REPUBLICA DE COLOMBIA—DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

AÑO I. | Medellín, Octubre de 1888. | NUM. 9.

EL MEDICO-LEGISTA EN COLOMBIA

No hay, ciertamente, en los pueblos civilizados, dejando aparte el sacerdote católico, cuya augusta misión es de un orden distinto, personaje más importante, miembro más útil á la comunidad, que el médico. Ningún acto de alguna significación ó trascendencia, en la vida del individuo ó en la de la sociedad, se ejecuta hoy sin su intervención, sin su auxilio ó su consejo. El asiste al nacimiento de sus semejantes, vigilando con solícito cuidado la salud de la madre, que sin pensarlo corre los peligros de un combate á muerte, y atendiendo á la vez á la débil criatura, que desde aquel instante entra en lucha desventajosa con cuanto la rodea. Sigue al recién nacido por el camino escabroso de la infancia, librándolo á cada paso de los mil accidentes á que está expuesto; dirige sus juegos, atiende al desarrollo de todos sus órganos, al perfeccionamiento de sus sentidos y facultades; lo guía en la adolescencia, lo aconseja y dirige en la elección de estado; le da medios de domar, en unos casos, las pasiones, y de obtener, en otros, el fruto bendecido de su unión conyugal.----

Acompaña al hombre en todas las situaciones, es para todos el amigo y el consuelo. Calma los dolores del que sufre, combate sus enfermedades, vuelve la vista al ciego, el oído al sordo, el movimiento al paralítico; arregla los miembros dislocados, restaña la sangre que fluye de las venas, sana sus heridas, suelda sus huesos, extirpa sus tumores y amputa las partes que se han hecho yá inconservables. El redobla sus cuidados con la ancianidad, conserva su calor, activa el fuego, sostiene la llama de la vida, y aunque vencido al fin por los años y la muerte, acompaña á su protegido hasta el sepulcro, para mitigar sus angustias, endulzar la amargura de sus últimos momentos; y cuando parecía concluída su obra, vuelve al lado de los deudos doloridos, de la viuda ó del huérfano, á suavizar sus penas, á fortificar su organismo, á sostener su razón ó volverla á su carril si se ha extraviado.

El surca el Océano en todas direcciones, anda en todos los bajeles, cuidando la salud del marinero, acompañando al viajero intrépido, al explorador audaz ó al pobre colono que va á lejanas tierras en busca de pan y bienestar.

Se lanza impávido á los campos de batalla, sin cuidarse del estruendo del cañón ni del silbido de las balas, sin pensar en honores, que ni son para él ni sabe ambicionarlos, y llevando por divisa la insignia de la Redención,—una cruz roja sobre fondo blanco,—afronta todos los peligros, socorre á todo el que ha sido herido, sin preguntarle su nombre, sin inquietarse de sus opiniones políticas ni de su nacionalidad.... Sacerdote del dolor, cierra sus ojos para no ver, para no distinguir amigos ni enemigos, y lleva el bálsamo saludable adonde quiera que oye quejarse!

En las épocas de epidemia, él se olvida de sí y de los suyos, para pensar sólo en la calamidad general. Sin tregua ni descanso, sin comer ni dormir, corre de casa en casa, de choza en choza, por las ciudades y los campos, llevando á todos el remedio que muchas veces no alcanza para sí, pues con frecuencia, herido á mansalva por la terrible plaga, cae fulminado, combatiendo en defensa ajena, y expira en silencio, sin lauros y sin gloria, sin otra recompensa que la satisfacción interior de haber llenado su deber.

Para juzgar de la importancia y de los servicios del médico, basta considerar lo que sería sin ellos una ciudad acometida de la peste.

Se ha citado á veces, como argumento en contrario, el hecho de haber sido expulsados los médicos de Roma, por orden del Senado, hacia el año 590, y haberse sostenido la proscripción por cerca de seis siglos. Esta afirmación es inexacta, pues sólo fueron expulsados los médicos griegos, no por ser médicos sino por su nacionalidad. Si el hecho fuera cierto, ó más bien, si hubiera hoy país alguno donde así se obrara, eso probaría simplemente la suprema barbarie de tal pueblo. Pero volvamos á nuestros tiempos.

El médico va á las Corporaciones municipales, á las Asambleas y Cámaras legislativas, á ayudar con sus luces y consejos á todo lo que, en el orden político ó administrativo, se roza con la salud general de los asociados. El interviene en la elección de sitio para las poblaciones, en el trazo de sus calles y plazas, en su abastecimiento de aguas, en el arreglo de sus albañales, en la construcción de sus templos, sus teatros, sus escuelas, sus cementerios, sus mercados y mataderos. ¿Y qué sería de una población donde todo eso se hiciera á ciegas, inconsultamente, sin tocar para nada con los hombres de ciencia?

Hasta aquí hemos considerado al médico en lo más co-

mún y lo más hermoso de sus actos, como clínico y como higienista, es decir, como ángel del hogar y como ninfa Ægeria del gobernante. Vamos ahora á considerarlo en otras de sus funciones, como auxiliar ó guía del Magistrado, como antorcha de la Justicia, ó más lacónicamente, como médico-legista. Noble y elevada, pero grave y tremenda es la misión de que aquí está investido! Va á hacer concurrir todos sus conocimientos, la vastísima ciencia de que está ó debe estar en posesión, á la recta y fiel administración de justicia. Va á ser, en realidad, el árbitro, mejor dicho, el Juez en todos los asuntos en que está llamado á intervenir.

En cuestiones de Derecho civil, su voto será, en muchos casos, el fallo que declare nulo ó indisoluble un enlace matrimonial, legítimo un nacimiento, adjudicable una herencia, válido un testamento ú otro acto de importancia, en que se requiera integridad de la razón.

En asuntos criminales, especialmente en lo que se refiera á atentados contra las personas, él será á la vez el Fiscal, el Defensor y el Juez, porque de la apreciación que haga de los hechos, se seguirá necesariamente la gravedad de la pena que ha de aplicarse. Será la cabeza que dirige, la boca que habla; el Magistrado será simplemente el brazo ejecutor de la ley escrita.

Sí, grave y noble misión, que exige de parte del médico extensos y sólidos conocimientos, clara inteligencia, espíritu penetrante y perspicaz, juicio recto, moralidad á toda prueba, independencia y elevación de carácter; porque como ha dicho un escritor eminente, el médico-legista necesita penetrarse bien de la importancia de su encargo, considerar que las prerrogativas de que goza, la confianza que en él han depositado, no son de pura fórmula; que debe investigar acusiosamente la verdad, hacerla brillar enmedio de las tinieblas, y decirla TODA, sin vacilaciones y sin pensar para nada en sus resultados, en las consecuencias favorables ó adversas al acusado.

Necesita mantenerse impasible enmedio de opuestos intereses, sin inclinarse al lado de la acusación ni al de la defensa, recordando que, como dice el Libro santo, *tan abominable es para Dios quien absuelve al culpable como quien condena al inocente.* (1)

Bien entendido que sólo se trata aquí de la inclinación del ánimo, de la voluntad, de la intención del médico-legista; que es esa la que su deber y su conciencia le prohiben consentir; no la que resulta naturalmente de los hechos friamente investigados, porque pretender que haya exposiciones médico-legales dignas de

(1) Prov. XVII, 15.

ese nombre y que sean sin alcance alguno, sin bien ni mal para el reo, es querer un imposible, es perseguir una utopía.

Desde que el médico-legista afirma que una herida no causa incapacidad de trabajo, que la produce de tres días, de ocho, de treinta ó de sesenta, ó que deja lesión de por vida; que la muerte dada á un individuo fue accidental ó intencional, de frente ó á traición, según aparezca del examen cadavérico, yá está haciendo, sin pensarlo ni quererlo, la defensa ó la acusación del sindicado, señalándole al Juez el artículo infringido, la pena que le corresponde al delito.

