
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.

TRABAJOS ORIGINALES



EL SEÑOR DOCTOR GABRIEL J. CASTAÑEDA

El día 10 de Septiembre de 1900 murió este ilustrado socio de la Academia Nacional de Medicina.

Desde muy joven el Dr. CASTAÑEDA se hizo notar en todos los establecimientos de educación, donde adquirió los vastos conocimientos que poseía, por su clara inteligencia, su laboriosidad infatigable y su consagración al trabajo.

Fue siempre hombre para quien el deber está ante todo; y, en todos los actos de su vida, supo cumplir fielmente con su deber.

En las Ciencias Médicas poseyó conocimientos sólidos muy extensos; su excesiva modestia y su desprendimiento no dejaron que brillara más en su carrera científica; y, aun cuando ocupó puesto merecido entre las principales notabilidades científicas de Colombia, pudo, con pleno derecho para ello, haber adquirido reputación universal. Pero él no la quiso. Prefirió cultivar la Ciencia por amor á su profesión y ejercer su profesión por amor á la humanidad.

En las corporaciones científicas de su patria, el Dr. CASTAÑEDA ocupó puesto preeminente. Fue socio fundador de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, Miembro de número de la Academia Nacional de Medicina; Miembro de la Junta Central de Higiene; Catedrático de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia; Catedrático de la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina, Médico del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá y Miembro del primer Congreso Médico de Colombia.

Sus trabajos científicos, muy numerosos, están publicados, la mayor parte de ellos, en la *Revista Médica* y en la *Revista de Higiene*; existen también en varios folletos y en diferentes otros periódicos. Para formar la relación de ellos se ocuparán varias páginas.

En sus escritos el Dr. CASTAÑEDA procedía con la honradez propia del hombre verdaderamente científico. Su estilo es claro, sus estudios profundos, su criterio elevado, su expresión concisa; y quien los lee gana en conocer las ideas del ilustrado autor.

En todo lo relacionado con la lepra era el Dr. CASTAÑEDA autoridad reconocidamente superior; y sus escritos, referentes á ella, serán consultados con fruto. En sífilis y dermatografía también había adquirido reputación bien merecida. Como higienista sus esfuerzos para la profilaxis de estas enfermedades constituyen un monumento que hará imperecedera su grata memoria.

El Dr. CASTAÑEDA está disfrutando del premio á que son acreedores los hombres buenos, como fue él. A su familia no podemos ofrecerle consuelo en la gran desgracia que la aflige. La Academia Nacional de Medicina siempre lamentará la pérdida del modesto sabio. En la Junta Central de Higiene no se olvidará al incansable filántropo, que tanto trabajó por contener, desde hace muchos años, los constantes y dolorosos estragos que ocasionan en Colombia la lepra, la sífilis y la tuberculosis.

Pronto publicaremos la biografía del Dr. CASTAÑEDA que está escribiendo el Sr. Dr. Pablo García Medina; en ella se recuerdan extensamente los méritos científicos del nunca bien ponderado difunto.

VENENO DE LAS SERPIENTES

El envenenamiento por el veneno de ciertas serpientes produce síntomas que tienen mucha analogía con los que determina la fiebre amarilla. El Dr. Sanarelli ha llamado la atención sobre este asunto.

Como complemento del trabajo que publiqué en el número 250 de esta Revista, sobre la patogenia y etiología de la fiebre amarilla, haré un estudio de los síntomas producidos por el veneno de las serpientes.

Comenzaré por los síntomas anatomo-patológicos. El Dr. Nowak, en el laboratorio del Dr. Metchnikoff, hizo una serie de experimentos en ratones, cobayas, conejos y perros, matándolos con veneno de serpientes, en diferentes dosis, de modo de producir la muerte en pocos minutos ú horas después de la inoculación del veneno.

La lesión principal que se observa en el hígado es la degeneración grasosa. Esta lesión puede observarse en la célula hepática de los animales que muera media hora después de la inoculación del veneno. Si la muerte es más lenta, las lesiones de la célula hepática son más claras.

En el perro la degeneración grasosa se produce muy aprisa y alcanza un enorme desarrollo. En los que han muerto algunas horas después de la inoculación del veneno, se encuentra el parenquima hepático casi totalmente degenerado y en parte destruído.

Pero la degeneración grasosa de las células hepáticas, que se desarrolla bajo la influencia del veneno del escorpión, es mayor y alcanza un grado más elevado que la que se manifiesta después del envenenamiento por el de las serpientes.

Las lesiones del hígado producidas por el veneno de las serpientes y escorpiones, no se limitan á su degeneración grasosa, sino que se producen, en el protoplasma de las células hepáticas, alteraciones de otra naturaleza. En los animales que han sobrevivido algunas horas, el protoplasma se condensa en algunas partes de la célula, dejando vacíos cuyos límites no son bien determinados; una parté de este protoplasma es atacado de necrosis y se destruye. La necrosis del parenquima del hígado es muy rápida en el perro que ha

muerto después de una dosis fuerte de veneno; en algunos casos no queda del protoplasma sino algunos filamentos, esqueleto del cuerpo celular. Pero una lesión que sorprende aún más que la necrosis de las células hepáticas, es la destrucción total de la estructura microscópica del parenquima del hígado. No se puede distinguir la disposición de las células hepáticas en los lóbulos, las trabéculas celulares del hígado se rompen, no se ve sino una aglomeración confusa de células que flotan en la sangre extravasada ó en un líquido que contiene albúmina. En los animales que han sobrevivido por algún tiempo al envenenamiento, se producen lesiones en las vías biliares, degeneración grasosa de las células epiteliales de este aparato.

De las observaciones hechas por el Dr. Nowak, resulta que el veneno de las serpientes y de los escorpiones, introducido bajo la piel de los animales en cantidad suficiente, produce, en el hígado, degeneración grasosa y necrosis de las células hepáticas en un grado más avanzado.

En el riñón la degeneración grasosa de los epitelios alcanza á un grado tan avanzado como en el hígado, y se produce más lentamente. En los animales que han sobrevivido por un tiempo considerable á la inyección se observa, además de la degeneración grasosa, alteraciones necróticas de los epitelios renales, especialmente de los *Tubuli-contorti*. Los vasos que se encuentran en el parenquima renal están muy dilatados, algunas veces rotos, de donde proviene la formación de foquitos hemorrágicos intersticiales. Se observa, algunas veces en el interior de las cápsulas de Bowman, un exudado que comprime el glomérulo y que apenas lo deja visible.

No es la degeneración grasosa lo que predomina en el riñón como en el hígado, sino las exudaciones y las necrosis las que alternan de preferencia en este órgano.

En los pulmones de los animales que han muerto tardíamente después de la inyección del veneno, se distinguen, por medio del microscopio, los vasos capilares muy dilatados, llenos de glóbulos rojos. Las vesículas pulmonares contienen un exudado compuesto de una masa uniforme de glóbulos blancos, rojos y de células endoteliales desprendidas de las paredes de las vesículas. Con frecuencia, los glóbulos blancos, es decir, las células linfáticas polinucleares, dominan

hasta tal punto, que no se puede distinguir al lado de ellas otros elementos. Cuando el tejido intervesicular está también infiltrado, el pulmón presenta el carácter de una inflamación purulenta. En las partes del pulmón en que no se encuentran lesiones inflamatorias, los vasos capilares están muy dilatados y las vesículas pulmonares muy pequeñas.

Resulta de los trabajos de M. Nowak, que el veneno de las serpientes y escorpiones, introducido bajo la piel de los animales, ocasiona lesiones del hígado, riñones y pulmón esteatógenas y necróticas.

Si comparamos estas lesiones con las que produce la toxina del bacilo icterode, vemos que son las mismas en el hígado y riñón. En el envenenamiento amaril existen, además, lesiones del tubo digestivo que no se producen con el veneno de las serpientes: este veneno da lugar á lesiones pulmonares que no se observan en la fiebre amarilla.

Las alteraciones que produce el veneno de las serpientes se presentan con una rapidez que sorprende, porque el veneno se encuentra, inmediatamente después de absorbido, en presencia de las células, sobre todo de las hepáticas, que sufren una alteración profunda cuando no pueden ni destruir ni transformar el veneno.

