

# REVISTA MÉDICA

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA DE BOGOTÁ

REDACTOR, DOCTOR PIO RENGIFO

SERIE I.

Bogotá, 24 de Noviembre de 1873.

NÚM. 7.º

## PARTE OFICIAL.

### EXTRACTO DE LAS ACTAS DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA.

SESION EXTRAORDINARIA DEL DIA 26 DE JUNIO.

#### Presidencia del señor doctor Plata Azuero.

Se abrió la sesión estando presentes los señores Aparicio, Buendía, Corredor, Medina, Osorio, Plata A. y Rengifo. Entraron despues los señores Gómez, García, Castañeda, Fajardo, Rivas Librado, Rocha C., Sarmiento, Tamayo, Pizarro y Barreto. Dejaron de concurrir con excusa los señores doctores Ospina, Pardo y Zerda Liborio.

Se dió lectura: 1.º á el acta de la sesión del dia 31 de mayo la cual fué aprobada; y 2.º al informe del doctor Buendía \* sobre la naturaleza de la angina desarrollada en Usaquen. Puesto éste en consideracion de la Sociedad se aprobó la siguiente proposicion:

“La Sociedad dá las gracias al señor doctor Buendía por su laboriosidad, y ordena la pronta publicacion de su informe.”

#### DISCUSION SOBRE LA MELANEMIA.

Leída la observacion clínica de un caso de melanemia completada con una leccion oral dictada por el doctor Osorio, y el informe que sobre el particular presentó el doctor Fajardo á cuyo estudio habia pasado este trabajo, se emitieron en la discusion los siguientes conceptos:

DR. L. RIVAS. Creo que el enfermo de que trata la observacion que acaba de leerse murió de una diarrea coelicativa. Hay ciertos individuos y entre ellos los que se conocen con el nombre de *mozos de cordel*, que sometidos á una mala alimentacion y á peores condiciones higiénicas, son atacados de diarreas dificiles de combatir y los cuales adquieren en la piel un color apizarrado.

DR. OSORIO. Existe una forma de hígado grasoso en los alcoholizados, revelada por el aumento de volúmen del órgano, sobre todo del lóbulo izquierdo, con diarrea más ó ménos intensa de un color negruzco ó verdoso, en los cuales la piel toma un color apizarrado, y aunque en ellos se encuentran algunas veces depósitos pigmentarios en el hígado y otras vísceras, no se aumenta el pigmentum en la sangre, punto esencial para distinguir estos casos de diarrea alcohólica, de la melanemia palustre. ¿ En la cirrosis no encontramos tambien tinte terroso de la piel ?

Repito: la circunstancia de haberse encontrado el pigmentum en la sangre y en las vísceras en cantidad considerable en un individuo que ha sido atacado de fiebres intermitentes, es razon suficiente para darle en toda complicacion la importancia que merece.

DR. RENGIFO. Creo que al pigmentum que el doctor Osorio ha visto, en la sangre del enfermo sobre el cual dió su leccion, se ha hecho desempeñar un papel que tal vez no le corresponde. Los síntomas que nos presenta la observacion me hacen creer más bien en una miseria fisiológica, ó en ese estado intermediario de la salud y un principio de anemia, en el cual los glóbulos rojos de la sangre al comenzar á desaparecer, pueden experimentar una trasformacion pasajera capaz de producir síntomas

semejantes. Es igualmente de sentirse que á los tubérculos hallados en el pulmon, no se les haya dado, entre las causas que produjeron la muerte en este enfermo, el valor que realmente les corresponde; y por último deseaba que el señor doctor Osorio nos dijese, por qué razones cree que solo el pigmentum fué la causa de la muerte, y por qué en su leccion dice que el hígado está aumentado de volúmen y en la autopsia aparece atrofiado.

DR. OSORIO. Hay individuos en quienes ciertos estados patológicos ó la inanicion producen disminucion de glóbulos sanguíneos, pero no pigmentum. Recuerdo un enfermo que ví con el doctor Buendía y luego con los señores Rengifo y Rocha, minado por fiebres intermitentes y debilitado probablemente por tubérculos: el color de su piel era terroso y estaba atacado de un subdelirio, lo que me hizo temer la presencia del pigmentum en los capilares del cerebro. Examiné su sangre con el microscopio y no hallé el pigmentum.

Es posible que la descomposicion de la hematina ó de otra sustancia, produzca el pigmentum en la sangre y sea una transicion entre la anemia y la leucocitemia. Hasta hoy la ciencia no ha podido demostrarlo.

Doy á la presencia del pigmentum en la sangre mucha importancia, porque este hecho no se ha observado sinó en casos semejantes al que discutimos. Depositándose esta sustancia en órganos tan necesarios para la vida, como el hígado, bazo, &c. &c., interrumpiendo á lá vez las funciones de estos órganos y quitándole á la sangre, probablemente, elementos de reparacion, se explica muy bien que los desórdenes que produce en la economía, lleguen hasta ocasionar la muerte.

En la melania hay dos estados en el hígado: al principio está congestionado, sus vasos llenos de pigmentum se destruyen, se rompen y dejan de nutrirlo; y despues se atrofia y el pigmentum se sustituye á sus células.

DR. ROCHA C. Tengo que hacer algunas observaciones al trabajo del doctor Osorio. La historia de la enfermedad que sirvió de base á la leccion clínica, es incompleta, la autopsia defectuosa. Por mi parte, no sé si el enfermo murió de la pigmentacion del hígado ó de alguna alteracion del cerebro y sobre todo de los pulmones, en los cuales era natural suponer la existencia de tubérculos ya que éstos productos patológicos se encontraron en el vientre.

Al oír leer la observacion me sorprendió que no se dijera nada de los fenómenos presentados por el enfermo, desde el momento en que el doctor Osorio dió su leccion hasta el dia de la muerte, habiendo trascurrido entre tanto, más de cuarenta dias. Durante la vida, cuando se hizo el primer exámen del enfermo, el hígado estaba grande, y en la autopsia se encontró más bien pequeño. De qué proviene esta diferencia ?

Y más me sorprendió todavía, que sin mencionar siquiera que se hubiera examinado con el microscopio la sangre del enfermo, ántes de la leccion clínica, se diagnosticara el hígado pigmentado. ¿ Qué síntomas servirían entonces para establecer el diagnóstico de una alteracion que no se revela por signos especiales, y que sin el exámen prévio de la sangre, apenas puede sospecharse

en los individuos que están bajo la influencia de la caquexia palustre? Yo no doy importancia al cambio de coloración en la piel porque no me parece característico. Tampoco la dýa y la diarrea, más ó ménos negruzca é intermitente: lo primero puede depender de una exudación sanguinolenta á la superficie de los intestinos, determinada por una enfermedad cualquiera del hígado ó del bazo, pues todos saben que las lesiones de estos dos órganos, entorpeciendo la circulación en la vena porta, producen una congestión pasiva en la mucosa intestinal que puede dar lugar á una hemorragia; y lo segundo nada tiene de especial en la pigmentación del hígado, pues las diarreas son por lo común intermitentes, es decir aparecen á ciertas horas, para cesar despues por tres, cuatro ó más horas. Dejan por consiguiente algunas horas de descanso al enfermo.

Yo desearia saber si para el doctor Osorio siempre que existe ese pigmentum acumulado en las células hepáticas, el pronóstico es fatal. En cuánto á mí, me atrevo á creer que esto no constituye en muchos casos sinó un epifenómeno sin mayor importancia, exqcepto, sin embargo, el caso en que la materia pigmentaria invada todo ó casi todo el parenquima de la glándula, pues cualquiera alteración ó depósito de productos marfólogicos que comprometan la textura normal de un órgano tan importante como el hígado, tiene que ser mortal.

Dr. Osorio. El cerebro no se examinó porque el enfermo, en el caso que nos ocupa, no habia presentado síntomas de lesiones en dicha víscera. La principal base del diagnóstico la tomé de la presencia del pigmentum en la sangre, lo que es fácil demostrar leyendo lo que digo en mi lección: "Siempre que encontreis un individuo que haya padecido de fiebres intermitentes por largo tiempo, que esté bajo la influencia de éstas, que presente color apizarrado de la piel, diarrea sanguinolenta ó de un color de adobe y que á estos síntomas se añada el pigmentum en la sangre, no vacileis en dignosticar una melanemia palustre."

La muerte fué causada por las consecuencias de la fiebre intermitente y de su complicación. La presencia del pigmentum en la sangre, en el bazo, en el hígado y en los capilares intestinales, nos demuestra que debemos dar al pigmentum una grande importancia. Así, yo creo que nuestro paciente murió de una melanemia palustre.

Terminada la discusión, se aprobó la siguiente proposición con que termina el informe:

"Publíquese el trabajo sobre melanemia presentado por el señor Saavedra."

Por último los señores doctores P. Pizarro y A. Aparicio, presentaron la observación de un caso de *fièvre typhoïde seguida de remittente pernicioosa*. Pasó en comisión al doctor Proto Gómez.

Á las diez y media de la noche se levantó la sesión.

El Secretario, A. APARICIO.

## TRABAJOS ORIGINALES.

### SEÑORES MIEMBROS DE LA SOCIEDAD MEDICA DE BOGOTÁ.

En cumplimiento del encargo con que me honró el señor Presidente de la Sociedad, paso á emitir mi concepto sobre la importante observación que nos presentó el señor doctor Evaristo García en la última sesión.