Por eso ha dicho alguien, no sin fundamento, que la vieja expresión del pretor romano, que pedía hechos para administrar justicia, *Da mihi factum et dabo tibi jus*, podría muy bien traducirse, dirigiéndose al médico-legista: *Indícame en la ley el artículo violado, que yo lo aplicaré.*

Viene de ahí la necesidad para el médico-legista, verdaderamente tál, de conocer la legislación de su país, puesto que á cada paso habrá de andar, como en su propia casa, por aquel terreno, que pudiera llamarse jurídico.

Mas no es solo la apreciación de los hechos lo que el médico-legista está llamado á hacer en las consultas judiciales; nó, que en muchos casos donde reina absoluta oscuridad, es él el único que puede hacer brotar la luz. ¡Cuántas veces, de la tierra de un sepulcro, ha extraído el veneno que años atrás se había administrado! A la vista de unos pocos huesos sueltos ó dispersos, él determina el sexo, la edad, la estatura, los vicios de conformación y el género de profesión del individuo á quien pertenecían, y aun averigua si era zurdo ó derecho. Examinando el cadáver de un feto, aun después de corrompido, él reconoce si nació muerto, si una madre infeliz es víctima de acusaciones infundadas, ó si, por el contrario, inferior á las fieras en el instinto de la maternidad, sacrificó indefenso el fruto de su vientre____

Vese, por lo expuesto, de qué importancia es para la sociedad el papel del médico-legista. Sin su intervención ¡cuántos inocentes serían hoy, como en otros tiempos, sacrificados en el altar de los errores y de la ciega pasión popular! Cuántos delitos quedarían ocultos, cuántos malvados impunidos!

Por eso, en los países más adelantados, el médico-legista es grandemente considerado, enaltecido en su dignidad, elevado á la categoría de funcionario público á quien se le remunera su trabajo, no porque servicios de esa naturaleza se compren con dinero, sino

para significarle que la sociedad sabe apreciar sus estudios, estimar y agradecer su labor.

Muy lejos estamos todavía nosotros de seguir ese ejemplo de los pueblos cultos. Aquí, cuando la noticia de un asesinato, de un estupro ó de una violencia de otra especie sorprende la ciudad, los alguaciles se dispersan por las calles, invaden los zaguanes y aposentos, provistos de papeletas en que se conmina con fuerte multa al primer médico, el primer boticario ó el primer estudiante en medicina que hallen á la mano, si no concurre al instante á hacer de perito, á resolver elevadas cuestiones de Medicina legal. Muchos de los facultativos que logran saber á tiempo lo que pasa, se encierran en sus casas, aun con perjuicio de sus enfermos, sea porque les inspiren natural repugnancia esa clase de exámenes, sea que no se juzguen con las aptitudes necesarias, ó que necesiten su tiempo para estudios ó trabajos de otra especie, y que estén yá cansados de prestar diariamente al público esa clase de servicios, que nadie retribuye ni agradece, y poniendo sus instrumentos y reactivos. Y qué sucede? Que llega la noche sin que se haya conseguido quién haga la autopsia ó practique el examen requerido, hasta que al fin el más desapercibido á quien atrapa la Policía, desempeña la comisión como bien puede ó por salir del paso, haciendo tal vez el papel del médico de Moliére (2).

Nó, en el estado avanzado de la ciencia, en la vastísima amplitud que han tomado todos sus ramos, la Medicina legal debe constituír una especialidad, y su intervención no debe solicitarse sino en una forma compatible con la civilización y cultura de la época en que vivimos. Se puede ser buen clínico, ó cirujano experto, ó hábil oculista ó distinguido ginecólogo, y no poseer, sin embargo, las dotes necesarias, el recto criterio y la perspicacia indispensables para ocuparse con fruto en asuntos médico-forenses, para ver claro en las cuestiones en que falta luz.

Nuestros gobiernos deberían, á ejemplo de los de Europa, fomentar con interés esa enseñanza, y crear cuerpos, consejos, juntas ó agrupaciones de profesores competentes, investidos de carácter oficial, á quienes se encargara exclusivamente el dar evadición á esos asuntos, el ilustrar los negocios de Medicina legal y administrativa. Ese sería para la sociedad un gran progreso, y para la recta administración de la Justicia, una garantía más.

Medellín, Octubre de 1888.

ANDRÉS POSADA ARANGO.

(2) "Le Médecin malgré lui."

POLIPOS UTERINOS

No entra en mi propósito presentar al lector una monografía completa sobre estos tumores: bastante extensos son los ginecólogos en esta materia para que yo pueda agregar algo á lo dicho yá; haré sí notar algunos puntos etiológicos que de mis observaciones se desprenden; llamaré la atención sobre los caracteres macroscópicos de ellos, y su aplicación á la terapéutica quirúrgica, y últimamente las mismas observaciones que van á seguir, evidenciarán la frecuencia con que los pólipos uterinos se presentan en esta localidad.

PRIMERA OBSERVACION

Pequeño pólipo glandular del cuello que daba lugar á copiosas hemorragias.—Excisión con las tijeras.—Curación completa y rápida.

En el mes de Octubre de 1885 fui llamado á ver una señora de 34 años de edad, soltera, de buena salud habitual si se exceptúan algunos accesos de asma habidos en épocas anteriores; su menstruación principió á la edad de catorce años y desde entonces se efectuó con regularidad hasta el mes de Mayo anterior, época en que principió á notar que esta función se efectuaba irregularmente, las perdidas eran más abundantes y se presentaban, primero dos veces en el mes y luégo casi diariamente; la sangre era roja, sin cuajarones y sin fetidez; nunca hubo dolores, pero la enferma se extenuaba diariamente. Cuando la examiné no hallé en su hábito externo nada notable; mi paciente estaba anémica, lo que se caracterizaba por la palidez de la piel y mucosas y por un soplo algo fuerte en los vasos del cuello.

Por el tacto vaginal encontré el himen intacto, pero dejó pasar fácilmente mi dedo; el útero en su lugar, de consistencia, forma y movilidad normales; el examen con un espéculo apropiado, me mostró el cuello uterino de volumen normal, muy congestionado y que sangraba al menor contacto; arrojando una inyección de agua fría para lavar la sangre, noté que algo como una falsa membrana se movía: examiné con cuidado y percibí que era un cuerpo rosado, como gelatinoso, de largo pedículo inserto en la cavidad del cuello y en forma de retorta; el cateterismo del útero lo practiqué fácilmente y mi sonda penetró siete centímetros con toda libertad, lo que me hizo juzgar que en el fondo no había otro cuerpo anormal.

Diagnostiqué un *pólipo glandular* inserto por su pedículo en la parte izquierda de la pared del cuello uterino; tomé unas largas ti-

jeras y lo extirpé cortando su pedículo lo más arriba posible. Una breve hemorragia, la que dominé con un tapón de algodón aplicado y sostenido sobre el cuello por unos pocos momentos, fue el único incidente que sobrevino. Recomendé quietud y lavar dos veces diariamente con una solución aluminosa al 2 %. A los ocho días mi enferma completamente buena, se entregaba á sus faenas diarias.

Examinado el pólipo después de extraído, tenía consistencia gelatinosa y se disgregaba fácilmente al comprimirlo entre los dedos con alguna fuerza. No tuve la curiosidad de conservarlo.

SEGUNDA OBSERVACION

Enorme pólipo inserto en el cuello uterino; produjo un prolapso del útero; situación casi desesperada de la enferma; extirpación con el constrictor de Chassaignac: curación rápida y radical de la paciente.

