

REVISTA MEDICA DE BOGOTA

Organo de la Academia Nacional de Medicina

REDACTORES

1.º, Dr. José María Lombana Barreneche—2.º, Dr. Carlos Michelsen U.

SECCIÓN OFICIAL

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Acta de la sesión del 3 de Octubre de 1899

Presidencia del Dr. Juan David Herrera

En Bogotá, á 3 de Octubre de 1899, se reunió la Academia Nacional de Medicina en el local y á la hora de costumbre, con asistencia de los Dres. Amaya, Aparicio, Buendía, Calderón, Corredor, Gómez Calvo, Gómez P., Herrera J. D., Ibáñez, Lobo, Lombana, Michelsen, Pardo, Pizarro, Putnam, Rueda y Sáenz.

Abierta la sesión, se dio lectura al acta correspondiente á la sesión del día 20 de Septiembre último, y fue aprobada sin modificación.

El Dr. Pardo presentó las cuentas de la Tesorería en el bienio de 1897 á 1899, y se pasaron en comisión á los Dres. Amaya y Pizarro.

De conformidad con el orden del día, se pasó á considerar la memoria que presentó el Dr. Lobo sobre *Infección Puerperal*, y á petición del Dr. Gómez P. se dio lectura á toda la memoria en cuestión.

El Dr. Lombana pidió la lectura de un trabajo suyo, que

apareció en el número 239 de *La Revista Médica*, sobre La Estreptococcia puerperal, y luégo hizo la siguiente exposición:

“Por las lecturas que acaban de hacerse veo que el Dr. Lobo y yo estamos de acuerdo en algunos puntos relativos á la infección puerperal; tanto él como yo sostenemos como causa una infección, pero su origen es variable según nuestra manera de observar los hechos. Mientras que el Dr. Lobo establece para todos los casos un origen ectógeno, la conducción del microbio por las manos del partero, yo admito á la vez el origen ectógeno por la intervención del médico, y el endógeno por causa de la falta de resistencia del organismo. Esa falta de resistencia se establece por causas diversas, y entre ellas, en primer término, por la fatiga muscular que puede producir el acto del parto. Es fácil comprender cómo se produce esta fatiga en las personas que llevan una vida inactiva, con un simple ejemplo: Una señora de Bogotá, no puede trasladarse á pie á la cercana población de Chapinero sin experimentar cansancio por el esfuerzo que hace; una mujer del pueblo puede hacer esta jornada sin experimentar la más ligera fatiga, y más aún, puede hacerla llevando un peso en la espalda; en ésta la resistencia es mayor, y todo esfuerzo, todo traumatismo puede sucederse en su organismo sin que se perturben sus funciones de nutrición. En el parto, fenómeno fisiológico, ocurre algo semejante; la señora que vive en relativa quietud, que no hace trabajar sus tejidos, en quien las funciones nutritivas se hacen con cierta fuerza, en quien se hace una irrigación sanguínea defectuosa y que por lo tanto presenta pocas resistencias, en ella, digo, es muy fácil una auto-infección por los saprofitos que normalmente existen tanto en la superficie del cuerpo como en algunas cavidades. En la mujer de los campos observamos, á veces lo contrario: el parto se efectúa con toda facilidad, sin producirse fatiga y sin que se disminuyan las resistencias del organismo. Cansados estamos de ver que las mujeres de nuestros soldados van acompañando al ejército en sus largas jornadas, y cuando se presenta el parto, éste se efectúa en pocos momentos; la mujer se reposa algunas horas y luégo sigue su marcha, sin bañarse, sin cambiar sus ropas, sin cuidado anti-séptico ninguno, y en ellas es raro que se presente la infec-

ción puerperal. Esto es debido á su género de vida, á su mayor resistencia. Podría citar casos numerosos en apoyo de esta tesis. Estoy convencido de que toda infección requiere una perturbación previa de las funciones nutritivas, y sin esta condición es rara la infección tal como la establece el Dr. Lobo.

“Respecto al título que he dado á mi trabajo, puede ser que sea corriente, mas esta es una cuestión de poca importancia, y no me detendré en ella.

“El Dr. Lobo establece que el médico que pierde una enferma por infección puerperal, es responsable de esa infección. Yo no quiero ni puedo acompañar al Dr. Lobo en este camino, por las razones que he expuesto respecto al origen endógeno de la infección. La responsabilidad nos conduce á los Tribunales, y confieso que esto no es justo ni equitativo.”

El Dr. Lobo manifestó que siendo avanzada la hora, replicaría al Dr. Lombana en la próxima sesión.

El Dr. Aparicio presentó un trabajo del Dr. Epifanio Combariza, que pasó en comisión al mismo Dr. Aparicio.

A las 8 p. m. se levantó la sesión.

El Presidente, J. D. HERRERA

El Secretario, *Carlos E. Putnam.*

...
TRABAJOS ORIGINALES

SOCIEDAD CLINICA DE LOS HOSPITALES

Sesión del día 13 de Julio de 1899

Presidencia del Sr. Dr. Agustín Uribe

Asistieron los Dres. Barreto, Barrera Escobar, Herrera (J. D.,) Lombana y Uribe.

Leída y aprobada el acta de la sesión anterior, el Dr. Lombana refiriéndose á lo dicho en esa sesión por el Dr. Uribe respecto á los abcesos hepáticos múltiples, relató una

operación recientemente practicada por él, en la cual, después de haber evacuado por incisión un absceso del hígado de capacidad más que regular, sucedió que al cabo de algunos días—y al ir á curar la herida operatoria—se rompió un tabique que hacía parte de las paredes del depósito y salió una cantidad de pus de la misma naturaleza pero más considerable que la primeramente evacuada. Recordó también otro caso análogo observado en su práctica civil en compañía de otro profesor, y concluyó diciendo que estos cuatro casos constituían ya una pequeña estadística que demuestra que en el hígado pueden formarse simultáneamente varios abscesos independientes, disposición capaz de crear indicaciones particulares en la operación, y opinó de igual manera que el Dr. Uribe, que en estas circunstancias el pronóstico es muy grave, tanto por las dificultades para la desinfección de los depósitos, como por la extensa destrucción de la glándula hepática.

Dijo además el Dr. Lombana, en relación con la discusión de la sesión anterior sobre la permanencia indefinida de una cánula traqueal, que había leído un caso en que para un espasmo laríngeo se había practicado la intubación pero sin resultado; en seguida se habían remediado los accidentes con la traqueotomía y que en este caso se había tenido que conservar la cánula por más de un año, pues al tratar de quitarla sobrevenían fenómenos de sufocación; la permanencia de la cánula no había acarreado ningún inconveniente por parte del pulmón, pero el espasmo que sobrevenía al quitarla era explicado por la edema inflamatoria intrafraglótica determinado por el contacto del instrumento.

Se trató en seguida de una consulta hecha á la Sociedad por la Junta Central de Higiene sobre si debe ó nó aislarse en un departamento especial á los tíficos que hay actualmente en el Hospital de San de Dios. Después de una discusión en que tomaron parte los Dres. Herrera, Uribe y Lombana, y en el curso de la cual se citaron varios casos de contagio intra-hospitalario se aprobó unánimemente la siguiente proposición del Dr. Uribe:

“ Dígase á la Honorable Junta Central de Higiene en contestación á la consulta que ha hecho á la Sociedad Clínica de los Hospitales sobre si debe aislarse ó nó en una sala

especial á los tifoideos que hay actualmente en el Hospital, que esta Sociedad cree que dicho aislamiento es necesario y urgente, pero que no debe llevarse á cabo en el recinto del Establecimiento, donde sería un foco de infección peligrosa para el Hospital mismo y para la población en general, sino en alguno de los pabellones construídos recientemente en el Asilo de Locos de San Diego.

“Si por escasez de fondos la Junta General de Beneficencia no pudiere pagar el médico que debe encargarse de ese servicio, los médicos y Cirujanos de San de Juan Dios que ejercen actualmente se encargarán gustosos de visitar diariamente y por turno semanal riguroso á los enfermos que allí se coloquen.”

