

Revista Médica

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA DE BOGOTA

REDACTOR, DOCTOR PIO RENGIFO

SERIE II.

Bogotá, Julio 18 de 1874.

NUMERO 15

PARTE OFICIAL.

OBSERVACION

de los señores doctores Aparicio y Pizarro.

M. R. joven de 22 años de edad, constitucion robusta y temperamento bilio-sanguineo, hizo llamar á uno de los infrascritos el dia 9 de mayo por hallarse enfermo.

Antecedentes. De buenos habitos, nunca habia experimentado otra afeccion que ligeras corizas. Decia haber sido atacado el dia anterior por un fuerte calofrio, seguido, despues de una hora, de mucha fiebre, dolor de cabeza y malestar general. Su consagracion al estudio en los seis ú ocho dias precedentes, fué tal que en él pasó muchas noches, y á esto atribuia su enfermedad.

Exámen. 120 pulsaciones; piel seca y ardiente; pupila dilatada; gorgoteo en la fosa iliaca derecha y dolor á la presion en esta parte; inyeccion en los capilares de la conjuntiva, lagrimeo y fotofobia; vómitos de materias verdes; lengua cubierta de una capa blanca y pastosa á su base y roja en los bordes; cefalalgia. En presenacia de este gran grupo de sintomas no quedaba duda en la existencia de una fiebre tifoida, afectando la forma biliosa.

Se aconseja un vomitivo, compuesto de 1 gramo de ipecacuana y 0,05 de emético, tomado en dos porciones.

Dieta y cocimiento de cebada para tisana.

Dia 11. Tanto el pulso como las demas alteraciones halladas en el dia anterior, persistian, y solo la cefalalgia habia aumentado en intensidad. A beneficio del vomitivo habia arrojado una gran cantidad de materias biliosas.

Se prescribe mistura salina, apósitos de agua sedativa á la cabeza y fomentos al vientre.

Dia 12. La noche del dia anterior la pasó en completa intranquilidad. El pulso permanecia lo mismo, aunque mas lleno y desarrollado; sed insaciable; diarrea ménos frecuente, meteorismo.

Se continúa con el mismo régimen.

Dia 13. Pulso á 128; la cefalalgia ha disminuido, petequias diseminadas en el pecho y en los miembros superiores; ruido en los oidos; aumento del meteorismo; delirio en la noche del dia anterior; lengua seca y sucia en el fondo, y de aspecto sanguinolento; fluginosidades en las encías y los labios.

Se ordena un purgante de agua de Sedlitz á 30 gramos.

Dia 15. meteorismo, 120 pulsaciones; aumento de la congestion en las conjuntivas; manchas lenticulares bien marcadas y de color ligeramente rosado; algo de sordera.

Se continúa con el mismo régimen, repitiendo el purgante.

Dia 14. No hay cambio notable en la sintomatología.

Dia 15. Pulso á 124; aumento del meteorismo; delirio y estupor; bastante postracion. Los demas sintomas persisten.

Se añaden á la medicacion anterior revulsivos á las extremidades.

Dia 16. El pulso ha vuelto á 120, y los demas sintomas se sostienen.

Dia 17. El meteorismo ha disminuido; el estado de la lengua mejor; el estupor y la sordera continúan; las depo-

siciones han sido buenas; el delirio fué muy notable durante la noche del dia anterior.

Dias 18, 19, 20 y 21. Con ligeras variaciones los sintomas no han experimentado cambios notables.

Dia 22. El pulso comienza á descender; la lengua más húmeda; el meteorismo disminuye, y en fin, todo indica que la enfermedad marcha bien.

Dias 23, 24, 25, 26 y 27. En el curso de estos dias la mejoría fué notándose poco á poco, hasta el punto de hallarse el 28 con 80 pulsaciones; lengua húmeda; sensacion de bienestar; apetito; y, en una palabra, todo anunciaba una buena convalecencia.

En la mañana del dia 29 se presentó repentinamente un calofrio seguido de náuseas, vómitos, cefalalgia, y el pulso elevado á 110. Creyendo que estos trastornos habian sido ocasionados por algun abuso en la alimentacion, se le prescribe un purgante de Sedlitz.

Por la noche, el pulso no habia descendido nada; se notaba la piel húmeda; mucha sed; delirio é inyeccion en los pómulos y conjuntivas.

Dia 30. Por la mañana el pulso habia descendido á 110; la lengua permanecia húmeda; la inyeccion habia desaparecido; la piel conservaba ese estado de humedad notado el dia anterior.

Por la tarde. A las tres principiá á sentir frialdad en las extremidades inferiores, seguida de un aumento notable en la calorificacion; inyeccion en los pómulos y conjuntivas; pulso á 120 y la piel permanecia húmeda.

La noche la pasó en continuo delirio y no durmió nada absolutamente.

Al dia siguiente en asocio del señor doctor Aparicio practicamos un escrupuloso exámen, y como halláramos en la mañana de este dia 31, los mismos sintomas notados el dia anterior, á la misma hora y en todos los aparatos, no existian sino sintomas negativos, diagnosticamos fiebre remittente de carácter pernicioso, y como tal, creimos debia combatirse por medio del sulfato de quina.

Prescribimos 1 gramo en 100 de limonada sulfúrica.

Por la tarde. El acoso habia aparecido, no obstante que habia tomado el medicamento prescrito. Habia principiado igualmente por la frialdad en las extremidades inferiores; el pulso daba 130; el delirio casi furioso; la inyeccion en la cara y en las conjuntivas muy marcada.

Dia 1.º de junio. La noche del dia anterior fué muy mala y el delirio se sostuvo de una manera notable en toda ella. A las 9 de la mañ na observamos que el pulso habia descendido á 110; la lengua permanecia húmeda; ligero dolor de cabeza; cansancio y la piel cubierta de sudor.

Se le prescribieron dos gramos de sulfato de quina.

Por la tarde. Examinado á las cinco hallamos que el pulso principiaba á subir y marcaba 115 á 120; la lengua no habie experimentado alteracion y la temperatura comenzaba á elevarse.

Dia 2. El pulso habia descendido á 100; el enfermo se sentia mejor; la piel conservaba sinembargo ese grado de humedad notado desde el principio, y la lengua ligeramente sucia.

Se prescribe una toma doble de Sedlitz y una hora despues 2 gramos de sulfato de quina.

Por la tarde. A favor de unas pocas deposiciones, la lengua se presenta limpia y húmeda, pero el pulso se ha

elevado á 110. Con el medicamento el enfermo se siente completamente trastornado y sordo. La inyección no ha aumentado mucho, y en fin, todo revela que hay algo de mejoría.

Día 3. La noche del día anterior fué más calmada que las precedentes. El pulso ha descendido á 110; hay ligero apetito; la piel permanece húmeda y la inyección ha desaparecido por completo. El sulfato de quina había atacado las vías digestivas y la diarrea era abundante.

Cambiamos entonces por el extracto de quina á la dosis de 8 gramos en una pocion que debía tomar en el curso del día.

Por la tarde el acceso no se había presentado y el enfermo se hallaba en el mismo estado que por la mañana.

Día 3 por la mañana. En la madrugada de este día estalló el acceso, que había faltado en la tarde del día anterior. Principió como los anteriores por frialdad en las extremidades inferiores, y pronto fué seguida de delirio furioso, fuerte inyección en la cara y conjuntivas, y aumento considerable de la temperatura. A las 9 de la mañana, hora en que lo observamos, el pulso daba 140; la lengua permanecía en buen estado; la piel siempre húmeda.

Continuamos la administración del extracto de quina y prescribimos cáusticos á las extremidades, tanto con el objeto de hacer una fuerte revulsion, capaz de combatir la postracion que principiaba á notarse, como con el de facilitar la absorcion de la quina.

Por la tarde. El pulso ha disminuído á 120; la inyección es menor; la lengua permanece húmeda; el delirio se sostiene y el enfermo se creé bueno y desea levantarse.

Día 4 por la mañana. La noche del día anterior fué, aunque mala, más calmada que la del día 3. El pulso ha bajado 110; la inyección es ligeramente notable; la piel permanece húmeda, y la postracion es mayor.

Durante este día se le han administrado 8 gramos de extracto de quina y los cáusticos se han curado con 1 gramo de sulfato de quina mezclado con 15 de unguento amarillo.

Día 5. La noche del día 4 no fué muy mala y no hubo mayor agravacion en los síntomas notados en la tarde. El pulso daba 115; el enfermo estaba sordo completamente y había perdido el conocimiento; el sudor era abundante; la lengua permanecía bien.