A este caso he agregado otro, más interesante aún, cuya historia se os leerá, y que, por los síntomas que ofreció el paciente, como por el resultado de la autopsia, pertenece al mismo cuadro nosológico, pues él revela la existencia de una enfermedad semejante acompañada de idénticas lesiones anatómicas.

Del análisis de esos dos casos y de otros que hemos podido observar se deducen las siguientes conclusiones:

1.ª Existe en nuestro país una enfermedad distinta de la inflamación simple del hígado, de la hipertrofia y de la cirrósís de este órgano, que se revela, sin embargo, por un conjunto de sinto-

mas semejantes, ó enteramente idénticos, á los de una de esas tres enfermedades, pero principalmente á los de una hepatitis más ó ménos aguda, ó á los de una de esas cirrósís descritas bajo el nombre de *cirrósís hipertrofica*.

2.ª Que esta enfermedad, en ambos casos, ha sido fibril, sobre todo al principio, y que el pulso no ha venido á ser lento, tanto ó más que en el estado normal, sino cuando la bilis, no secretada, ó secretada y no excretada, por causa de la alteración del hígado, va con la sangre á todas las partes del cuerpo, y produce esa sensación que todos conocen, sobre el organismo, más especialmente sobre los movimientos del corazón.

3.ª Que la marcha de la enfermedad puede ser crónica ó aguda. En el primer caso su duración pasa de tres meses, y en el segundo ha alcanzado hasta á treinta y tres días; pero cualesquiera que hayan sido los fenómenos iniciales, la enfermedad se ha caracterizado por el aumento del volúmen del vientre, por una sensación de peso y de enorme molestia en la parte superior y derecha del abdomen, por dolores, á veces vagos y obtusos, y en otras ocasiones agudos, espontáneos ó provocados por la palpación del hipocondrio derecho. Más tarde las fuerzas se agotan, la ictericia aparece, y viene un derrame seroso en la cavidad peritoneal que aumenta la sensación de peso é impide, ó contribuye á impedir, el juego regular de los movimientos inspiradores.

4.ª Que el aumento notable del volúmen del hígado, que es á la vez el fenómeno semeiótico y anatomo-patológico de mayor importancia, se acompaña de una ictericia más ó ménos intensa; pero en este caso la materia colorante de la bilis, que poco á poco impregna todos los tejidos, y los líquidos excretados, proviene no de un obstáculo en la excreción, como sucede generalmente, sino de la profunda alteración de las funciones secretantes del hígado, y por consiguiente de la acumulación en la sangre de una gran parte de los principios que deben ser eliminados por la glándula biliar.

5.ª Que en un caso la lesión del hígado coincidía con una peritonitis tuberculosa y con tubérculos en los ganglios linfáticos pulmonares, y en el otro con tubérculos miliares diseminados en el parenquima pulmonar, y con una hipertrofia considerable del bazo, el cual ofrecía, tanto en su superficie como en su espesor, depósitos de una sustancia amarillenta, resistente, sin rastro de supuración, ni de simple reblandecimiento. El resto del tejido es pléxico estaba blando, friable, sin consistencia y de un color rojo oscuro, debido á la gran cantidad de sangre que contenía.

6.ª Que la enfermedad fué precedida, en el un caso, de alternativas de diarrea y de estitiques; y en el otro de una verdadera disenteria; y que en ambos, ademas de la inapetencia y otros desórdenes funcionales de las vías digestivas, se ha presentado como síntoma constante, el vómito de materias biliosas.

7.ª Que la muerte ha sido el resultado inevitable de esta enfermedad; pero aún no sabemos si sometiendo al enfermo á un tratamiento racional, desde un principio, cuando apenas comienzan los primeros accidentes, sea posible detener el mal en su marcha progresiva ó volver al hígado la normalidad de su estructura.

8.ª Que las lesiones que se encontraron al verificar la autopsia, no corresponden evidentemente á las de una inflamación del hígado, el cual estaba más bien exangüe que congestionado, sin rastro siquiera de depósitos pseudo-membranosos, ni de pus, sin friabilidad alguna, pues éstos, por el contrario, su tejido ofrecía una dureza extraordinaria y una resistencia á la presión, y aun al corte del cuchillo, mucho mayor que la que este órgano presenta en su estado normal.

9.ª Que esas lesiones no son tampoco las de la cirrósís pues ha faltado, en ambos casos, la hipertrofia del tejido celular intermedio de los lóbulos y á las granuleaciones del hígado y la de los prolongamientos de la cápsula de Glisson. Ademas la superficie del órgano, en vez de ser irregular y rugosa, era lisa y brillante, y la totalidad del parenquima ofrecía una coloración amarilla pronunciada, sin ninguna congestión, y sin que en ella se percibiera la presencia de tejido celular ó fibroso.

10.ª Que debe desecharse completamente la idea de una hipertrofia simple ó con transformación ó sustitución adiposa del hígado como sucede con mucha más frecuencia en los casos de tuberculización crónica. La dureza y resistencia del órgano, é el cortejo de síntomas que hasta ahora se han observado bastan para confirmarnos plenamente nuestra opinión.

11.ª Que las lesiones anatomo - patológicas de los dos hígados que hemos examinado, y las del bazo de la mujer á quien se refiere la última observación, pertenecen á las que de algun tiempo á esta parte se han descrito bajo el nombre de degeneración *cirrósís*, *amiloidea*, *lardácea* ó coloidal, aunque á la verdad el resultado de nuestros ensayos se lleje un poco del que indican Frichs, Virchow y Jaccoud, como característico de esa clase de alteraciones.

12.ª Que si dichas lesiones no han sido primitivas, y no han engendrado todo el cuadro sintomático enunciado, si han sido suficientes para causar la muerte y constituyen por lo ménos un

complección muy grave de la tuberculación del peritoneo y de los ganglios linfáticos del mesenterio, dando en este caso á la enfermedad primitiva una fisonomía especial que oscurece el diagnóstico y hace más grave el pronóstico.

Séanos ahora permitido insistir muy especialmente sobre la degenerencia ceruminosa, tanto para hacer apreciar las probabilidades de certeza que tenga nuestra penúltima consideración, como para llamar la atención de todos los médicos que forman esta sociedad hácia ese nuevo grupo de enfermedades, muy frecuente probablemente entre nosotros, y que hasta ahora ha pasado desapercibido, sea por la novedad del hecho, como por la carencia de los libros especiales en que se trata de este asunto.

La degenerencia ceruminosa ó cerámica ha recibido igualmente los nombres de degenerencia lardácea ó coloiden y de degenerencia amiloidea; pero nos parece preferible la primera denominación, porque ella da una idea exacta del color y de la consistencia del tejido alterado, sin prejuzgar la naturaleza íntima de la sustancia que constituye la alteración, que si bien es cierto presenta uno de los caracteres químicos del almidón ó de la materia glicogénica del hígado, se separa de estas dos sustancias por su composición atómica y por varias de sus principales reacciones.

Los antiguos confundieron esta degenerencia con otras muchas bajo el nombre vago de obstrucciones, ingurgitaciones ó infartos crónicos del hígado. A ella parece corresponder especialmente el "infarto linfático albuminoso" de este órgano, que Portal describió en 1813. Mas tarde la degenerencia ceruminosa, pasando enteramente desapercibida, para hombráse confundida con los tumores almidonados, con la amiloidosis simple de hígado, hasta que Rokitansky, en 1845, en su gran tratado de anatomía patológica, agrupó y claramente describió los caracteres esenciales de esta enfermedad. Apesar de todo Budd la describe todavía bajo la denominación de hipertrofia ó ensanchamiento escrofuloso del hígado, y Oppolzer y Schraut, interpretando erróneamente la naturaleza de la alteración, le impusieron, al describirla, el nombre de alteración coloida, que fué aceptado, en 1855 por Rokitansky mismo, aunque anteriormente á esa época, es decir desde 1853, Virchow hubiese descubierto y vulgarizado ya, la reacción iodo-sulfúrica característica de la alteración ceruminosa. Este último autor comparó la sustancia que forma los tumores lardáceos ó cerámicos del hígado, del bazo y de los riñones al almidón, basado en la propiedad que él toma de sustanciarse bajo la influencia de una solución de iodo y ácido sulfúrico. De aquí el nombre de degenerencia amiloidea que adoptó para designar dicha lesión, y que ha sido generalmente aceptado por los patólogos franceses.

Friedreich, Kekule y más tarde C. Schmidt, en sus investigaciones sobre la naturaleza de la sustancia ceruminosa, han creído demostrar, contrariamente á las opiniones de Virchow, que ésta sustancia, en vez de ser un hidrocarburo, como el almidón, es más bien una materia azoada, que se aproxima mucho por su composición elemental á la albúmina, haciendo revivir así, después de medio siglo, las ideas de Portal.

Sea lo que fuere, la deducción que se desprende de las anteriores consideraciones históricas, es la de que con diversos nombres los autores ya mencionados han querido describir un grupo natural de alteraciones anatómo-patológicas, cuyo sitio ordinario es el parenquima hepático, pero que pueden igualmente invadir el tejido propio del bazo, de los riñones, de los ganglios linfáticos y de otros órganos. En este grupo se han colocado como una sola, dos lesiones, probablemente distintas, la degenerencia ceruminosa ó amiloidea y la degenerencia lardácea, que según Neumann forma, en los riñones particularmente, una enfermedad diferente de las primeras.