En seguida el Dr. Barrera comunicó á la Sociedad un caso de tifo sobrevenido en una niña de unos 14 años á quien desde algún tiempo venía tratando para una otorrea consecutiva á alguna lesión del oído medio; el tratamiento ha sido únicamente médico y consistente, en algunas aplicaciones locales y en modificadores generales. A los diez días del tifo que ha revestido una forma ataxo-adinámica se observa en esta niña una exacerbación de la fiebre, una mayor agitación y una tendencia marcada á llevarse la mano á la oreja enferma; el exámen local comprueba en torno de la oreja un círculo rojo, violáceo, fluctuante y excesivamente doloroso. Hay pues, lo suficiente para creer en una colección purulenta, quizá infraperióstica. En vista de este estado preguntó el Dr. Barrera la opinión de los señores Socios sobre estos dos puntos: 1.º ¿Estando la paciente en el décimo día de un tifo se le debe abrir esa colección purulenta? 2.º ¿En caso de respuesta afirmativa, y teniendo en cuenta que la operación consistirá no sólo en una incisión sino en una ruginación más ó menos extensa, se debe ó no cloroformizar á la enferma?

El Dr. Uribe hizo notar la dificultad que hay en ocasiones en diagnosticar entre una enfermedad tifoidea y una afección ósea, de esas que los antiguos autores llamaban significativamente *tifo de los huesos*; citó algunos casos, observados por él, en que esta confusión había tenido lugar, y en cuanto al caso particular dijo que, sin asegurar que éste fuera el único origen del estado febril, él era de opinión que se debía operar cuanto antes y sin cloroformo.

El Dr. Herrera dijo igualmente que se debía abrir, empleando en vez de cloroformo, una aplicación local de éter ó de hielo.

El Dr. Lombana, después de haber hablado de la manera insidiosa como se desarrollan algunas de las meningitis consecutivas á las afecciones del oído, opinó de igual manera que los Dres. Uribe y Herrera, indicando además como de útil aplicación en el caso en cuestión como anestésico local el cloruro de etilo.

Esta discusión dio lugar á que se trajera á colación el fenómeno de la aglutinación bacteriana, en cuanto á su valor diagnóstico, en la fiebre tifoidea. El Dr. Herrera dijo que la significación de este signo como criterio de la fiebre tifoidea había quedado por tierra con los últimos trabajos de la Sociedad de Biología, que demostraban que la aglutinación bacteriana tenía lugar en cualquier cultivo diferente del bacilo de Eberth.

El Dr. Lombana manifestó que lo competente de los experimentadores á quienes se debía el descubrimiento de esta reacción y el valor de las experiencias, con las cuales habíanse demostrado, eran parte para no desechar sus resultados de una vez, y que en consecuencia era lógico esperar.

El Dr. Escobar habló en el mismo sentido y citó varios casos,—como el del hematozoario del paludismo—que demuestran que en la Historia de la Medicina es un fenómeno constante, que después de un descubrimiento de esta naturaleza, sobrevenga una reacción que amenace dar en tierra con los conocimientos que le han dado lugar, y mostró que en estos diversos casos, á pesar de las modificaciones que traigan consigo la crítica y la rectificación científicas, queda siempre en la idea primitiva un fondo de verdad que es un provecho real para la ciencia; habló igualmente de la clase de experimentadores que habían instituido este signo, y opinó, como el Dr. Lombana, que se debía esperar antes de rechazar definitivamente el suero-diagnóstico.

El Dr. Herrera prometió hacer un estudio detenido de los trabajos de la Sociedad de Biología, á que había hecho alusión, y exponerlo por extenso en una de las próximas sesiones.

A las 8 p. m. se levantó la sesión.

Sesión del día 27 de Julio de 1899

Presidencia del Sr. Dr. Agustín Uribe

La sesión del día 27 de Julio tuvo lugar con asistencia de los Dres. Castañeda, Gómez Calvo, Lobo y Uribe.

Fue aprobada sin modificación el acta de la sesión anterior.

En seguida el Dr. Lobo presentó á un hombre de unos 35 á 40 años natural de Vélez, de antecedentes sifilíticos dudosos, y á quien le ha aparecido, desde hace cinco años, en torno del nacimiento del escroto, una afección consistente en varios pequeños abscesos del aspecto de ántrax ó de acné-hipertrófica; todos estos foquitos están abiertos y supuran abundantemente y con una fetidez notable. Concluyó preguntando el Dr. Lobo: 1.º qué diagnosticaban los Sres. Miembros en este individuo; y 2.º si tendría en él alguna utilidad el tratamiento específico. Se hizo un examen somero del presentado, y se le halló, fuera de lo ya indicado, lo siguiente: cicatrices en la cara y en el cuerpo de viruelas antiguas; una otitis del lado izquierdo; una cicatriz endurecida en la base del glande, infarto duro é indolente de los ganglios inguinales y cervicales; algunas pústulas de ectima hacia las regiones trocanterinas, y conservación de la sensibilidad en todo el cuerpo. Por lo demás, la salud general de este hombre parece satisfactoria.

El Dr. Castañeda optó por la naturaleza sifilítica de la lesión ó quizá un estado mixto fuertemente influenciado por la diátesis escrofulosa.

El Dr. Uribe insinuó sus sospechas en virtud de la procedencia del examinado, del retardo de la sensibilidad en algunas partes del cuerpo y del aspecto de su fisonomía un tanto amoratada y leontíásica, acerca de la naturaleza leprosa de las lesiones señaladas.

El Dr. Lobo dijo, que después de detenido estudio, la entidad que veía tener más puntos de contacto con la de su presentado era la señalada por Broke, con el nombre de *psorospermosis follicular vegetante*. Hizo una exposición de los síntomas de esta última afección que demostró, en efecto, bastante analogía con la del examinado.

Después de esto el Dr. Lobo relató un nuevo caso observado muy recientemente de laringopatía sifilítica. Trátase de un señor de 35 años, esencialmente linfático, que hace cinco meses tuvo un chancro inicial, y poco tiempo después una placa mucosa sobre una amígdala. Desde esa época se le aplicaron inyecciones subcutáneas de benzoato de mercurio. El no fue muy asiduo en su tratamiento, y tres meses después tuvo una crisis de asfixia, que cedió con nuevas inyecciones de mercurio. Hacía dos días había tenido otra crisis de la misma naturaleza: la respiración era muy anhelosa, había ronquera, tos gutural y los demás signos de una inflamación laríngea; no había por ninguna parte ni infarto ganglionar, ni erupción, ni placas mucosas, como tampoco extertores, ni expectoración, ni signo alguno de flegmasia pulmonar. Una junta médica aconsejó estar preparado para la traqueotomía. Al día siguiente de este examen el enfermo amaneció calmado, pero al medio día volvió la dispnea con tanta intensidad, que el médico de cabecera determinó inmediatamente la traqueotomía; se preparaba la operación, mientras tanto el enfermo hizo una deposición y al sentarlo en una silla se quedó muerto. Sin embargo, se abrió incontinenti la tráquea de una manera muy pronta, á más de esto, se practicó durante una hora la respiración artificial, pero todo inútilmente. De este caso, así como de los otros que se han relatado en esta Sociedad, dedujo el Dr. Lobo que *cuando se trate de una dispnea laríngea de origen sifilítico, se debe practicar cuanto antes la traqueotomía, sin esperar la indicación de urgencia.*

Para mayor corroboración de lo anterior, el Dr. Gómez Calvo citó otro caso de laringitis sifilítica en un enajenado perseguido, y que resistió de una manera absoluta á tomar toda medicación; su estado fue agravándose progresivamente hasta que, finalmente, murió también de una manera súbita un día después de hacer una deposición. Insinuó el Dr. Gómez si el esfuerzo de la evacuación no habría tenido en estos dos casos alguna influencia sobre el accidente.

En seguida el Dr. Gómez Calvo, consultó la opinión de la Sociedad sobre un caso en observación. Una Hermana de la Caridad, de unos 40 años, con antecedentes escrofulosos, pues presenta en el cuello una cicatriz que parece ser de un

lupus, presentó todo el cuadro del principio de una fiebre tifoidea: fiebre continua con remisión matinal, postración, diarrea, estado saburral, cefalalgia, sed intensa, etc.; pero llegaron y pasaron los días octavo y noveno sin que se presentara la menor mancha, y al mismo tiempo los síntomas torácicos, insignificantes al principio, fueron adquiriendo la preponderancia; aparecieron estertores y soplo, especialmente en la cima del pulmón derecho, tos penosa seguida de una expectoración, que al principio fue sanguinolenta y después mucosa, sudores profusos, sobre todo por la noche, y una marcha particular de la fiebre; en la mañana la temperatura es normal ó subnormal, y en seguida alcanza un *máximum* de $39\frac{1}{2}$ ó 40° que se observa, no al terminar el día, sino entre 2 y 3 de la tarde. En vista de este cuadro sintomático, y de los antecedentes, un tanto sospechosos de la enferma, el Dr. Gómez ha pensado que se trata de una *tuberculosis aguda*.