Por la tarde no había más cambio que un aumento de 20 pulsaciones y la exaltacion consecencial á este estado.

Día 6. En la noche anterior el delirio fué sostenido y furioso. A las 9 de la mañana, hora en que lo examinámosse hallaba el pulso en 120; la inyección disminuída; ligera sensación de bienestar; el enfermo ha recuperado un poco el conocimiento, y los demás síntomas en el mismo estado.

Por la tarde el pulso se ha elevado á 130, la inyección es muy notable y la postracion manifiesta.

Día 7. El pulso se sostiene á 120, y los demás síntomas en el mismo estado.

Por la tarde el pulso ha vuelto á 130, y el sudor es más abundante.

Día 8 por la mañana. La noche anterior ha sido muy mala. El enfermo no habla ni conoce y está muy postrado. El pulso ha vuelto á 120, y comienzan á aparecer escaras en la region sacra.

Por la tarde, el pulso da 130; el sudor es muy abundante; la postracion muy marcada; la lengua se conservaba húmeda.

Día 9 por la mañana. La noche del día 8 fué semejante á las anteriores, y á las 9 de la mañana, bañado en un abundante sudor, muere el paciente.

Al establecer el diagnóstico sospechamos la invasion de una meningitis, atendida la consagracion de este jóven al estudio y á los continuos y prolongados desvelos que se impuso por esta causa. Pero no hallando en él los síntomas más notables de esta afeccion, tales como el vómito, constipacion y la retraccion del vientre, desechamos esta creencia que más tarde vimos completamente desvanecida, por que no se observaron la soñolencia, el coma, el estrabismo,

las convulsiones y demás síntomas que caracterizan el primer período de una meningitis.

Observaciones. El presente caso nos ha llamado la atencion por un doble motivo; el primero, es el hecho de haberse presentado la remittencia con caracteres perniciosos, después de una fiebre continua, en el curso de la cual no se notó ni el menor asomo de periodicidad; y el segundo, la particularidad de hallarse á continuacion dos clases de fiebre que han sido consideradas por varios autores como capaces de excluirse la una á la otra. Esta verdad proclamada por M. Boudin, como reconocida por experiencia, y á favor de la cual pudo establecer como un principio general que el desarrollo de las fiebres tifóideas, es tanto más raro en un individuo cuanto más larga y sostenida haya sido la accion de las mismas sobre su constitucion, la vemos en el presente caso luchando contra un hecho clinico; y del análisis á que él se presta podríamos llevar nuestras consideraciones hasta el punto de sospechar algo como un antagonismo ó accion concentrada entre los miasmás y los óvulos cuando simultáneamente se hallan en nuestro organismo.

En efecto, dos fiebres cuyo origen se ha atribuído á causas semejantes en su modo de ser, pero esencialmente distintas en su naturaleza, y que además en su desarrollo han sentido como ley, tanto la dificultad de invadir de un modo simultáneo, como la imposibilidad de hacerlo simultáneamente á un mismo organismo, se presentan hoy contrariando verdades antiguas; y esta ha sido la razon por la cual molestamos la atencion de la Sociedad, sometiendo á su estudio el presente caso.

Bogotá, diciembre de 1873.

P. PIZARRO. A. APARICIO.

Señores Miembros de la Sociedad de Medicina de Bogotá.

La observacion que se ha tenido á bien pasar á mi estudio, es como se puede ver por la simple lectura, la descripcion en globo de una fiebre tifóidea clásica, con sus principales síntomas; de poca gravedad en aparicion, y que en definitiva se termina por la muerte del paciente.

Hay un punto de la observacion, en el cual siento no estar de acuerdo con los autores de ella; es sobre el calificativo inmerecido de "bilioso" que se le da desde el principio, aunque la he leído con muchísima detencion, no he podido encontrar en ninguna parte la serie de síntomas que sirvieron de base para creer que había un estado bilioso, tal como le entiende la escuela francesa, ni mucho ménos lo que la escuela alemana ha descrito bajo el nombre de fiebre tifóidea biliosa.

Sea de ello lo que fuere y dejando á un lado este incidente, que no tiene mucha importancia, sigamos la marcha de la enfermedad para considerarla en su nueva forma. Durante dieziocho días, es decir, desde el 10 de mayo, día en que se supone la invasion enfermada, hasta el 28, todo marcha regularmente; nada de alarmante se ha mostrado; cada síntoma se presenta y va desapareciendo en órden clásico y natural, y hasta se creé en una convalecencia que por cierto fué casi efimera. Del 18 en adelante la escena cambia, síntomas graves aparecen y entre los más notables se señalan, la elevacion de las pulsaciones arteriales á 108 por minuto, vómitos y sudores viscosos y frios que bajo una forma intermitente agobian al enfermo todos los días por la mañana.

Los observadores hacen entonces un exámen escrupuloso, y no encontrando lesion alguna en los diferentes órganos, se preguntan cuál es la causa, cuál la explicacion de la recrudescencia de la enfermedad. Por un momento piensan en una meningitis, pero por las razones que exponen al pie de la observacion, desisten de semejante idea. No podia ser de otro modo, pues á mi modo de ver, ni la meningitis simple, ni la tuberculosa tienen la sintomatología que los autores del trabajo nos trazan de su enfermo.

En retirada aceptan el diagnóstico de una "fiebre remittente perniciosa," y en consecuencia instituyen un tratamiento con sulfato de quina á altas dosis, y más tarde con extracto de quina, por todas las vías favorables á la absor-

ción de las sustancias medicamentosas. Sin embargo, el mal no cesa y su marcha fatal se continúa á despecho de esta enérgica medicación, y el paciente sucumbe pocos días después.

La autopsia nada nos revela, pues por causas independientes de la voluntad de los observadores no se pudo hacer y al cerrarse la tumba se perdieron los elementos que hubieran podido dar la clave de este acontecimiento. La observación por este solo hecho, es poco suficiente é incompleta.

No obstante la curiosidad, y más que esto, el deseo científico de saber si existió realmente una fiebre intermitente perniciosa nos lleva á preguntarnos, si la hubo ó no independientemente de la fiebre tifoidea.

Lo que no podemos negar es que el elemento remitente existió, si por él entendemos un estado febril con accesos que no estén separados por un período de apirexia, sino en los cuales hay únicamente atenuación de los síntomas, sin que éstos lleguen á desaparecer completamente. ¿Más por que esta forma haya existido, estamos autorizados para decir que hubo una fiebre remitente, enteramente diferente de la fiebre tifoidea, es decir, como la enfermedad principal? ¿No podríamos suponer que la fiebre tifoidea no habría desaparecido, ó que era una recaída que se presentaba revestida de un carácter de gravedad, del cual no hay la menor duda? La recaída en la fiebre tifoidea no es rara, y los síntomas de remitencia se han observado siempre que hay una complicación cardíaca, por ejemplo, ó cuando el paciente ha sufrido anteriormente de fiebres intermitentes, de lo que no sabemos ni una palabra.

Estas pocas reflexiones nos inclinan á pensar que no hubo tal fiebre remitente perniciosa, pues lo decimos francamente, no estamos convencidos de esto. Pudiera ser que así fuera, á pesar de que la ineficacia absoluta de la medicación por la quinina, justifica hasta cierto punto lo que dejamos expuesto.

Voy á proponeros, sin embargo, que le deis publicación, por que la historia de la enfermedad de que me ocupo, llama la atención hacia un punto de práctica que puede renovarse, y que estando advertidos puede ponernos en guardia contra una complicación alarmante. Por lo demás, toca á la experiencia decidir si debemos aceptar ó rechazar las ideas de los señores Pizarro y Aparicio, que nos han hecho el honor de comunicárnoslas.

Por tanto, os suplico le deis vuestra aprobación á la siguiente proposición:

“Publiquese en el periódico de la Sociedad el trabajo que se titula “Observación de un caso de fiebre tifoidea, seguida de remitente perniciosa.

Bogotá, agosto 3 de 1874.

PROTO GÓMEZ.

QUISTE DEL OVARIO.

Fuccion é inyeccion yodada, practicada con el Aspirador de Dieulafoy, por el Profesor de clinica en el Departamento mujeres, doctor M. Plata Azucro-Curacion.

OBSERVACION.

Lleuada por el alumno Rafael Fernández.

Catarina Vega, de 19 años, natural de Chiquiquirá, soltera, robusta, virgine. El 13 de febrero de 1874 tomó la cama número 14.