La degenerencia ceruminosa del hígado, puede invadir una ó varias partes, ó la totalidad del tejido de este órgano. En algunos casos se la encuentra aislada de toda otra alteración, mientras que en otros, acompaña ó se complica de la degeneración citada de la superficie de los vasos, ó de tubérculos á la superficie del hígado, como en la primera observación que examinamos. Basta que ella invada una parte notable del hígado para que el peso y volumen de la glándula aumenten. Muy rara vez (Friedrich) se ha encontrado este órgano más pequeño que en el estado normal. En los dos casos observados en el Hospital, el peso era de 2,300 gramos y 2,600 respectivamente. La forma normal del órgano se conserva y su superficie es lisa y brillante, con ó sin espesamiento de la cápsula fibrosa. Al corte, la sustancia ceruminosa es muy resistente y aproximándose por su dureza á la de la cirrosis, de la cual se diferencia, sin embargo, por la ausencia completa de tejido celular fibroso hipertrofiado. Su color es amarillo pálido y aún á veces ligeramente blanquecino, lo que es debido en gran parte á la falta casi absoluta de granulaciones pigmentarias, y de biliar y á la casi completa anemia del tejido alterado. La superficie de la sección es lisa, lustrosa y en ella se pueden percibir las aberturas, más ó menos irregulares, de los vasos que se hayan cerrado.

Al principio y cuando la materia ceruminosa no ha invadido

la totalidad del órgano, se alcanzan á ver las granulaciones hepáticas, y aun hay casos en que la estructura granulosa del hígado parece más evidente, pero cuando la sustancia patológica ha impregnado, la totalidad del parenquima de la glándula, los elementos normales de ésta desaparecen para ser reemplazados por el tejido de nueva formación. Los cambios efectuados en la estructura del órgano no son, sin embargo, tan característicos, que ellos basten, por sí solos, para hacer reconocer con toda seguridad, á la simple vista, la alteración. Es preciso recurrir, para alcanzar un resultado positivo, á las reacciones químicas y al examen microscópico.

Si se humedece con una solución acuosa de iodo, ó con tintura del mismo metal, ó con una solución de iodo y de loduro de potasio, cualquier tejido atacado ó invadido por la degenerencia ceruminosa (sobre todo cuando se ha tenido la precaución de quitar á este tejido toda la sangre que pueda todavía contener) se obtiene un color rojo amarillento, más ó menos subido, que aparece muy pronto, especialmente cuando se examinan los riñones ó la mucosa intestinal alterados. Si después de esto se añaden una ó dos gotas de ácido sulfúrico, el color rojo se hace más intenso ó bien el tejido alterado toma rápidamente y al cabo de algunos instantes un color violáceo, que rara vez pasa de ser francamente azul. Cuando la sustancia amiloidea se encuentra mezclada todavía con una cierta proporción de albúminas, el color que se obtiene con la adición del ácido sulfúrico tarda en aparecer, y además, si los albúminatos son abundantes, el color viene á ser azul verdusco y aún completamente azul (Wagner). El ácido sulfúrico sólo, no produce ninguna coloración *sui generis*, pero según Virchow, el ácido nítrico caliente da un color amarillo, y si se añade entonces un poco de amoníaco se obtiene la coloración propia á las sales formadas por el ácido xantoproteico. El ácido acético hace palidecer la materia ceruminosa.

En los dos hígados que sometimos á la acción de la tintura de iodo las reacciones no fueron tan evidentes que nos quitasen toda duda respecto de la naturaleza de la alteración. En el primer caso apenas obtuvimos en algunos puntos un color rojo distinto del de la solución yodada que empleamos, y en el segundo dicha coloración, que en el bazo fué característica, faltó ó fué poco aparente en el hígado, en donde notamos al cabo de unos instantes varios puntos de un azul verdoso, que correspondían al parecer, á las granulaciones amarillentas que á la simple vista se distinguían en la superficie de sección. Este último resultado se producía más rápidamente y de un modo más evidente tocando la superficie del hígado sometido ya á la acción del iodo, con una varilla humedecida con ácido sulfúrico. ¿Sería esto debido, lo mismo que la oscuridad de la reacción por la tintura de iodo, á la abundancia de materias albuminoideas en medio de la sustancia ceruminosa?

Los autores que han querido cerciorarse de la exactitud de las opiniones de Virchow respecto de la semejanza de la materia amiloidea con el almidón mismo, ó la celulósia, han llegado á un resultado negativo. El análisis elemental de esa materia hecho por Friedreich, y Kekule ha demostrado que ella, en vez de ser un hidrocarburo, es por el contrario una sustancia albuminoidea, y Friedich no ha podido conseguir la transformación de esa materia en otro hidrocarburo, ó en azúcar, transformación que fácilmente se obtiene con la materia amilácea, ó con cualquiera otra de idéntica, ó semejante composición química.

Los vasos capilares, especialmente los que provienen de las ramificaciones de la arteria hepática, y las células glandulares, son los dos elementos histológicos del hígado que parecen primitivamente alterados ó aquellos en que comienza el depósito de materia ceruminosa. El contenido granuloso de las células normales, y el núcleo mismo, que en los primeros tiempos aumenta de volumen, desaparecen poco á poco para ser reemplazados por una sustancia clara, homogénea, casi brillante, que al fin llena la cavidad celular, y que tanto sucede en las células normales, como en las células alteradas, hasta que al fin las paredes de los vasos y las células hepáticas completamente degeneradas forman una masa homogénea en medio de la cual es imposible distinguir ninguno de los elementos microscópicos normales del órgano, ni aun el tejido conjuntivo que servía de ganja, para unir ó separar á los esos elementos. Apenas se perciben en algunos casos, pequenísimos fragmentos angulosos que resultan de la destrucción de las células.

Lo expuesto hasta aquí nos explica la impermeabilidad de los vasos capilares, la anemia consecutiva y casi completa del tejido alterado y la resistencia á la putrefacción de los hígados ceruminosos.

Al lado de las alteraciones anteriores, propias á la degenerencia que estudiamos, el microscopio revela igualmente en muchos casos, la existencia simultánea de abundantes depósitos adiposos, que invaden sobre todo las células hepáticas situadas á la periferia de los lóbulos. En estos casos el hígado adquiere un volumen considerable y sus bordes pasan á ser obtusos ó redon-

dos, á la vez que su consistencia disminuye proporcionalmente á la cantidad de materia grasa que contiene.

El hígado ceruminoso puede tambien combinarse con la cirrosis, con las cicatrices, y nudosidades sífilíticas y con los tubérculos y aún con la atrofia simple del órgano.

Casi siempre la degenerencia ceruminosa invade á la vez que el hígado, otros órganos, como el bazo, los riñones, los ganglios linfáticos y la mucosa intestinal; y en los cadáveres en que se la encuentra, generalmente pueden observarse alteraciones que dependen de una lesion crónica de los huesos de la sífilis constitucional, de la tuberculacion, del cáncer ó de cualquiera de esas enfermedades, que obran poderosamente como causas determinantes de la degenerencia ceruminosa.

RAFAEL ROCHA C.

(Concluirá.)

### TERAPEUTICA. — HIDRATO DE CLORAL.

(Por los doctores Abraham Aparicio y Pío Rengifo.)

(Continuacion).

#### ACCION TERAPEUTICA.

El cloral es considerado por todos los autores como el agente más seguro para combatir el dolor y el insomnio, teniendo ademas la ventaja de no turbar las funciones de la economía, como lo hace notar Burman, segun el cual no ocasiona náuseas, sequedad de la lengua, disminucion de las secreciones, ni afeccion alguna del cerebro. Insistimos, por consiguiente, en que como narcótico es superior al opio que con tanta frecuencia desarrolla estos accidentes.

El efecto del cloral varia segun la dosis, desde la anestesia pasara hasta la insensibilidad completa; y desde la simple relajacion del sistema muscular hasta su resolucion total. Cuando quiera, pues, que predominen el elemento dolor y la exaltacion nerviosa, su empleo está manifestamente indicado; y tanto la insensibilidad como la relajacion consiguientes pueden prolongarse, á diferencia del cloroformo, sin temor de comprometer la vida.

La forma farmacéutica generalmente empleada es la del hidrato en solucion en el agua, endulzada con jarabe del Tolu, de corteza de naranja, ó de azahares, como correctivo de su sabor acre y picante. Las pociones contienen una dosis variable, segun el efecto que se desea obtener; por ejemplo, 2 gramos disueltos en 30 de jarabe de corteza de naranja, tomados á cortos intervalos, es la dosis que aconseja Skoda como hipnótico. Las soluciones en jarabe son ademas preferibles, porque impiden su alteracion.

El método hipodérmico es peligroso atendida la causticidad del hidrato de cloral. M. Laborde ha llamado la atencion sobre la rápida inflamacion seguida de supuracion y de la formacion de escaras gangrenosas que puede producir administrado así, hechos comprobados, como ya hemos visto por las experiencias del doctor Maclrae.

Típicamente su empleo se generaliza de dia en dia, y más adelante daremos á conocer los casos en que se ha usado y las indicaciones que puede llenar.