El Dr. Lobo manifestó, que es posible observar el mismo conjunto de síntomas de la *bronco-neumonía gripal*, pero que siempre en el caso del Dr. Gómez, los antecedentes hacen muy deseable el examen bacteriológico, para aclarar el diagnóstico.

Habiendo llegado las 8 p. m. se levantó la sesión.

Sesión del día 3 de Agosto de 1899

Presidencia del Dr. Agustín Uribe

La sesión del día 3 de Agosto tuvo lugar con asistencia de los Dres. Barreto, Escobar, Lobo y Uribe.

Leída y aprobada el acta de la sesión anterior, el Dr. Barreto habló del siguiente caso observado recientemente: Una señora tuvo, hace dos meses, un parto en el cual hubo desgarradura probablemente algo extensa del perineo, la que fue tratada por el médico que asistía á la señora por medio de esa simple sutura que se acostumbra en las desgarraduras perineales de escasa extensión. Como la señora continuase sintiendo dificultad para caminar y humedad continua en la región, consultó al Dr. Barreto, quien la examinó y le halló lo siguiente: la cicatriz perineal de una lon-

gitud de 2 centímetros próximamente, tenía el aspecto de una mucosa por su color y por su resumación continua; comprimida con el dedo dejó salir, por su extremo posterior sobre el perineo, algunas gotas de un líquido seropurulento; se condujo entonces un estilete por el orificio de donde había salido este líquido, y el instrumento llegó á la vagina; se trataba, pues, de una verdadera *fístula vagino-perineal*, variedad que no ha sido señalada, y, en efecto, el dedo llevado á la vagina encontró un divérticulo que llegaba al trayecto fistuloso, en tanto que conducido por el recto daba en un fondo de saco separado por un delgado tabique del conducto reconocido por el estilete. Había aquí, pues, una perineorrafia imperfecta, que no había hecho sino establecer un puente entre los dos labios de una desgarradura profunda, y que no había comprendido la piel en la sutura. De consiguiente, en vez de pensar en tratar este estado como una verdadera fístula, lo que habría requerido una resección completa del trayecto, solamente se intentó su cicatrización regular del fondo á la superficie, y para esto se cortó el puente que había sido tendido por la operación anterior, con ánimo de practicar, si la matriz tiende á descender, una perineorrafia en toda forma con sus dos suturas superficial y profunda.

El Dr. Lobo manifestó su asentimiento al modo de proceder del Dr. Barreto en el caso relatado, y añadió que este asunto de las desgarraduras del perineo es altamente importante, aun desde el punto de vista moral, pues por razones fáciles de adivinar, pueden acarrear en la conformación de la mujer defectuosidades propias para turbar la felicidad matrimonial; y dijo que, en consecuencia, se debía prestar mucho interés á la profilaxis de estas rupturas, que, como se sabe, consiste en la aplicación de baños de asiento y de baños vaginales tibios, durante el embarazo, con el objeto de disminuir la rigidez del piso pelviano y durante el trabajo en el sostenimiento del perineo y en la buena dirección que se le dé á la cabeza fetal, especialmente con aquellos perineos que, como dice Pinard, están inevitablemente destinados á romperse; finalmente, fue de opinión que en la mayor parte de los casos se debía suturar en dos planos para no exponerse á cicatrizaciones á medias, como la aducida

por el Dr. Barreto. Citó tres casos en apoyo de su opinión. A esto añadió el Dr. Barreto que cuando la desgarradura parece imminente es prudente, para evitarla, el practicar dos ó más incisiones laterales hacia la parte posterior de la vulva, como él lo ha hecho en varios casos.

En seguida se discutió sobre la perineorrafia, en parangón con los demás medios empleados, desde el punto de vista de su valor en los prolapsus uterinos. El Dr. Uribe la consideró preferible á la operación de Alexander, pues á lo menos no tiene los malos resultados ulteriores que tiene esta última operación. El Dr. Escobar habló de un procedimiento nuevo ideado por Passon, para los descensos de la matriz: como en esta afección el aparato ligamentoso del órgano se halla casi siempre sumamente relajado y como esto entra en gran parte para que carezcan de efecto las operaciones encaminadas á reponer la matriz, se busca en esta nueva operación el provocar una celulitis como la que observó á consecuencia de algunos desalojamientos patológicos; con este objeto una vez colocada la mujer como para una perineorrafia, se coge el cuello del útero con una pinza de Mussex y se le atrae hacia la vulva; en seguida con una geringa de Pravaz llena de una solución de una sal de quinina, se pone una inyección á cada lado del cuello y á una distancia de tres centímetros de él para evitar el herir las arterias uterinas. Hecho esto se aplica un pesario Dumontpallier, se pone hielo sobre el bajo vientre y se ordena la posición horizontal durante algunos días.

El Dr. Lobo objetó á esta operación el peligro de picar el peritoneo é inyectar la solución de su cavidad, y el Dr. Uribe la posibilidad de herir alguna de las arterias uterinas.

El Dr. Escobar dijo que del primer inconveniente preservaba la fuerte distensión de los ligamentos anchos en el momento de la atracción del cuello con la pinza de Mussex, y que el segundo peligro era evitado por el lugar en que se hacía la picadura, esto es, á 3 centímetros del cuello, puesto que las uterinas pasan á 1 centímetro de él.

Añadió que para él el verdadero inconveniente del método estaba en la calidad del líquido inyectado, pues ó la sal de quinina empleada es bien soluble, y entonces no produce la inflamación deseada, ó se hace la operación con una solu-

sión en alcohol y en ese caso, aún con toda la asepsia, es muy de temerse una escara por la acción cáustica de la sustancia. Propuso en consecuencia el empleo de una solución de nitrato de plata que es—como se sabe—al mismo tiempo un poderoso antiséptico y un buen agente esclerógeno.

El Dr. Uribe dijo, que en cuanto á seguridad la histeropexia era una buena operación para los prolapsus uterinos. Los Dres. Barreto y Escobar hicieron resaltar los malos efectos ulteriores de la histeropexia; el primero citó una histeropexia ejecutada en compañía del Dr. Juan María Torres hace 5 años, con buenos resultados inmediatos, pero que al cabo del tiempo fue causa de dos abortos.

Al hacer la apreciación de la operación de Alexander, el Dr. Escobar dijo que el peor tropiezo que había en ella era el hallar los ligamentos redondos demasiado delgados y débiles, como él había tenido 2 casos.

En seguida, con motivo de un caso del Dr. Uribe de sarcoma encefaloide encapsulado del riñón derecho en que hay falsa fluctación, se habló de varios casos desgraciados en que se ha dado con un encefaloide, creyendo tratarse de una hidronefrosia ó de cualquiera otra lesión. El Dr. Uribe señaló la causa de error dependiente de la falsa fluctuación que se obtiene debida á la poca consistencia de la producción, y el Dr. Lobo hizo la observación de que los sarcomas encefaloides del riñón son frecuentes en los jóvenes y en efecto, en tres casos del mismo Dr. Lobo, en uno del Dr. Escobar y en el actual observado por el Dr. Uribe, todos los pacientes han sido jóvenes.



Sesión del día 10 de Agosto de 1899.

Presidencia del Sr. Dr. Leoncio Barreto

A la hora y en el sitio de costumbre tuvo lugar la sesión del día 10 de Agosto con asistencia de los Dres. Barreto, Castañeda, Escobar, Herrera, Lobo y Lombana.

En ausencia del Dr. Uribe, actuó como Presidente el Dr. Barreto, como el profesor más antiguo en el desempeño de su Clínica.

Al tratarse del caso de sarcoma encefaloide del riñón, relatado en la sesión anterior por el Dr. Uribe, dijo el Dr. Lombana que por el exámen externo del tumor y por los resultados de la punción, era difícil excluír, en ese caso, la hipótesis de una producción líquida. El Dr. Lobo opinó que el examen histológico de un fragmento de esa masa sería de gran utilidad para el diagnóstico. El Dr. Lombana manifestó que hoy el examen microscópico de las producciones neoplásicas no tiene ya ningún valor para el diagnóstico clínico puesto que se han visto tumores histológicamente benignos evolucionar de una manera maligna y viceversa, y que últimamente más bien se da importancia para el diagnóstico á la cantidad de glucosa que contenga una neoformación.