ANTECEDENTES.

Hace 5 meses recibió un fuerte golpe (una patada) en el bajo vientre, hacia el lado izquierdo de este. Desde entonces enferma, experimentó un constante dolor en esta region, el que fué aumentando dia por dia, hasta que se hizo insoportable y la redujo á la cama. Para entonces la marcha y todos los movimientos del tronco, le eran casi insoportables, notando desde el dia del golpe un tumor en la region adolorida, el que iba aumentando poco á poco hasta tomar un volumen considerable, causándole por su tamaño y por su extrema sensibilidad, una completa inaptitud para mantenerse de pié, para moverse y doblar el cuerpo. Re-

ducida á cama permaneció así por dos dias; al cabo de los cuales entró al Hospital.

Examinando los conmemorativos, resultó que la paciente no habia padecido absolutamente ninguna enfermedad á interior.

ESTADO ACTUAL.

Constitucion naturalmente robusta, pero debilitada por 5 meses de sufrimientos: pulso algo acelerado y débil, y palidez de las mucosas. Examinando el tumor se halló duro y renitente, y ocupando toda la parte inferior del vientre, pero más pronunciado á la parte izquierda del hipogastrio. Su volumen era poco más ó ménos como la cabeza de un feto; su forma, ovoidea, su sensibilidad á la presión extrema, y la dureza y la resistencia que ofrecia al tacto tan considerables, que se juzgó por muchos que se trataba de un tumor sólido; pero el profesor hallando cierta fluctuacion, apenas apreciable, diagnosticó *ovarium primitiva, causada por el golpe y quiste consecutivo del ovario*. En consecuencia, practicó inmediatamente la puncion del tumor con un trocar explorador, y obtuvo 500 gramos de un liquido espeso, algo glutinoso y de color parecido al chocolate. Alimentos: mediana racion.

DIA 4.—El mismo estado.

El Profesor practicó la puncion del tumor empleando un trocar más grueso de los del aparato aspirador de Dieulafoy; con este instrumento extrajo todo el liquido contenido en el saco, hasta que la bomba no extria más, y obtuvo 3,300 gramos de un liquido igual al del dia anterior, con el que subió la cantidad de éste á 3,800 gramos. Inmediatamente, y con el mismo aspirador de Dieulafoy, inyectó íntegramente la siguiente composicion:

Tintura de yodo 200 gramos.
Aguá 600 —
Yoduro de potasio 2 —

De esta inyeccion, que fué hecha con el mayor cuidado, extrajo 780 gramos, quedando en el quiste solo 20. En seguida aplicó un vendaje de cuerpo.

DIA 5.

Algo de dolor en el tumor; ligeros dolores de estómago; trastorno de la cabeza; lengua sucia; pulso lleno y un poco acelerado (85 pulsaciones por minuto). *Tratamiento exterior*: friccion con unguento mercurial belladonizado, y cataplasma emoliente. Al interior: magnesia calcinada 10 gramos.

DIA 6.

Los síntomas que presentaba del lado de las vías digestivas habian calmado, pero sentia dolor de cabeza y de garganta. El pulso en el mismo estado que el dia anterior.

Tratamiento, la friccion anterior y la misma cataplasma.

DIA 7.

El dolor de estómago se habia aumentado bastante; en lo demás el mismo estado del dia anterior.

Tratamiento. Al interior, una toma de Seidlitz con 30 gramos de sal de Epsom.

DIAS 8 y 9.

El mismo estado y un poco de ansia; el purgante produjo mediano efecto.

Medicacion. La misma.

DIA 10.

Se sostiene el dolor de garganta, el de la cabeza y el del estómago, acompañado éste de ansia y vómito, el que no le permite alimento alguno. Se le prescribió lo siguiente:

Al interior: pocion antiemética, 250 gramos.

Al exterior: friccion cada 4 horas, con:

Extracto de belladona } ana, 4 gramos.
De opio }
Unguento mercurial } 30

Cataplasma emoliente al vientre y á la garganta.

DIAS 11, 12, 13, 14, 15 y 16.

El mismo estado y casi la misma medicacion; tan solo ésta se le varió reemplazando la pocion antiemética por una ligeramente opiada, y dándole un purgante de 10 gramos de magnesia calcinada.

DIA 17.

Ha calmado el ansia; disminuido notablemente el dolor de estómago, desaparecido el dolor de garganta y de cabeza: el pulso está algo acelerado; la region ilíaca izquierda se muestra muy sensible al tacto.

Medicacion. Al interior: limonada en tisana de linaza.—Al exterior: Vejigatorio sobre el sitio del tumor.

DEL 18 AL 21.

Siguen calmados todos los accidentes, quedándole tan solo debilidad y algo de ansia.

Medicacion: la misma del día anterior.

DIAS 22 Y 23.

La lengua vuelve a mostrarse saburrosa, y reaparecen ligeros dolores de estómago, aunque mucho más débiles que en los días pasados. Continúa la sensibilidad del tumor, aunque en débil grado. El pulso en el mismo estado, y algo enfríasdas las extremidades.

Medicacion. Al interior: polvos antiagrásticos y limonada. Exterior: sinapismo y friccion con bálsamo anodino. (Los polvos se componen de magnesia, ópio y bicarbonato de soda).

DIA 24.

Calmada.—Descanso de toda medicacion.

DIA 25.

Sigue repuesta, pero es algo más sensible el punto del tumor; el vejigatorio está cerrado; hay saburras gástricas.

Medicacion. Al interior: magnesia calcinada, 10 gramos. Al exterior: friccion con:

Yoduro de potasio..... 4 gramos.
Yodo..... 25 centigramos.
Manteca belladonizada..... 30 gramos.
Y cataplasma (ambas cosas sobre el sitio del tumor.

NOTA. En mis apuntes de los días anteriores me olvidé expresar cuál fué la marcha del tumor despues de la puncion. Como es de presumirse cesó la fluctuacion y el tamaño disminuyó hasta el punto de no notarse absolutamete á la vista, solo percibiéndose á la palpacion una pastosidad en toda la region iliaca izquierda, que sin duda no era otra cosa que el saco del quiste espesado y contraido.

DIA 26.

El mismo estado, sin la sensibilidad al vientre.

Medicacion. Interior: polvos antiagrásticos; toma de Seidlitz y 5 gotas rosadas de Magendíe. Exterior: friccion con la misma pomada.

DEL 25 DE FEBRERO AL 6 DE MARZO.

No hay dolor alguno en el tumor, ni en otra parte; pero la debilidad de la enferma iba creciendo como se mostraba por el pulso, las fuerzas y la decoloracion, tanto de las manos como de la piel.

Medicacion. La misma pomada y 4 píldoras de yoduro de yerro; tisana tónica; alimentacion analéptica.

DEL 7 AL 17.

Sigue muy repuesta; está animada, el tinte de la piel mejora, tiene vivo apetito y las fuerzas comienzan á volver. El tumor no da el menor signo de querer rehacerse, aunque persiste la pastosidad. El 14, el señor doctor Plata Azuero ordenó 6 píldoras de yoduro de yerro. El 17 se le aplicó un emplastro en vez de la pomada, compuesto de:

Emplastro de cicuta. Emplastro de ranas mercurial. Ana, 30 gr.
Yoduro de plomo..... 6 —
Extracto de belladona..... 6 —
Este emplastro se le aplicó sobre el sitio del tumor, y en seguida se le puso un vendaje compresivo.

DEL 18 AL 26.

Continúa la reposicion; el apetito es vivo; el color de la cara rosado; el pulso lleno y late 80 veces por minuto. Continúa con sus píldoras.

DIA 23.

Sigue la reposicion de un modo manifiesto; mucha más animacion en la fisonomía, y coloracion natural en las facciones.

Se le cambió el emplastro que tenia por el siguiente: emplastro de cicuta.

Emplastro de yigo.
Ana..... 15 gr.
Yoduro de plomo..... 4 —
Cloridrato amoníaco..... 2 —
Al interior: 6 píldoras de yoduro de yerro.

DIA 24:

Completo restablecimiento; ninguna molestia particular. Sintióse buena la paciente pidió su alta, la que se le concedió,

dándole unas píldoras yodo-ferrosas para que siguiera usándolas.

A los 58 días de haber entrado al Hospital, salió perfectamente buena.

Bogotá, 1.º de abril de 1874.

RAFAEL FERNANDEZ.

NOTA.—He visto hoy á la enferma, objeto de la observacion anterior, esto es, 4 meses despues de haber sido operada, y goza de la más completa salud; nada absolutamente se nota en la region que ocupó el tumor.