En un día del mes de Diciembre de 1883, fui llamado á toda prisa para dar mis cuidados á una señora campesina, casada, de 39 años de edad, y multípara. Esta enferma había tenido dos abortos; uno de dos, otro de tres meses; la menstruación se estableció en ella á los 15 años y siempre fue normal; su salud fue buena hasta hace dos años, época en que principió á notar que sus pérdidas menstruales eran más abundantes y más frecuentes que de ordinario; tuvo á la vez pasajeros dolores en las caderas y un flujo, leucorréico algunos días, acuoso y muy abundante otros. Su vigor fue flaqueando, palidecio y llegó lentamente al último grado de postración y debilidad.

Estado de la enferma.—Decúbito dorsal, facies cadavérica, piel de color blanco amarillento, tipo de la caquexia anémica; mucosas bucal y ocular enteramente descoloridas; pulso frecuente y muy débil; palpitaciones cardíacas pronunciadísimas y voz apenas perceptible. Se veían á un lado de la cama piezas de ropa teñidas con la sangre que una fuerte hemorragia había producido; la enferma acababa de pasar un síncope, accidente que ocasionó mi llamada. El marido me dijo que desde el día anterior había salido por las partes genitales de su mujer un tumor parecido á la matriz y que desde entonces la pérdida de sangre no habia cesado sino por momentos. Esta relación me obligó á examinar aquella parte; para lo cual separé las piernas de la enferma y hallé entre ellas un tumor en forma de pera con base hacia abajo, de un color rosado pálido sucio, salpicado en su superficie de manchas sanguíneas, sin orificio en parte alguna; rugoso, duro, elástico, resistente, insensible y con pequeños puntos por donde parecía haber tenido lugar la hemorragia; un pedículo delgado y muy corto lo adhería

á la cavidad del cuello uterino; este pedículo estaba torcido sobre su eje y formaba al implantarse en el cuello varios pliegues, que ocultaban un pequeño orificio por donde pude deslizar una sonda uterina; el tacto vaginal me hizo notar que esta cavidad estaba llena por un cuerpo que creí sería el útero arrastrado por el tumor; el cateterismo vesical combinado con el tacto rectal me demostró que el útero en prolapso ocupaba la vagina, pues mi dedo colocado en el recto podía tocar el pico de la sonda introducida en la vejiga. La circunstancia de haber podido hallar entre los pliegues que por su torsión formaba el pedículo, el orificio del cuello uterino por donde pude hacer penetrar la sonda seis centímetros, me aclaró completamente el diagnóstico, en el que había estado vacilante. Eliminé pues la idea de una inversión uterina, accidente en que había pensado por la circunstancia de no estar el cuerpo del útero en su lugar, lo que hacia que por el recto pudiera tocar la sonda en la vejiga, signo negativo en caso de pólipo sin dislocación del útero y positivo en el de inversión del órgano. Diagnostiqué, pues, un pólipo fibroso del útero, inserto en el lado derecho del cuello y que por su volumen y quizá por su rápida expulsión había producido un prolapso del útero.

Como la enferma no soportaría yá otra hemorragia, procedí sin tardanza á extirpar el tumor; hice traer el constrictor de Chassaignac y como el volumen del tumor era tan considerable que se hacía imposible hacer pasar su cuerpo por el asa de la cadena teniendo fijas sus extremidades, hube de desmontarla, rodear el pedículo, montarla nuevamente y practicar la ablación con la mayor lentitud (un golpe por minuto) para evitar la hemorragia. El tumor se desprendió sin la menor pérdida de sangre é inmediatamente noté que el útero había ascendido notablemente.

Aconsejé á la enferma reposo absoluto, alimentación reparadora y lavados vaginales á mañana y tarde con una solución aluminosa al 2 °/₀. Su restablecimiento fue tan rápido que á los ocho días se levantaba yá, y á los veinte estaba robusta, de buen color, alegre y entregada á sus oficios domésticos.

El pólipo, enteramente semejante al que representa la pieza número 1.°, por su aspecto exterior, su dureza, su elasticidad y su forma, era más voluminoso que el anterior: pesó 390 gramos. Quise conservarlo y al efecto ordené que me lo llevaran á casa, lo que hicieron al siguiente día; pero como yá estuviera descompuesto, hube de renunciar á mi propósito.

El Dr. Atanasio Restrepo tuvo la fineza de acompañame á practicar esta operación.

TERCERA OBSERVACION

Pólipo uterino de mediano volumen, fibroso, que descendió á la vagina en donde fué extirpado con el constrictor; había ocasionado abundantes hemorragias; curación rápida y radical después de la operación.

El 3 de Enero de 1884 examiné una enferma de 35 años de edad, casada, multípara que no había tenido abortos; menstruación, siempre normal, principió á la edad de 15 años; su salud habitual fue constantemente buena; su profesión oficios domésticos; su último hijo nació hace un año. Pocos días después del parto y cuando aun no había terminado el estado puerperal, se presentó un flujo sanguinolento, que se repitió frecuentemente y siempre aumentando de día en día; de tres meses para acá, se han presentado dolores en las caderas; la metrorragia ha aumentado y ha alternado con grandes cantidades de un flujo acuoso; el ejercicio hace aumentar ambos síntomas; la enferma estaba robusta y nada pálida. Procedí de hecho al examen del útero y pude notar lo siguiente: la palpación abdominal reveló que el órgano estaba en posición normal; el tacto vaginal me hizo notar un tumor redondeado, rugoso, elástico, resistente, del volumen de un huevo de gallina, indolente y situado en la parte lateral izquierda del fondo de saco vaginal; además noté que dicho tumor estaba adherido por un pedículo delgado á la cavidad del cuello uterino, el cual ligeramente dilatado dejó entrar mi dedo; dejando dicho dedo sobre el hocico de tenca para que me sirviera de conductor pude hacer deslizar la sonda uterina entre el pedículo y el segmento derecho del cuello; ésta penetró seis centímetros; aplicando el espéculo confirmé lo que el tacto me había mostrado yá y pude ver la superficie rosada del tumor y su pedículo que se internaba en la cavidad del cuello; tomado el tumor con unas pinzas, vi que estaba completamente movible y que sangraba con mucha facilidad; retiré mi espéculo y lo encontré lleno de un líquido leucorreico y sanguinolento.

Al siguiente día, acompañado de mi colega Dr. Atanasio Restrepo, practiqué la extirpación del pólipo con el constrictor de Chassaignac, del modo siguiente: Puesto el tumor á descubierto con el espéculo de Ricord, lo tomé con una larga pinza-eriña y lo tiré fuertemente hacía abajo; saqué el espéculo y pasé las pinzas por el asa de la cadena y con maniobras apropiadas, sirviéndome de los dedos, hize deslizar dicha asa, no sin trabajo, por detrás del tumor; un ayudante tiró hacia abajo de las pinzas que tenían fijo dicho pólipo, y lentamente dividií su pedículo, sin producir sino una ligera hemorragia. De la misma forma y aspecto

que el de la pieza nº 4.°, este pólipo pesó ochenta y cinco gramos. La enferma guardó cama durante ocho días, haciéndose lavados vaginales con la solución aluminosa al 2 °/₀ y su curación fue radical. Frecuentemente la veo, más no sé si sus embarazos se han repetido.

CUARTA OBSERVACION

Enorme pólipo fibroso del útero detenido en la vagina; compresión de la uretra y del recto; pérdidas sanguíneas abundantisimas; mujer nulipara; accidentes secundarios sifiliticos.