El Dr. Lobo refería en seguida una observación: se ha presentado á su consulta un señor de unos 65 años, que ofrece los síntomas siguientes: tos esencialmente laríngea muy frecuente, ronquera pronunciada, al exámen laringoscópico una parálisis de una cuerda vocal de forma bien particular, pues la mitad anterior de la cuerda está normalmente dirigida, en tanto que en el punto correspondiente á la glotis intercartilaginosa se abre bruscamente, dejando el orificio con una forma casi arredondeada del lado correspondiente; no hay dolor ninguno por la parte anterior del tórax ni á lo largo de los brazos, ni en el cuello; solamente hay un dolor ligero exagerado por la presión á lo largo del lado derecho de la columna dorsal; á la auscultación el corazón aparece normal en cuanto á posición, timbre, ritmo de sus latidos, etc., pero sí llama la atención que en la región mamaria derecha y casi sobre el mamelón se obtienen los ruidos cardíacos con la misma fuerza y la misma nitidez que en la región precordial; por lo demás, no hay ni soplo ni desdoblamiento alguno. Hace unos cinco años que el enfermo se viene quejando de sus turbaciones laríngeas.

En este caso el Dr. Lobo ha creído tratarse de un aneurisma de la aorta ó de algún tumor, probablemente maligno, del mediastino, más bien lo primero en vista de la duración y citó otro caso observado en socio del Dr. Lombana en que no había casi otro signo de un aneurisma de la aorta que una parálisis vocal, pues faltaban el soplo, los latidos y los demás signos conocidos de esa afección.

El Dr. Herrera preguntó si en ese enfermo no había signos de tuberculización en los pulmones, pues en ese caso las turbaciones señaladas podrían muy bien corresponder á una adenopatía bronquial; como se le respondiese negativamente, opinó por el diagnóstico del Dr. Lobo. El Dr. Lombana dijo que en un aneurisma aórtico principiante se debía dar mucho valor como signo diagnóstico al fenómeno que consiste en oírse como un segundo corazón del lado derecho, pues mientras el saco aneurismal sea resistente y elástico, en vano se esperará oír soplo á su nivel: éste no aparece sino más tarde; cuando las paredes de la cavidad se dejen distender mucho por la onda sanguínea y cuando el depósito se vuelva irregular. El Dr. Escobar habló de lo importante que sería el investigar en el enfermo en cuestión, si existía ó nó el pulso paradójico que es un buen signo de mediastinitis y añadió el Dr. Lombana de tuberculosis de la cima en donde es conocido con el nombre de signo de Kusmad.

Después de esto se dió lectura á una nota de la Junta Central de Higiene, en la cual se comunica la imposibilidad en que está la Junta de Beneficencia para aislar á los tíficos y tifoideos en uno de los pabellones de San Diego. Con este motivo se deliberó largamente sobre la necesidad en que está la ciudad de un local en que se pueda colocar á los individuos atacados de ciertas enfermedades contagiosas, á fin de que no constituyan un peligro para la población, y, en particular, para el personal de los diferentes establecimientos hospitalarios, y, en consecuencia, el Dr. Castañeda sentó la siguiente proposición:

“Nómbrese una Comisión, compuesta de dos miembros, para que se entienda con los Gobiernos de la Nación, del Departamento y del Municipio, á fin de fomentar la construcción de un pabellón para el aislamiento de los individuos atacados de enfermedades contagiosas, en el sitio elegido para el Hospital de Isabel la Católica ó en otro lugar apropiado.”

Sometida á discusión esta proposición, después de haber sido sustentada por su autor, fue aprobada por unanimidad. Fueron nombrados, en consecuencia, para el desempeño de la Comisión los Dres. Castañeda y Lobo.

Sesión del día 24 de Agosto

Presidencia del Sr. Dr. Agustín Uribe

La sesión tuvo lugar con asistencia de los Dres. Barrera, Castañeda, Escobar, Gómez, Calvo, Herrera J. D., Lombana, Montoya y Uribe. Asistió además á ella el Sr. Síndico del Hospital de San Juan de Dios, Dr. Carlos Michelsen.

El Dr. Barrera dio cuenta de que había operado á la enferma del oído sobre la cual había consultado á la Sociedad en una de sus pasadas sesiones; la operación se ejecutó en dos tiempos: se empleó primero el cloruro de etilo como anestésico local; este anestesió completamente, pero de una manera muy fugaz, así fue que, cuando se iba á proceder á la ruginación del hueso, hubo de suspenderse la operación por los dolores que manifestó la enferma. La segunda parte de la operación fue hecha insensibilizando con eter por medio del aparato de Richardson: gran parte del hueso en la región mastoidea estaba alterado; se le extrajo y se vio que se trataba probablemente de una caries. Hasta hoy la convalecencia ha marchado satisfactoriamente. En seguida el mismo Dr. Barrera habló de un caso observado en una religiosa aún joven, quien hace algunos años, estando en un período menstrual tomó algún medicamento que—dice ella—le suspendió inmediatamente el flujo; desde entonces no volvió á tener sus reglas y en cambio fue notando una dificultad creciente para caminar y para ejecutar cualquier movimiento con los miembros inferiores. Al cabo de algún tiempo, cuando ella se resolvió á descubrir al médico su estado, se le dieron algunos medicamentos emenagogos, entre otros apiolina, los que tuvieron por efecto hacer reaparecer, aunque débilmente, el flujo menstrual. Hubo en esto de particular que, cuando las reglas trataron de reaparecer, las turbaciones motoras en los miembros inferiores se aminoraron un tanto. Después ya no han tenido efecto los emenagogos, y sí las turbaciones motoras han llegado á ser una paraplegía casi completa. La sensibilidad también se halla disminuída en los miembros inferiores. Los Dres. Herrera y Lombana fueron de opinión que se debía hacer un examen en regla de las partes genitales, para poder decidir el punto.

En seguida el Sr. Síndico de San Juan de Dios leyó á la Sociedad una estadística en que consta que el número de tíficos que hay actualmente en el Hospital pasa de 60; puso de manifiesto las dificultades en que está el establecimiento por falta de camas y de espacio para seguir dando alojamiento al número cada día mayor de individuos atacados de esta enfermedad que diariamente llegan á la portería, y pidió á la Sociedad que se sirviera dar su opinión sobre lo más conveniente que se pudiera hacer en ese particular. Hubo una larga discusión en la que tomaron parte todos los Sres. socios presentes y el Sr. Síndico, y después de varias deliberaciones, se aprobó, por unanimidad, la siguiente proposición del Dr. Uribe:

“La Sociedad Clínica de los Hospitales insiste en solicitar de la Honorable Junta de Beneficencia que destine uno ó dos de los pabellones construídos en el Asilo de San Diego, para colocar allí á todos los enfermos de fiebre tifoidea que hay actualmente en el Hospital de San Juan de Dios, y sacar del centro de la ciudad; un foco de infección sumamente grave.

“La Sociedad Clínica ha tenido conocimiento de que es fácil aumentar el agua que va al Asilo, y una orden de la Junta Central de Higiene sería suficiente para obviar la observación legal á que se refiere la Honorable Junta de Beneficencia en la nota que pasó á esta Sociedad.

“La resolución que dicte sobre este particular la Junta de Beneficencia, en caso afirmativo, debe llevarse á cabo inmediatamente, pues el número de tifoideos aumenta en proporciones tales, que bien pronto las salas del Hospital no serán capaces para contenerlo.

“Los Miembros de esta Sociedad repiten el ofrecimiento que hicieron anteriormente de sus servicios profesionales, sin remuneración ninguna.”

La Sociedad delegó al Sr. Dr. Juan David Herrera para que sostenga ante la Junta de Beneficencia, la necesidad que hay de adoptar esta medida á la mayor brevedad.

El Dr. Herrera aceptó la comisión y prometió cumplirla tan pronto como la Junta de Beneficencia lo convocara para el efecto.

Para el caso en que las gestiones de que trata la pro-

posición anterior no tuvieran efecto, el Dr. Montoya propuso verbalmente el que se hicieran Hospitales de campaña para allí colocar á los tíficos. Esta proposición fue acogida y complementada por los demás socios. Se convino en trabajar por la consecución de toldos con el Ministerio de Guerra, y se eligió el punto en la proximidad del Hospital de la Misericordia. Fueron nombrados por la Presidencia para representar á la Sociedad Clínica ante el Ministro de Guerra los Dres. Escobar y Barrera.

