilla.

El Doctor Carrasquilla hizo la siguiente proposición de honores á la memoria de nuestro distinguido consocio y ex-Presidente:

“La Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá, al abrir hoy sus sesiones del año de 1890, registra el día 20 de Diciembre de 1889 como una fecha infausta para las ciencias, y en particular para la Medicina, porque ese día murió el Doctor JOSÉ VICENTE URIBE, uno de los miembros más distinguidos de esta Corporación, y eminente médico y sabio colombiano; y recomienda su memoria á la veneración de la posteridad.”

La anterior proposición fue aprobada por unanimidad.

Siendo llegada la hora, el Presidente levantó la sesión, después de haber convocado á los miembros para el 1.º de Marzo, con el objeto de verificar las elecciones de los empleados para el próximo período.

El Secretario, J. D. HERRERA.

## ACTA DE LA SESION DEL DIA 1.º DE MARZO DE 1890

(PRESIDENCIA DEL DOCTOR CASTAÑEDA)

A las 7 p. m. se reunió la Sociedad. Se leyó el acta de la sesión anterior, y fue aprobada.

Se dio lectura á una nota del señor Ministro de Relaciones Exteriores, á la cual adjunta el estudio del Profesor Viault sobre la influencia de la presión atmosférica en el número de los glóbulos rojos de la sangre, estudio concordante con los ya hechos en México por Jourdanet, y conocidos de la Sociedad. Esta ordenó la publicación en la REVISTA MÉDICA del estudio de Viault, enviado por el señor Ministro.

El señor Doctor Carrasquilla presentó su informe sobre el estudio de la fiebre del Magdalena, enviado á la Sociedad por el señor Doctor Carlos Esguerra, con el objeto de ser admitido en su seno como miembro de número. Habiendo sido favorable el informe de la Comisión, la Sociedad procedió á la votación secreta, la cual dio por resultado la adopción del Doctor Esguerra por unanimidad de votos.

Se pasó al orden del día, y estando destinada la sesión para hacer los nombramientos de los dignatarios de la Sociedad para el próximo período reglamentario, se procedió á ello en el orden siguiente: para Presidente de la Sociedad, la elección fue igual, en número de votos, por los Doctores Carrasquilla y Buendía, pero la suerte favoreció al primero y la Sociedad declaró electo al señor Doctor Carrasquilla. Para Vicepresidente, la mayoría de votos favoreció al señor Doctor Policarpo Pizarro, quien fue declarado Vicepresidente electo. La elección para Secretario recayó en el señor Doctor Pablo García Medina, quien fue declarado electo. Los Doctores A. Aparicio y C. Michelsen fueron declarados, por mayoría de votos, 1.º y 2.º Redactores de la REVISTA MÉDICA, respectivamente. La Sociedad declaró, por mayoría de votos, electo Tesorero de ella al señor Doctor G. Durán Borda. El Secretario comunicó los anteriores nombramientos á los socios favorecidos.

El señor Doctor Buendía presentó á la Sociedad un trabajo científico enviado á ella por el Doctor Andrés Carras-

quilla H., con el objeto de ser aceptado como miembro de número de la Sociedad, y, como tál, enviar á ella sus revistas científicas de Europa. Dicho trabajo pasó al estudio del señor Doctor Coronado.

Siendo avanzada la hora, el Presidente levantó la sesión.

El Secretario, J. D. HERRERA.

## REVISTA DE LA PRENSA MEDICA EXTRANJERA

SUMARIO.—La antipirina como disolvente de la quinina.—El sulfonal.—Solubilidad de algunos medicamentos nuevos en el agua, el alcohol y el éter.—Antisepsia en el puerperio.

### LA ANTIPIRINA COMO DISOLVENTE DE LA QUININA.

El Doctor J. A. Rodríguez Caldas dice, tratando de la acción disolvente de la antipirina para las sales de quinina y del empleo de la antipirina en el Lumbago:

“A fines del año pasado, yendo para el Hospital con un niño enfermo, nuestro distinguido colega Doctor Francisco de Asís Pereira de Andrade, residente en Auro Fino, Estrada de Ferro-Central, llamó mi atención sobre el poder disolvente de la antipirina que en pequeñas proporciones disuelve mayores cantidades de sales de quinina—sulfato ó bisulfato, clorhidrato y Bromhidrato—formando la mezcla con ellas y con una pequeña cantidad de agua, un líquido incoloro, transparente y neutro, siendo esta última propiedad la que la hace completamente inocua, cuando es introducida bajo la piel ó en el tejido muscular en inyecciones hipodérmicas.