Fui llamado á Palestina, población que dista unas dos y media leguas de esta ciudad, el 24 de Julio de 1883, para cuidar á una mujer que, según se me dijo, hacía tres días no podía orinar. A mi llegada cerca de dicha enferma me encontré con una mujer robusta pero pálida; de 38 años de edad; casada y nulípara; ignoraba á qué edad principió su menstruación, pero esta función sí se ha efectuado normalmente hasta hace unos dos años; su profesión ha sido la de nuestras campesinas; su salud habitual buena, salvo fuertes dolores de cabeza, en estos últimos tiempos, acompañados de una erupción en la cara y de ulceraciones en la boca, lesiones que aun hoy existen y que son sifilides secundarias; de dos años para acá notó que su menstruación era irregular y las pérdidas más abundantes que lo acostumbrado; apareció un flujo vaginal de agua, muy abundante, casi limpia, y otras veces leucorréico; éste alternaba con fuertes metrorragias; en estos últimos tiempos aparecieron dolores en las caderas; la enferma sintió, además, un tumor en el vientre, y aun llegó á suponer, no obstante sus flujos sanguíneos, que estuviera embarazada; de un mes para acá todos los síntomas habían aumentado y además la paciente se quejaba de peso en el perineo y tenía dolores expulsivos; hace tres días notó que estos dolores habían cesado y desaparecido á la vez el tumor del abdomen; el peso del perineo aumentó; hubo imposibilidad para defecar y la orina no podía ser emitida sino en pequeñísimas cantidades y tomando posiciones especiales; por lo demás la metrorragia no ha aparecido, pero la hidrorrea ha aumentado muchísimo.

Procedí á examinar á la enferma y noté lo siguiente: por la palpación abdominal un tumor fluctuante y voluminoso, mate y algo movible, formado por la vejiga llena de orina, el cual me impedía palpar el útero; el tacto vaginal me hizo notar á unos dos centímetros de la entrada de la vagina, un tumor redondeado y resistente, muy semejante á la cabeza de un feto y que llenaba todo el

espacio de esta cavidad; retiré mi dedo, practiqué el cateterismo vesical y extraje una gran cantidad de orina; aproveché la permanencia de mi sonda en la vejiga para practicar el tacto rectal combinado con el cateterismo vesical, mas no pude efectuar aquél porque el tumor vaginal llenaba toda la excavación y se oponía al paso de mi dedo; repetí el tacto vaginal y levantando á la vez el tumor pude con mucha dificultad deslizar mi índice entre éste y la pared izquierda de la vagina, hasta llegar á reconocer el cuello del útero, al través del cual pasaba el pedículo del tumor; no pude practicar el cateterismo uterino porque el tumor lo impedía; repetí la palpación abdominal y pude notar ya el cuerpo del útero, algo más voluminoso que lo normal; examiné la sensibilidad del tumor y ví que era nula.

Diagnostiqué un pólipo fibroso del útero recientemente metido en la vagina; diferí su extirpación para el siguiente día. Al efecto, armado del instrumento necesario volví á Palestina; repetí el cateterismo vesical para vaciar la vejiga y procedí luégo á la extirpación del pólipo, que fue muy laboriosa por la dificultad que encontré para colocar la cadena del constrictor. Puse la paciente en posición obstetricial; con una pinza-forceps pequeña tomé el pólipo poco más ó menos por su ecuador y lo atraje con fuerza hacia abajo, teniendo cuidado de no producir una inversión uterina, pues la historia del neoplasma me hacía creer que estuviera inserto en la cavidad de la matriz; confié dichas pinzas á un ayudante; desmonté la cadena del constrictor; formé con ella una asa por la que pasé mis pinzas; dirigí dicha asa por el lado izquierdo del tumor, entre él y la vagina, y ayudado de pinzas largas, haciendo tracciones al tumor hacia la derecha, pude llevar la cadena hasta el pedículo; servime luégo de otras pinzas para ir abriendo el asa, la que con mucho trabajo y después de emplear todos los medios que me sugirió la imaginación, pude colocar al rededor del pedículo. Lo que más me favoreció, fue la firmeza con que tomé el pólipo, pues así lo disloqué en un sentido y en otro y pude pasar la cadena entre él y la vagina. Una vez enlazado coloqué el asa hacia la parte inferior del pedículo, para que al unir las extremidades de la cadena al árbol del constrictor, quedara la extremidad de éste, que es curvo, colocada inmediatamente detrás del pubis; la maniobra duró cuarenta minutos, y otros tantos gasté en la sección del pedículo, y aun después de terminada ésta, cuando yá todo lo creía concluído, experimenté gran trabajo para extraer el tumor, que con suma dificultad salvó el anillo vulvar.

El tumor tiene una superficie algo rugosa; se ve sobre ella el

punto de implantación de su pedículo ; su peso es de 313 gramos, La pieza anatomo-patalógica n.° 1.° lo representa.

La enferma guardó cama durante ocho días, aplicándose diariamente inyecciones vaginales de una solución de alumbre al 2 °/° y luego siguió en sus faenas habituales. He tenido ocasión de tratarla durante tres años para curar su infección sifilítica y he notado que su restablecimiento fue completo.

QUINTA OBSERVACION

Tumor fibroso del útero muy voluminoso ; metrorragias abundantes ; extirpación con el constrictor, curación rápida y radical.

En el mes de Octubre de 1884 fui consultado por un hombre acerca de una enfermedad que sufría su mujer hacía dos años y medio, consistente en pérdidas sanguíneas abundantes, que alternaban con otras hidrorréicas más abundantes aún, y constante flujo vaginal de aspecto purulento. Además, me dijo que su mujer sentía un cuerpo grande que tendía á salir por la vulva, lo que le causaba mucho peso, dolores expulsivos, dificultad para orinar, constipación y una fatiga constante. Como la enferma estaba en el Departamento del Cauca, á unas tres leguas de aquí, convine con mi cliente en que al siguiente día iría á verla ; lo que al efecto, hice bien provisto de lo que pudiera necesitar si se trataba de un pólipo uterino, como yá sospechaba.

El día fijado, á las dos de la tarde, llegué á la casa de la enferma después de haberme encontrado en el camino con un posta que me urgia porque apresurara mi llegada. Encontré á la familia alarmada y más todavía á la enferma, porque esa noche, al hacer un esfuerzo para defecar, había sentido salir por la vulva un cuerpo que ella creía ser la matriz. De dicha enferma pude obtener los siguientes datos : mujer de 39 á 40 años ; menstruada á los quince, pero esta función fue siempre irregular hasta los veinte ; casada á los diez y siete ; había tenido once hijos y tres abortos ; había sufrido reumatismo y fiebres intermitentes por varias ocasiones ; su profesión es la de los quehaceres domésticos.

Hace como 3 ó 4 años notó que sus menstruaciones eran más abundantes de lo regular ; que se presentaban cada quince días y que en los intervalos había un flujo acuoso ; estos síntomas se hicieron más y más notables, y de un año para acá ha sentido dolor en las caderas, peso en el perineo y de cuándo en cuándo dolorcitos como los que anuncian el parto ; estos no se han hecho sentir desde hace yá unos tres meses, pero en su lugar ha tenido una micción muy frecuente de pequeñas cantidades y en otras ocasiones di-

ficultad para orinar; estiptiquez; dolor más fuerte en las caderas y las piernas, el que se aumentaba con el ejercicio; peso insoportable en el perineo, con sensación de un cuerpo que quisiera salirse; las metrorragias y los flujos, acuosos unas veces y leucorréicos otras, se hicieron casi diarios y agotaron á la enferma hasta punto de reducirla á la cama. El estado en que la hallé era relativamente bueno: mujer robusta; se notaba en su piel y en las mucosas la palidez de la anemia por hemorragia; no se percibía ruido de soplo en los vasos del cuello ni alteración apreciable en los órganos torácicos y abdominales; entre los muslos se encontraba un tumor rosado, insensible, duro, resistente, elástico, de superficie rugosa, sin orificio en parte alguna y suspendido por un pedículo que salía por la vulva; el tacto vaginal me hizo conocer la posición del cuello uterino por donde pasaba dicho pedículo y por la cavidad del cual pude, sin dificultad, deslizar la sonda uterina, la que penetró seis y medio centímetros; por el tacto rectal no pude tocar la extremidad de una sonda previamente colocada en la vejiga.