En la fiebre amarilla no se presentan con esta sorprendente rapidez, porque el bacilo necesita tiempo para fabricar su toxina y la va elaborando poco á poco de tal modo que se absorbe á medida que se forma, no llega con tanta rapidez y da tiempo á la célula para luchar con más ó menos éxito contra ella.

El efecto del veneno sobre el organismo depende no solamente de lo tóxico y de la cantidad de éste, sino también de la vía por donde ha sido introducido en el organismo. La inoculación subcutánea no produce la muerte instantánea; el efecto puede ser rápido por la vía sanguínea. M. Calmette ha producido la muerte fulminante en un conejo, introduciendo en la vena marginal de la oreja un décimo de miligramo de veneno de cobra.

Síntomas funcionales. Los síntomas funcionales producidos por la mordedura de las serpientes pueden clasificarse, según el momento de su aparición, en síntomas inmediatos ó primitivos, secundarios ó terciarios.

Los síntomas secundarios se subdividen en accidentes locales consecutivos y generales ó de intoxicación

Los síntomas generales ó de intoxicación se manifiestan después de algún tiempo de la inoculación del veneno, varían según muchas circunstancias, debidas á la cantidad de veneno absorbido, á su calidad y á las condiciones en que se encuentra el individuo. En la mayoría de los casos una hora ó dos después de la mordedura sobrevienen grandes angustias y náuseas con dolor epigástrico. Más tarde se presentan vómitos de materias alimenticias al principio, biliosas después, glerosas sanguinolentas en seguida, acompañadas de calambres, de evacuaciones diarreicas, y en algunos casos se presenta la ictericia; se observan lipotimias, síncope; la piel se cubre de sudores fríos y viscosos, el pulso se deprime, pierde su regularidad, casi no se percibe. La respiración se dificulta, los pulmones se ingurgitan, los ojos se hundén, la cara toma el aspecto hipocrático, se producen hemorragias y la postración es completa. Cuando los desórdenes sobrevienen rápidamente son de forma paralítica, debidos á la acción del veneno sobre el bulbo. Los accidentes adinámicos se acompañan en los casos extremos de calambres, sobresalto de los tendones, movimientos convulsivos, trismus, desvarío, delirio; si el herido resiste, los fenómenos de reacción aparecen, la fiebre se desarrolla, el pulso se levanta, el cuerpo se cubre de sudor. La fiebre, con algunas alternativas, dura unos dos ó tres días, y el paciente entra en franca convalecencia. Todos los envenenados no presentan este conjunto de fenómenos; en algunos, los síntomas se limitan á la tumefacción, á lipotimias y algunas náuseas.

No he mencionado los síntomas locales, porque en este estudio no he querido tratar sino de los síntomas que se relacionan con el asunto que estudiamos.

Los síntomas anatómopatológicos y funcionales que produce el veneno de las serpientes, tienen propiedades patógenas que nos recuerdan las del virus de la fiebre amarilla, pues tiene, á semejanza de éste, propiedades esteatógenas, congestivas, hemorrágicas y eméticas.

Seroterapia. Son muchos los remedios que se han aconsejado para combatir los efectos del veneno de las serpientes—lo mismo ha sucedido en la fiebre amarilla;—en esta

última enfermedad, la seroterapia ha producido excelentes resultados al Dr. Sanarelli, á quien debemos este positivo adelanto de la ciencia. El Dr. Calmette, después de trabajos tan laboriosos y concienzudos como los del Dr. Sanarelli, ha logrado combatir el envenenamiento producido por el veneno de las serpientes por la seroterapia. Consignaremos en resumen el resultado de sus trabajos.

Después de muchos estudios y experimentos, el Dr. Calmette logró descubrir un método de seroterapia contra el veneno de las serpientes. En 1896 una comisión se reunió en los laboratorios del *Royal College of Physicians (L) and Surgeons (E)*, con el objeto de verificar experimentalmente los hechos anunciados por el Dr. Calmette.

Experimentos hechos en los animales, en presencia de la Comisión inglesa en Londres. A. Experimentos de vacunación antes de la inyección del veneno. El 29 de Julio de 1896 á las nueve de la mañana en el laboratorio del Dr. Woodhead, en "Examination Hall," el Dr. Calmette inyectó á seis conejos, que pesaban de 1,450 á 1,770 gramos, 3 c. c. de suero antivenenoso en la vena marginal de la oreja. A las 2 p. m. de ese mismo día, en presencia de la Comisión, estos seis conejos recibieron (al mismo tiempo que otros dos conejos destinados para que sirvieran de punto de comparación, cuyo peso era respectivamente de 1,340 y 1,275 gramos) una dosis de veneno calculado para matar con seguridad en 20 minutos por vía intravenosa.

Los conejos testigos sucumbieron, los seis conejos vacunados resistieron y no dieron señal del menor mal aparente.

B. Experimentos de curación después de la inyección del veneno. Ocho conejos recibieron por la vía subcutánea una dosis de veneno calculada para matar con seguridad en dos horas.

A dos de estos conejos, que llamaremos número 1 y número 2, se les inyectó media hora después de la inyección del veneno, 3 c. c. de suero antivenenoso en la vena marginal de la oreja.

A otros dos—números 3 y 4—se les inyectó una hora después del veneno, 3 c. c. de suero antivenenoso. El número 5, que debió inyectarse á la hora y media de inoculado el veneno, expiró antes de recibir el suero.

Al número 6, aunque muy enfermo, se le inyectan 5 c. c. de suero y no tarda en restablecerse completamente.

Los últimos conejos, números 7 y 8, que se reservaron para que sirvieran de testigos, sucumben el uno á la hora y cuarenta minutos y el otro á la hora y cuarenta y cinco minutos, después de la inyección del veneno.

Los animales vacunados ó tratados por el suero, quedaron en el laboratorio del Dr. Woodhead por algún tiempo para observarlos, y no presentaron síntoma alguno de malestar.

El veneno utilizado para los experimentos mencionados, estaba compuesto de una mezcla de partes iguales de veneno de *cobra capel* y del de el *bungarus cærulens*, enviados de La India por M. Hankin.

Los miembros de la comisión aprobaron la siguiente proposición: "Los resultados obtenidos en todas estas experiencias producen buena impresión y prueban con evidencia que el tratamiento de las mordeduras venenosas, por el suero, disminuirá considerablemente la proporción de mortalidad, cuando pueda aplicarse transcurrido un tiempo muy corto después de la mordedura. Recomendamos con insistencia la generalización de este método en el hombre y en los animales."

Por medio de estos experimentos el Dr. Calmette demostró que la inmunidad contra el veneno de las serpientes puede conferirse á los animales con mucha rapidez, por medio del suero antivenenoso, y combatirse los efectos del veneno con muy buen éxito por medio de la seroterapia.

Demostró, además, por experimentos que á continuación expondremos, que es posible inmunizar instantáneamente los animales inyectándoles suero antivenenoso en las venas un momento antes de la intoxicación. La rapidez de acción del suero sobre las células del organismo es mucho más intensa que la del veneno sobre estas células.

Para demostrar este hecho el Dr. Calmette inyectó á un conejo por la vía intravenosa 3 c. c. de suero antivenenoso. Quince minutos después, este conejo recibió en la vena de la oreja del lado opuesto al que había recibido el suero, una dosis mortal de veneno en 20 minutos.

El conejo no murió ni enfermó. Otro conejo que se tomó como testigo murió. Un segundo conejo recibió por vía intra-

venosa una dosis mortal de veneno en 20 minutos, dos minutos después se le inyectaron 3 c. c. de suero antivenenoso en la vena de la otra oreja, y quedó sano como el primer conejo.

Apoyado en estos experimentos, el Dr. Calmette nos dice: que el suero antivenenoso insensibiliza las células contra el veneno, inmediatamente que el suero entra en contacto con ellas, y aunque el veneno esté ya en circulación, el suero es capaz aún de impedir la muerte.

Casos de mordeduras de serpientes al hombre, tratadas con el suero antivenenoso de Calmette. Mordeduras de naja tripudians (Indochina) Dr. Lepinay.