**Obstetricia.**—El cloral es superior al cloroformo en sus aplicaciones al trabajo del parto. M. Lambert, cirujano de la Maternidad de Edimburgo, deduce de sus observaciones las siguientes é importantes conclusiones: el hidrato de cloral, ligeramente excitante al principio, pronto calma los dolores del parto y produce la inconciencia absoluta, aun en el periodo de la expulsion; tiene en estos casos la ventaja de permitir al médico de separarse del lecho de la enferma; aumenta la energia de las contracciones uterinas, las que bajo su influencia, son más cortas y energicas que las acompañadas de dolor; suspende toda accion refleja disminuyendo así la excitabilidad de los movimientos orgánicos. Sus efectos se prolongan hasta despues del parto y procuran á la enferma un reposo favorable. El autor aconseja la administracion de 0,75 de cuarto en cuarto de hora hasta producir el sueño, para lo cual algunas mujeres necesitan hasta 4 gramos.

M. Bourdon lo ha administrado en diez casos de partos laboriosos, en dosis de 2 á 4 gramos, y registra los mismos y felices resultados.

Falta, sin embargo, para completar la historia del cloral como agente obstétrico, saber si entro él y el cornezuelo de centeno hay algun antagonismo, ó si pueden sin peligro administrarse simultáneamente.

Los efectos amiotónicos sobre la matriz se han observado en el caso de un embarazo en el sétimo mes: una mujer en este estado tuvo fuertes cólicos uterinos despues de la administracion de la quinina. El láudano fué ineficaz para combatirlos y á beneficio de un gramo de hidrato de cloral, prescrito por M. Martineau, las amenazas de aborto fueron conjuradas.

De paso mencionaremos la influencia que, segun el doctor G. H. Dabbs, ejerce sobre la menstruacion. Refiere que en tres enfermas á quienes ha administrado el hidrato de cloral de una ma-

nera continua, notó que al hacer uso de este medicamento cuando el periodo principiaba, se suspendia inmediatamente.

**Eclampsia puerperal.**—M. Bourdon lo ha aplicado en el Hospital de caridad de París á una mujer atacada de esta enfermedad y acompañada de orinas albuminosas. Una lavativa con 4 gramos produjo un sueño inmediato. Doce horas despues, al iniciarse el trabajo, aplicó la misma dosis del mismo modo, y prescribió una tercera dos horas despues. El parto se efectuó en completa calma, pero por la tarde volvió el acceso. Ordenó entónces una pocion con cuatro gramos, con lo cual pasó la noche muy bien y no hubo repeticion de los ataques.

M. Charpentier ha reunido en su tesis de agregacion siete casos seguidos de un éxito completo. De la comparacion que hace de los diversos tratamientos de la eclampsia resulta: que en 210 casos tratados por emisiones sanguíneas, el término medio de la mortalidad ha sido 85 por 100; en 84 casos tratados por los anestésicos, 11 por 100; y en 7 casos tratados por el hidrato de cloral el éxito ha sido completo.

El doctor Swayne ha tratado dos casos de eclampsia puerperal complicados de albuminuria con resultados igualmente satisfactorios. Comenzó por practicar una sangria y administró en seguida 2 gramos de hidrato de cloral en lavativa; y pues cree que la sangria es el mejor agente para combatir la albuminuria. En cuanto á la accion del cloral la considera idéntica con la del cloroformo, pero más lenta y sostenida. Un efecto marcado no se obtiene sino con 0,60 por lo ménos, repetidos cada tres horas.

**Manía puerperal.**—El doctor McDowell asistió á una mujer atacada de eclampsia puerperal que habia pasado felizmente de sus ataques, cuando le sobrevino una *manía furiosa* al dia siguiente del parto. Durante cinco dias empleó 0,10 de polvos de James y 0,025 de opio cada tres horas sin observar cambio alguno. Entónces con el objeto de calmar el insomnio ordenó 1,25 de hidrato de cloral que repitió dos veces con un intervalo de tres horas. El efecto fué admirable, pues la curó completamente con sólo haber continuado su administracion durante algunas noches.

**Corea.**—M. Bouchut cree que el único tratamiento del cual se pueden esperar buenos resultados en esta afeccion, es por medio del hidrato de cloral. Russell, Brichteau y Alois Monti lo aconsejan igualmente, y Burman cita un caso en que fué seguido de buen éxito.

El señor doctor Policarpo Pizarro nos ha comunicado la observacion de un caso, en el cual todos los tratamientos aconsejados hasta hoy habian sido completamente ineficaces. Se trata de una niña de 16 años debilitada por la accion continuada de esta afeccion. Estando en una ocasion muy convulsa le administró un gramo de hidrato de cloral. Pocos momentos despues le sobrevino una especie de embriaguez acompañada de tal perturbacion de la vista que se creia completamente sola estando rodeada de muchas personas. La relajacion muscular sobrevino gradualmente; las convulsiones desaparecieron totalmente despues de una hora, con la particularidad de que los músculos más afectados por contracciones irregulares, como los maseteros, fueron los que más pronto dominó el medicamento. Este estado de resolucion se prolongó hasta el punto de ser necesario despertar á la enferma por medio de estimulantes. Las convulsiones no se han repetido, y hoy se encuentra tan repuesta como no lo habia estado durante más de seis años. Ha continuando tomando 0,40 de hidrato de cloral todas las noches.

El doctor Rengifo recetó un niño de 10 años afectado de corea en quien ningun resultado habian producido los ferruginosos, las preparaciones de zinc y la estricnina dada hasta producir el trismus, la rigidez de los músculos del cuello y comecion del cuero cabelludo. Después de haber usado los demás medios, el niño experimentaba mayor incremento. Prescribió el hidrato de cloral á la dosis de 4 gramos en 120 de agua y 60 de Jarabe de Tolu, pocion de la cual tomaba una cucharada por la mañana, otra al medio dia y dos al tiempo de acostarse. La curacion fué completa á los 15 dias.

**Convulsiones de la primera infancia.**—El doctor W. Woodward cita dos casos: primero, el de un niño de una semana á quien administró 0,01 de hidrato de cloral cada cuatro horas, y el segundo de otro de seis semanas á quien dió 0,15 con el mismo intervalo, y en ambos las convulsiones cedieron inmediatamente.

**Tétanos.**—Van Someren refiere que ha obtenido con el hidrato de cloral resultados muy favorables en el tratamiento del tétanos traumático. De cuatro casos, dos fueron curados con dosis de 0,40 á 0,45 cada seis horas. En todos ellos las contracciones fueron mitigadas notablemente. Aconseja si se quiere obtener buen éxito que se den dosis heróicas.

G. Lavo le ha empleado en tres casos con excelentes resultados: en uno de ellos el enfermo no podia deglutir, por lo cual hubo necesidad de aplicarle en lavativas, pero al mismo tiempo le asoció el uso de baños tibios. Tomó la enorme dosis de 240 gramos durante el tratamiento y se restableció. En los otros dos casos los pacientes se curaron y en uno de ellos se hizo uso de inyecciones hipodérmicas con 0,35 de cloral.

Liegeois recomienda el hidrato á la enorme dosis de 6 gramos diarios para combatir esta enfermedad.

Fergusson administró á un enfermo 6 gramos por día durante cuatro semanas asociándole 4 gramos diarios de bromuro de potasio; la curación tuvo lugar. Durante todo el tratamiento el paciente tomó 180 gramos de hidrato, sin más inconveniente que la pérdida ligera de la memoria, y efectos pasajeros de embriaguez.

**Epilepsia.**—Los felices resultados que tan universalmente ha producido el bromuro de potasio en esta enfermedad, han impedido la generalización del hidrato de cloral que promete ser, en nuestro concepto, el émulo de aquel en el tratamiento de la epilepsia. Sin embargo, Patrick Kynock refiere un caso de ataques semanales y de alteraciones mentales constantes, en el cual la combinación de estos dos medicamentos produjo tal reposición que en seis meses sólo dos ataques se observaron, habiendo la inteligencia recobrado su integridad. Nótese que el bromuro de potasio sólo, apenas había mejorado las facultades intelectuales.

J. Barclay trató una muchacha epiléptica desde la infancia, en quien los accesos se repetían una y hasta dos ocasiones por día. Cincuenta centigramos de hidrato tres veces al día la mejoraron mucho: en dos meses no había tenido un solo acceso, pero tan pronto como se suspendía el empleo del cloral, los accidentes se repetían con su frecuencia habitual.

El mismo autor refiere dos casos más: el de una niña en iguales condiciones á la anterior, en quien los accesos se presentaban dos veces por semana, y el otro de un joven igualmente epiléptico. La reposición fué muy notoria en ámbos, sobre todo en la niña, quien permaneció un año exenta de todo ataque.

**Delirio agudo de los alcoholizados.**—Langenbeck y Cerinneville, después de haber dado 0,50 de opio, en uno de estos casos, sin conseguir la calma de los accidentes, administraron un gramo diario de cloral por tres días y la reposición no se hizo esperar.

En otro caso Morax empleó la misma medicación, y aun cuando sobrevino una bronco-neumonía, ésta siguió su curso sin nada de delirio. Y de la Harpe ha obtenido idéntico resultado en otro caso complicado con neumonía, é insiste en que las dosis deben ser suficientes, por lo ménos de un gramo diario.

J. Barclay refiere otro caso de delirio alcohólico en el cual dos inyecciones hipodérmicas con 0,025 cada una, de morfina y 2 gramos de la solución al interior fueron ineficaces. Dos gramos de hidrato de cloral calmaron el delirio en diez minutos y produjeron un sueño de diez horas.