“Fue bajo esta forma que vi al Doctor Andrade emplear en su niño enfermo el sulfato de quinina disuelto por la antipirina, y en ninguno de los puntos de inyección subcutánea observé síntoma alguno de reacción inflamatoria, sugilación ó equimosis que denunciase irritación de la dermis ó de los tejidos subyacentes.

“Algún tiempo después emplee yo mismo, en dos pacientes, las inyecciones de clorhidrato de quinina disuelto por la antipirina, con el mejor resultado y sin que ninguna de las inyecciones, hechas en el parénquima de los músculos, provocase inflamación alguna local. El dolor producido es el mismo que el provocado por las inyecciones de los líquidos en los cuales están las sales de quinina disueltas por los medios ordinariamente usados, esto es, los ácidos, lo mismo que para la introducción subcutánea del cloruro neutro de quinina, excelente preparación de los farmacéutas Werneck y Leoni.

“Siendo la administración de la quinina por vía hipodérmica una medicación de la cual tantas veces están los clínicos de esta capital y de otras muchas zonas palustres, obligados á echar mano, y esperando que ningún inconveniente puede resultar—en tales casos—de la asociación, de las sales de quinina á la antipirina, y que por su acción antitérmica y analgésica podrá traer ventajas no pequeñas y yá tan conocidas de los médicos, pienso que no es de despreciarse el empleo de la antipirina como medio disolvente en la preparación de las soluciones de quinina para inyecciones hipodérmicas.

“Por la absoluta ausencia de peligros, y su gran superioridad sobre los otros agentes de disolución, en general ácidos, que hacen las solucio-

nes irritantes, y producen en algunos casos escasas gangrenosas, he creído que este medio será generalizado con incontestable ventaja.

“No sé si por la mezcla de las sales de quinina con la dioxymetilquinizina, se forme algún cuerpo compuesto, ó combinación química cuyas propiedades sean dignas de estudio. La proporción en que puede ser empleada la solución es la siguiente:

|                                                                   |                   |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Agua destilada .....                                              | 5 gramos          |
| Sal de quinina, sulfato, bisulfato, }<br>hidroclorato, etc..... } | 1 —               |
| Antipirina.....                                                   | 4 ó 5 decigramos. |

Mézclese.

“Cada jeringa contendrá 20 centigramos de sal de quinina y 10 de antipirina. Se puede aumentar la dosis de esta última, si hay necesidad de utilizar su acción hipotérmica.

“Es innecesario advertir que esta asociación será contraindicada en los casos de algidez, colapso, etc., y en todos aquellos en que no se puede emplear la antipirina.

“A propósito de antipirina, aprovecho la oportunidad para referir un caso en que fue este el único medio capaz de terminar tan rápida como completamente, un violento lumbago que se manifestó de repente en un enfermo tuberculoso del sanatorio, la enfermedad, resistió durante 16 días, á todos los medios aconsejados en tal caso: fricciones calmantes anodinas, excitantes, masaje, baños, inyecciones de morfina y atropina, sinapismos, aplicaciones de yodo, píldoras de valerianato de zinc y quinina con acónito, colchico y opio, etc., para ceder casi completamente á la administración de 2 gramos de antipirina, repetidos la noche siguiente.

“Este doliente fue visto y observado en el sanatorio por el eminente clínico, mi sabio amigo Doctor Julio de Maura, al cual tuve ocasión de mostrar la fácil y pronta disolución de las sales de quinina por la antipirina.

“Sanatorio de Barcelona, 21 de Fevereiro de 1890.

“De O Brazil—Médico—Río de Janeiro, 8 de Março de 1890.”