En el laboratorio bacteriológico de Saïgon un muchacho llamado Van Tanh fue mordido en el índice de la mano derecha en la primera y segunda falange por una *naja tripudians*, que hacía parte de un lote para enviar al Instituto Pasteur de Lila. Inmediatamente experimenta insensibilidad y entumecimiento en la mano y antebrazo del lado derecho; la mano y el puño se edematizan y se presentan contracturas en el brazo. Una hora después del accidente se practica una inyección de 12 c. c. de suero antivenenoso bajo la piel del vientre. Por la tarde el enfermo se queja de insensibilidad, de dolores muy vivos en el brazo y en la axila, y de náuseas; durante la noche los dolores se calman. Al día siguiente por la mañana, presenta un estado general bueno; la hinchazón ha disminuído considerablemente; la sensibilidad ha vuelto, queda alguna rigidez en la articulación del puño. A los dos días la convalecencia se restablece y el individuo se considera bueno.

Una mujer mordida por una *naja* que hacía parte del lote de la que mordió á Van Tanh, murió á las dos horas sin tratamiento seroterápico.

Mordedura de *naja negra* de Guinea (Guinea, Dr. Maclaude, Konakry).

A las siete y media de la noche es conducido al hospital de Konakry un hombre llamado Demba, á quien acababa de morder en el pie izquierdo una serpiente que él pudo matar, la cual resultó ser una serpiente salivadora, de gran tamaño (*naja negra*). Demba es un hombre vigoroso y lleno de energía. No hacía sino media hora que había sido mordido, y ya se presentaban síntomas alarmantes, y el estado ge-

neral se agravaba por momentos. El herido, que durante el trayecto había conservado su conocimiento y sangre fría, cae poco á poco en un estado vecino del estupor: el cuerpo se cubre de un sudor frío, el pulso es pequeño, filiforme, frecuente, 140 pulsaciones por minuto, el corazón palpita irregularmente, la respiración se dificulta, se presentan vómitos alimenticios y biliosos; por intervalos se observan espasmos y dolores atroces en el miembro herido, la pierna izquierda presentaba un edema considerable, tenía tendencia á la asfixia.

Al nivel del maléolo externo izquierdo se notaban dos heridas de inoculación separadas 2 centímetros y medio una de otra. Su separación indicaba que el animal había mordido dos veces. El herido así lo afirmaba.

El Dr. Maclaud lava las heridas con una solución de permanganato de potasa al 1 por 100, é inyecta una dosis de suero antivenenoso en el tejido celular subcutáneo del flanco izquierdo. Por la intensidad de los accidentes, la multiplicidad de las mordeduras sobre la piel desnuda y la magnitud de la serpiente, se practican dos inyecciones de suero, una de 3 c. c. y en seguida otra de 2 c. c.

Durante toda la noche el enfermo permanece soñoliento. En la mañana del día siguiente los accidentes generales han desaparecido completamente. Por la tarde, 24 horas después del accidente, no queda ya sino empastamiento en la pierna. Dos días después, Demba se considera curado y vuelve á su oficio de cazador.

Mordedura de Naja haje (H. P. Keatinge y A. Ruffer). El Cairo. Un muchacho llamado Hamida, de 13 años de edad, fue mordido el día 7 de Octubre de 1896 en el antebrazo por un reptil de color amarillo, que medía 3 pies de largo. Se le condujo al hospital á las 7 de la noche en un estado de colapsus completo. Estaba frío, se notaban convulsiones en los ojos, el pulso se le percibía con dificultad; se le había envuelto el brazo en una venda sucia, después de untarle una capa de barro del Nilo (remedio favorito de los indígenas). A 6 centímetros arriba del puño se veían con precisión dos heridas que penetraban en el espesor de los tejidos y que correspondían con evidencia á los colmillos del reptil. A las 7½ p. m. los Dres. Keatinge y Ruffer examinan el enfermo, cuya situación les parece desesperada; la insensibilidad es com-

pleta, no hay reflejos, las pupilas moderadamente dilatadas no reaccionan á la impresión de la luz.

El Dr. Ruffer inyecta 20 c. c. de suero antivenenoso de Calmette, bajo la piel del vientre. El niño lanza un gemido durante la inyección, pero no da señal de experimentar dolor alguno. No es posible que pase alimento ni alcohol. A las 11 de la noche su estado general mejora notablemente, tiene 140 pulsaciones por minuto, el calor vuelve y el enfermo responde á las preguntas que se le hacen. Se le inyectan 10 c. c. de suero en el flanco. Duerme durante el curso de la noche y orina cuatro veces en su cama. El ocho de Octubre á las 8 de la mañana parece fuera de peligro, toma un huevo batido en leche con un poco de alcohol. Durante todo el día permanece amodorrado. Los días 9 y 10 la mejoría se acentúa y el estupor desaparece poco á poco. Las heridas producidas por la mordedura se presentan tensas y dolorosas con apariencia de formación de pus en su interior; más tarde se forma un flegmón que necesita una incisión. La convalecencia se establece definitivamente, y el niño sale curado el 26 de Octubre.

El Dr. Jornes, Director del Museo Zoológico del Cairo, cree que la mordedura de este niño ha sido producida por una *naja haje*. Esta especie de serpiente es muy común en Ghizek, y á juzgar por los síntomas que se observaron, la muerte hubiera tenido lugar si Hamida no hubiera recibido socorro, á pesar de que éste vino muy tarde, porque según los datos recogidos, el accidente ha debido producirse tres ó cuatro horas antes de la entrada al hospital.

He tomado de las observaciones que M. Calmette refiere en su memoria, los casos que me han parecido más graves y en los cuales se ha visto bien claramente la eficacia del suero antivenenoso. Los casos tratados con buen éxito por el suero, han sido producidos por veneno proveniente de varias especies de reptiles; se ve, pues, que el suero se muestra eficaz contra venenos de origen diferente.

Existen analogías muy notables entre los síntomas de la fiebre amarilla y los producidos por el envenenamiento de las serpientes. Es posible que en virtud de estas analogías pueda combatirse la fiebre amarilla por el veneno de las serpientes.

No sería, pues, extraño que pudiera llegarse á resultados iguales aplicando los productos de estos dos venenos. M. Metchnikoff ha demostrado que son las cytotoxinas contenidas en el suero, las que determinan, en los procedimientos seroterápicos, grandes cambios en el organismo. ¿ Los producidos por el veneno de la fiebre amarilla no podrían ser los mismos, ó al menos tener grandes analogías con las que produzca el veneno de las serpientes ?

No tardará el día en que se emprendan investigaciones para producir con el veneno de las serpientes la inmunidad de los animales en los cuales se produzca la fiebre amarilla experimental; descubierta esta inmunidad, se pasará al estudio de la curación de la fiebre amarilla experimental por el veneno de las serpientes, y si los resultados obtenidos son satisfactorios, se ensayará este medicamento contra la fiebre amarilla espontánea en el hombre.

Qué paso tan gigantesco dará la ciencia el día que haya resuelto satisfactoriamente la curación de estos dos envenenamientos. Qué beneficio tan grande será para Colombia, en donde estos dos flagelos existen en tan grande escala.

Por las razones expuestas he llamado la atención de los hombres de ciencia sobre tan interesante asunto, á pesar de mi incompetencia, á fin de que se estudien y resuelvan problemas de vital importancia para nuestra patria.

NICOLÁS OSORIO

ACCIDENTES DE LA VOZ HUMANA

VOZ RONCA

Entre los defectos de la voz humana, ninguno más inconveniente, difícil de corregir y molesto para quien se propone seguir la carrera de institutor ó artista lírico, como la voz ronca.

Aun cuando no sea siempre un peligro para la vida, ó siquiera un achaque doloroso, ello no quita ni hace menos necesario el deber de estudiarla á fin de proveer á su espar-

cimiento, disponer los medios favorables para evitarla y los elementos para corregirla.

Seguramente se pudiera asegurar que tiene una particular predilección por las primeras edades del hombre en ambos sexos, comoquiera que afecta con igual intensidad y frecuencia al joven, al niño y al adulto, y que en su génesis es el resultado de un mal desarrollo ó de faltas y malos hábitos al ejercitar el órgano por ella interesado.

Al punto de aparecer, apenas habrá quien sea competente para reconocerla bien; si no es muy hábil en el estudio de las diversas modalidades de la voz ó toma por base la interpretación de lo observado en un lapso no menor de varios meses. Tan ligeras así son tales modificaciones, que más bien que cambios sufridos en la extensión y la intensidad de la voz, parecen como gritos velados en los que la fuerza del sonido agota su energía antes de alcanzar el timbre que le corresponde; mejor decimos, el mal que la afecta es lesión *del sosten, sans endurance*, especie de ataxia del sonido en la que el órgano se hace inapto por algunos minutos, pena el trabajo y la fatiga.