Hay entre los efectos del cloral y los del alcohol y el tabaco cierto antagonismo que nos ha llamado la atención. Casi todos los sucesos desgraciados que ha producido el hidrato de cloral han sido en individuos bajo las terribles consecuencias del alcoholismo, sobre todo en su forma crónica, así como en los grandes fumadores. Sin duda es por esto que J. H. Waters en una lección clínica publicada en la *Lanceta Inglesa*, al referir los felices resultados que ha observado en su práctica y los casos desgraciados que ha presenciado, por el uso del cloral, deduce como una consecuencia clínica, la *contraindicación del empleo del cloral en el alcoholismo crónico y en los fumadores*. En tales casos el cloral produce agravación de los síntomas, como la excitación por ejemplo, y hasta la muerte.

**Manía.**—Tuke le preconiza. A Hawkes no le ha producido buenos resultados en todos los casos, y le aconseja de preferencia contra el estado de irritabilidad que acompaña á la manía.

W. Macleod ha observado que aumenta el apetito de los maníacos, mejora la excreción de la orina y favorece las evacuaciones alvinas; combate en ellos las sensaciones anormales y las alucinaciones de la vista y del oído, más no las voces internas.

Hay quienes le considera contraindicado en la parálisis general que suele acompañar al ócura, porque ademas de los dolores de cabeza y desvanecimientos que produce, aumenta la debilidad y empeora la parálisis.

En los casos en que se deba combatir de una manera pronta la excitación mental de los insanos, Kühn y Stark aconsejan la combinación del hidrato con la morfina, combinación que para el segundo es en todos los casos superior al cloral solo.

P. de la Harpe refiere un caso de manía aguda que resistió al opio, los purgantes y los baños fríos, curado con 2 gramos diarios de cloral, administrados por cinco días consecutivos.

A pesar de estos resultados tan satisfactorios el doctor Rengio no obtuvo mejoría alguna en un caso semejante á los anteriores; aunque administró el hidrato hasta á la dosis de 8 gramos diarios, ni calmó el delirio, ni produjo el sueño.

J. Barclay en siete casos de manía ha usado el cloral y lo considera superior al opio como hipnótico. Después de tres semanas de administrar diariamente 2 gramos observó una notable mejoría en sus enfermos.

**Melancolía.**—El hidrato de cloral ha sido también empleado contra esta forma de locura. Burman le administró en dos casos, uno de los cuales estaba acompañado de corea; en este cobajón el uso del cloral con la tintura tebaica. Sobrevino una erupción

escarlatinosa con fiebre y dolor de garganta, síntomas que desaparecieron con la suspensión del medicamento, y reaparecieron cuando éste se administraba de nuevo. En ámbos casos el éxito fué satisfactorio, y añade que al cloral debe asociarse el opio y el bromuro de potasio con el objeto de retardar su eliminación y prolongar así sus efectos.

**Tos ferina.**—La unanimidad en los resultados obtenidos por los diversos médicos que han empleado el hidrato de cloral en la coqueluche, es desde luego el mejor argumento en favor de su verdadero poder. Russell ha administrado con buen éxito 0,10 á 0,15 y ha observado sucesos desagradables y una ligera sensación de hormigueo en los pies. C. Murchisson en una niña de cuatro años de edad, en quien la tos ferina estaba complicada de pulmonía y bronquitis, dió 0,25 de hidrato de cloral por día y la curación tuvo lugar en una semana. En este caso la belladóna y la ipecacuana habían sido ineficaces.

El doctor Kail Larey de Francfort, resume así el resultado de su experiencia: en 15 niños de 1 á 8 años á la dosis de 0,25 á 1 gramo dos ó tres ocasiones en el día, según la edad, el hidrato fué bien tolerado y no produjo ningun mal resultado; la intensidad de los paroxismos disminuyó lo mismo que la frecuencia del vómito; las noches se pasaban bien y sin accesos, y en el único caso en que éstos se observaron, el niño se volvía á dormir inmediatamente. La duración, finalmente, fué sumamente corta, de 10 á 12 días.

Raymbrey Porter se manifiesta plenamente convencido de los buenos resultados del hidrato de cloral en esta enfermedad y no vacila en recomendar su administración. W. Macall aconseja que se usen dosis elevadas: da 0,05 cada cuatro horas y por cada año de edad, y en los casos graves insiste en que se repitan hasta conseguir que el niño duerma. Cree que su indicación especial es en los casos con tendencia á las convulsiones.

**Croup.**—John Barclay nos refiere un caso desesperado en que sólo se esperaba algun beneficio de la traqueotomía; la disnea era excesiva, 56 respiraciones por minuto; la tos seca y extinguida; el pulso 156 por minuto. El niño habiendo tomado vino de ipecacuana sin mejorarse, como último recurso le prescribió 10 centigramos de hidrato de cloral combinados con el mismo vino y repetidos cada dos ó tres horas, según el efecto. La primera dosis le produjo un sueño de media hora, y una secreción tan abundante de mucosidades que era preciso extraérselas para evitar la asfixia. El pulso y la respiración perdieron más de la tercera parte de su frecuencia. El tratamiento duró 48 horas y la reposición del niño fué lenta. El autor concluye manifestando el buen éxito de este tratamiento en dos años que hace que le emplea.

**Enfermedad de los pulmones y del corazón.**—T. H. Waters. En la lección clínica á que nos hemos referido, preconiza el hidrato de cloral en la bronquitis complicada de enfisema pulmonar con abundante secreción mucosa. En estos casos la dificultad para expulsar las mucosidades bronquiales, exacerba la disnea y hace muy imperfecta la hematosis. El opio rara vez produce el sueño y tiene el grave inconveniente de secar completamente las paredes de los bronquios, y disminuir la secreción de la mucosa. En consecuencia, la expulsión de los productos acumulados en las ramificaciones brónquicas es difícil, de donde resulta una notable agravación de los síntomas y aún de la apnea. Waters en dos enfermos de esta clase administró 1 gramo de hidrato de cloral por la noche, y la mejoría fué evidente sin que su empleo ocasionase desgan, constipación, ni accidente alguno.

El mismo autor se muestra muy partidario del cloral en la bronquitis crónica, en la tisis en todos sus períodos, en el asma esencial y en el sintomático del enfisema pulmonar, y por último en los derrames pleuríticos en los que calma la tos.

En las enfermedades agudas de los pulmones y del corazón los efectos del cloral han sido nulos. Para estos casos prefiere el opio como hipnótico.

En la insuficiencia valvular y en la degeneración grasosa del corazón 1 gramo de hidrato de cloral administrado por la noche, concilia el sueño y disminuye los accesos de sufocación. Tan ventajoso ha sido su empleo en estos casos que un paciente pasaba la noche sentado sin dormir un momento, y con un gramo de hidrato de cloral dormía bien durante tres horas y con 1,50 naturalmente mucho más. Habiendo dejado de tomar el medicamento por una noche volvió á su estado anterior y resolvió entonces no dejarle de tomar por ninguna causa.

En enfermedades como las anteriores en que el médico tan sólo espera aliviar á su enfermo, el cloral es el agente á que debe dar la preferencia. El opio y sus alcaloides considerados, hasta hoy como los más apropiados para tales casos, fallan muchas veces, y ademas, el hábito viene á interrumpir los buenos efectos del principio de su administración, que con el cloral son seguros, satisfactorios y nunca anquilados.

**Cólera.**—Von Reichard en una epidemia de cólera usó el cloral con excelentes resultados; según él, combate eficazmente los dolores del primer período y la angustia precordial del segundo, calma el vómito y produce un sueño benéfico que restaura las

fuerzas agotadas del enfermo. En un caso en que el paciente estaba casi agonizante, y se habían empleado los otros tratamientos recomendados, su éxito fué "maravilloso."

Blumenthal en dos casos casi desesperados obtuvo, durante la misma epidemia, idénticos resultados.

*Uso del cloral para impedir el mareo.*—Ogilvie Will refiere dieziocho casos en los cuales administró este medicamento á unos pasajeros que hacían la travesía de Aberdeen á Nueva York en un malísimo tiempo. Todos los compañeros de viaje se marearon; pero los que habían tomado el hidrato de cloral no sintieron la menor indisposición, quedando tan satisfechos de su efecto que escribieron recomendando el uso á los otros compañeros que debían seguirlos.

A estos hechos agrega el de una señorita que sufría de mareo constantemente, en quien una sola dosis fué suficiente para ponerla al abrigo de tan desagradable accidente.

Barclay ha sido el primero en registrar un hecho particular relativo al cloral cuando se asocia al yoduro de potasio: es la aparición pronta de una fuerte coriza acompañada de cefalalgia frontal, de lagrimeo y de inyección conjuntival, conjunto de síntomas que constituyen el *yodismo*. El autor ha usado en 15 casos 0,25 de hidrato de cloral y la misma cantidad de yoduro de potasio, en cada dosis que tomaba el enfermo. En 10 casos la primera ó la segunda dosis fué suficiente para producir el yodismo, siendo de notarse que las afecciones reumáticas, para las cuales administraba el medicamento, desaparecían casi siempre con los primeros síntomas de accidente terapéutico.

El doctor Rengifo en un caso de sífilis constitucional (accidentes secundarios) administraba 0,75 diarios de yoduro de potasio en solución con tintura de jalapa compuesta. A causa del insomnio de que se quejaba el enfermo, que había tomado durante cuatro días la pocion anterior, le prescribió un gramo de hidrato de cloral en jarabe de corteza de naranja al tiempo de acostarse. Al día siguiente, el paciente que no había presentado ningún síntoma de yodismo tenía una fuerte coriza, por lo cual se suspendió este medicamento.