M. PLATA AZUERO.

REVISTA EXTRANJERA

DIAGNOSTICO DE LOS TUMORES DEL CEREBRO.

En unas lecciones sobre este asunto, publicadas en el Med. Times and Gaz, de Lóndres en agosto de 1873, el doctor Hughlings Jackson, dice que comprende bajo este encabezamiento la consideracion de todo producto adventicio; tumores propiamente, depósitos sífilíticos, abscesos &c. Todos estos producen dolor de cabeza intenso, vómito tenaz, y neuritis óptica doble, y por esto tenemos que avanzar un paso más para decidir cuál es la situacion de la alteracion, y un tercero para descubrir su naturaleza. Los sintomas deben, pues, dividirse en tres categorias:

1.º "Sintomas que demuestran que el enfermo tiene alguna especie de producto adventicio dentro del cráneo. Los principales son: vómito, dolor de cabeza, y neuritis óptica doble. El enflaquecimiento es frecuente. A veces sobreviene una enfermedad aguda con desarrollo rápido de sintomas, con el pulso y la respiracion muy alterados. Cuando el dolor de cabeza, el vómito y otros sintomas se suspenden, el enfermo engorda, lo que depende de que la pérdida de la vista le obliga á una vida ociosa. Estos sintomas nada nos revelan sobre el sitio, ni la naturaleza de la lesion.

En cuanto á la neuritis óptica, no es un sintoma localizador, porque solo revela una alteracion consecutiva á un tumor, que puede no afectar el nervio óptico por accion directa sobre él, sino á distancia.

La sordera que aparece con los sintomas anteriores, demuestra que el nervio auditivo está comprimido directa ó indirectamente por un tumor.

El valor diagnóstico de la parálisis del nervio olfatorio, es tan variado como la del óptico. La pérdida del gusto se cree que existe en muchos casos en que falta el olfato.

Los sintomas anteriores son generales porque existen en todas las enfermedades del encéfalo; y el vómito acompaña las de órganos muy distantes de la cabeza.

2.º Sintomas localizadores: éstos son parálisis de los nervios cerebrales; hemiplegias anatómicas diversas, es decir, dependientes de lesiones de la mitad lateral, en diferentes alturas de las desviaciones del lenguaje y de la articulacion; ciertos sintomas mentales; ciertas convulsiones; una marcha vacilante &c. Estos sintomas por sí solo no hacen más que señalar el sitio de la lesion, de modo que estrictamente no son sintomas de tumor cerebral, y no deciden si existe ó no un cuerpo extraño. Merecen pues, el nombre de sintomas nerviosos especiales.

3.º Sintomas y condiciones que nos asisten en fijar la naturaleza del producto adventicio: estos son la edad, la historia, la presencia de señales externas de sífilis, flujo del oído ó de la nariz, antecedentes ó señales de gólpes en la cabeza, sintomas de tisis, tos y algunas reglas empiricas.

Hay sintomas ó estados que no se sabe en qué categoria colocar. El aumento de volumen de la cabeza, asociado á la marcha vacilante, localiza de un modo indirecto la alteracion en el cerebro; acompañado de hemiplegia es indicio de un tumor voluminoso. Algunos tumores intra-craneos aparecen al traves de los huesos, en la boca y en el vertice.

Esta triple consideracion de los sintomas reúne los que tienen un mismo significado patogénico. El estudio de una manera incoherente los sintomas de un tumor cerebral colocando juntos el dolor de cabeza, la hemiplegia, la neuritis óptica doble, el ruido en los oídos, los vahidos &c, puede ser conveniente para escribir la observacion del caso, pero no para pensar en él, para elucidar casos difíciles, y menos para encontrar algo nuevo: este es un órden fundado en semejanzas superficiales; pero no una clasificacion de los diferentes fenómenos, que favorezca su investigacion. Por desgracia nuestro conocimiento imperfecto de los sintomas cerebrales no permite un método completo de clasificacion.

Algunas observaciones son necesarias; pues son en parte contradictorias de esta triple clasificacion. Así el dolor de cabeza tiene una significacion localizadora si es persistente y unilateral. La hemiplegia no solo indica el sitio, sino tambien la naturaleza

de la enfermedad, según el modo como se presente: propiamente hablando es la marcha lenta y progresiva de ella la que señala la presencia de un tumor. La pérdida de la palabra nunca existe en el caso de productos adventicios, de modo que es un sintoma que excluye la existencia de un tumor, un absceso &c. Las enfermedades del oído localizan hasta cierto punto porque los abscesos asociados a ellos, tienen por asiento un lóbulo lateral del cerebelo, ó el lóbulo medio del cerebelo. Veamos el modo como deben darse estos pasos para llegar al diagnóstico.

1.° Un joven bien formado que se ha estado adelgazando, se queja de dolor de cabeza agudo, vómito frecuente, y aun que la vista es buena, descubrimos que hay neuritis óptica doble. La deducción es que existe un producto adventicio dentro de su cráneo. ¿Cuál es la naturaleza de éste? Como sucede con frecuencia, puede no existir ningún sintoma localizador, y mejor es no entrar en conjeturas, con respecto al sitio de la lesión. Sin embargo, como no hay parálisis es casi seguro que la alteración no está situada en el centro motor, sino en la masa del centro ó del cerebelo, pues lesiones externas de estas partes no producen necesariamente una parálisis apreciable. Hasta aquí podemos avanzar, y si al juzgar por la analogía con un caso que hemos visto, fijamos el sitio del mal en el cerebelo, el caso puede darnos razón, ya que sólo hay un lugar más en que pueda existir la alteración. No pretendo con esto asegurar que no haya diferencia en los síntomas de la primera clase, entre las alteraciones del cerebelo y las del cerebro, sino que hasta ahora no se conocen.

2.° Supongamos que sobrevenga una alteración unilateral. He aquí un sintoma localizador, aun cuando no haya habido parálisis pasajera después del absceso, ni mordedura de la lengua, ni pérdida de conocimiento: la lesión está situada con seguridad del lado opuesto al de la convulsión, síntomas que se encuentran. 3.° La parte más difícil del diagnóstico es fijar la naturaleza del producto adventicio. La evidencia puede ser positiva, ó negativa. Si no hay antecedentes de sífilis ni manifestaciones de ella, el tumor no es sífilítico; si la amnesia nos impone de la existencia de un golpe, seguido de hinchazón, se trata de un absceso; si hay tuberculosis, la deducción es que el tumor es un tubérculo.

Antes de hablar de las varias clases de síntomas de los tumores intracranianos, es necesario advertir que frecuentemente los que existen son insignificantes; mientras que en algunos casos no hay ningunos. Es un hecho que el enfermo puede morir sin síntomas cerebrales: morir, en una palabra, de enfermedad no situada en el cerebro, y sin embargo puede encontrarse una producción adventicia en su cráneo, sucediendo lo mismo en casos en que la muerte tiene lugar en medio de una buena salud aparente.

Parece un cambio brusco el hablar de la ausencia de síntomas después de haberlos agrupado; pero era de absoluta necesidad el hacerlo; porque aunque todos los síntomas pueden faltar, los generalmente ausentes, son los que pertenecen a la 2.ª clase, es decir, los localizadores. Ahora se comprenderá por qué he usado tales expresiones, como puede ser, al hablar de los síntomas que producen los tumores cerebrales. Cuando no hay síntomas, el tumor está situado casi siempre en el cerebro ó en el cerebelo; pero en algunos casos muy raras, éste puede afectar una parte de la región motriz, sin que haya parálisis.

Citaré acerca de esta *latencia* de los tumores y productos adventicios cerebrales, la opinión de algunas autoridades. El doctor Gull, dice de los abscesos cerebrales: "Están generalmente situados en la sustancia de los hemisferios, en donde se sabe que una desorganización extensa puede sobrevenir sin indicación alguna, con tal que los cuerpos estriados, los tálamos ópticos y otras partes centrales no estén afectadas, pues el cerebro y el cerebelo parecen, como otros órganos, tener una superfluidez de función innecesaria en ocasiones comunes." El mismo dice: "En muchos ejemplos aun al fin de la enfermedad, no es el absceso mismo el que ocasiona los síntomas, sino las reacciones inflamatorias circunvecinas." Callender se expresa así: "De este modo alteraciones extensas del cerebro pueden destruir las partes medias de los hemisferios, las superiores y las posteriores, sin producir más síntomas que el dolor de cabeza." El doctor T. H. Anderson ha recogido 72 casos de lesiones del cerebro, la mayor parte en que la bala ó posta permaneció en el interior del cráneo sin producir ó produciendo apenas algun desorden constitucional, y en algunos casos el enfermo viniendo á morir muchos años después de una enfermedad enteramente extraña á la lesión.