Principia á menudo con la infancia y en cuanto á sus causas no están todavía perfectamente establecidas. Con frecuencia, los padres ó los maestros la atribuyen á manifestaciones más ó menos claras ó larvadas de una enfermedad crónica como la tisis, y los doctos á algún signo de predisposición hereditaria, faces ambas en que se muestra un fundado temor de lo que realmente es, cuando reviste el carácter patológico de síntoma orgánico.

En cuanto á nosotros, sin presumirnos de nuestra corta y deficiente experiencia, y procediendo de acuerdo con el estudio especial de nuestro sabio maestro el Dr. André Castex, de la Facultad de París, hallamos más racional y científico el afirmar como causa principal de ella, el resultado de una mala conformación laríngea, un desarrollo precoz defectuoso, y hábitos reprobables tolerados inconscientemente en los primeros años; por ejemplo, la costumbre de hablar gritando, reír estrepitosamente, repetir en el mismo tono y formar *garrulla* para ensordecer á los demás.

Hé aquí por lo demás, en corroboración de lo dicho, algunos puntos entre los más resaltantes que ella presenta.

N. N., niño ronco desde la edad de 4 años, que viene á nuestra consulta el 17 de Marzo del año pasado, y quien al decir de sus padres, para hacerse escuchar de aquellos á quienes habla, grita constantemente, repite con tesón y luégo que se fatiga, se da al trabajo de asirse á los objetos más sólidos y firmes que encuentra y estrecharse el cuello con ambas manos, como queriendo así sustituir la fuerza perdida en la emisión del grito, con el apoyo prestado á sus músculos cansados. Estudiando en él las diferencias de la voz, encontramos que ella es más ronca cuando habla que cuando canta, cuando sostiene el mismo tono que cuando ensaya modular, al sepelir que al variar, en el *medium* que en el agudo y en el grave, llegando á su *máximum* la invalidez al día siguiente de la fatiga en que el niño para compensación de los que le rodean es completamente áfono.

Mientras nos correspondió seguir los servicios especiales de Laringología en la capital del mundo científico, tuvimos ocasión de observar algunos niños en quienes la alteración aparecía con los primeros ensayos al solfear; recordamos sobre todo uno entre éstos, cuya voz además de carecer de sonoridad musical, se mantenía retrasada al lado de la de sus compañeros en tres á cuatro notas y hablaba más bien la escala que la cantaba.

Correspondiente al examen de la laringe por medio del laringoscopio, es de regla observar: dilataciones arteriovenosas ó venosas de las bandas ventriculares; atonía y relajación de la mucosa laríngea, al nivel del borde libre de las cuerdas; prociencia y flaxidez de la misma, observable sobre todo al momento de la emisión de la voz; nódulos conjuntivos y fibrosos, propios de las laringes fatigadas; edema y expresamiento pálido de las cuerdas, sin ulceración ni necrosis, infiltraciones aritenoides y aspecto belvético; anquilosis astrocartilaginosas; grasalesis y pseudo-parálisis simétricas y asimétricas y laringes perfectamente normales y sanas.

Familias hay, además, entre quienes la *voz ronca* es un defecto atávico, esto es, que la modalidad en ellas se transmite de padres á hijos, siguiendo muchas veces un orden regular, sin que ni el especialista ni el médico puedan apreciar lesión ninguna de parte de los órganos fonadores.

Por sí solo, basta dicho accidente, en el mayor número

de casos, para conocerlo ó saberlo interpretar; sin embargo, es quizá el mejor procedimiento para este efecto, el procurar el ensayo de la voz, haciéndola recorrer los tres registros de la escala *grave medium y aguda*.

Es á saber: se hace que el niño ó sujeto colocado en posición firme y libre, exento de prevención ó temor, lea con voz de *medium* un pasaje cualquiera; se le hace repetir en seguida en voz grave y por último en voz aguda. Tal así, el que normalmente ha leído ó cantado con voz pura y firme en el grave y en el *medium* se enronquece al pasar al agudo, y aun más, basta producir dos ó tres sílabas de la nota para que la voz velada aparezca, al principio sobre el *agudo*, al continuar en el *medium* y comprende al fin todo el registro. Solamente el grave se conserva intacto ó á lo menos sin alteración marcada.

Cuidadoso esmero requiere el examen de la nota, á lo menos para distinguir lo que simplemente es una voz ronca, de una grave ú otra fatigada y disfónica, para la cual el reposo y los cuidados higiénicos constituyen el mejor tratamiento. Téngase en cuenta que muchas veces laringes normalmente roncadas han sido clasificadas como *contraltos*, solamente por haber traspasado la edad de la pubertad, y que al lado de tales, y otras fisiológicamente débiles, se puede presentar la voz *débil* enfisematosa, tuberculosa, sífilítica y *expiratoria*, en que el pulmón, á falta de competente fuerza elástica, no alcanza á producir la vibración de las cuerdas vocales.

Lo repetimos para terminar: *La falta de buenos cuidados en la infancia para vigilar el desarrollo laríngeo y el trabajo exagerado ó precoz impuesto al órgano*, tales son las causas que á nuestra opinión reconoce tal defecto; en consecuencia, combatir los excesos de voz y darle vigor por una higiene apropiada desde el principio del desarrollo, hé ahí lo que debe ser el ideal del profesor y del terapeuta.

II

VOZ DE EUNUCO

¿ Quién no ha oído hablar de la costumbre usada en la antigüedad con el fin de evitar la acción ejercida por el desarrollo orgánico sobre el timbre de la voz humana ?

Esta, sin embargo, no es el efecto al que la ciencia considera y estudia bajo la denominación de *voz de eunuco*.

Los seres sacrificados en bien del arte lírico, muy bien merecen ser clasificados en lugar distinto, harto lejano del eu que figuran aquellos que por defectuosa conformación, debilidad ó vicios de desarrollo espontáneo, y á veces causas patológicas, no logran alcanzar el carácter varonil de la voz en quienes no las sufren.

Sin duda que es ella una verdadera alteración vocal más próxima de lo morboso, dadas las condiciones etiológicas de su producción, que lo es ó haya de ser el fenómeno anteriormente descrito, en cuanto carácter y cualidad especial de la voz normal. Adelante tendremos ocasión de comprobarlo.

Rara es, con todo, comoquiera que de acuerdo con las últimas revistas especiales que hemos consultado á saber: (*Archivos italianos de laringología*, Trifelitti, Julio de 1887, página 129, *Gaceta hebdomadaria de ciencias médicas de Burdeos*, 3 de Febrero de 1895. Sociedad francesa de Laringología, Profesor André Castex, 1898, y enfermedades de la laringe del mismo, 1899, páginas 75 y 76), los pocos casos hasta hoy observados no parecen suficientes para deducir una conclusión segura y precisa, cual interpretando la Fisiología experimental, podría acaso deducirse del estudio comparativo entre el hombre y las bestias, con respecto á la voz propia del eunuco.

Entendemos, por supuesto, por vocal en dicha voz, no la organización del sonido como en la nota hablada, la cual comprende el concurso de los órganos vocales independientes de la laringe, sino el sonido como nota sola, propio y exclusivo de la vibración de las cuerdas laríngeas.

La mayoría de las veces acompaña con título sintomático, en individuos perfectamente desarrollados y en apariencia sanos, á los primeros estigmas de una tuberculosis pulmonar; otros es el efecto de una verdadera alteración en los elementos de la producción de la voz como entre quienes son portadores de lesiones anatómicas patológicas de la laringe; ya es el resultado á distancia de una alteración más ó menos lejana de dicho órgano; ya la resonancia de una afección general discrásica; de accidentes más ó menos gra-

ves de la inervación central ó periférica ó la constancia en la continuidad de un estado infantil persistente.