El doctor Aparicio ha empleado la combinación de Barclay en cuatro casos de reumatismo articular agudo, y aunque el yodismo no se presentó en ninguno de ellos el alivio fué muy notable. Un niño de ocho años atacado de reumatismo en los tobillos, los cuales él los había tomado yoduro de potasio y cloral, 0,20 de cada uno, cuatro ocasiones en el día. El primer día pasó una noche más calmada que las anteriores, pero al día siguiente las articulaciones de las manos aparecieron afectadas. Se continuó esta medicación porque los dolores no eran muy agudos y el enfermo se sentía calmado. El sexto día pudo moverse sin dolor y despues ha continuado bien.

El segundo caso fué el de un hombre robusto en quien el reumatismo se presentó despues de una fiebre intermitente. El cloral sólo le producía narcotismo. Combinado con el yoduro de potasio á la dosis de 0,50 de cada uno repetidas tres ocasiones por día se fué mejorando poco á poco y al quinto día la reposition era casi completa. Durante tres días continuó bien, pero luego los dolores le volvieron.

En el tercer caso se trata de una señora de alguna edad atacada igualmente de reumatismo articular agudo, limitado á las articulaciones tibio-tarsianas. El tercer día de la enfermedad el doctor Aparicio le prescribió 4 gramos de hidrato de cloral en el espacio de ocho horas; los dolores calmaron un poco y pasó una noche mejor que las anteriores, pero al día siguiente aparecieron afectados los hombros y los puños, estando las articulaciones tibio-tarsianas adoloridas tan sólo al ejecutar algun movimiento. Los dolores eran intensísimos y el calmarlos era evidentemente la indicación urgente. Prescribió con tal objeto 4 gramos de hidrato de cloral, 4 de yoduro de potasio y 0,10 de acetato de morfina en 200 gramos de una pocion endulzada con jarabe de Tolu, para que tomase una cucharada grande cada hora. Apenas había tomado cinco cucharadas sobrevino una prostración profunda acompañada de frialdad general y de pérdida del conocimiento. A beneficio de una medicación estimulante el calor volvió y el pulso que daba 120 por minuto, fué poco á poco descendiendo. Terminado este cortejo alarmante de síntomas, la enferma durmió tranquilamente durante diez horas consecutivas. Al día siguiente los dolores habían desaparecido por completo, pero se quejaba de mal sabor en la boca y de gran cansancio. Aun cuando la calma era notable y satisfactoria no podía hacer el menor movimiento sin experimentar fuertes dolores. Simples uniones con extracto de beleño bastaron para aliviarla completamente en 24 horas.

El cuarto caso fué el de una señora jóven con reumatismo articular agudo generalizado. El sulfato de quinina á fuertes dosis la repuso notablemente, pero despues de la acción del medicamento, los dolores volvieron á presentarse. Tomó la misma pocion del caso anterior y del mismo modo, y la suspendió tan pronto como

apareció el narcotismo. Al segundo día la enferma podía moverse sin dolor alguno y ha continuado bien.

El doctor Rengifo suplicó al señor doctor N. Osorio que administrase á algunos de sus enfermos del Hospital la pocion de Barclay (yodo-cloral) para combatir el reumatismo. El doctor Osorio le ha manifestado que en la mayor parte de los casos los dolores calmaron prontamente, pero que ni una sola vez observó el yodismo.

Un cirujano de Hospital escribe al Redactor de la *Lanceta de Londres*, y le refiere 20 casos de reumatismo con erupciones sífilíticas, en los cuales la asociación del cloral al yoduro de potasio (0,25 de cada sustancia tres veces por día) no produjo el yodismo ni más alivio que el que habría proporcionado el yoduro de potasio. El tratamiento duró 18 días.

Todos estos hechos demuestran que la combinación de Barclay no desarrolla con tanta frecuencia los accidentes del yodismo, como él lo dice. En el tercero de los casos citados por el doctor Aparicio, la dosis elevada de cloral y de yoduro produjo un sabor desagradable y una capa cenicienta sobre la lengua, fenómenos que Troussau indica como precursores del yodismo. Este mismo autor recomienda que cuando la circulación es lenta se principie el uso del yodo por dosis mínimas, vigilando la aparición de la capa cenicienta como un indicio de la saturación yódica; mientras que cuando la circulación es fuerte pueden emplearse mayores dosis sin que esta sobrevenga.

*Incontinenia nocturna de orina.*—Girolamo Leonardi ha administrado el cloral con esta medicación en tres casos, y en todos ellos ha obtenido resultados satisfactorios, rápidos y permanentes. Al mismo tiempo recomienda que se tome muy poca agua al tiempo de acostarse. En el primer caso se trata de una mujer de 24 años de edad, en la cual la enfermedad había durado seis años. Le administró 0,75 de cloral por cinco noches consecutivas, y luego durante diez la misma dosis cada tercer noche. Los otros dos casos son de niños de 7 años curados en cinco días con 0,20 al tiempo de acostarse.

#### ERUPCIONES CONSECUTIVAS AL EMPLEO DEL CLORAL.

Antes de pasar al estudio de los efectos del cloral en sus aplicaciones locales, mencionáremos el caso del doctor Thomas Bryant relativo á un muchacho en quien la administración del cloral produjo una erupción "rubéólica" al séptimo día, la cual desapareció al suspender el medicamento, mostrándose de nuevo al volverle á usar; y á propósito de esto recordaremos la observación ya citada de Burman en que una erupción "escarlatinosá" sobrevino como consecuencia de la administración del cloral.

A estos dos casos debemos añadir otro citado por William Ingalls de una niña de 11 años que tomó durante dos noches 0,35 de cloral contra el insomnio y á quien al tercer día le aparecieron manchas coloradas más oscuras que las del eritema sobre las mejillas, la boca y detras de un oido. El doctor Damon considera esta erupción como un eritema fugaz, neurósis cutánea que se produce bajo la influencia de una irritación estomacal, como la que el cloral puede producir.

*Empleo tópico del hidrato de cloral.*—El doctor Dujardin Beaumetz en una de las sesiones de la Sociedad Médica de los hospitales de Paris, ha expuesto los resultados de una serie de experiencias sobre las propiedades antipútridas y antiférmescibles del hidrato de cloral. Por medio de ellas ha demostrado que el cloral impide la fermentación en un gran número de sustancias que contienen en su mayor parte principios albuminoides.

La solución que usa para aplicación local contiene 1 gramo en 100 de agua y la ha aplicado en los siguientes casos: 1.° Heridas de mala naturaleza; 2.° Gangrena de la piel y de las mucosas; 3.° Ulceras cancerosas; 4.° Chancros fagedénicos; 5.° Enfermedades de la piel; 6.° Colecciones purulentas; 7.° Pleuresías supuradas; y 8.° Quistes hidáticos. Entre los casos que refiere cita el de un estemene de la vulva, tratado por Dolbeau por las aplicaciones conocidas sin obtener mejoría alguna. Este cirujano por indicación de Beaumetz, empleó la solución de 1 por 100 de hidrato de cloral. Desde el día siguiente la mejoría fué notable, la úlcera estaba completamente modificada, los botones carnosos comenzaron á aparecer y la cicatrización progresó rápidamente.

Un nuevo cuerpo en terapéutica, el *metacloral* ó cloral insoluble obtenido por la acción del ácido sulfúrico sobre el cloral, ha hecho llamar la atención al mismo doctor Dujardin Beaumetz, hácia sus efectos como cáustico y como modificador de las superficies ulceradas. Esta sustancia reemplaza ventajosamente al yodoformo, tanto por ser un modificador más energético, como porque no tiene ese olor tan repugnante de esta sustancia.

Dujardin Beaumetz ha obtenido por medio de él curaciones rápidas en casos de gangrena y de escaras consecuenciales á las fiebres graves.

En apoyo de los hechos citados por este autor relativos á la curación de algunas enfermedades de la piel, M. Férrol refiere el

de un penguís ulcero-membranoso curado por el metacolor en polvo. M. Créquy el de un lúpulo escrofuloso de la nariz curado con el mismo tratamiento.

En resumen, concluye con las siguientes deducciones:

1.º El hidrato de cloral es un cuerpo antipútrido y antiférmescible;

2.º Las soluciones de 1 por 100 de cloral modifican felizmente las heridas de mala naturaleza y las cavidades supurantes;

3.º Impidiendo la descomposición de las orinas prometen grandes ventajas contra el enfriamiento de las vias urinarias;

4.º Estas soluciones no ejercen ninguna acción en la septicemia experimental.

M. Martineau cura las escaras del sacro en la fiebre tifoidea con la solución anterior, lavando primero la escara y cubriéndola en seguida con un lechino de hilas empapado en ella. La llaga en estado atónico es rápidamente modificada.

La generalización además su empleo tóxico tratando quistes supurados por medio de lociones con la solución de cloral, y cuando la supuración es fétida, le añade 4 ó 5 cucharadas de esencia de eucalipto á 1,000 gramos.

El doctor David Page emplea el cloral contra el dolor de muela y la caries dentaria. Unos pocos centigramos colocados dentro de la cavidad dental calman generalmente y muchas veces quitan el dolor como por encanto.

Finalmente, como tóxico ha sido empleado por un correspondiente del *Boston Medical Journal*, con buen éxito en el tratamiento del exzema crónico. La solución contiene 1 gramo de hidrato de cloral por 120 de agua.