Como la parte del encéfalo directamente destruida por un tumor ó incapacitada por compresión debe haber tenido alguna función, colocados al punto de vista clínico, podemos simplemente afirmar que los productos adventicios no se manifiestan por síntomas apreciables. Pero aun en estos casos puede existir cierto embotamiento intelectual. (Lentitud, estupidez, incapacidad

para el ejercicio mental continuado). Estos síntomas no permiten que el enfermo consulte al médico sino algunos días antes de su muerte. La inteligencia está tan reducida, que ni el paciente ni sus amigos notan defecto alguno, ó bien atribuyen ciertos cambios de carácter á causas erróneas, como á circunstancias externas. Es indudable que cada grado de lesión en los hemisferios cerebrales, produce pérdida de alguna manifestación intelectual delicada, y por consiguiente de alguna de las emociones, pues cada acto intelectual va acompañado de una emoción. Adoptando una expresión oftalmológica, diremos que hay "una limitación de campo de la inteligencia," limitación en el área de la conciencia. Los procedimientos intelectuales muy finos y las emociones de esta naturaleza, no son de absoluta necesidad para la rutina ordinaria de la vida, por lo cual el deterioro de la inteligencia y del sentimiento, ó no se perciben ó se interpretan mal. Estos defectos leves sólo se perciben cuando algo nuevo sustrae al paciente de la rutina. Creo que cuando la inteligencia comienza á faltar, el nivel de los sentimientos del enfermo se rebaja, causando el doble efecto de la pérdida de las emociones más delicadas, y un aumento de susceptibilidad á las más toscas. En estos grados de imperfección mental, existe solamente una exageración de la disposición natural; el nombre de mal carácter no ofrece más fácilmente, y el naturalmente sensual es ménos decente en su conducta.

Tales síntomas mentales por sí solos no señalan la existencia de un tumor; no son síntomas de un proceso patológico, sino tan sólo de pérdida de funciones sensoriomotrices especiales, procedentes de alguna especie de alteración patológica crónica; indican necesariamente que el hemisferio cerebral es el asiento del tumor; aunque cuando este está situado en el cerebelo, el hemisferio puede afectarse de un modo muy indirecto. En el tumor del lóbulo medio del cerebelo hay compresión de la vena que impiden la vuelta de la sangre por las venas de Galeno, y en consecuencia producen un derrame en los ventrículos, el cual comprime los hemisferios cerebrales.

Hemos hablado de casos en que no existen ni los síntomas generales, ni los localizadores. Más frecuente es, sin embargo, el que al principio de un tumor cerebral existan los primeros solamente. Temprano en casos de tumores intracranianos y de productos adventicios, existen con frecuencia, dolor de cabeza, vómito y neuritis óptica doble, sin convulsiones, parálisis, alteración del lenguaje ni defecto mental apreciable. Pero como la neuritis existe muchas veces sin que haya defecto en la visión, resulta que sólo la cefalalgia y el vómito pueden ser apreciables. Es la falta de síntomas nerviosos especiales, la que impide el que se diagnostique desde temprano un tumor cerebral; pues estos síntomas se atribuyen á desarreglos de los órganos digestivos y del hígado; y el vómito bilioso, sobre todo, nos engaña.

No niego que los tumores de ciertas partes del cerebro produzcan síntomas nerviosos especiales. Cuando están cerca del cuerpo extrañado izquierdo, pueden producir defecto en el lenguaje; y especialmente en el lóbulo posterior, es muy probable que haya algun defecto mental, además de la alteración de la palabra. Pero mis observaciones son muy generales, y por consiguiente, repito, que un producto adventicio considerable en el cerebro ó en el cerebelo, puede existir sin síntomas mentales ó físicos, éstos presentándose quizá sólo unos pocos días antes de su muerte. Esta asercion es de la mayor importancia, pues se establece la posibilidad de la aparición de síntomas repentinos, especialmente en los abscesos cerebrales, en contra de lo que la teoría nos haría esperar: el absceso se rompe, y los vasos del tumor dan sangre. (En prueba de estas aserciones el autor cita varios casos).

En caso de tumor cerebral, los síntomas están ausentes de cuando en cuando hasta que sobreviene una hemorragia cerebral, aunque no proveniente de los vasos cerebrales, sino de los del tumor, y produce síntomas repentinos de apoplejía con derrame más ó ménos abundante. Un ejemplo de estos, es el siguiente: un hombre de 56 años de edad que se quejaba simplemente de dolor de cabeza, fué dado de alta del Hospital por infracción del Reglamento. Diez días después, fué encontrado en la calle, comatoso y conducido al London Hospital, en donde murió esa noche. La autopsia reveló un tumor vascular del lóbulo posterior del hemisferio cerebral izquierdo cerca del cuerno medio y del descendente. El ventrículo lateral contenía algunas onzas de sangre, probablemente procedentes del tumor, pues, ninguna parte de la sustancia cerebral, con excepción de la pared del cuerno medio cerca del tumor, estaba lacrada. El diagnóstico en este caso era evidentemente imposible.

A veces se nos presentan ejemplos de la *latencia* de productos adventicios en casos de cáncer cerebral secundario; en éstos los síntomas son leves en comparación con lo que un razonamiento teórico nos haría deducir de la extensión de la lesión. Un enfermo murió de cáncer de la raíz del pulmón. La autopsia nos mostró el lóbulo cerebral anterior del lado derecho en su mayor extensión canceroso y además, una masa del tamaño de una nuez, en

La superficie inferior de los lóbulos parietales de ámbos hemisferios cerebrales. En este caso no hubo afección del lenguaje ni parálisis local; y en cuanto á su inteligencia tan sólo se notó cierta conducta extraña y respuestas sin relación alguna con las preguntas que se le hacían. Estas desviaciones mentales señalarán sin duda algo anormal en el cerebro; pero por ellas nada podía conjeturarse acerca de la naturaleza ni de la extensión de la alteración. Podría haberse infirido por el diagnóstico de cáncer en alguna parte del cuerpo del paciente que aun estos síntomas tan generales eran el resultado de un cáncer secundario del cerebro. Insisto, sin embargo, en que los síntomas cerebrales por sí solos eran insuficientes para formar un diagnóstico. No es mi intención, por supuesto, el decir que el cáncer cerebral no presente síntomas nerviosos especiales, pues éstos aparecerán ó no, según el asiento del tumor.

La ausencia de síntomas manifiestos se observan en algunos casos de tumores del cerebelo. He aquí un ejemplo: En 1809, un hombre de 39 años de edad quedó paralizado á este miembro, á consecuencia de un ataque convulsivo limitado á este miembro. Este síntoma era causado, según lo demostró la autopsia, por un tumor de la convolución frontal del hemisferio cerebral izquierdo. El tumor del cerebro, por consiguiente, produjo síntomas de convulsión y parálisis. El enfermo tenía, además, dolor de cabeza intenso y leve alteración en los discos ópticos; pero también existía un tumor en cada uno de los lóbulos de su cerebelo, aunque no había síntomas, por lo ménos síntomas motores referibles al cerebelo; el hombre no tenía síntomas del lado de las piernas; y doce días antes de su muerte caminaba perfectamente bien. Cuando vi este enfermo creí encontrar alguna ligera parálisis de la pierna, la que casi siempre acompaña á la del brazo; pero ahora sé que puede existir una parálisis completa, limitada á una parte del cuerpo (á la cara ó al brazo) consecutiva á una convulsión limitada á esta parte. Como tenía la convicción de que el enfermo sufría una alteración del hemisferio cerebral izquierdo, examiné este punto acuciosamente, y no encontré el menor defecto en la marcha; no supuse por un momento que el cerebelo estuviese enfermo. El autor cita casos que confirman la ausencia de síntomas nerviosos especiales en observaciones de productos adventicios del encefálo.