Quienes la poseen la revelan sin necesidad de emplear grandes recursos, pues basta escucharla una vez al hablar para que recuerde siempre su existencia en otros casos: ella es más que aguda, de una altura superior á la voz del niño, casi como el sonido producido al tocar paso un pito de llamada ó silbar al través de los dientes; imposible es que con ella pueda descenderse hasta producir el registro *medium* y sí en cambio tan fácil ascender á tales alturas como que el oído que la escucha no pueda soportarla sin experimentar el más horrible desagrado. Algunos de los que la padecen afirman y dicen con razón que poseen voz de mujer joven, y al efecto, en ellos dicha voz sube en más de una octava á la voz ordinaria del hombre, solfean como sopranos y no pueden jamás producir las notas bajas.

A primera vista pudiera pensarse que solamente comprende al hombre; sin embargo, hay constancia de mujeres y niñas que también la han poseído á título morbozo, especialmente en algunos casos de invasión tuberculosa del pulmón ó bacilosis generalizada.

¿ Puede con todo afectar un tipo distinto del aquí descrito entre las causas que la producen? Nuestro mismo maestro el Dr. Andrés Castex parece dejárnoslo comprender; no obstante, menciona casi como única la contractura refleja de los músculos tensores glóticos; hé aquí sus propias palabras: "He encontrado algunos casos de voz sobre aguda, respecto de los cuales no me creo autorizado á concluir," ellos son aquellos deficientemente observados, los atribuibles á alteraciones de cambio, de mutación é imitación como éste que Trifletti refiere en un individuo de cuarenta y un años, quien había conservado desde la infancia el hábito de hablar en voz de cabeza á pesar de haberse producido ya el cambio anatómico del órgano fonador.

En cuanto á lo que en la mujer y en el hombre es característico respecto de la falsa voz enconoide para casos no clasificados, dicho está por Burdach, afirmado al imputar tales casos á la teoría que hace consistir la deferencia especial de sexos á la diferencia de desarrollo organogénico.

Para precisarla, importa particularizarla; ó lo que es lo mismo, proceder para su examen como el clínico, pero cede cuando hace un diagnóstico por exclusión, á saber:

Ella se caracteriza *por una grande altura con débil intensidad*, ¿es voz de soprano alterada? No; porque la voz fuerte de soprano que funciona entre el *do³* y el *do⁵* no tiene lugar fisiológicamente al traspasar los límites de la voz humana.

Es voz *¿sin intensidad?* Tampoco, porque ésta que es el atributo de aquellos cuyo pulmón no tiene suficiente fuerza elástica, y conserva una altura normal.

¿Es la voz ronca ó alguna de sus modificaciones? Lo dijimos anteriormente, tal voz no afecta el timbre y respeta la altura y la intensidad.

Con menor razón diríase que es la voz bitonal de las parálisis recurrentes á la pluritonal de los afectados de pólipos laríngeos.

Gimnástica respiratoria y voces cuyo procedimiento consiste en darle fuerza al pulmón sosteniendo la inspiración del aire y moderando la espiración á tiempo que se pronuncian con sonido sonoro y grave las cinco letras vocales de nuestro idioma y las sílabas *ba be bi bo bu*, hé ahí el tratamiento que haya producido mejores éxitos al decir de los notables laringologistas Moure, Garel, Fournié, Beansolsil.

DR. E. COMBARIZA
Médico Cirujano

REPRODUCCIONES

TRATAMIENTO DE LA OCLUSIÓN INTESTINAL

por el Dr. R. C. Elsworth, cirujano de Swansea hospital. The Lancet, Mayo 27 de 1899. P. 1,424. Traducido por el Dr. Luis M. Ribas

El tratamiento de la oclusión intestinal comprende el tratamiento médico y los procedimientos quirúrgicos. En el

primero hallamos la administración de drogas, las lavativas y el régimen dietético; respecto de las drogas podemos decir que su número es muy pequeño en este caso y su valor terapéutico bastante limitado, puesto que no hay ninguna capaz de deshacer un vólvulo ó reducir una hernia y antes bien, hay algunas que, como los purgantes, pueden ser desastrosos en muchas circunstancias; desgraciadamente son administrados casi siempre por la familia del enfermo antes de verlo el médico.

Otro tanto sucede con el opio; tiene especial valor, es cierto, para calmar el vómito, el dolor, mejora la temperatura y el pulso, mejora el estado general y coloca al enfermo en condiciones menos favorables al shock quirúrgico, pero no es sino un medio paliativo, que nunca debe emplearse sin haber diagnosticado de una manera clara y precisa, porque de lo contrario hace concebir al paciente y al médico esperanzas ilusorias y perder un tiempo que no se recupera.

De un modo general puede decirse que el tratamiento médico no sirve en estos casos sino para hacer esperar hasta que ya sea demasiado tarde. Las lavativas sí diremos que tienen gran valor, ya como tratamiento, ya para ayudar el diagnóstico, y deben ser empleadas desde el principio.

Según el estado actual de nuestros conocimientos la vida de un enfermo de oclusión intestinal depende de los procedimientos quirúrgicos, no de la medicina. Pero aquí se presenta una cuestión de vital importancia, tanto para el médico como para el enfermo: las operaciones ejecutadas para la oclusión intestinal casi siempre han tenido fatales resultados, mientras que en el estrangulamiento de las hernias externas, han sido coronadas por éxitos brillantes. La razón es muy clara: En la estrangulación de la hernia externa el diagnóstico es fácil, se procede á la operación en tiempo oportuno; nadie espera, por una medicación interna, resolver la cuestión, pues la vida depende de una operación inmediata; en la oclusión casi siempre se opera cuando ya los tejidos se encuentran alterados, han perdido su vitalidad y están desorganizándose. Esto proviene de que el diagnóstico se hace aquí más difícil, de la rapidez con la cual se alteran los tejidos y en parte de la repugnancia que todos sentimos á operar. Si se tiene en cuenta que la duración de la vida en

estos casos es por término medio de cinco días, que los intestinos á los tres se encuentran gangrenados, se comprende que el tiempo durante el cual pueden conservar su vitalidad es muy corto y se puede avaluar en cuarenta y ocho horas.

Además hay que tener presente que la oclusión no siempre se presenta con el síntoma clínico ordinario, y puede no ser reconocida en su principio, lo cual hace esperar por mucho tiempo y se procede cuando ya no hay remedio. Antes se decía: "cuando hay duda, esperar." Hoy han cambiado ya las cosas y el principio es distinto: "En caso de duda es necesario obrar."

Decidida la operación el opio está indicado: disminuye el peligro de la anestesia, calmando el vómito y el shock. Se procede después á hacer la laparotomía y de preferencia en la línea media; de este modo se puede hacer muy bien la exploración y se aprecian detalles que pasarían tal vez desconocidos. Abierto el vientre se introduce la mano y se examina el ciego. Si éste está dilatado, es indudable que la oclusión se encuentra en el grueso intestino y debe ser buscada con bastante cuidado; si, al contrario, el ciego está vacío y sus paredes fláxidas, el obstáculo tiene que estar situado en el intestino delgado, el cual debe ser explorado en toda su extensión del ciego para arriba. Algunas veces están los intestinos tan sumamente dilatados, que se presentan fuera de la incisión y es imposible introducir la mano; entonces hay que abrirlos, como luégo veremos, en la anza más prominente.

Reconocida la oclusión y el sitio en que se encuentra, se procede á operar. La operación varía según sea la naturaleza de aquélla: las hernias deben ser reducidas, el vólvulo deshecho, los neoplasmas quitados y cortadas las bridas y adherencias que puedan encontrarse. Si el intestino está gangrenado ó es sitio de neoplasmas; debe ser reseado. Empero, aquí se encuentran diversas opiniones sobre el método que debe ser empleado; dos son las principales: hacer la resección y proceder inmediatamente á suturar las extremidades, ó practicar una enterotomía ó colotomía, y aguardar para la operación definitiva á que el paciente, salvado de su oclusión, haya recobrado las fuerzas y se halle en mejor condición. En pro de la primera se dice que todo

es hecho de una sola vez, y se evita el peligro de una segunda operación, pero en su contra existe que el paciente, agotado por los efectos de la oclusión, no puede resistir una operación larga, el intestino dilatado por encima del obstáculo no puede ser manejado con facilidad, y es muy probable que no se cicatrice prontamente debido á la inmovilidad en que se encuentra. Además, en favor del segundo método tenemos que el peligro inmediato es conjurado, y más tarde, cuando se haga la operación definitiva, hay tiempo suficiente para llenar las condiciones necesarias y el enfermo se encuentra en estado mejor de resistirla.