Diagnostiqué pólipo fibroso del útero, inserto probablemente, en la cavidad del cuerpo y procedí á su extirpación haciendo uso del constrictor de Chassaignac, que hice funcionar muy lentamente [un golpe por minuto], para evitar hemorragia; seccionado el pedículo, cayó el tumor y la hemorragia fue insignificante: no llegó á una cucharada. Prescribí inyecciones aluminosas al 2 %; buen régimen alimenticio y reposo. La enferma, radicalmente curada á los veinte días, disfruta hoy de una salud floreciente.

Este tumor pesó 228 gramos y está representado por la pieza anatomo-patológica número 2.°

SEXTA Y SEPTIMA OBSERVACIONES

Pequeño pólipo celular; tiene una cavidad en su interior; pediculo muy largo; extirpación con el constrictor; homorragia abundante; taponamiento vaginal.

Estando en Santa-Rosa, Departamento del Cauca, fui llamado el 31 de Diciembre de 1885 á ver á una señora de 60 años, robusta, casada, multípara, de muy buena salud anterior; la menstruación se estableció en ella á los 14 años de edad, y fue siempre normal hasta los 45, época en que hubo algunas irregularidades que se prolongaron hasta los 50, edad en que cesó completamente la función catamenial. Siguió luégo disfrutando de una salud completa, salvo pasajeros dolores en el hipocondrio derecho que ella atribuía á una enfermedad del hígado.

Hace como unos 18 meses que con gran sorpresa notó que su menstruación reaparecía [es su propia expresión]; duró un día

perdiendo poca sangre, pero sí muy roja, sin fetidez ni coágulos; pasó el accidente y volvió la más completa calma por tres meses; nueva metrorragia después de ese período y nueva calma por igual tiempo, mas durante esa calma, los dolores al hipocondrio aumentaban mucho. De un año para acá se estableció un flujo vaginal blanquecino y constante, flujo que alternaba por días con otro sanguinolento pero en muy poca cantidad. Esto fastidió mucho á la enferma, y aunque sus sufrimientos eran muy pocos, consultó algunos médicos, los que le prescribieron inyecciones vaginales astringentes.

La enferma estaba levantada; se entregaba diariamente á las ocupaciones de su casa, pero se fatigaba mucho, y más que todo, le causaba mucha molestia el sentirse casi constantemente mojada por un líquido inodoro que salia por la vulva; su robustez era notable y su color bueno; pulso normal, órganos torácicos y abdominales en buen estado; por el tacto vaginal noté un tumor pequeño, depresible, indolente, movible y que pendía de un pedículo muy largo y delgado perdido en la cavidad del cuello uterino; por falta de espéculo y de sonda uterina, no pude obtener los datos que el examen con estos instrumentos hubiera podido suministrarme. Formulé el diagnóstico de pólipo uterino descendido yá á la vagina é invité á la enferma para que viniera á Manizales á hacerse operar.

A los veinte días esta señora yá en la ciudad, me hizo llamar á su posada; había llegado el día anterior. Al examinarla repetí el tacto vaginal y noté lo que anteriormente había observado: la sonda uterina penetraba seis centímetros en la cavidad del órgano; apliqué el espéculo y pude traer á su cavidad un tumor blanquecino, de pedículo muy largo y delgado y además vi que este pedículo penetraba en la cavidad del cuello; el útero estaba en su lugar; el dolor en el hipocondrio había aumentado y otro nuevo había aparecido en el sacro. Confirmé mi diagnóstico de pólipo uterino, probablemente celular y aplacé la operación para el día siguiente.

Pequeño pólipo fibroso del útero; extravaginal; fuertes hemorragias; extirpación con el constrictor; curación rápida y completa.

En la misma alcoba donde acababa de examinar á mi enferma y en una cama contigua, fui consultado por otra mujer que vino de Santa-Rosa con la anterior y que creía tener una lesión semejante. Su historia es la siguiente:

Mujer de 34 años, casada, madre de tres hijos; su menstruación principió á los 14 años, pero fue siempre muy irregular y

acompañada de fuertes dolores en la fosa ilíaca izquierda, dolores que duraban todo el primer día de la menstruación; su salud fue siempre delicada; su profesión, oficios domésticos en el campo; desde que tuvo su primer parto le apareció un flujo leucorreico que aun no ha cesado; su último hijo tenía dos años; de un año á esta parte notó que su flujo leucorreico se había tornado casi acuoso y que sus menstruaciones, siempre irregulares, eran más abundantes y frecuentes; su salud se había deteriorado notablemente en los últimos tres meses; tenía frecuentes deseos de orinar, dolor en el sacro y dolores expulsivos con sensación de un cuerpo extraño en la vagina y de peso en el perineo Hacía como quince días que había sentido salir por la vulva un cuerpo extraño del volumen de un huevo de gallina; esto la alarmó bastante y la decidió á venir á consultarme, aprovechando la oportunidad de que la otra señora hacía viaje con el mismo objeto.

Esta enferma estaba muy extenuada, su piel amarillenta, sus mucosas pálidas; pulso débil, soplo en los vasos del cuello, carnes flojas y abatimiento profundo. La fatiga del viaje, en el que el tumor se lastimó y sangró abundantemente, contribuyó á agotarla más. Llevé el examen hacia los órganos genitales y la enferma me dijo que su tumor estaba en la vagina, pero que fácilmente lo arrojaba y lo reducía á voluntad; la insté á fin de que lo hiciera salir y vi que era un tumor redondeado, insensible, algo rugoso, resistente, elástico, sin orificio alguno en la superficie, que mostraba escoriaciones profundas; estaba suspendido por un pedículo largo y delgado que apenas le permitía salvar el orificio vulvar; el tacto vaginal me procuró reconocer que este pedículo pasaba al través de la cavidad del cuello uterino; el cateterismo de este órgano lo verifiqué fácilmente, la sonda penetró 6½ centímetros; el cateterismo vesical combinado con el tacto rectal fue negativo: mi índice colocado en el recto no pudo percibir la sonda colocada en la vejiga. Diagnostiqué, pues, pólipo fibroso y aplacé la operación para el siguiente día.

A la hora señalada me presenté en la posada de mis dos clientes y procedí á la extirpación de sus pólipos. Puesta la primera en posición obstetricial apliqué el espéculo de Ricord y atraje el pólipo hacia su cavidad; lo tomé con una larga pinza-eriña, lo que produjo bastante hemorragia; coloqué luégo la cadena del constrictor al rededor del pedículo con suma facilidad, pasé por su asa la pinza con que tenía fijo el tumor, y después con lentitud hice funcionar el constrictor, hasta que el tumor se desprendió; hubo una hemorragia corta, la que dominada por una ligera compre-

sión, me permitió pasar á operar á mi otra enferma, después de lavar muy bien la cadena del constrictor.