La generalización deducida de estos hechos, es que la destrucción de una parte del cordón del cerebro del cerebelo, especialmente si viene lentamente, puede existir sin producir síntomas notables físicos ó mentales. Y digo *destrucción*, en lugar de usar la expresión vaga de alteración. Si aun un tumor pequeño de la superficie del cerebro engendra la inestabilidad de la sustancia gris vecina, aparecerán síntomas motores notables de dos especies opuestas. En primer lugar habrá convulsión, resultado directo de la descarga de la sustancia gris inestable; en segundo lugar, parálisis de las partes que funcionan con exceso durante la convulsión, resultado indirecto producido por la descarga. Así, por ejemplo, en el caso de tumor mencionado, la parálisis del brazo derecho no sobrevino por que el tumor hubiese destruido una gran parte de cerebro, sino como el resultado de la descarga de la sustancia gris, no destruida pero sí inestable. El tumor produjo, pues la parálisis no como un coágulo que rompe las fibras motrices, sino del modo indirecto descrito. Es necesario fijarse en seguida, en que un enfermo puede haber tenido síntomas imputables á un producto adventicio del cráneo y recuperado hasta tal punto la salud, que personas poco experimentadas duden de la exactitud del diagnóstico. Vi un enfermo que había tenido dolor de cabeza, neuritis óptica doble y ataques convulsivos. Después de algún tiempo se mejoró tanto que se pasaba en las salas, leía el Diario y comía con buen apetito. En tales casos se dice, que *no podía haber habido tumor*, puesto que los síntomas han desaparecido. Por cierto no hay razones teóricas suficientes para negar que los síntomas dependientes de un producto adventicio puedan desaparecer, pues que sabemos que éste puede existir sin producir necesariamente síntomas manifiestos. El enfermo citado murió una noche al cabo de dos ó tres horas por una hemorragia proveniente de un tumor gliomatoso del lóbulo anterior derecho.

En este caso, la vista aparentemente era buena; con más frecuencia quizá, hay defecto ó pérdida que restringe la expresión "curación." No es, bajo ningún aspecto, raro el ver al paciente desembarazado de todos los otros síntomas de tumor, quedar ciego ó var indistintamente. Sería un error grave el suponer que esta especie de reposición se opone á la existencia de un tumor.

Me he detenido sobre este asunto, por que es un error el suponer que la ausencia de parálisis, de convulsión, de pérdida ó de defecto de la palabra, ó en fin, de cualquier síntoma nervioso especial, desecha la existencia de un producto adventicio dentro del cráneo. Si el paciente tan solo tiene los tres síntomas del primer grupo (dolor de cabeza, vómito y neuritis óptica doble) el diagnóstico de un producto adventicio es casi seguro, y esto aunque la salud general sea buena, que el enfermo mejore ó que por algún tiempo parezca completamente bueno. No vacilo en

decir ahora que en el principio de algunos de estos casos, sólo el oftalmoscopio nos pone en posición de establecer un diagnóstico completo. Si cualquiera enfermo, bueno en apariencia, tiene vómito bilioso, dolor de cabeza, intensidad y neuritis óptica, aun que la vista esté perfectamente buena, hay casi una seguridad absoluta de que el enfermo tiene alguna especie de enfermedad intracraniana "grosera"—un producto adventicio de alguna especie, y probablemente un tumor. Finalmente, es de mencionarse que tal enfermo puede vivir muchos años con el tumor. El autor cita una observación de una jóven que duró siete años después de haber sido tratada para una neuritis óptica con un tumor que nacía de la fosa esfenoidal derecha.

(Continuar.)

ACCION FISIOLÓGICA DE LA TEINA,

la cafeína, la guaranina, la cocaína y la teobromina.

El "Practitioner" de Enero del presente año, publica las conclusiones siguientes, á que una serie de más de cien experiencias sobre ranas, ratones, conejos y gatos ha conducido al doctor Alexander Bennett, y de las cuales da cuenta en un panfleto recientemente impreso.

1. La acción fisiológica del té, del café, de la guarana, de la cocaína y de la cafeína se hace principalmente, si no del todo, á los principios inmediatos que contienen.

2. La teína, la cafeína, la guaranina, la cocaína y la teobromina son venenos poderosos que ocasionan una serie de síntomas del lado de los sistemas nervioso, respiratorio, circulatorio, vaso motor y glandular, pudiendo producir la muerte si la dosis es demasiado grande.

3. Estos cinco principios son aparentemente idénticos en su acción fisiológica.

4. A dosis pequeñas, que no produzcan la muerte, causan una excitación cerebral, no seguida de coma, y una pérdida parcial de la sensibilidad.

5. A dosis altas, producen excitación cerebral, parálisis completa de la sensibilidad, espasmos tetánicos, convulsiones y la muerte.

Paralizan completamente las columnas posteriores del cordón espinal, así como también el sistema entero de los nervios periféricos sensorios; pero las columnas anteriores del cordón y los nervios periféricos motores, no son paralizados.

6. Ocasionan frecuentemente convulsiones de un carácter crónico, de cuando en cuando espasmos tetánicos, á veces tan intensos que producen opistótonos. A primera vista hay mucha semejanza entre estas contracciones y las que sobrevienen después de la administración de la estricnina; pero en este caso, la acción está limitada al cordón espinal, cuya función refleja está casi exaltada que el menor contacto produce espasmos violentos. Una dosis tóxica de las sustancias de que hablamos, paraliza por el contrario los nervios sensorios, de modo que los hace indiferentes á irritaciones externas. Las fuertes contracciones que causan, dependen probablemente de su influencia estimulante sobre las columnas anteriores, y en consecuencia no deben considerarse como de naturaleza refleja.

8. No producen parálisis muscular.

9. Primero aumentan, después embarazan, y últimamente suspenden la respiración.

10. Comienzan por aumentar y acaban por disminuir, tanto la frecuencia como la fuerza del sistema cardíaco.

11. Producen primero contracción y después dilatación de los capilares y pequeños vasos sanguíneos con estasis de la sangre, lo que indica primero exaltación y en seguida parálisis de los nervios vaso-motores.

12. Afectan la temperatura, reduciéndola ligeramente y después aumentándola.

13. Generalmente contraen la pupila.

14. Aumentan la secreción salivar; y

15. Producen una forma especial de temblo, acompañado de un flujo albino copioso de mucosidades.

OVARALGIA,

por el doctor Clifford Allbutt.

(L'pool and Man-Med Reports 1872.)

Si la gastralgia se confunde con la dispepsia mucho más común es no comprender la ovaralgia, que creo poco familiar para la mayor parte de los médicos.

El útero irritable de Gooch era y es quizá conocido de casi todos los prácticos; pero muchos ejemplos me prueban que sucede otro tanto con la ovaralgia. No quiero decir que la ovaralgia uterina se me haya presentado con mucha frecuencia, aun

que como nuestra experiencia es contingente, puede muy bien ser común. Las mujeres sin embargo, en mi concepto, se quejan con más frecuencia de dolores unilaterales evidentemente peritonéuticos que de dolores situados en la matriz misma. No es completamente exacto el llamar neuralgia á los dolores que acompañan otros desórdenes de este órgano. Todo el malestar y el tormento que resultan de dislocaciones, y enfermedades locales, como úlcera, ó tumores, deben eliminarse. Por otro lado, los casos de útero irritable, no lo son de neuralgia, propiamente hablando, porque en casi todos ellos hay algún desarreglo menstrual, ó el dolor acompaña la menstruación, causado por la congestión del tejido hiperestético. Esta opinión está sostenida por el doctor Handfield Jones, quien con mucho querrá conservar la distinción entre la hiperestesia y la neuralgia.

Volviendo á los ovarios existe comunmente la hiperestesia de ellos, que difiere completamente de la neuralgia, en la cual los ovarios pueden no estar sensibles á la presión, si bien algunas veces lo están de un modo continuo y muchas otras inmediatamente después de un acceso de dolor. En la ovaralgia, frecuentemente falta el desarreglo de la función, pero hay un dolor agudo insoportable que muchas veces se atribuye á cálculos urinarios, á la litiasis y aun á la peritonitis, equivocación no muy rara si recordamos que el doctor Addison y el doctor Jones han llamado la atención sobre ella y que el último "aprecia íntegramente la ascórida que puede existir en distinguir la neuralgia abdominal de la peritonitis." La neuralgia ovarica se presenta como una sensación de peso, de ardor ó como un verdadero *tic*. A veces sobreviene repentinamente y continúa vehementísima por una ó muchas horas. El dolor puede irradiarse del ovario á un lado, frecuentemente hacia abajo, hacia el pecho ó hacia las costillas falsas y aun á la axila, aunque es necesario hacer la parte de alguna exageración en estas descripciones. El dolor rara vez afecta ámbos ovarios simultáneamente, pero sí con frecuencia alternativamente. No parece depender de ninguna causa definida inmediata, pues puede presentarse á todas horas del día, como sucede con la neuralgia facial. No es necesaria la existencia de una causa local aunque una irritación de este género, como por ejemplo las ascóridas pueden hacerle sentir. Cede á la excitación sexual, no rara vez puede acusarse como cólico del ataque. Este es asunto difícil de determinar, pero he visto neuralgia uterina interna sobrevenir á mujeres recién casadas. En un caso de predisposición el frío y la fatiga, fueron claramente la causa del ataque. Así como la masticación produce el *tic* facial y el alimento la gastralgia, así también el caminar ligero y el correr, frecuentemente producen la ovaralgia.