(Concluirá).

FRACTURA DEL TERCIO INFERIOR DEL RADIO.

Son tan escasas las oportunidades que se presentan en Bogotá de estudiar las afecciones quirúrgicas, y por consiguiente las fracturas, que hemos creído útil la publicación de nuestras notas del siguiente caso de fractura de la extremidad del radio en su tercio inferior. Además, esta fractura posee un interés especial por ser tan fácil el confundirla con una luxación de la muñeca hacia atrás, y por la frecuente deformidad ó impedimento que deja aun en los casos tratados con el mayor cuidado.

La fractura de que vamos á ocuparnos, es conocida entre los autores ingleses bajo la denominación de "Fractura de Colles," nombre del cirujano irlandés que en 1814 la describió por primera vez con toda exactitud, determinando no solamente las lesiones anatómicas, sino también las indicaciones del tratamiento y el pronóstico.

El día 4 de Octubre de este año, fui llamado á ver á A. O. jóven de 15 años, de constitución delicada, á quien seis meses ántes había asistido de una fiebre tifoidea grave.—Preguntándole cómo había tenido lugar el accidente, me refirió que estando mecándose en un columpio, uno de sus condiscípulos le había detenido de repente, y que el impulso así comunicado á su cuerpo le había hecho soltar las manos y caer al suelo arrojándose sobre la mano derecha, en la que descargó todo el peso del cuerpo.

La simple inspección del antebrazo y de la mano, nos hizo sospechar la lesión que existía, porque la union de ésta con aquel presentaba aquella deformidad tan bien designada por nuestro eminente maestro, el profesor Velpeau, con el nombre de "Dos de Fourchette" (lomo de tenedor). En efecto, el dorso de la mano y la extremidad inferior del radio forman una línea convexa cuya mayor elevación estaba situada á dos pulgadas más arriba de la articulación radio carpiana, al nivel de la extremidad superior del fragmento inferior del radio. Seguía á esta eminencia un surco continuado con la línea que forma el antebrazo. Del lado de la palma de la mano, frente á esta depresión, existía una prominencia ménos marcada que la del dorso, mientras que opuesta á la convexidad de la mano en el sentido dorsal, habíase en la muñeca una hinchazón que ocupaba el lado interno del cúbito estaba prominente, y la mano ligeramente en aducción; pero del externo, el pulgar estaba extendido y medio doblado en su articulación con el carpo. Al nivel del ligamento anular, el antebrazo presentaba un aspecto redondo y un aumento de su diámetro antero-posterior.

Muy fácil es la confusión de esta fractura con una dislocación de la muñeca hácia atrás, en cuyo caso la distinción entre estos dos accidentes puede hacerse por medio de un examen cuidadoso. La deformación producida por la fractura desaparece tan pronto como, fijando el antebrazo, se hace la extensión asiendo firmemente la mano y reaparece tan pronto como se abandonan las partes á sí mismas. La razon de esto es que la apófisis estiloides del radio sigue los movimientos comunicados á la mano á causa de su ancha articulación con el carpo. En la dislocación, la reducción tiene lugar con mucha dificultad, y una vez las superficies articulares colocadas en su posición normal, la conservan.

Las causas de la notable deformación que acompaña la fractura de Colles, son evidentes. El sitio en que generalmente tiene lugar, es una pulgada arriba de la apófisis estiloides del radio y su direccion, que suele ser oblicua, es generalmente transversa. Los extensores del pulgar se contraen energicamente y tiran hácia atrás y á fuerz el fragmento inferior del radio, ayudados por el largo supinador. El carpo y el metacarpo siguen el movimiento del radio. La promi-

nencia del lado de la palma de la mano es debida á la relajacion de los flexores que recogidos forman una protuberancia ménos marcada que la dorsal, la cual ocupa el espacio comprendido entre el ligamento anular y la union del tercio inferior con el medio del antebrazo. Finalmente esta deformación da por resultado una diferencia de cerca de media pulgada entre la cara anterior y la posterior del antebrazo.

La fractura de que nos ocupamos presenta algunas variedades, de las cuales las principales son: 1.º La fractura del márgen posterior de la superficie articular del radio con dislocación parcial de la mano hácia atrás; 2.º fractura de la extremidad inferior del radio con dislocación hácia adelante; 3.º fractura del radio y del cúbito al mismo tiempo; y 4.º la fractura suele ser múltiple, dividiendo la extremidad inferior del radio en cuatro y hasta cinco fragmentos, como lo menciona el profesor Gross de Filadelfia.

Como complicaciones, mencionaremos el daño grave que frecuentemente sufren los tejidos y la penetracion del fragmento superior en el inferior, lo que por fortuna no es frecuente, pues deja una deformacion inevitable.

La causa principal de este accidente es la caída sobre la palma de la mano; pero también puede producirle un golpe directo ó la caída sobre el dorso de la mano que en general produce la dislocación del fragmento inferior del radio hácia adelante.

El dolor y la hinchazon son grandes y la crepitacion se siente al nivel del punto fracturado.

El pronóstico de esta fractura debe ser siempre reservado. Aunque hoy es posible curar esta fractura en algunos meses, tanto porque hay tendencia de parte de la inflamación á propagarse á las vainas tendinosas, como á la sinovial de las articulaciones digitales. Es, además, sumamente difícil el obtener igual longitud en el radio anterior y posteriormente, pues la superficie anterior casi siempre queda más larga. Es indispensable para evitar el que el enfermo atribuya á falta de pericia en el práctico, el lento resultado, advertirle cuál es el resultado general de esta clase de accidentes.

Las indicaciones del tratamiento son: 1.º Volver al radio su forma; 2.º Restablecer la extremidad inferior á su lugar, tirándole hácia adelante y adentro, porque los extensores y el supinador le desvian no solamente hácia arriba y atrás, sino también hácia afuera; 3.º El remover los obstáculos á la union de los dos fragmentos, y 4.º mantener el radio en una posición que permita el objeto de llenar estas indicaciones. Las tabillas de Gordon en Inglaterra y las de Bond en la América del Norte, son los aparatos á que se da la preferencia, por estar hechos de manera que se adaptan á la curva del radio, que por este medio conserva su forma y sus relaciones. Por desgracia en nuestro país la escasez de estos recursos nos obliga á emplear los medios más sencillos, de modo que están al alcance de todo el médico. En consecuencia, presentaremos, pues, el método que seguimos en nuestro caso y otro igualmente de fácil aplicacion.

Aplicamos á nuestro enfermo el tratamiento del doctor Smith de Dublin que ya en otras ocasiones nos ha dado resultados satisfactorios. Habiendo fijado el codo, se agarra la mano del enfermo con fuerza, se extiende y se lleva á una ligera aducción. Se coloca un cojín sobre cada una de las dos tabillas que se necesitan y que deben ser de igual forma, una pulgada más anchas que el antebrazo; y la posterior va del codo á la extremidad de los dedos y es ligeramente excavada para recibir el dorso de la mano; y la anterior va del pliegue braquial al ligamento anular. El cojín del lado de los extensores debe ser más grueso en el punto correspondiente á la fractura, de modo que comprima al fragmento inferior del radio y le mantenga en su lugar, *dirigido hácia adelante y ligeramente pronado*. El cojín del lado de los flexores forma una línea que se adapta al nivel del radio. El miembro colocado entre las dos tabillas así preparadas, se envuelve íntegramente con un vendaje continuo á no ser que haya alguna contusion que necesite dejarla descubierta para poder curarla. En general, el aparato se deja de tres á cuatro semanas, teniendo cuidado de quitarle para aplicarle de nuevo si el enfermo se queja de dolores, y de cambiar el vendaje cada cinco ó seis días como el objeto principal de esta medida es impedir que practicare aplicandó cada vez otro vendaje sobre el ya existente.

El doctor Swimburn, cirujano americano, emplea un método sencillo para tratar estas fracturas, análogo al puesto en práctica por Dupuytren en las fracturas del tercio inferior del peroné. Consiste en usar una sola tabilla que se extiende desde el codo hasta las articulaciones metacarpo-falangianas y se aplica á la cara posterior del antebrazo. La forma de esta tabilla es de cojines transversales de los cuales el inferior se aplica sobre la prominencia formada por el fragmento inferior del radio, y el otro se coloca cerca del codo para que la línea posterior del antebrazo quede casi derecha. La tabilla se asegura por medio de vendajitos que se aplican del codo hácia la mano, dejando espacios libres de algunas pulgadas de largo, y cuidando de asegurar bien la mano á la extremidad inferior de la tabilla, pero dejando completamente libres los dedos.

A nuestro enfermo por estar en la edad en que la union se hace rápidamente, le quitamos el aparato al cabo de tres semanas, época en que los dos fragmentos estaban sólidamente unidos. Hasta la fecha, los movimientos están aún impedidos, pero la deformacion es imperceptible.

Como no ha sido nuestro propósito escribir sobre las fracturas del radio, hemos limitado intencionalmente nuestras observaciones; sin embargo, esperamos que la relacion que antecede ofrezca algún interés práctico á nuestros colegas.

Pío REXENÓ.