Sentada esta enferma en el borde de su cama, con las piernas separadas, la hice que expulsara su tumor ; como éste era pequeño lo pude enlazar fácilmente con el asa de la cadena y principié á extirparlo cuando la otra enferma me dijo que sentía mucho flujo; la examiné y noté que la pérdida era de consideración ; pedí trapos dóciles y apliqué un tapón vaginal lo mejor que me fue posible, el que sostuve con un vendaje en T, y viendo que la hemorragia había cesado, continué mi operación en la otra enferma. Con suma lentitud hice funcionar el constrictor hasta que el tumor cayó al suelo ; la hemorragia fue insignificante : unas pocas gotas.

Este primer tumor está representado por la pieza anatomo-patológica número 3.°, es aplanado y parece ser hueco como puede verse examinándolo ; es blando, depresible, nada elástico y pesa doce gramos. El otro de sesenta gramos de peso está representado por la pieza anatomo-patológica número 4.°

Ambas operadas siguieron bien ; el mismo día por la tarde retiré el tapón á la primera enferma ; les prescribí quietud, buena alimentación, y lavados vaginales con la solución aluminosa al 2 °/₀. A los veinte días ambas se retiraron á sus hogares completamente restablecidas.

OCTAVA OBSERVACION

Pólipo probablemente celular de 380 gramos de peso, muy blando y nada elástico; extirpación con el constrictor; hemorragia post-operatoria muy alarmante; curación radical de la enferma.

El 26 de Mayo de 1886 fui llamado á la Aldea de María, Departamento del Cauca, población distante media legua de Manizales; con el objeto de ver una señora enferma. Sus antecedentes son los siguientes : mujer campesina, de 38 años, estatura pequeña, muy delgada, casada y madre de ocho hijos ; su menstruación se estableció á los trece años y fue siempre regular hasta ahora unos tres años, época en que principió á sentir que sus pérdidas se hacían hasta cuatro veces al mes ; poco á poco notó que las metrorragias aumentaban en cantidad ; se presentaron abundantes pérdidas acuosas ; sintió dolor en el vientre, peso en el perineo y debilidad general. Al año después de haber principiado á sentir estas novedades, notó ciertos síntomas que en ella eran característicos de un principio de embarazo ; tales como mucha repugnancia por el cigarro y algunos apetitos extravagantes ; mas, como á pesar de todo, siempre se presentaban metrorragias y flujo acuoso, dudó de su pre-

ñez hasta que el volumen del vientre y los movimientos fetales le quitaron toda duda; del sexto mes en adelante las metrorragias cesaron completamente, mas no así el flujo acuoso, el que entonces se acompañó de otro leucorréico. Al noveno mes tuvo lugar el parto sin haber habido accidente alguno, mas antes de terminar el puerperio reaparecieron las metrorragias y continuaron como antes. La enferma fue extenuándose lentamente; tuvo peso muy fuerte en el perineo, y hace cuatro meses que sintió salir por la vulva un cuerpo extraño, el que reducía, á voluntad; no obstante esto, el flujo sanguíneo continuó como antes, hasta que el estado de postración en que se hallaba la obligó á consultarme.

La encontré sentada en la cama, descarnada, piel blanca amarillenta, mucosas descoloridas, pulso muy débil, soplo en los vasos del cuello, y soplo cardiaco; vísceras torácicas y abdominales en buen estado; la paciente me dijo que el tumor estaba guardado, pero que ella podía hacerlo salir; la invité á ello, y acuclillándose y con un pequeño esfuerzo hizo aparecer entre sus piernas un tumor ovoideo, descotado en la extremidad más delgada, que estaba hacia abajo; en este último punto se notaba sobre el tumor un principio de ulceración ó de mortificación por donde había hemorragia; la superficie del tumor estaba cubierta de arrugas; su color era rosado pálido; depresible y nada elástico, blando; tenía exactamente la forma de un mango, sostenido por un pedículo, el cual se insertaba en su base ó extremidad más gruesa. El tacto vaginal me permitió apreciar la posición normal del útero, en el que hallé el cuello ligeramente dilatado y creí encontrar la implantación del pedículo; la sonda uterina se deslizaba en la cavidad del órgano; el examen con el espéculo no lo pude hacer porque el tumor lo impedía; colocando una sonda en la vejiga no me fue posible tocar su extremidad por el recto; el tumor era completamente insensible. Diagnostiqué un pólipo, probablemente celular, implantado en la cavidad del cuello uterino y dispuse lo necesario para operarlo al siguiente día.

En efecto, el día 27, invité al Dr. Emiliano Henao, entonces residente aquí, para que me acompañara á hacer dicha operación, á lo que accedió gustoso. Provistos de todo lo que pudiéramos necesitar, sin olvidar un poco de percloruro de hierro líquido, por si sobrevenía hemorragia, como yo yá temía por la blandura y aspecto exterior del tumor, llegamos á casa de la enferma; hice apresto gran cantidad de trapos limpios y dóciles para practicar el taponamiento en caso de pérdida sanguínea, y procedí á la extirpación sirviéndome del constrictor de Chassaignac; fácilmente

colocámos el asa de la cadena sobre el pedículo del tumor y sin necesidad de desmontarla, debido esto á la forma oval del neoplasma y á su mucha depresibilidad ; una hora duró la sección del pedículo y el tumor cayó.

Mientras me ocupaba con mi colega en examinar el pólipo, noté que la enferma palidecía y su marido me dijo que perdía mucha sangre ; examiné, y el flujo era abundante; mientras tomé mi espéculo y lo coloqué en la vagina, la enferma tuvo un síncope ; apliqué sobre el cuello uterino un tapón de trapo empapado en una solución de percloruro de hierro, y luégo terminé el taponamianto vaginal lo mejor que me fue posible ; sostuve el todo con un vendaje en T; administré una poción alcohólica para tomar de cinco en cinco minutos ; esperé una hora, hasta que me cercioré de que la hemorragia había cesado, y entonces me retiré, aconsejando quietud. Por la tarde volví y retiré el tapón, con excepción del lechino que estaba inmediatamente sobre el cuello ; al día siguiente saqué éste y apliqué una inyección vaginal de una solución aluminosa al 2 °/₀ ; aconsejé á la enferma el uso de estas inyecciones dos veces al día, durante ocho días, y reposo completo.

El tumor pesó 380 gramos y puede verse en la pieza anatomopatológica N.° 5.°

La enferma se repuso completamente, y un mes después su color se había restablecido, estaba robusta y desempeñaba sus faenas campestres. Hoy sé que está completamente buena y que ha tenido dos hijos después de la operación.

REFLEXIONES

Los pólipos uterinos son tumores formados por la hiperplasia de uno de los elementos histológicos de la matriz; unidos por un pedículo más ó menos largo inserto en su cavidad ó en la del cuello y cubiertos por su membrana mucosa. Al decir esto, hallamos diferencia entre estos neoplasmas y los cuerpos fibrosos del útero ; diferencia fundada únicamente en su situación anatómica, pues en cuanto á estructura, ella es idéntica en uno y en otro caso, y su semejanza es tal, que á un cuerpo fibroso submucoso cuando ha salido de la cavidad del útero, es clínicamente imposible distinguirlo de un pólipo, pues no hay signos macroscópicos que los diferencien, y el microscopio muestra la misma constitución histológica en uno y en otro : es por esto por lo que la pieza anatomopatológica N.° 1.° la describo como pólipo, no obstante opinar que en su principio fue un cuerpo fibroso submucoso.

Son tántas las variedades de pólipos uterinos descritas por las ginecologistas, que por lo mismo es difícil aceptar una clasificación, no obstante ser muy racional la opinión de Gaillard Thomas, de Nueva York, quien dice así :

"Como estos pólipos se forman por el desarollo excesivo de uno de los tejidos del útero, no hay más que tres elementos de que puedan proceder, y son : los tejidos conjuntivo, muscular y glandular del órgano". De aquí se desprende la clasificación que este ginecólogo admite.