Se dice que la colotomía es una operación seguida casi siempre de fiasco; en época anterior á los procedimientos antisépticos tal vez era lo ordinario. El método que hoy propongo al estudio es el que yo he seguido hace tres años, y me atrevo á recomendarlo como expedito, que da pronto alivio salvando la vida del enfermo, y es aplicable tanto al intestino delgado como al grueso.

Hecha la laparotomía y explorado el abdomen, se toma el intestino lo más cerca posible y por encima de la obstrucción y se saca fuera de la incisión abdominal. Se toma luego una varilla de vidrio, y pasándola al través del mesentéreo, por detrás del asa, se fija con un vendaje sobre el abdomen; en la cara convexa del intestino, por entre la serosa y la túnica muscular, se hace una sutura circular en jareta, de manera que circunscriba una área poco más ó menos del diámetro de un penique; se toma un tubo de vidrio de dos pulgadas de largo y tres cuartos de pulgada de diámetro, que lleva dos cornisas superpuestas en una extremidad y se introduce por ella dentro del área circunscrita por el hilo, éste es halado entonces y anudado por encima de la primera cornisa. Después se hace presión perpendicular al área, de manera que la pared intestinal alcance á subir por encima de la segunda cornisa, y á este nivel pone una segunda ligadura. Se ejerce tracción en el tubo, de manera que el intestino quede tenso, y con un bisturí de lámina estrecha introducido por él, se practica una incisión crucial; con el dedo pasado detrás del intestino se aplica su pared posterior sobre la extremidad del tubo, de modo que la obture, y así se evite que el contenido intestinal se escape por ahí. A la extremidad li-

bre del tubo se adapta otro de caucho que va á una vasija apropiada; se quita el dedo, el contenido pasa, y á los pocos minutos la distensión del intestino ya no existe y el enfermo se alivia. Después de pocos días los hilos se separan y con ellos el tubo. En el transcurso de este tiempo la cavidad peritoneal ya se ha cerrado; la varilla de vidrio, si se cree necesaria, puede dejarse por diez días; el tubo se desprende casi siempre á los siete. Una curación simple antiséptica basta ordinariamente para la herida abdominal. La herida intestinal debe ser ensanchada después del desprendimiento del tubo.

He seguido este método en muchas ocasiones, y los resultados han sido tan satisfactorios, que he resuelto no intentar otro en ningún caso mientras no sea notoriamente superior.

Para terminar llamaré la atención sobre estos puntos:

- 1.º Un individuo puede tener una oclusión intestinal sin presentar el conjunto de síntomas ordinario;
- 2.º Los síntomas varían según su sitio;
- 3.º Un diagnóstico pronto y preciso es necesario;
- 4.º Los purgantes pueden ser peligrosos;
- 5.º El uso del opio en estos casos, produciendo una mejoría ilusoria, puede hacer que se opere cuando ya no hay remedio;
- 6.º El tiempo durante el cual puede salvarse al enfermo es muy corto;
- 7.º El intestino debe ser evacuado prontamente, pues si no, el paciente está expuesto á perecer envenenado por sus propios excrementos; y
- 8.º Que tal vez es mejor hacer una enterotomía ó una colotomía cuando el intestino está seriamente alterado, que esperar la curación por anastomosis.



TRATAMIENTO DE LAS ANEURISMAS

POR LAS INYECCIONES SUBCUTÁNEAS DE GELATINA

El Profesor Stoicesco (de Bucarest) publica en el *Journal de médecine interne* una serie de observaciones de aneurismas de la aorta y del tronco braquio-cefálico, que han mejorado casi todos, y algunos se han curado con inyecciones subcutáneas de 120 gramos de suero gelatinoso al 2 por 100;

para prevenir la fiebre que con frecuencia se presenta después de estas inyecciones, se hace tomar á los enfermos un gramo de sulfato de quinina en dos dosis. Según la indicación se aplica de nuevo la inyección cada semana ó cada mes; como efecto inmediato los dolores disminuyen, y como secundario se observa una retracción del tumor, que continúa después progresivamente. En un caso, con tres inyecciones, se obstruyó completamente la bolsa, que poco á poco se retrajo y disminuyó tanto, que teniendo el volumen de una paranja pequeña cuando entró la enferma al Hospital, apenas tenía el de una nuececilla á su salida; á los siete meses la curación se sostenía. Hecho importante: jamás ha observado accidentes el Sr. Stoicesco.

Casi al mismo tiempo, el Dr. Regett ha publicado una tesis sobre la misma materia, con una serie de observaciones recogidas en los Hospitales de Burdeos, con resultados mucho menos favorables. Para explicar estas divergencias entre los observadores admite el Dr. Regett que debe hacerse una clasificación muy importante de las aneurisma, fundada en su edad y no en su sitio, porque como la fibrina inyectada en la sangre se deposita sobre las paredes del saco, el endasteiro que lo tapiza debe encontrarse en un período activo de vitalidad, es decir, en el momento en que principia la aneurisma, para que la pequeña cavidad de éste se llene fácilmente, y para que los vasa-vasorum, que stán probablemente hipertrofiados, organicen rápidamente el coágulo de fibrina inerte, transformándose en masa activa y proliferante; por estas razones son mayores las probabilidades de éxito en las aneurismas del tronco braquio-cefálico y de la subclavia, que se hacen visibles más pronto que en los de la aorta.

En resumen: para las probabilidades de la curación debe tenerse en cuenta la fecha de la afección; si los enfermos se confiasen desde el principio á los médicos, es seguro que se obtendría un mayor número de curaciones.

TRATAMIENTO DE LA DISENTERIA

POR EL PERMANGANATO DE POTASA

El Dr. Gastinel, médico de primera clase de la marina, dice en los *Archives de médecine navale* que á todos los enfermos con disenteria los ha tratado con el permanganato de potasa, que según él es muy superior al nitrato de plata.

Sus efectos son los siguientes: detiene las secreciones mórbidas y, por consiguiente, las deposiciones, desaparecen el tenesmo y los otros síntomas dolorosos de represión abdominal; alivia curando.

M. Gastinel dice que enfermos con cólicos violentos, con dolores abdominales, que por sus irradiaciones parecían atacados de peritonitis, y que suplicaban que se les pusiera una inyección de morfina, se aliviaban como por encanto después de una lavativa con permanganato de potasa, al mismo tiempo que se suspendían las evacuaciones por doce ó veinticuatro horas.

La lavativa con permanganato es necesariamente dolorosa; pero el dolor es sordo, muy soportable, se calma progresiva y rápidamente, durando rara vez más de media hora, y da la curiosa sensación de un dolor útil; se ve, pues, que en nada es comparable al producido por la lavativa de nitrato de plata.

Después de varios ensayos clínicos ha adoptado la solución de 0.50 gramos por 1,000 gramos, para aplicar una lavativa de 500 gramos, aproximadamente á la temperatura de 45°, con lentitud y con dos ó tres detenciones de diez segundos; procediendo así se suprimen los fenómenos espasmódicos, se reduce al minimum el dolor y penetra con mayor seguridad á lo largo del grueso intestino. Para recibirla se acuesta el enfermo ligeramente inclinado sobre el lado izquierdo, con los muslos y las piernas plegadas y las nalgas un poco levantadas, durante la primera tercera parte; sobre la espalda para recibir la segunda, y sobre el lado derecho para la tercera; la lavativa se retiene como minimum medio minuto, y como maximum, dos minutos. Como la lavativa debe aplicarse siempre caliente, un medio sencillo de proceder es éste: se prepara

una solución al 1 por 1,000, y á 250 gramos de la solución fría. Se agregan 250 gramos de agua suficientemente caliente, para que la mezcla quede á la temperatura conveniente, es decir, tan caliente como se pueda tolerar; un cuarto de hora antes de aplicarse la lavativa de permanganato se pondrá una de agua hervida, preparada con 500 gramos de agua y 2 gramos de bicarbonato de soda á 45°, para desprender el mucus; después de cada lavativa activa es indispensable permanecer durante una hora en reposo en la cama; por otra parte el reposo en la cama es un elemento importante del tratamiento de la disentería, porque asegura la inmovilización del intestino.