En calidad de medida provisional se convino en dar de alta en el Hospital de San Juan de Dios á todos aquellos individuos cuyo estado no reclame imperiosamente su hospitalización, y en hacer en las diversas salas cambios que den por resultado el aislamiento relativo de los individuos que están bajo la influencia de la epidemia.

Siendo las ocho y treinta (8 y 30) se levantó la sesión.

Sesión del día 31 de Agosto de 1899

Presidencia del Dr. Agustín Uribe

La sesión del día 31 de Agosto tuvo lugar con asistencia de los Dres. Escobar, Gómez Calvo, Herrera y Uribe y del Dr. Carlos Michelsen, Síndico del Hospital de San Juan de Dios.

Se volvió á tratar del aislamiento de los tíficos, cuyo número sigue aumentando en San Juan de Dios. Se leyeron en primer lugar dos notas de la Junta Central de Higiene, firmadas por el Dr. Pablo García Medina, una en que se da cuenta de la negativa que dio esa Corporación á la nueva solicitud de la Sociedad Clínica para que se destinen á los tíficos algunos de los pabellones nuevos de San Diego, y otra en que se transcribe una petición de esa misma Junta al Gobernador del Departamento á fin de que provea un local para hospitalizar y aislar en él á los individuos atacados de la actual epidemia.

En seguida los Dres. Michelsen, Herrera y Gómez Calvo hablaron de las dificultades que existen, y de que ellos son conocedores, para adaptar los pabellones de San Diego

á un servicio de tíficos. El Dr. Escobar dio cuenta de su cometido ante el Ministerio de Guerra, manifestando que ese Despacho había ofrecido suministrar los 20 toldos para los pabellones provisionales en que se había de colocar á los tíficos. Pero como en el caso de que se erijan estos pabellones ó en el caso de apertura de un nuevo Hospital en cualquier edificio que sea, son necesarias erogaciones pecuniarias que no están previstas ni en el Presupuesto de la Sindicatura de San Juan de Dios ni en el de la Junta de Beneficencia, como lo hicieron notar los Dres. Herrera y Michelsen, la Sociedad tuyo á bien aprobar, por unanimidad, la siguiente proposición del Dr. Herrera:

“Dirijase una nota al Sr. Gobernador del Departamento, excitándolo para que, en vista de la situación apremiante de la actual epidemia de tifo, y en vista de la falta de recursos en que se encuentra el Hospital de San Juan de Dios de esta ciudad, en donde literalmente ya no caben los enfermos, se sirva arbitrar la localidad y los recursos necesarios para atender y aislar los enfermos de la actual epidemia, haciendo para ello uso de las atribuciones que le confiere la Ley para casos urgentes y apremiantes, como el presente, en que está expuesta la salubridad general de la población.”

Terminado este asunto, el Dr. Uribe mencionó un caso observado recientemente y sobre el cual ofreció exposición más extensa, de parálisis facial sobrevenida en un individuo de edad de unos 45 años, que no es ni sifilítico, ni tuberculoso, ni albuminúrico, ni diabético. Esta parálisis, que tuvo su mayor intensidad hace algunos días, hoy ha desaparecido casi por completo; persisten todavía la lacrimación casi continua por el ojo del lado enfermo, debida, quizá, á que la parálisis del músculo de Horner de ese lado ha mantenido y conserva aún desviado el punto lacrimal correspondiente, la desviación de la comisura labial, la disminución en la secreción de la saliva y perturbaciones auditivas. La ha acompañado un dolor pronunciado en el mismo lado de la cara y en el hombro igualmente del mismo lado sin hemianestesia facial. En vista de que la parálisis facial está del mismo lado que el dolor del hombro, y de los demás signos ya anotados, turbaciones que él considera como producidas por una causa análoga, no ha diagnosticado parálisis de origen cen-

tral, tampoco ha creído en una parálisis periférica *a frigore*, y cree que se trata más bien de una parálisis del facial por compresión de este nervio en la porción piramidal del temporal.

En seguida el Dr. Escobar dijo lo siguiente SOBRE EL EMPLEO DE LA SIMARRUBA EN LAS DIFERENTES DIARREAS: “En más de diez casos observados cuidadosamente en que he empleado la simarruba contra las diarreas tenaces, especialmente á las que siguen á la disentería, no he obtenido con ella efecto ninguno; pero por otra parte también he observado casos en que individuos con diarrea, y cansados ya del régimen dietético á que los obliga el médico, se dan á los remedios populares, en que nunca deja de figurar la simarruba como elemento primordial; ahora bien, en dos de estos casos, seguidos con cuidado, he notado supresión brusca de la diarrea, establecimiento de una constipación pronunciada, signos de congestión hepática, ictericia, en una palabra, todo lo que denuncia una infección secundaria del hígado; en uno de estos casos, conocido de mi colega el Dr. Herrera, la infección llegó á ser absceso y el paciente sucumbió. En presencia de estos hechos al parecer contradictorios, y aunque para mí tengo con Beranger-Feraud que la simarruba es un remedio inútil, á lo menos para la diarrea, quisiera saber lo que de ella piensen los señores socios, es decir, que si en las observaciones á que he aludido en último lugar, la supresión de la diarrea se ha debido á la simarruba ó á las sustancias astringentes ú opiáceas, con las cuales se le asocia en lo general.

DISCUSIÓN

Dr. Gómez Calvo—En mi práctica hospitalaria, en que tengo ocasión de observar diarreas muy tenaces, sobrevenidas en el curso de afecciones cerebrales crónicas, como en el alcoholismo, la parálisis general, las diversas vesanias; diarreas que, dicho sea de paso, casi siempre terminan con la vida del individuo, he empleado muchas veces la simarruba, y con el Dr. Escobar profeso, que es una sustancia ineficaz.

Dr. Escobar—También he visto en el Hospital de Honda aparecer diarreas incontenibles en individuos atacados de diversas miserias fisiológicas, ese es otro caso en que he

aplicado la simarruba con resultados negativos. En cuanto á esta clase de diarreas observadas por el Dr. Gómez y por mí, tienen caracteres particulares que merecen señalarse: son lieutéricas, y están acompañadas, ó mejor, determinadas por una descamación epitelial de todo el tubo digestivo; la lengua tiene un aspecto que bien pudiera hacerla llamar *lengua lavada*: lisa, uniforme y pálida; las mucosas gástrica é intestinal se hallan igualmente despojadas de su epitelio, lesión encontrada muchas veces á la autopsia; son mortales casi todas; y, como se dijo, rebeldes á los tratamientos; solamente á veces tiene algún resultado el percloruro de hierro á la dosis de doce gotas.

Dr. Uribe—En cuanto á la descamación epitelial encontrada por el Dr. Escobar en sus autopsias, se debe recordar que en ese punto hay una causa de error proveniente de que la alteración y el desprendimiento epiteliales son muy pronto en el cadáver, especialmente en el tubo digestivo, y por sola alteración cadavérica.

Dr. Escobar—En los casos en cuestión no se trataba de alteraciones simplemente cadavéricas, porque muchas veces la autopsia se hizo tan corto tiempo después de la muerte, que sucedió encontrarse anquilostomos duodenales aún en estado de vida, de manera que los epitelios no habían tenido tiempo de descomponerse. A más de esto el estado de la lengua que adquiría ese aspecto liso desde mucho tiempo antes de la muerte, podía hacer colegir el estado del resto de la superficie digestiva.

Dr. Gómez Calvo—Al tratarse de la diarrea en relación con las afecciones mentales, también creo útil mencionar un fenómeno que he observado ya en varios individuos: tiene un enfermo un acceso de manía aguda, sobreviene en él una diarrea y el acceso de manía desaparece; ó bien, existiendo un flegmón también estalla la manía, y una vez evacuado el pus el delirio cesa.

Dr. Escobar: En algún autor he leído que el delirio en gran número de casos está directamente bajo la influencia de un aumento en la tensión arterial, de tal modo que cuando ésta baja, sea artificial, sea espontáneamente, las turbaciones psíquicas sufren una remisión proporcional; esto ayudaría, pues, á explicar el fenómeno observado por el Dr. Gómez Calvo.