## REVISTA EXTRANJERA.

## EMPLEO DEL TANINO COMO TOPICO EN DIFERENTES CASOS.

El doctor G. P. Hachemberg en el *New York medical Record*, nos dice que ha empleado este medicamento en muchos casos de prolaps uterino con muy buenos resultados, despues de haber usado otros medicamentos sin beneficio alguno. Su proceder es el siguiente: Introduce en la vagina un especuln de vidrio con el cual vuelve el útero á su posicion. Con una jeringa lleva un gramo y 50 centigramos de tanino contra la porcion vaginal del útero, en seguida retira la jeringa y con una sonda coloca un tapon alrededor del orificio del cuello de la matriz. Con la sonda se mantiene en posicion el tapon, mientras se retira el especuln, despues de lo cual se fija el tapon. Con una jeringa lleva un gramo y 50 centigramos de tanino contra la porcion vaginal del útero, en seguida retira la jeringa y con una sonda coloca un tapon alrededor del orificio del cuello de la matriz. Con la sonda se mantiene en posicion el tapon, mientras se retira el especuln, despues de lo cual se fija el tapon.

La aplicacion del tanino mantiene sólidamente el útero en su lugar por la corrugacion, y la reaccion de las partes que determina. Estas aplicaciones se hacen al principio una vez por semana, y despues solo una ó dos veces por mes. Segun el autor no solamente combate esto la hipertrofia del cuello, sino que determina una ligera atrofia de las partes.

Como medicamento contra la leucorrea en la inflamacion del cuello de la matriz, ó de la vagina, la mejoría que produce es notable.

El autor registra un caso de ulceracion crónica del recto, curada por la aplicacion repetida semanalmente de taponnes de tanino.

Las aplicaciones directas del tanino dan excelentes resultados en las afecciones de la garganta. En un caso extraordinario de hipertrofia de las amígdalas se aplicó ántes de la extirpacion una mezcla espesa de tanino y de tintura de yodo, con tal disminucion de ellas que es probable que se pueda evitar la operacion.

Ningun medicamento satisfacía tanto en ciertas formas de oftalmia crónica, y de opacidad de la córnea. Una vez por semana se pone el tanino puro bien triturado bajo los párpados. La aplicacion no es dolorosa, y las lágrimas le disuelven. Una señora de edad, que sufría de una oftalmia crónica fué aliviada con una sola aplicacion. Otra ciega á causa de opacidad de la córnea, recuperó la vista con el empleo local del tanino.

## INYECCIONES SUBMUCOSAS EN CASO DE ODONTALGIA AGUDA.

Con el objeto de hacer desaparecer con seguridad y rapidez el dolor, el doctor G. Dop emplea inyecciones de morfina y de clorof. Con una jeringuilla de Pravaz se hace la punccion lo mas cerca posible de la raiz del diente enfermo, y paralelamente al maxilar. En general, dos gotas bastan, pero debe cuidarse de aplicar la pulpa del dedo sobre la picadura durante algunos segundos. El dolor de la punccion es insignificante. El clorof. no deja en pos de sí una sensacion de calor pasajera.

De 100 casos así tratados, en 80 el clorof. produjo un alivio de 4 á 5 horas; la inyeccion se repite tan pronto como vuelve el dolor. La inyeccion de morfina tiene los mismos resultados pero es mas lenta. En varias observaciones de inflamacion del periostio alveolo-dentario, esta medicacion calmante produce una curacion rápida.

(Révue méd. de Toulouse.—Boullien général de Thérapéutique.—Mayo 1872).

## ACCIONES DE LOS PURGANTES.

El profesor Vulpian ha repetido las experiencias de Moreau sobre los purgantes salinos, pero sin limitar la accion de la sustancia purgante á una asa intestinal. Ha operado sobre animales bajo la influencia del curare, ó de la morfina.

Cinco gramos de sulfato de magnesia en 30 de agua inyectados en el intestino delgado de un perro, no producen aumento de las contracciones peristálticas. El animal sacrificado dos horas despues presenta una coloracion mas roja que en el estado normal en el intestino, el cual contiene un líquido mucoso, gomoso, y blanquecino. La mucosa está muy roja, y las papilas cubiertas de una capa de moco muy espeso. En el líquido se encuentra epitelium descamado, con células, con núcleos vesiculosos, algunos glóbulos sanguíneos, leucocitos, granulaciones movibles y vibriones.

La accion de un purgante salino desarrolla un verdadero catarro, y ademas una accion endosmosmótica de la solucion salina, puesto que una parte de la sal se encuentra en las orinas despues de pasado el efecto purgante.

Vulpian repitió la misma experiencia con 25 gramos de agua, y alcohol, y 40 centigramos de resina de jalapa. Hubo exageracion de los movimientos peristálticos, y tapon intestinal localizado sobretodo en el intestino grueso, que presentaba una equimosis continua; habia tambien equimosis en la parte inferior del intestino delgado. Despues de la abertura de la pared abdominal

el animal tuvo dos cámaras negras sanguinolentas, fétidas, producidas por consiguiente por las solas contracciones del órgano.

Vulpian, concluye de estas experiencias que los purgantes drásticos, y los salinos obran principalmente provocando un verdadero catarro intestinal, y no como lo han pretendido los señores Thiry y Radziejewski, activando los movimientos peristálticos. (Soc. de biologie, sesion del 27 de mayo de 1873.—Gazette med. de Paris.)

## TRATAMIENTO DE LAS ANEURISMAS ABDOMINALES

por la compresion de la aorta abdominal.

En 1864 el doctor W. Murray dió la historia de un caso, en que la presion fué aplicada sobre la aorta abdominal del lado del corazon. El año pasado los doctores Moxon y A. Durham presentaron á la Sociedad el caso de curacion. El doctor C. E. Williams hace la relacion de un tercero, tanto más interesante cuanto que son los únicos registrados en los anales de la ciencia.

El paciente es un marinero robusto, y cuenta que estando sacando agua, sintió de golpe que algo se rompía en su abdomen, despues de lo cual quedó inválido. En la visita se quejó de dolores en el vientre con irradiacion hacia los muslos y las ingles. El exámen descubrió un tumor del tamaño de una naranja situado arriba del ombligo, pulsátil, globular y animado de un movimiento de expansion lateral y antero-posterior. La presion arriba del tumor suspendía las pulsaciones. Los médicos del Hospital, habiendo diagnosticado una aneurisma, el señor Hulke resolvió aplicar el torniquete. Se clorof.izó, se aplicó el torniquete y se apretó entre el tumor y el cartilago xifoides, hasta que cesó la pulsacion en la aorta abdominal y en las femorales. La compresion duró tres cuartos de hora, y se suspendió por el vómito que sobrevino. El tumor pulsaba como ántes; pero se sentía más duro. Tres dias despues, siempre bajo la influencia del clorof., con pequeñas interrupciones se mantuvo la compresion por horas, hasta que la parte inferior del vientre y las extremidades inferiores se enfriaron y se pusieron moradas. La respiracion estaba muy anhelosa, 44 á 56, y el pulso 100 á 120 por minuto, síntomas que desaparecieron al quitar el torniquete. La pulsacion del tumor era mucho ménos fuerte.

Por algunos dias el enfermo tuvo vómito de sangre alterada, dolor, frío en las extremidades inferiores; pero el impulso del tumor disminuyó gradualmente, hasta no sentirse 15 dias despues, por lo cual se permitió al enfermo que se sentase.

Quince dias despues, como la pulsacion en el tumor se presentase de nuevo, se volvió á aplicar por 3 horas el torniquete. La misma accion de fenómenos se repitió, pero al mes el tumor habia desaparecido y el enfermo fué dado de alta.

Un mes despues el paciente vino al Hospital para ser examinado. En el sitio del tumor habia una dureza indefinida, sin pulsacion. No se podia descubrir el pulso en la aorta desde una pulgada arriba del ombligo, ni en las femorales, poplíteas, ni tibiales anteriores.

En el caso del doctor Murray la coagulacion de la sangre en el sitio fué rápida; pero este caso y el segundo prueban que puede ser de muchos dias y aun semanas. La perturbacion de la circulacion y de la respiracion sugieren, que este tratamiento podria ser muy peligroso para los que sufren enfermedades orgánicas,

(Londres, Med. Chiruz. Soc. Mayo 29 1873.)

Pio RENGIFO.

## CORRESPONDENCIA.

Noviembre 24 de 1873.

Dr. Dr. ESTEVAN PUPO: *Mompox*.—Recibido el valor de nueve suscripciones.

Dr. Dr. CARLOS ARAUJO: *Sincé*.—Se recibió el valor de suscripciones.

Dr. Dr. CAMILO TUZHO: *Majagual*.—El señor P. Argumedo me remitió el valor de tres suscripciones.

Dr. Dr. MANUEL J. PAREJA: *Cármen*.—Su hermano me pagó el valor de seis suscripciones.

Dr. Dr. MANUEL M. LEMUS: *Ocaña*.—Fue pagada la letra valor de cuatro suscripciones.

Dr. Dr. PEDRO PABLO POSADA: *Medellín*.—El señor Lafaurie curió los 20 fuertes á que hace referencia su carta de 4 de Noviembre. Se enviaron los números que faltaban.

Dr. Dr. SEBASTIAN ENAO: *Jericó*.—El señor Posada envió el dinero valor de cuatro suscripciones.

Dr. Dr. JOSÉ VILLA LEAL: *Zea*.—El mismo señor Posada remitió el valor de cinco suscripciones.

Dr. Dr. DOMINGO CASTRO: *Concepcion*.—Su recomendado cubrió el valor de dos suscripciones.

Repetimos las gracias á los bondadosos agentes que protegen la empresa de la *Revista Médica*.

B. MEDINA.