Para obtener del tratamiento por el permanganato de potasa todos sus buenos efectos, debe usarse lo más pronto y lo más cerca posible del principio de la enfermedad; así, desde la primera lavativa mejoran todos los síntomas dolorosos é inquietantes de una manera notable, y se siente un verdadero bienestar.

Cuando un enfermo se presenta con los síntomas de la disentería se ordena una lavativa con permanganato de potasa, á 50 centigramos por 1,000; si es por la tarde, ésta es toda la prescripción, y para el día siguiente por la mañana temprano se prescribe otra lavativa de la misma composición y se hace tomar un gramo de calomel sin otra medicación para el día.

Si el enfermo se presenta por la mañana se le hace aplicar la lavativa lo más pronto posible, y cuando ha vuelto la calma, ó sea una hora después, se toma el calomel.

La lavativa de permanganato forma después parte de la prescripción cotidiana, y si la intensidad de la enfermedad lo requiere, se aplican dos en las veinticuatro horas, con diez ó doce horas de intervalo entre las dos; también puede darse el calomel dos ó tres veces si las evacuaciones no se modifican pronto; el régimen lácteo se usará al mismo tiempo.

M. Gastinel aplica á los niños con disentería el mismo tratamiento que para los adultos, dando la dosis apropiada de calomel, y usando, á partir de cuatro años, de una solución de permanganato de 20 centigramos por 1,000; á un niño de tres años aplicó la solución preparada con 15 centigramos, y á otros de dos años con 10 centigramos, en ambos casos con buen éxito.

CURACION DE LA ASCITIS SINTOMATICA

DE LA CIRROSIS HEPÁTICA POR UNA OPERACIÓN

El Dr. Rutherford Morrison publica en *The Lancet* la historia de un hombre de 42 años, á quien operó con buen éxito para curarlo de una ascitis consecutiva á la cirrosis hepática; el manual operatorio es el siguiente: cloroformizado el paciente, hizo una incisión sobre la pared abdominal en la mitad de la línea que va del ombligo al apéndice xifoide, suficientemente extensa para poder introducir el dedo índice con el objeto de explorar la superficie hepática; que en el caso en cuestión tenía la dureza y las desigualdades características; confirmado el diagnóstico, se prolongó la incisión del apéndice ensifirme al ombligo; introdujo su mano en la cavidad abdominal, y apoyando el dedo sobre la pared, de modo de hacerlo visible á tres pulgadas encima del pubis, hizo una incisión para introducir un tubo de vidrio en el espacio recto vesical. Casi dos galones de líquido salieron tanto por la incisión superior como por el tubo. La incisión superior permitía examinar el hígado y el bazo: el primero tenía el aspecto típico de la cirrosis alcohólica, y aun cuando pequeño, no era tanto como podría suponerse por el examen á la percusión; el bazo tenía seis veces su volumen normal. Después de vaciar la cavidad abdominal, y de secarla con esponjas lo mismo que la superficie anterior del hígado y del bazo, las circunvoluciones intestinales descubiertas, el peritoneo parietal y el grande epiplón, fue adherido este último por medio de amplias suturas al peritoneo parietal, formando la pared abdominal anterior, cerró la incisión superior por medio de suturas profundas y superficiales, dejó el tubo de vidrio algo saliente y muy asegurado, se aplicaron desde el epigastro hasta el tubo de drenaje tiras de esparadrapo largas y anchas muy bien apretadas, y se dio orden á la enfermera que conservara la curación perfectamente seca, para lo cual debía extraer por medio de una jeringa el líquido que se acumulara en el tubo; en las primeras 24 horas extrajo 8 onzas 4 dr., en las segundas 6 onzas 6 dr., en las terceras 4 onzas; á los seis días se cambió la curación por la primera vez, se quitó

el tubo de vidrio y se reemplazó por uno de caucho; y como tanto en este día como en los dos siguientes se mojaba la curación, hubo necesidad de cambiarla con mucha frecuencia; á los ocho días de colocado el tubo de caucho, y en atención á que el vendaje se conservaba seco por mucho tiempo, se le extrajo, y dos días después el enfermo se fue para su casa con la herida cicatrizada, exceptuando el punto en que estaba el tubo.

Desde el punto de vista quirúrgico la convalecencia fue rápida y continua, pero se observó desde que estaba en el Hospital una depresión mental bastante notable, que en su casa se acentuó más, y que alternaba con períodos de excitación; estos fenómenos pueden ser uno de los peligros especiales de la operación, y el Dr. Drummond los ha observado varias veces en individuos atacados de cirrosis, con ascitis ó sin ella; en uno á quien se le hizo la autopsia nada se le encontró en el sistema nervioso que explicara los síntomas; él cree que ellas tienen por causa el paso directo de sustancias formadas en el intestino á la circulación general, sin que el hígado las modifique; la influencia favorable que en estos casos ejerce un purgante enérgico, confirma esa opinión. Volviendo al operado, éste siguió perfectamente bien, tanto que una compañía de seguros pidió informes sobre la naturaleza de la operación que había sufrido.

La única diferencia en el manual operatorio entre este caso y los anteriores, es el lugar de la incisión abdominal, que se hizo en la parte superior de la línea blanca en vez de la inferior, para evitar las hernias que con alguna frecuencia se forman, como sucedió con una mujer que había sido antes operada, y que más tarde murió á consecuencia de una intervención quirúrgica para curarle la eventración; hecha la autopsia, previa inyección de los vasos por la vena porta, se encontraron el hígado, el vaso y los intestinos unidos á la pared por bandas fibrosas, algunas de las cuales parecía que apenas contenían el bazo sanguíneo, teniendo muchas de ellas hasta cuatro pulgadas de longitud; el epiplón estaba también fuertemente adherido á la pared abdominal anterior; en todas estas adherencias se ven inyectados innumerables vasos que pasan de las vísceras y del epiplón á las paredes, teniendo muchos de ellos las dimensiones de una arteria ra-

dial normal; el plejo vascular subperitoneal forma una espesa y apretada red. El hígado estaba muy atrofiado y degenerado el bazo: tienen por lo menos cuatro veces su dimensión normal; las células biliares están en plena degeneración grasa, y sólo se encuentran unas pocas al estado normal en la parte central del lóbulos; hay numerosos canaliculos biliares de nueva formación. El estado de los vasos demuestra que por medio de la operación puede establecerse una amplia circulación colateral, suficiente para prevenir la ascitis, y que el aumento del bazo no tiene relación, por lo menos en el caso de que se trata, con la obstrucción de la circulación porta.

Las conclusiones del autor son las siguientes: 1.ª La ascitis consecutiva á la cirrosis del hígado puede curarse promoviendo la formación de una circulación colateral suficientemente amplia; 2.ª La peritonitis adhesiva forma adherencias en el contenido abdominal y sus paredes, con neoformación de vasos sanguíneos, que serán permanentes si fueren necesarios; 3.ª La operación descrita en el *Brit. med. Jour.*, Sept., 19th., 1896, en asocio del Dr. Drummond, es el método más seguro y más inofensivo de producir las adherencias; 4.ª No es aceptable el tratamiento de las ascitis consecutivas á las cirrosis hepáticas, por la parasentesis repetida indefuidamente; si no se obtuviere resultado satisfactorio después de haberse practicado una ó dos veces, y que además, condición importantísima de éxito, no hubiese complicación, se ejecutará la operación, que ofrece las mayores probabilidades de prolongar útilmente la vida. (*The Lancet*, Marz. 27, 1899, pág. 1,426).

BIBLIOGRAFÍA

TRATADO DE CIRUGIA CLINICA Y OPERATIVA

Publicado bajo la Dirección de los Sres. A. Le Dentu y Pierre Delbel, traducido al castellano por José Núñez Granés, y anotado y comentado por Federico

Rubio y Galf—Madrid—Hernando y Compañía, Arenal 11 y Quintana 31—1899.