Dr. Herrera—En cuanto al punto sometido á la consideración de la Sociedad, por el *Dr. Escobar*, esto es, el valor terapéutico de la *simarruba*, los resultados que con ella he obtenido en mi práctica me autorizan para creer que las diferencias señaladas dependen en parte de la forma farmacéutica. En casos de constipación algo pronunciada, con signos de congestión hepática, ligera sufusión icterica, etc., la he empleado en forma de maceración por 12 horas, de fragmentos de raíz é ingerida en ayunas; administrada así me ha producido efectos que son en pequeño los de la ipeca: ligera diarrea, algunas veces náuseas y vómitos y el enfermo se alivia. De modo, pues, que yo la empleo como sucedánea de la ipeca. En cuanto á sus propiedades astringentes no las creo positivas.

A las 8 p. m. se levantó la sesión.

Sesión del día 7 de Septiembre de 1899

Presidencia del Dr. Agustín Uribe

La sesión del día 7 de Septiembre tuvo lugar con asistencia de los Dres. Barrera, Barreto, Castañeda, Escobar, Gómez Calvo, Herrera, Lobo, Lombana y Uribe.

Leída el acta de la sesión anterior, fue aprobada sin observación alguna.

El *Dr. Lombana* añadió á lo dicho en la sesión anterior sobre la acción de la *Simarruba*: en la aplicación de esta sustancia se observa una particularidad, y es que, administrada por los médicos, casi siempre carece de efecto, en tanto que cuando la receta el vulgo, tiene resultados innegables; esto sin duda depende de la dosis empleada en uno y otro caso, pues los médicos en lo general la prescribimos con demasiada parcimonia, al paso que los particulares, á más de tomarse el cocimiento, ingieren también polvo de la planta en dosis relativamente fuertes; en este último caso tiene la *simarruba* una acción emeto-catártica que en ocasiones es tan intensa, que llega á haber un verdadero *colapsus simarrúbico*; he tenido ocasión de observar y tratar un caso de este género, en el cual además observé que, una vez combatido el estado de colapsus y sostenido durante algún tiempo el enfer-

mo con medicaciones simplemente tónicas, la afección para la cual había sido empleada la simarruba fue completamente corregida; de modo, pues, que aun con el colapsus que determinó, no dejó de tener el efecto buscado.

Dr. Herrera: como dije en la sesión pasada, los efectos que he obtenido con la simarruba empleada en forma de infusión concentrada de raíz, me han hecho considerarla como un sucedáneo de la ipeca. Lo que nos acaba de decir el Dr. Lombana, confirma esta creencia. Hay, pues, razones para admitir que en la simarruba existe una emetina que obra como la de la ipeca y que también tiene acción vasoconstrictiva sobre la mucosa gástrica. No es, pues, una sustancia inerte, pero tampoco parece que sea, como se cree, un astringente.

En seguida el Dr. Lombana refirió *un caso de difteria tratado por un suero de Roux parcialmente alterado*, en un niño atacado de difteria laríngea, y con todos los síntomas necesarios para asegurar el diagnóstico, se resolvió desde el cuarto día de la enfermedad, tratarlo por las inyecciones de Roux; no fue posible conseguir sino un suero que tenía un año y veinticinco días de conservado en el depósito de una de las farmacias de la ciudad y que se hallaba bastante turbio; con este suero se puso la primera inyección de 20 C. C. y como no tuviera el efecto deseado, se pusieron una segunda y una tercera; después de la primera inyección hubo, como con cualquiera otro suero, una elevación térmica; con los otros dos no hubo este ascenso y sí empezaron á desprenderse las pseudomembranas, pero llegado á cierto punto el retroceso de la enfermedad no continuó, por lo cual se determinó poner una cuarta inyección; hecho esto la curación se perfeccionó. Hubo, pues, de importante en este caso, que un suero envejecido, mal conservado y turbio no determinó absceso y tuvo acción curativa y además que probablemente á causa de la menor potencia de este suero, la cuarta inyección que se puso suplió la calidad del remedio.

DISCUSIÓN

Dr. Herrera. El primer caso en que apliqué las inyecciones de Roux para la difteria era sumamente grave: el enfermo, conocido de los Dres. Barreto y Manrique, tenía ya al-

búmina en la orina y estaba sumamente deprimido; el suero empleado tenía ya nueve meses de conservado también en una farmacia, y tenía, igualmente, un aspecto turbio y lechoso; se puso la primera inyección, ésta pareció agravar el estado del enfermo, pero con las dos siguientes el éxito fue completo. Después de esto, muchas veces he vuelto á emplear sueros turbios y viejos siempre con buen resultado; jamás han sido necesarias más de tres inyecciones para producir la curación, y resultados nocivos nunca se han presentado, por lo cual creo que esas alteraciones macroscópicas de los sueros conservados en nuestras farmacias, no son motivo para dejar de usarlos.

Dr. Lobo. Las inyecciones de sueros turbios y por consiguiente alterados, no han sido en mis manos tan inocentes como en las de los Dres. Lombana y Herrera: en un caso de erisipela generalizada en que puse una inyección de 10 c. c. de suero de Marmorek la temperatura bajó, pero no completamente; el proceso no fue, pues, muy modificado por la inyección, y, en cambio, ella dio lugar á un absceso, aunque creo haberla hecho asépticamente; en otro caso en que se trataba de una ozena muy tenaz, en la cual se resolvió ensayar las inyecciones de Roux que habían sido preconizadas á este efecto, se puso igualmente una inyección de suero ya enturbiado; al día siguiente de la aplicación, tuvo el enfermo, que era un niño, dolores muy intensos de casi todas las articulaciones, que no estaban ni rojas ni edematosas, ni tumefactas, una temperatura de $38^{\circ}\frac{1}{2}$, y albúmina en la orina; otro médico había ya prescrito una poción salicidada fuerte; en vista de la albuminuria se suprimió esta medicación, y á los 5 días los dolores articulares habían desaparecido. El suero empleado en este caso tenía 7 meses y no modificó en nada la ozena.

Dr. Escobar—Cuando se ensayaba el suero antileproso del Dr. Carrasquilla, estuve tratando en Honda, por esas inyecciones, á una mujer de unos 45 años; le apliqué siete inyecciones de suero perfectamente conservado y después de todas siete inyecciones presencié exactamente los mismos fenómenos que el Dr. Lobo en su segundo caso: dolores articulares, hipertermia, albúmina en la orina. Este es, pues, un efecto común á todos los sueros.

Dr. Lombana—De los muchos casos en que he empleado el suero antidiftérico, solamente en un caso reciente me he servido de suero perfectamente límpido, en los demás, siempre el líquido inyectado ha sido turbio y más ó menos envejecido; en todos estos casos solamente he visto elevación térmica después de la primera inyección, después de las otras nunca; en ninguno de ellos he observado ni abscesos, ni dolores articulares y en cuanto al eritema, tan decantado por los autores, solamente en una cuarta parte de los casos; respecto á la albúmina en la orina, si el suero está turbio es porque en él se ha precipitado alguna de las sustancias albuminóideas que contiene; y, una vez inyectada ésta, es natural que se elimine en naturaleza por el riñón, como sucede en los experimentos fisiológicos con toda albúmina no directamente asimilable, sin que ello implique un efecto tóxico del suero. Además, es una cosa bien digna de notarse que aun en afecciones de naturaleza no diftérica, el suero de Roux tiene una influencia benéfica muy marcada contra el tiraje laríngeo, como lo he observado en algunos casos.

Dr. Lobo—El efecto del suero *antidiftérico* se explica por una acción secretora sobre las mucosas; desde luego no es extraño que obre sobre otras afecciones laríngeas; de aquí también su empleo en la ozena, donde obraría desprendiendo las costras, cuya descomposición produce el mal olor.

Después de esta discusión, y con ocasión de haber observado el Dr. Gómez Calvo la analogía de acción sobre las mucosas que tiene el suero de Roux y el yoduro de potasio, y la de los diferentes efectos de estos dos medicamentos sobre la ozena, siguió una discusión sobre la etiología y la patogenia de la ozena en general. Con abundancia de razones sacadas de la patología general y de la observación clínica, sostuvo el Dr. Lombana la teoría mecánica, y el Dr. Lobo la teoría infecciosa de la enfermedad.

En el curso de la discusión observó el Dr. Uribe que en esta materia ambas teorías eran verdaderas, según los hechos que se considerasen, y que, de consiguiente, la discusión habría tenido más importancia si, de antemano, se hubiera fijado de qué clase de ozena se trataba.