La ovaralgia necesita el mismo tratamiento general que las otras neuralgias; y la quinina y el fierro, son especialmente útiles. La inyección hipodérmica de morfina es un paliativo admirable, como lo es en la gastralgia y en otros dolores nerviosos. Por desgracia este remedio es tan peligroso como eficaz, y es un hecho indudable que á la morfina administrada de este modo puede habituarse el enfermo una vez que desculsa se produce el efecto que da al dolor y la estimulación que produce. Señoras deleitadas, bajo la influencia de la inyección, andan en su casa, van á comidas y bailes, reciben en su casa y se sienten con apetito, activas y alegres en un grado desconocido para ellas. La fascinación es terrible, y una vez establecida tan poderosa como el alcohol, creando como él la necesidad de la repetición. Aunque la dosis no pase de un centígramo á 25 miligramos, la exigencia es tenaz y la repulsa es cruel y casi imposible. Cuando la influencia desaparece, se presenta un estado de depresión, "una sensación de que la primavera de la vida necesita ser cebada," y muchas personas no tienen valor para resistir á este poderoso deseo. No es éste el menor inconveniente sino que la reacción que produce la morfina causa una renovación del dolor; de modo que ésta sostiene los dolores que pretende aliviar. Insisto, pues, en que bajo ningún pretexto se use la morfina periódicamente. En personas de edad con neuralgias incurables, esto puede no tener inconveniente alguno; pero en los jóvenes tiene esto el doble de dar lugar á cierta periodicidad que favorece la aparición del dolor é impide el que otro tratamiento produzca el efecto deseado, mientras se continúan las inyecciones. Casos numerosos se han presentado de dolores periódicos á despecho de todo remedio y en los cuales cierta incitación á la embriaguez con deterioro casi imperceptible de las facultades mentales, ha burlado todo tratamiento. Muchas personas sufriendo de gastralgia, hepatalgia, fiebre-facial y ovaralgia que no habían cedido aun á la corriente continua, se han curado con sólo abandonar las inyecciones de morfina. Por estas razones creo que la morfina hipodérmicamente sólo debe emplearse por el médico. Está de por demás el decir que en muchas ocasiones esto basta frecuentemente para curar ciertas neuralgias, por lo cual la inyección hipodérmica puede usarse por algunos días consecutivos ó varias veces por semana; pero el médico debe recordar que si no cura la enfermedad corre el riesgo de establecer el hábito de la intoxicación y de la neuralgia; é él debe discernir entre el uso de la morfina como cura-

tivo y como un paliativo y estimulante habitual. Ninguna experiencia tengo de la corriente continua. Por fortuna, tenemos en la quinina administrada con liberalidad casi un específico. El fierro y el arsénico como remedios crónicos, y la quinina y la morfina hipodérmicamente como remedios inmediatos nos suministran los medios casi seguros de obtener la curación.

ESTREÑIMIENTO SIMULANDO DIARREA.

(Por David Nelson Med. Times and Gaz. Agosto 1873).

El objeto de esta comunicación, es el de presentar un número de casos muy frecuente, en que no se perciben las causas eficientes de una enfermedad que se considera común y cuyas consecuencias por lo mismo se agravan. En verdad, las indisposiciones ordinarias sencillas son de mayor y mas vital interés para la humanidad que las enfermedades fatales, pero comparativamente raras; y sin embargo éstas son asunto de un interés lleno de atracciones, mientras que aquellas reclaman un interés mayor por su gran mortalidad en el agregado. Muchas veces, por ejemplo, ha sido mayor el número de muertos de *grippe* en tiempo de epidemia que los muertos de tifo.

Es la tendencia hácia la novedad, tan general en la humanidad, la que me muestra á los estudiantes de medicina á abandonar los casos usuales en las salas de los hospitales, por correr tras de un caso de catalepsia ó de hidrofobia; mientras que en cirugía descuidan los casos que principalmente les ocuparán en su práctica por agolparse al anfiteatro á ver la operación de la talla ó la excisión de la lengua, proezas que jamas piensan imitar. No pretendo que se abandonen estos espectáculos, sino que no se les prefiera á los asuntos que más tarde ocuparán su carrera profesional.

El asunto de que trato se presenta diariamente, pero no es sencillo puesto que comprende la cuestión complicada de la nutrición y de la evacuación, aunque es solamente su relación con ésta que me propongo estudiar. En el estado natural de los individuos hay una gran multitud en condiciones variables acerca de la evacuación periódica, que es modificada por la ingestión de alimentos ó por la falta de ellos; lo primero aumenta, y lo segundo disminuye el excremento. Del mismo modo el ejercicio activo exalta la energía nerviosa y muscular necesaria para la expulsión, y los hábitos sedentarios la deprimen. Además de estas variaciones comunes y naturales, hay muchos ejemplos curiosos de casos extremos. Heberden cita un enfermo que tenía una sola deposición por mes, y otro que hizo diez diarias en un período de 30 años. Algunos aseguran que la irregularidad de esta función, aun en un grado elevado, no afecta materialmente la salud, y obran de acuerdo con esta creencia; pero otros consideran aun cierto grado de dureza como digno de seria atención y debiendo ser modificado por medio de purgantes. Hay, pues, divergencia entre los médicos, lo cual, sea dicho de paso, tiende á destruir la confianza del público en la profesión.

Dejando á un lado las alternativas de inacción, seguidas de una reacción segura y compensatriz, y admitiendo que no siempre resulta enfermedad alguna del estreñimiento prolongado, sin embargo, es evidente que la retención indebida de materias biondicas y excrementicias, tiene que producir la reabsorción y la determinación de moléculas y olores desagradables hácia la piel, los pulmones y otras partes. Si por otro parte consideramos los hábitos naturales del gato y del perro, cuyo alimento y modo de vivir, en cierto modo es semejante al del hombre, estos hechos y la analogía prestan su apoyo á la opinión de Cullen, un profundo observador; saber: que la desviación de una cantidad diaria, es una aproximación á un estado anormal; ó en otros términos, una aproximación aunque leve hácia una enfermedad y ella repetida aproximará más y más el enfermo á un estado patológico.

Al aceptar esta verdad es necesario tan pronto como esta desviación se presenta hacer un esfuerzo para restaurar la acción natural. Esto debe hacerse no por cierto aplando á remedios poderosos como el calomel, la jalapa ó el remedio popular de sal de Epsom y el sen, sino recurriendo simplemente á algun cambio juicioso en la alimentación ó haciendo un ejercicio más activo; y dado caso que falten estas medidas, emplearemos los laxantes más suaves, de modo que despertemos la acción peristáltica sin estimular los músculos mucosos. Sabemos que los pacientes, especialmente los que llevan una vida sedentaria, sufren más frecuentemente de estreñimiento; pero hay también otra clase que tiene siempre un depósito de píldoras y de sales de las cuales, por desgracia, abusan, cada vez que se sienten estreñidos, y esta alternativa de purgantes fuertes y de constipación prepara lentamente síntomas de una enfermedad crónica.

Entre estos síntomas crónicos se encuentra la falsa diarrea ó un simulacro de ella producido por el estreñimiento, condicion en la cual evacuaciones frecuentes, molestas, ineficaces, se pre-

sentan varias veces al día con dolores abdominales y con náusea, siendo la cantidad total de estas deposiciones mucho menor que una cámara natural. La generalidad de estos enfermos creó imprudentemente que el estreñimiento ó la diarrea habla por sí mismo y que no necesita asistencia médica metódica. De aquí resulta la tendencia á curarse por sí solos, aumentando así en muchos casos la enfermedad fundamental, y aminorándose con el alivio de fenómenos visibles, como el dolor y la diarrea. Además, el médico también suele recetar, sobre todo por falta de tiempo, de éste modo superficial, sin entrar en el fondo de la enfermedad.