En el primer volumen de esta obra, escrito por los Sres. Nimier, Ricard, Fame, Le Dentu, Lyol, Brodier y Delbet, se trata extensamente la patología quirúrgica general, comprendiendo en este estudio, al corriente con los modernos adelantos científicos, las contusiones y heridas, las complicaciones de los traumatismos, no sépticas y las sépticas debidas á un microbio único y constante, como el tétano, la erisipela, la septicemia gaseosa, ó á un microbio específico probable pero no conocido, como la podredumbre de hospital, ó á microbios variables aislados ó asociados, como la inflamación, la supuración, los abscesos calientes, los flegmones circunscritos ó difusos, la septicemia y la infección purulenta. Las enfermedades generales y los traumatismos, comprendiendo las diátesis infecciosas, intoxicaciones, lesiones viscerales, y estados fisiológicos. Las lesiones destructivas de los tejidos por el calor y el frío. Las gangrenas, úlceras, fistulas y cicatrices. Las enfermedades virulentas, á saber: tuberculosis y abscesos fríos, carbunco, pústula maligna, lamparones, muermo y actinomicosis. Los neoplasmas divididos en paraplasmas, como los angiomas, linfangiomas, etc.; histeroideos, como los neuromas, miomas, lipomas, etc.; embrionarios, los sarcomas y epitelomas y los tumores heterotópicos.

La parte de este volumen, destinada á la patología quirúrgica especial, está dedicada al estudio de las enfermedades del aparato cutáneo, y contiene las lesiones infecciosas de los folículos pilo-sebáceos y de las glándulas de la piel, y las lesiones de ésta propiamente dichas: tuberculosis cutánea, lupus, gomas tuberculosas; las lesiones orgánicas, como las hipertrofias de la capa cornea de la epidermis, los cuernos cutáneos, los epitelomas, verrugas, queloides, fibromas, moluscos, etc., etc., los quistes sebáceos, los tubérculos cutáneos dolorosos, y las lesiones por parásitos no microbianos, elefantiasis y dracunculosis.

TRATADO DE FARMACIA TEORICO Y PRACTICO

aplicado á la Medicina y Farmacia por Juan B. Miranda, profesor de Farmacia y de Farmacia legal en la Escuela de Medicina y Farmacia de Santiago de

Chile. 2 volúmenes en 4.º, con 500 páginas cada uno y grabados intercalados en el texto. Imprenta, Litografía y Encuadernación, Barcelona, moneda entre Estado y San Antonio, Santiago de Chile.

¶En el tomo 1.º, dedicado á la Farmacia galinien ú operatoria, describe el autor con claridad y precisión las operaciones que los farmacéutas necesitan conocer á fondo para la conveniente preparación de las diversas formas medicamentosas, á saber: soluciones, filtraciones, clarificaciones, destilaciones, etc. etc.; y luego estudia por grupos las formas farmacéuticas, según que resulten de una operación simple ó mecánica sin intervención de ningún agente nuevo, como los polvos, las pulpas, los zumos ó jugos animales ó vegetales, ó que se obtengan por solución con ayuda de un vehículo variable, como los hidrolados, los alcoholatados, las tinturas alcohólicas ó etéreas, los vinos y los vinagres medicinales; ó por medio de una operación farmacéutica por destilación, como las aguas destiladas y los espíritus; por evaporación, como los extractos. En otro grupo se reúnen las formas farmacéuticas en las cuales entra como escipiente ó vehículo el azúcar y demás sustancias sacarina; luego vienen las preparaciones con sustancias grasas ó semejantes como base, y las formas ó medicamentos animales, como píldoras, cápsulas, inyecciones, colodiones, etc.

En este tratado encontrarán los farmacéutas y los estudiantes metódicamente expuestos cuantos datos necesiten en el curso del ejercicio de su profesión ó durante sus estudios.

L'ART PRATIQUE DE FORMULER

A l'usage des étudiants et des jeunes praticiens—G. Steinheil, éditeur 2 rue Casimir—Delavigne, 2, Paris 1900

Con este tratado llena el autor un vacío muy notable en la educación práctica de los estudiantes de Medicina, y hasta de los médicos recién graduados, quienes salen de las facultades sin los conocimientos indispensables en el arte de formular, viéndose obligados á recargar la memoria con las fórmulas que encuentran en los formularios. Estudia con detención las partes que componen una receta, la sustancia activa, la ayudante, el vehículo, el correctivo, el modo de usarse, las

incompatibilidades, etc. etc. Son muy útiles los cuadros de solubilidad, de sinergia y de incompatibilidad que encierra este tratado de verdadera utilidad científica y práctica.

PATOLOGIA DENTAL

6 descripción anatómo-patológica de las enfermedades que tienen su desarrollo en la cavidad bucal, por D. Mariano Riva y Fortoño, Cirujano Dentista; edición ilustrada con grabados. Zaragoza, España. Tipografía de Nadel, calle de D. Jaime I, número 47.—1900.

Del Prólogo de esta obra tomamos lo siguiente:

“ En estilo claro y sencillo, cual corresponde á una obra de la índole de la presente, después de definir la Patología dental, y fijar los límites de su campo de acción, entra el autor de lleno en la descripción minuciosa y detallada de todas las afecciones que pueden tener asiento en la cavidad bucal. Cada capítulo principia con una minuciosa descripción anatómica del órgano que va á estudiar, y luego describe las enfermedades propias al mismo, con sus respectivos tratamientos, dividiendo y subdividiendo la materia cuando así lo exige la necesidad, y remontándose más de una vez á los altos problemas de la Patología general, relacionados con la especialidad de que se ocupa. Resumiendo: esta obra es una antorcha luminosa que servirá de segura guía á los jóvenes que aspiran al título de Cirujano Dentista, lo mismo que á los encanecidos en el ejercicio de tan distinguida profesión; unos y otros hallarán descritos, con la mayor extensión, todos los casos que en la práctica les puedan ocurrir y los tratamientos más racionales y conformes con los últimos adelantos de la ciencia, sancionados todos por la sabia experiencia del autor en su concurrido Gabinete.”

SIFILIS Y ENFERMEDADES VENEREAS

por el profesor Finger de Viena. *Segunda edición francesa*, traducida de la cuarta edición alemana, con introducción y notas de los Sres. Doyon y Spillmann; 1 gran volumen in 8.º, con 6 planchas coloreadas independientes del texto. 12 francos. (Editor, Félix Alcan).

Este tratado resume de manera clara, concisa, los conocimientos actuales sobre las enfermedades venéreas y sifilíti-

cas; allí encontrarán los lectores la exposición de las doctrinas de la escuela vienense, con un cuadro completo de todos los tratamientos actualmente en uso, para la blenorragia, el chancro simple y la sífilis; por estas razones este libro es de grande utilidad para médicos y estudiantes, á los cuales les servirá de preciosa guía en el estudio y tratamiento de estas diversas enfermedades. La última parte está consagrada á las enfermedades oculares de origen blenorragico ó sifilítico.

Grande ha sido el éxito de este libro en Alemania, lo mismo que en Francia, en donde ha llegado rápidamente á su segunda edición. La traducción que hoy publican los Dres. Doyon y Spillmann ha sido revisada, y comprende gran número de notas relativas á los trabajos de la escuela francesa.



I N D I C E de la serie XXII.

A.	Actas de la Academia - - -	386 - 389 - 421- 425. 449.
	Accidentes de la voz humana - - - - -	620.
	Anquilostoma duodenal - - - - -	404.
	Anquilostomiasis - - - - -	398
B.	Bibliografía - - -	408-486-574- 607.- 636.
C.	Curación de la ascitis sintomática - - - -	-634
D.	Discursos (Sesión solemne) - - - - -	391.
E.	El Dr Gabriel Castañeda - - - - -	609
	El Dr Manuel Plata Azuero - - - - -	418.
	Etiología de la fiebre amarilla - - - - -	577.
	Esterilización de las aguas - - - - -	552.
F.	Fiebre amarilla; su tratamiento - - - - -	599
	id id ; su etiología - - - - -	552.
I.	La Lepra en sus aspectos clínicos y pa- tológicos - - - - -	410- 444. 477- 488. 533.
	La peste - - - - -	518.
	La peste bubónica - - - - -	561.
N.	Necrología. Dr M. Plata Azuero, - - - - -	-418.
	id Dr. Gabriel Castañeda, - - - - -	609
P.	Paludismo. - - - - -	407
S.	Sociedad Clínica de los Hospitales de Bo- gota. - - -	-394.-431-451. 481-541-545
T.	Tratamiento de la fiebre amarilla. - - - - -	518.
	id de la oclusión intestinal - - - - -	626
	id de los aneurismas - - - - -	630.
	id de la disenteria - - - - -	632.
V.	Veneno de las serpientes - - - - -	611.

-----cOo-----