El Dr. Herrera habló en el mismo sentido, y añadió, refiriéndose á la acción de los sueros: "Esta es una medicación que siempre se debe ensayar, aun en los casos en que el diagnóstico de la afección laríngea es dudoso, porque es, además, profiláctica y sus inconvenientes son nulos. En la ozena también se debe aplicar, porque siendo á la vez hipersecretor y antiséptico, satisface ambas teorías."

Sesión del día 14 de Septiembre de 1899

Presidencia del Dr. Agustín Uribe

La sesión del día 14 de Septiembre estuvo constituida por los Dres. Lobo, Lombana y Uribe.

Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

Acto continuo el Dr. Uribe relató una operación de ovariomía practicada recientemente en compañía del Dr. Lobo: "Esta operación tuvo por objeto la extirpación de un quiste que se había diagnosticado residir en el ovario derecho y ser multilocular, diagnóstico que resultó exacto en todos sus puntos; la producción era de las más voluminosas que se pueden encontrar, y la operada se hallaba en un estado de caquexia muy pronunciado; la edad de la afección era ocho años. Con todos los preliminares clásicos de antisepsia y cloroformizada la enferma, se procedió á la operación. Una vez cortada la pared abdominal en todas sus capas sobre la línea media, se hallaron algunas adherencias limitadas y flojas del peritoneo parietal con la envoltura del quiste; á este momento el Dr. Lobo fue de opinión que se cerrara la herida y se renunciara en absoluto á la operación, en vista de las adherencias más íntimas que iban á encontrarse sobre la cara posterior del quiste. Como el Dr. Uribe, de quien era la enferma, no se mostrase inclinado á retroceder, la operación continuó. Efectivamente, sobre las caras posterior é inferior del tumor había tal número de bridas fibrosas y éstas eran tan densas y resistentes, que, puede decirse, fusionaban de una manera inextricable el quiste con los ansas intestinales, los epiplones, la vejiga, los ureteres, las trompas, la matriz, etc. Entre los diversos órganos que estaban ahogados en esta red fibro-

sa, había uno tubuliforme que recorría transversalmente la parte posterior del tumor, íntimamente adherido á él, ó más bien como esculpido en alto relieve sobre su pared, y sobre el cual se discutió sobre si sería intestino, trompa ó uréter; pero el Dr. Uribe viendo que tenía más visos de hacer cuerpo con la matriz que con cualquiera otro órgano, juzgó que era una de las trompas, lo que resultó exacto, y la resecó junto con el depósito quístico. Una hora duró el desprendimiento de todas estas adherencias; el traumatismo fue, pues, intenso en alto grado, la hemorragia abundante y la cloroformización de hora y media. El pulso se deprimió y la temperatura bajó sensiblemente durante la operación; después de ella no fue posible levantar completamente de este colapsus á la enferma, y á las 3 horas y media sucumbió. A la autopsia se halló sano el intestino, y la vejiga con los ureteres intacta. Referido este caso, el Dr. Uribe concluyó preguntado á la Sociedad: 1.º CUANDO EN UN QUISTE DEL OVARIO SE HAYAN DIAGNOSTICADO DE ANTEMANO LAS ADHERENCIAS, ¿SE DEBE Ó NO OPERAR?; Y 2.º EN EL CASO EN QUE NO SE HAYAN DIAGNOSTICADO LAS ADHERENCIAS, SI SE HALLAN ÉSTAS, UNA VEZ INICIADA LA OPERACIÓN, ¿SE DEBE CONTINUARLA?

DISCUSIÓN

El mismo *Dr. Uribe* formuló su opinión así: Creo que á estas dos cuestiones se debe contestar afirmativamente; aparte de la consideración de costumbres quirúrgicas de acabar toda operación que se ha empezado, tengo para mí que en el caso desgraciado que acabo de relatar, así como en todos sus análogos, la pérdida de la enferma no se debe precisamente al hecho de que haya adherencias y de que éstas hayan tenido que ser destruídas, sino al estado de caquexia de la paciente; así es que con una buena constitución se habría tenido mejor resultado, aun con mayores adherencias que en el caso referido.

Dr. Lombana—Todo tumor abdominal voluminoso, que date de algún tiempo y que haya tenido épocas dolorosas, con reacción febril, está muy probablemente con adherencias; en este caso puede y debe operarse; pero si al abrir el abdomen se le halla completamente adherido, en términos que su enucleación fuese muy difícil y dispendiosa, si se trata de

un tumor sólido se debe cerrar el abdomen; si es una producción líquida, creo que está úno en el caso de practicar la resección parcial de la envoltura con fijación del resto á la herida abdominal, disponiendo de modo que haya un desagüe fácil y un drenaje espontáneo de la parte de quiste que queda, es decir, lo que se ha llamado *marsupialización*. Por este medio ó se alivia un tanto el estado de la enferma, ó acontece, según afirman los autores, aunque la razón de eso no se me alcanza, que al cabo del tiempo las adherencias han desaparecido y la operación definitiva se halla así facilitada.

Dr. Lobo—Mi opinión, fundada ya sobre dos casos observados, es la siguiente: si al ir á operar un quiste del ovario, y más siendo éste de una edad mayor de tres años, hallo adherencias, aunque sean escasas y débiles, con la pared abdominal anterior, funcionaré con un trócar capilar, y volveré á cerrar la herida parietal. En efecto, estas adherencias anteriores anuncian siempre una completa fusión fibrosa del quiste, por sus partes posterior é inferior, con cuantos organos estén en relación con él, y la destrucción de todas estas bridas constituye uno de esos peligros demasiados serios, á los cuales no se debe someter á un paciente; lo extenso del traumatismo, la duración de la operación y de la cloroformización, el estado de consunción en que casi siempre se halla la operada, son otros tantos factores desfavorables. En cuanto á la marsupialización, no estoy en medida de hacer una apreciación de ella, porque no la he practicado ni visto practicar; oí á Péan criticarla, porque, decía, ella crea una puerta á las infecciones ventrales. Solamente así *a priori* se ve que constituye un peligro de eventración (que no sería de eludirse en presencia de una enfermedad como un quiste ovárico), y que no tiene fácil explicación eso de que con ella se destruyan las adherencias. Estos quistes voluminosos y viejos son tanto más peligrosos de operar cuanto las adherencias son muy difíciles, y en lo general imposibles, como dice algún autor, de diagnosticarse. Tuve un caso en que después de haber puncionado y extraído 5 litros de líquido, examiné tan minuciosamente, como me fue dado: por la palpación abdominal, por el tacto vaginal, por el tacto rectal, en diferentes posiciones de la enferma, y hallé el quiste perfectamente móvil en todos sentidos; operé al poco

tiempo, y di con un quiste más adherido que el que nos ha pintado el Dr. Uribe; es fácilmente explicable este falso resultado de la exploración: estando el quiste adherido á órganos muy movibles, es natural que al movilizarlo se desaloje con ellos.

Dr. Uribe—A pesar de lo que dice el Dr. Lobo, creo que sí hay signos que permiten hacer el diagnóstico de las adherencias: la edad de la producción, los períodos congestivos y dolorosos del quiste y los resultados de la palpación y de la exploración bimanual—vaginal y rectal—cuando éstas se ejercen sobre un depósito lleno; en este caso si el quiste se mueve en totalidad, es porque no tiene adherencias; nó así cuando está parcialmente desocupado, como aconteció en el mencionado por el Dr. Lobo; en estas circunstancias la masa se siente moverse aunque las paredes estén adheridas, sucede lo que en un colchón de agua: que lo que se desaloja es el líquido, quedando inmóvil el continente. Otro elemento de presunción de adherencias son las punciones anteriores, porque es de regla que donde ha habido una punción se forma una adherencia.

Dr. Lombana—Siempre he oído á los cirujanos que en los quistes ováricos se forma una brida fibrosa allí donde se hace una punción; yo no estoy dispuesto á aceptar este hecho en su enunciado así tan absoluto; la adherencia es el resultado de una peritonitis circunscrita: si la punción ha sido séptica, es corriente que haya inflamación y neoformación consecutiva; en el caso contrario, la pérdida de sustancia es muy pequeña para que necesite exudación é inflamación adhesiva para separarse. Esta creencia infundada, sobre los efectos de la punción, hace que muchas veces se economice á una enferma el beneficio positivo que podría obtener con una intervención tan sencilla. Citó en seguida el Dr. Lombana un quiste que primero tuvo una remisión de tres años, consecutiva á un descargue por la vía urinaria; después se volvió á llenar, y fue tratado por punción y aspiración con el aparato de Potain; el tumor abdominal desapareció, y en siete años no se ha vuelto á reproducir.