Entre las piezas anatomo patológicas que hoy presento, la marcada con el N.° 3.° es muy semejante á los pólipos que Madame Boivin describe con el nombre de pólipos huecos. Desde luégo que en este caso el diagnóstico diferencial con el útero invertido está eliminado por el solo hecho del volumen del pólipo. No entro á determinar la estructura histológica de estos pólipos; quiero sí llamar la atención de mis lectores hacia una clasificación, muy sencilla y macroscópica, por decirlo así, que he establecido, fundada en siete de las observaciones que presento, clasificación que puede ser de utilidad práctica. Divido estos tumores : 1.° En duros, elásticos ; 2.° En blandos : las observaciones 2.ª, 3.ª, 4.ª, 5.ª y 7.ª corresponden á la primera clase ; y á la segunda, las observaciones 6.ª y 8.ª Mi experiencia fundada en esta corta estadística, me ha hecho notar que las hemorragias post–operatorias son temibles cuando se trata de pólipos de consistencia blanda; mientras que ellas faltan en los pólipos duros y elásticos. En esta observación me fundo para aconsejar una modificación al procedimiento operatorio que he empleado, cuando se trate de pólipos blandos ; esta modificación es la siguiente : atravesar la base del pedículo con una aguja provista de un hilo doble y fuerte ; hacer la división de dicho pedículo entre el punto de implantación de los hilos y el cuerpo del pólipo ; si una media hora después de terminada la operación no hubiere habido hemorragia, se retirarán los hilos y todo quedará concluído ; si la hubiere, se hará la ligadura en masa de cada mitad del pedículo sirviéndose de los hilos colocados al efecto, y la hemorragia se estancará fácilmente.

La simplicidad de esta clasificación, que, lo repito, es puramente práctica, y para la que basta la aplicación del sentido del tacto, á la vez que la sencilla modificación del procedimiento operatorio, creo sean razones suficientes para que en casos semejantes se las tenga en cuenta.

Es digna de notarse la circunstancia de encontrar en la pieza N.° 5.°, inserto el pedículo en la base del tumor ; es regla gene-

ral que en los pólipos uterinos el pedículo corresponde á la pequeña extremidad del neoplasma.

Por lo que atañe á la etiología, debo hacer observar lo siguiente: en mis ocho observaciones un solo caso se refiere á una mujer de más de 40 años, los otros siete fueron hallados en mujeres de menos edad. Estos datos estadísticos no se compadecen con la aserción de Churchill, que dice que los pólipos uterinos no son comunes antes de los cuarenta años. Este mismo autor observa que la vida sedentaria es una de las causas que favorecen el desarrollo de estos tumores: tampoco da asidero el resultado de mi estadística á esta opinión; pues si se exceptúa la primera observación, los otros casos de pólipo fueron hallados en mujeres casi todas campesinas y de vida muy activa.

La excesiva humedad que reina en esta localidad y puntos circunvecinos, humedad que aun es más notable en la población de Santa-Rosa, hace que la opinión del autor yá citado esté de acuerdo con lo observado aquí, á saber: que la humedad es una de las causas que favorecen el desarrollo de estos tumores.

Sin restricción alguna, se da como signo de grande importancia para establecer el diagnóstico diferencial entre una inversión uterina y un pólipo, el dato sacado del tacto rectal en combinación con el cateterismo de la vejiga: si fuere pólipo, dice Gallard, la exploración recto-vesical revelará la presencia del útero, no la revelará si fuere inversión. Por importante que sea este signo no debe darse como de valor absoluto: en mi segunda observación está claramente consignado el hecho de que la sonda colocada en la vejiga se podía tocar con el índice que exploraba el recto; disposición anatómica, por otra parte, muy natural, si se atiende á que el peso de un pólipo tan voluminoso había arrastrado el útero hasta el orificio vulvar, produciendo un prolapso casi completo del órgano.

Es digna de mención la rapidez con que una mujer agotada por constantes y abundantes metrorragias, que la llevan hasta el último punto de debilidad y extenuación, recobra su fuerza, su color y su completa salud después de la ablación de uno de estos tumores, por pequeños que sean.

Entre los diversos medios empleados para practicar la extirpación de los pólipos uterinos, creo que el mejor sea el procedimiento por medio del gálvano-cauterio; yo no me he servido de él porque carezco del aparato, y si he empleado el constrictor, es porque además de estar bien indicado, tiene sobre el gálvano-cauterio una ventaja no despreciable: la comodidad con que el instrumento puede transportarse de un punto á otro.

No obstante esto, creo que hay ocasiones, como la de mi cuarta observación, en que el constrictor puede ser ventajosamente reemplazado por un aprieta-nudos con hilo metálico, pues en casos semejantes es muy difícil la aplicación de la cadena del constrictor, mientras que una asa metálica rígida, como la del aprieta–nudos, se presta más fácilmente para ser aplicada al pedículo del tumor.

Las cinco piezas anatomo-patológicas á que se hace relación en este artículo, quedan depositadas en el museo anatomo-patológico de la Academia de Medicina de Medellín.

Manizales, Octubre 1.° de 1888.

J. T. HENAO.

VIAS URINARIAS

Estrechez de la uretra.—Uretrotomia interna.—Dilatación gradual.—Curación.

N. N., de edad de 42 años, casado, de temperamento nervioso sanguíneo, militar en la juventud y ganadero y agricultor últimamente, robusto y vigoroso á pesar de rebelde dispepsia que no ha podido debilitar por entero su organización, vino á consultarme para una enfermedad de la uretra que por su rebeldía lo molestaba mucho.

La historia de la dolencia se contiene en la corta relación hecha por el paciente poco más ó menos con las siguientes palabras: "En el año de 64 me sobrevino, por contagio, una blenorragia tenaz que me duró 9 años y para la curación de la cual consulté muchos médicos ilustrados y no pocos charlatanes, pues el mal me desesperaba á veces. Se me ordenó como tratamiento todo cuanto se puede imaginar: copaiba, cubebas, matico, alumbre, opiatas de diversas clases, inyecciones astringentes, detersivas, cáusticas y hasta flores de caracucho blanco con miel de abejas. En fin, doctor, agregó, me hice cuanto U. puede calificar como más razonable ó como más absurdo. Me recetaron en Medelllín, en Manizales, en Bogotá y en otras muchas partes que recorrí en aquella época de martirio; pero nunca pude conseguir sanidad completa. Obtuve á lo más mejorías transitorias, seguidas bien pronto de recrudescencias aflictivas. Opino que lo que me hizo más daño fueron las inyecciones cáusticas con nitrato de plata, porque desde que me las aplicaron principié á sentir ardor notable, dolor intenso y gran dificultad para orinar. Siguieron á esas incomodidades otras no menos gratas veces, porque observé que el chorro de orina se adelgazaba y se partía en dos y porque para desempeñar la función de desembarazar la vejiga de su contenido, estaba obligado á gastar mucho espacio de

tiempo, con pujo siempre y con dolor agudo en ocasiones. Mi mal va en aumento y temo que de un momento á otro *me tape* absolutamente, porque en días pasados, á consecuencia de una ligera fiebre que me dio, tuve retención absoluta que duró varias horas."

En vista del informe que antecede, hecho con mucha claridad, porque el enfermo es inteligente, le manifesté que tenía necesidad de explorar el estado de la uretra, para ver de indicarle el tratamiento que debíamos seguir. Al hablarle de esta manera mostró cierto grado de agitación, la que atribuí á la circunstancia de que la sonda tiene por condición, meter miedo á las personas que no están acostumbradas á ella. N. N. me dijo que temía el cateterismo, pero, previas algunas reflexiones que le hice, convino al fin en someterse á esa pequeña operación.