## EL SULFONAL

De un trabajo muy importante sobre el sulfonal del D. John Gordon, publicado en el número 1,526 del *British Medical Journal*, con el título *A contribution to the study of sulphonals*, tomamos las conclusiones siguientes:

“1.º Disminuye la excitabilidad y las funciones reflejas de la medula espinal.

“2.º Disminuye las sensaciones periféricas.

“3.º Las observaciones clínicas demuestran que dosis elevadas hacen más lentos los actos de la respiración.

“4.º No afecta la frecuencia del pulso.

“5.º Destruye lentamente la contractilidad de los nervios motores, pero lavados subsiguientes con una solución de sal marina tienden á restablecerla.

“6.º Las soluciones saturadas disminuyen lentamente la irritabilidad de los músculos, pero lavados subsiguientes con una solución de sal marina tienden á restablecerla.

“7.º Las pequeñas dosis, 5 á 10 granos, aumentan la excreción de la urea.

“8.º Las grandes dosis disminuyen la excreción de la urea.

“9.º Bajo la influencia de esta droga la excreción de los fosfatos disminuye.

- “ 10. No tiene acción marcada sobre la excreción de la parte líquida de la orina.  
 “ 11. En ninguno de los experimentos hechos con esta sustancia se han observado erupciones cutáneas.  
 “ 12. No tiene acción marcada sobre la secreción sudoral.  
 “ 13. No tiene ninguna acción sobre la temperatura.  
 “ 14. Ocasionalmente causa vómito, pero no disminuye de una manera notable el apetito.  
 “ 15. La diarrea se observó ocasionalmente.  
 “ 16. En estado de buena salud el efecto hipnótico se observa claramente.  
 “ 17. En casos de insomnio da buenos resultados  
 “ 18. El sueño que sigue á su administración es generalmente tranquilo y reparador.  
 “ 19. Algunas veces el enfermo se despierta con un sentimiento de confusión.  
 “ 20. Incoordinación en los movimientos de las extremidades superiores se presenta ocasionalmente.  
 “ 21. Incoordinación en los movimientos de las extremidades inferiores se observa ocasionalmente.  
 “ 22. Ocasionalmente una sensación de depresión sucede al efecto hipnótico de esta droga.  
 “ 23. En algunos casos se han observado desvanecimientos y vértigos.”

Insertamos á continuación las proporciones en que son solubles en el agua, el alcohol y el éter, algunos de los medicamentos recientemente introducidos en la terapéutica y empleados con buen resultado:

| UNA PARTE DE                          | ES SOLUBLE EN |         |      |
|---------------------------------------|---------------|---------|------|
|                                       | Agua          | Alcohol | Éter |
| <i>Antifebrina</i> . . . . .          | 200           | 10      | 10   |
| <i>Antipirina</i> . . . . .           | 1             | 1       | 50   |
| <i>Antitermina</i> . . . . .          | Poco          | Poco    | Poco |
| <i>Cocaína (Muriato)</i> . . . . .    | 5             | 10      | Nada |
| <i>Yodol</i> . . . . .                | 5,000         | 3       | 1    |
| <i>Paraldehida</i> . . . . .          | 10            | Nada    | Nada |
| <i>Piridina</i> . . . . .             | 1             | 1       | Nada |
| <i>Quinolína (Tartrato)</i> . . . . . | 80            | 150     | Nada |
| <i>Resorcina</i> . . . . .            | 1             | 1       | Nada |
| <i>Salol</i> . . . . .                | Nada          | 5       | 5    |
| <i>Thalina (Sulfato)</i> . . . . .    | 7             | 100     | Nada |
| <i>Thalina (Tartrato)</i> . . . . .   | 10            | Nada    | Nada |
| <i>Uretana</i> . . . . .              | 1             | 0,6     | Nada |

#### ANTISEPSIA EN EL PUERPERIO

|                                      |                  |
|--------------------------------------|------------------|
| <i>Sublimado corrosivo</i> . . . . . | 0,25 centigramos |
| <i>Acido tartárico</i> . . . . .     | 1 gramo          |
| <i>Rojo de Burdeos</i> . . . . .     | 0,001 miligramo  |

H. Un paquete, para disolver en un litro de agua. Esta es la fórmula que, propuesta por M. Budin, adoptó la Academia de Medicina de París para el uso general de las comadronas.