Dr. Uribe—No se trataría en ese caso de una hidronefrosis intermitente? La apertura en las vías urinarias es un hecho rarísimo en los quistes del ovario.

Dr. Lombana—El sitio, que no era el de los tumores renales, el desarrollo de abajo para arriba, y algunos otros caracteres, hicieron que una Junta, compuesta de los Dres. Rocha C. y el que habla, admitiera más bien un quiste, aunque en ella se pensó también en la hidrounefrosis. Sin embargo, el punto es discutible.

Concluído esto, el Dr. Lobo presentó una enferma que tiene esencialmente lo siguiente: ptosis en el párpado derecho; parálisis óculo-motora general de este mismo lado; estado edematoso y rojo del conducto auditivo externo y de la región mastoidea, también en el lado derecho; salida purulenta, poco abundante, por la uariz y por la faringe nasal; dolor á la presión del globo ocular derecho. Por la renoscopia posterior presenta un cuerpo rojo redondeado como en el punto en que desemboca la trompa de Eustaquio derecho; la cara está desviada: los rasgos del lado derecho están más recogidos que los simétricos, pero fuera de la plefaraptosia y de la oplatomoplegia ya señaladas, no hay perdido ningún otro movimiento de la cara. Hay contractura de los masticadores derechos, dificultad para deglutir, y un gangoceo pronunciado.

Como la hora era algo avanzada, no se hizo examen completo, ni se dio opinión definitiva sobre la presentada.

A las 8½ se levantó la sesión.

REPRODUCCIONES

LA LEPROSA EN SUS ASPECTOS CLINICOS Y PATOLOGICOS

POR EL DR. G. ARMAUER HANSEN Y EL DR. CARL LOOFT

Traducción de Andrés Vargas Muñoz

(Continuación)

En el período prodómico que es de duración muy variable, y que subsiste por meses y aun por años, los pacien-

tes aseguran que sufren de agotamiento, debilidad general, dolores reumatoideos de las articulaciones ó de los músculos, hiperestesia de la piel, dolores neurálgicos de ciertas regiones nerviosas, sopor y descaecimiento mental. Se presentan erupciones efímeras de manchas, y Bidekap observó anomalías pigmentales, algunas veces atróficas, algunas veces hipertróficas.

Danielssen asegura que ha visto, muy al principio de la enfermedad, una ligera perturbación vaso-motora indicada por una apariencia reticular, rojo-azulosa, que se evidencia más claramente en los cambios de temperatura. Esas perturbaciones vaso-motoras que se presentan como ligeras manchas, se hacen visibles por medio de fricción; son principalmente características de la forma máculo-anestésica aunque pueden aparecer durante el primer período de la tuberculosa.

Opinamos que los síntomas llamados prodrómicos no son más que los primeros fenómenos aún indefinidos é indistinguibles, de la infección.

Una ó más erupciones de las vesículas penfigoideas pueden ocurrir al comienzo del primer período, pero con frecuencia las hemos visto más tarde, tanto acompañando las manchas como en el período de anestesia y mutilación.

Después de un período más ó menos largo, el color típico de la forma máculo-anestésica se desarrolla; las manchas aparecen ya furtivamente, ya todas á un tiempo con notable fiebre. Varias formas de erupción han sido descritas por los investigadores. En nuestros pacientes de ordinario sólo se han observado las eritematosas y las amarillentas ó un poco parduscas pigmentadas. Comunmente ambas formas se observan en un mismo paciente, porque las simples manchas eritematosas se hacen con el tiempo más y más pigmentadas, de ordinario sólo en la periferia en donde un juego de colores (de colores rojo azuloso) se observa con frecuencia. Aquellas erupciones, que son del principio al fin pigmentadas y que se desarrollan muy gradualmente, las hemos visto particularmente en los espacios intercostales. De varias formas se han observado: redondas, ovals circulares. Las manchas pueden ser completamente planas, ó ligeramente levantadas. El tamaño varía desde el de

en guisante hasta el de la palma de la mano, y aún más. Al principio hemos hallado ordinariamente estas manchas hiperestésicas; la anestesia se encuentra sólo en las manchas más antiguas. Ellas no siempre alcanzan de una vez su completo tamaño; con frecuencia se puede observar su crecimiento; una puede unirse con otra, y entonces se pierde la forma inicial. El número y extensión de estas manchas es muy variable; algunos pacientes ofrecen grandes erupciones, en forma de mapas, en la cara, en las espaldas y en las extremidades; en otros las manchas son pocas y esparcidas. El sitio de estas manchas corresponde en general con el de los tubérculos; pero las espaldas y los espacios intercostales son frecuentemente el asiento de las manchas, mientras que en esas áreas los tubérculos son únicamente raros, si alguna vez se hallan. *La lámina IV* da una buena representación de las manchas en la forma máculo-anestésica de dos años de duración. Los centros blancos y los bordes rojizos ligeramente levantados se muestran bien. Una distribución simétrica de las manchas llama la atención, y se la ha considerado como indicio de una localización central de los venenos leproso, de los que las manchas son un síntoma trofo-neurótico vaso motor; pero en muchos casos no hay absolutamente ninguna simetría, y el descubrimiento de los bacilos en las manchas mismas prueba ser resultado directo de la acción del veneno leproso. Las glándulas linfáticas cercanas á la posición de las manchas están siempre hinchadas, y la hinchazón puede durar mucho tiempo después del desaparecimiento de las manchas. La duración es muy varia; algunas desaparecen en pocos días ó aun en menos tiempo, otras pueden durar años. La pigmentación de la periferia y la palidez del centro indica que la mancha es ya antigua, y el centro pálido es siempre anestésico, afectando la anestesia todas las percepciones ó solamente algunas. Los signos que Hillis indicó, como diagnosis entre las manchas de la forma anestésica y las de la tuberculosa no podemos aceptarla. Las manchas de la forma tuberculosa son á la verdad, comúnmente más gruesas que las de la anestésica, indicando eso un grado mayor de infiltración; pero como ambas son causadas por el bacilo de la lepra, es evidente que pueden ser en absoluto similares.

Cuanto más dura la enfermedad tanto más predomina la neuritis; los troncos cubital y peroneal pueden sentirse al tacto engrosados, son sensibles á la presión y si se tientan cuidadosamente, las ramas periféricas más finas pueden sentirse como cordones delicados espesados. En un caso pudimos palpar las ramas nerviosas cutáneas en una mancha, volviéndose diariamente cada vez más gruesas, en contraste con el ancho tronco nervioso no afectado especialmente. Los gruesos troncos nerviosos palpables, no están igualmente espesados en toda su longitud, sino que el engrosamiento aparece cerca de las articulaciones, en donde los nervios están en contacto con superficies óseas.

Los síntomas de esta neuritis son varios: al principio neuralgias; más tarde, anestias bastante extendidas, con perturbaciones tróficas, tales como la formación de vesículas penfigoideas. Hemos observado con frecuencia *hydrarthrus* y dolores en las articulaciones; parestias y parálisis morbosas nunca faltan; pero no son, como Neisser dice, debidas á una afección leprosa de los músculos, sino un síntoma neurítico secundario, como lo descubrimos por un examen anatómico de los músculos. Como la neuritis afecta especialmente los troncos nerviosos periféricos, hallámos los síntomas secundarios en las regiones periféricas, ordinariamente sólo en las extremidades y en la cara. Ahora consideraremos, con más atención, los varios síntomas nerviosos.

Las neuralgias se presentan ordinariamente en las extremidades, en las regiones cubital y peroneal. La anestesia se relaciona con la diferente naturaleza de la sensación; y no sólo se presenta en las manchas, sino que progresa gradualmente de la periferia hacia el centro, de suerte que al fin toda la extremidad, y con frecuencia también las partes del tronco, se hacen anestésicas; la cara está siempre más ó menos anestésica. Con frecuencia sólo hemos hallado anestesia térmica ó acompañada de anestesia ó analgesia. La anestesia puede extenderse cada vez más, ó puede muy gradualmente desaparecer, indicando que la neuritis del nervio afectado ha desaparecido.

(Continuará)