Hay, por supuesto, muchas causas remotas, así como directas de estreñimiento, tales como tumores cancerosos ó otros; espesamiento y endurecimiento de las capas intestinales; hipertrofia y adherencias de la matriz; la presión, la hinchazón de la próstata y hemorroides antiguas; además, la pereza del hígado con heces púldias; la alimentación demasiado exigua ó suave; la pérdida primitiva de la tonicidad muscular y de la sensibilidad nerviosa, procedentes de enfermedad cerebral ó espinal; la inercia paralítica consecutiva dependiente de la presión continuada por largo tiempo y de la distensión de las fibras musculares, produciendo la pérdida de la sensibilidad y de la fuerza contractil; finalmente, un estado semejante inducido por el hábito de resistir las exigencias de la naturaleza por pereza ó por alguna otra causa.

Cuando la constipación simple existe, es fácil reconocerla y los remedios causan la expulsión de las materias fecales de un modo eficaz; pero si toma el carácter ya indicado de deposiciones dolorosas, frecuentes y pequeñas, el tratamiento opuesto se adopta generalmente, y se prescribe la mixtura de catecú ó de carbonato de sodio ó opiatos, lo que contiene las extracciones y disipa los cólicos. El resultado de esta inoportuna medicación es el aumentar la fuente del mal y propagar la enfermedad hácia arriba hasta que sobreviene una dispepsia habitual que molesta al enfermo con una sensación de peso con eructos constantes de gases y de bocanadas de líquido agrio. El término de esta condición es una completa prostración del hígado y del estómago, acompañada de la regurgitación de bilis ácida alterada, y la expulsión de los alimentos aun cuando sean en muy pequeña cantidad y consistan sólo de té ó de leche; pues la carne, el vino, la cerveza, el pan y las legumbres son inaceptables al estómago.

En la diarrea de esta especie, impropriamente denominada así, hemos dicho que todas las deposiciones juntas no alcanzan á formar una sola de las normales. En medio de estas cámaras líquidas pueden encontrarse aquí y allí pequeños fragmentos fecales duros que flotan al lugar de donde vienen, y en algunos casos partículas aglomeradas de carbonato de cal con un olor especial que pertenece al excremento detenido por largo tiempo. La perquisición descubre al mismo tiempo una masecz notable, profunda, que ocupa todo el abdomen, ó por lo ménos una parte ó partes del cólon. En algunas ocasiones pueden sentirse masas duras como si hubiese un tumor sólido; aunque en general es fácil distinguirlas por el médico experimentado, tanto por el aspecto del enfermo como por los conmemorativos y por la condición general del cuerpo.

Pasemos al tratamiento. En él deben guiarnos numerosas consideraciones colaterales como la edad, el sexo, la constitución y las condiciones del enfermo; pero la regla invariable debe ser el no comenzar por el empleo de agentes poderosos para evitar que la inducción de una acción demasiado energética, obrando sobre las materias obstruyentes, antes de que estén preparadas para ceder fácil y seguramente, produzca dolores violentos que inicien la muerte, á causa de la inflamación, ó la intususcepción. Los laxantes suaves, por consiguiente, se usarán primero, sin excluir, sin embargo, de esta categoría pequeñas dosis de masa azul, 15 ó 20 centigramos con cantidad igual de aloes scototrin y asociados á la ipecacuana y al capsicum ó el gengibre. Al mismo tiempo es conveniente usar lavativas suaves, como de aceite de olivas ó coimiento de avena, repitiéndolas con frecuencia y en cantidad considerable cada vez. Para combatir los vómitos deben usarse pociones con bicarbonato de soda ó de potasa, combinados con el colombo y el ácido cianhidrico; estas pociones deben administrarse en cucharaditas cada dos ó tres minutos, adicionadas de agua helada, la cual el enfermo puede tomar sola cuantas veces quiera.

Usados así temprano los laxantes suaves, las bebidas estomacales y las lavativas, nos prometen buen éxito. Al mismo tiempo debemos, sin embargo, insistir en una abstinencia severa ó á lo sumo permitir algún alimento líquido muy ligero tomado en muy pequeñas cantidades á la vez, y siempre enfriado por medio del hielo. Este tratamiento aleja la náusea y el vómito, restaura la acción peristáltica natural, y hace que los gases salgan por el recto. Los dolores varían en intensidad, según la facilidad con la cual estos pasan al través de las materias endurecidas y de las convulsiones intestinales. Siendo más favorablemente, sobrevendrá en fin una deposición copiosa con alivio completo de todos los síntomas, y la reposición será permanente

con tal que el enfermo en adelante adopte una alimentación juiciosa y un buen régimen.

Pero podemos encontrarlos en casos más complicados y obstinados, que necesitan la administración por la boca de agentes especiales y más poderosos, mientras que las lavativas deben igualmente hacerse más estimulantes por medio de salinos fuertes, de la trementina ó la asafétida. Pasemos revista á estos remedios para fijar la dosis y la indicación, derivadas de la edad, la constitución y del estado general del enfermo. En primer lugar el colomel, es el más eficaz y más generalmente usado entre estos. Como él estimula el hígado el páncreas, y las glándulas pequeñas sembradas en el canal digestivo, es el más conveniente cuando los remedios más sencillos han fallado. Es necesario, sin embargo asociarle algún otro purgante, como el aloes ó la coluquintida, y un carminativo como el gengibre ó el capsicum; y aun el opio no debe excluirse si el dolor es intenso, pues, en pequeña cantidad no retarda materialmente la acción purgante y tan sólo la modifica. Además del aloes y del extracto de coluquintida, otros emplean la escamonea y la gomaguta; pero prefiero los extractos acuosos á las resinas que contienen estas sustancias, las que por su insolubilidad dejan partículas adherentes á la mucosa, las cuales producen retrorrijones prolongados, sosteniendo una conmoción violenta perjudicial, y en algunas circunstancias hasta peligrosa. Aun el colomel, por su acción lenta y depresiva, debe reservarse de preferencia para los jóvenes y personas vigorosas. La podofilina es semejante en su acción al colomel, pero obra con más lentitud, produce más cólicos y deposiciones más numerosas. En cuanto al aceite de croton, sólo debe usarse en casos de estupor. Tampoco soy amigo del elaterium sino en algunos casos de ascitis ó de hidrotorax. En el anasarca y las ascitis, la combinación del bitartrato de potasa con la jalapa y el gengibre, es preferible á éste. La jalapa requiere la misma precaución que los otros purgantes, y el bitartrato en pequeñas dosis aumenta la cantidad de moco sin producir la acción drástica fuerte que tiene cuando se emplea á dosis elevadas. Los purgantes salinos, el sulfato de soda y de magnesia, y los polvos de Seidlitz con la tintura de Sen, suelen ser útiles. En mi concepto, la esencia de trementina solo debe emplearse por el recto, y entonces, sobre todo, asociado con la asafétida es un remedio precioso para combatir la inercia del cólon, sobre el cual tiene una acción directa y estimulante muy notable. (El autor cita en seguida diez casos en los cuales una diarrea aparente y vómitos disfrazaban el verdadero estado de estreñimiento, siendo además acompañados de vómitos y de sensibilidad y tumefacción abdominales. El método laxante triunfó de todos ellos á pesar de la aversión de parte del enfermo que hubo que vencer para hacer aceptar el tratamiento).

ERRATA.

En el número 12 en el acta de la sesión extraordinaria de fecha 21 de febrero, entre los miembros corresponsales por el Estado de Bolívar se puso: "Estevan M. Puyo," debe leerse "Estevan M. Pupo."

CORRESPONDENCIA.

Doctor Prudencio Rubio.—Villeta.—Recibido el valor de su suscripción á la 1.ª serie.

Doctor Nicanor Insignares.—Barranquilla.—Cubierta su letra por valor de tres suscripciones á la 1.ª serie.

Señor José María Rodríguez M.—Bucaramanga.—Abonado el valor de sus suscripciones á la 2.ª serie.

Dr. Emeterio Cagiao.—Popayan.—Cubierta su letra por valor de diez y seis suscripciones á la Revista, colocadas por usted en esa.

Dr. José Antonio López Mora.—Sinccejo.—El señor Mendoza pagó una suscripción de la 1.ª serie.

Dr. Milcades Castro.—La Ubita.—Recibido el valor de su suscripción á la 1.ª serie.

Dr. Julio Rubiano.—Fusagasugá.—Recibido el valor de su suscripción á la 2.ª serie.

Gracias.—Suplico nuevamente que me devuelvan los sobrantes que tengan en su poder los señores Agentes.