Cuando intenté por primera vez sondarlo, lo verifiqué con una delgada bujía de goma elástica vulcanizada, con extremidad olivar. Procedí con suavidad y cautela para no provocar ni dolor ni hemorragia; pero al llegar al punto que separa las regiones esponjosa y membranosa, percibí que la bujía no penetraba, detenida por una especie de tabique membranoso colocado en el canal á manera de diafragma. No persistí en el intento de forzar el paso del instrumento por evitar accidentes desfavorables.

En consecuencia retiré la bujía y emprendí la maniobra con el conductor capilar de Maisonneuve, mas aun con ése no fui feliz y sin darme prisa diferí el asunto para otra ocasión.

En la segunda fui más dichoso en mi empresa, puesto que pasados algunos tanteos, di al fin con el orificio que conducía á la vejiga, hasta la cual llevé el instrumento, sin que me quedase duda de ello.

Animado con este primer éxito que me pareció favorable, propuse al paciente que practicáramos la uretrotomía interna, para librarlo de su fatal dolencia; mas al hacerle tal propuesta surgió nueva dificultad.

"Señor, replicó, vi á un médico inglés hacer esa operación y me causó espanto: rajó el miembro por debajo y quitó muchas carnosidades que al ser extraídas hicieron padecer dolores intolerables al enfermo. Vi después al Dr. X practicar la operación de otro modo, más humano en verdad, pero siempre terrible. Nó, decididamente no me someto á tal procedimiento. Busque U. otro y cúreme."

Expliqué á mi cliente lo que se refería á la operación verificada por el cirujano inglés y le dije que ciertamente ese procedimiento era tan doloroso que no se ejecutaba sino en casos excepcionales

y cuando las callosidades de la uretra eran invencibles por otros medios; pero que él no estaba en ese caso.

He practicado y visto practicar á mis colegas la uretrotomía interna con resultado satisfactorio en el mayor número de casos y por eso y porque el sujeto de que trato me parecía en muy buenas condiciones para ser operado, me tomé el trabajo de manifestarle en lo que consiste la operación, asegurándole que no se exponía á peligro serio. Convenciose al fin, y convenidos en el día y hora en que debíamos proceder, resolvimos citar para que nos acompañase á nuestro común amigo el experto Dr. Rafael Pérez.

La blenorragia de mi cliente debió de ser de carácter puramente venéreo, porque, atendido el testimonio de él, nunca tuvo síntomas sifilíticos ni de primero, ni de segundo, ni de tercer grado; mas como quiera que toda gonorrea, aun suponiéndola benigna, si es torpemente tratada da lugar á funestas consecuencias, resultó en el caso á que aludo la producción de una estrechez que yo, de acuerdo con el profesor Gosselin, me atrevo á considerar motivada en gran parte por las inyecciones detersivas y cáusticas.

Tres son, entre otros varios, los modos de terminación de las blenorreas: curación sin complicaciones, cronicidad que algunos llaman *gota militar* ó formación de una ó varias estrecheces.

En tanto que la estrechez no se complica con otros elementos morbosos, el mal aunque incómodo es llevadero por algún tiempo, y los enfermos pagan, como estaba pagando mi cliente, con tenesmo rebelde y con dolor agudo. Empero, si una causa cualquiera llega á producir hiperemia, irritación ó inflamación de las vías urinarias, el cuadro puede llegar á ser no sólo triste sino aun gravísimo y mortal. Abscesos perineales, fistulas, extravasaciones de orina, uremia, callosidades &.ª &.ª pueden sobrevenir solos ó acompañados para hacer de la situación de los enfermos existencia sobremodo tormentosa.

Afortunadamente para N. N., la parte funesta de estos síntomas no se manifestó. Su estrechez era simple y los síntomas aunque de vieja data se desenvolvían con lentitud.

Fue movido por esa consideración por lo que creí oportuno escoger para tratar de curarlo la uretrotomía interna. Para la divulsión no tenía instrumentos, *la botonera* no estaba indicada y la dilatación gradual me parecía por lo menos enfadosa, en razón del mucho tiempo que frecuentemente se emplea para llegar á término satisfactorio.

El Sr. Dr. Pérez concurrió solícito á la llamada que le hicimos, y provistos de muy buenos instrumentos nos dimos á la tarea, sie-

te días después de mi primera exploración; mas fuimos desgraciados en nuestro intento como paso á referirlo.

Después de reiterados esfuerzos, verificados por mi compañero y por mí para llevar el conductor hasta la vejiga, comenzábamos á desesperar del resultado que perseguíamos.

Al fin, á fuerza de repetidas diligencias, lográmos dar con la abertura uretral y pasar la estrechez. Hecho eso, ajustámos el tallo acanalado por el cual desliza el uretrótomo, á la tuerca del conductor y empujámos suavemente, sin que ni tuerca ni tallo cupieran por la abertura; de tal modo que al aparecer fuerte hemorragia, nos vimos compelidos á retroceder, á renunciar por entonces á la ejecución de nuestras pretensiones y á diferir para sesion posterior la maniobra que pretendíamos verificar.

La hemorragia causada por este desdichado comienzo de uretrotonía interna fue abundante pero de corta duración. Después de ella todo entró en calma.

Mientras llegaba momento en que pudiésemos volver á nuestra faena, quedé solo y esperé restablecimiento completo ó por lo menos desaparición de las perturbaciones traumáticas que habíamos ocasionado.

Cinco días más tarde me vino la idea de explorar de nuevo, no yá con el conductor, sino con una delgadísima sonda de plata de tan breve curvatura, que me permitía imprimir á su extremidad un movimiento de rotación en el canal de la uretra para estudiar á fondo la situación de la estrechez.

En efecto, llevé aquel delicado instrumento con la prudencia debida, hasta el sitio ocupado por el tabique y me detuve un momento. La concavidad de la sonda, como de ordinario, estaba hacia arriba y hacia adelante y la convexidad hacia abajo y hacia atrás. Dispuestas así las cosas, imprimí á la sonda movimiento de círculo hacia la izquierda, deteniendome de línea en línea recorrida para imprimir al instrumento ligerísimo empuje. Así anduve hasta completar un cuarto de circunferencia, cuando creí notar que la extremidad de la sonda penetraba, aunque un tanto forzada, en la abertura de la estrechez.

Estimulado por la esperanza que me produjo la sensación percibida por mis dedos, seguí adelante y cuando hube pasado espacio como de 1½ cent. creí notar el canal ancho y en estado fisiológico. Más animado todavía, seguí camino y con no poca satisfacción me persuadí de que había entrado á la vejiga sin causar desgarramiento alguno, porque un chorrito de orina delgado, en proporción con el reducido tubo del instrumento, así me lo reveló.

Pasados algunos minutos, en que de intento dejé la sonda en el lugar que ocupaba, preparé un catéter lleno, también de plata y de curvatura semejante á la de la sonda de que me había servido. Extraje ésta, y á punto seguido introduje el catéter sin notable dificultad.

Verificado lo anterior esperé tres días, dí cuenta al Dr. Pérez de lo acaecido y platiqué con él acerca de los principios contenidos en el brillante discurso dirigido por el eminente profesor Verneuil al Congreso francés de Cirugía el 13 de Mayo del año en curso.

Dos pasajes de este escrito nos llamaron la atención y los cito en este lugar porque conviene. *Sonreiríais*, dice el sabio francés, *si se os propusiese tratar todas las estrecheces de la uretra por la ditatación ó por la uretrotomía, sea interna, sea externa.* Y luégo en otro párrafo que parece de carácter sacramental: *Si se considera en todo medio terapéutico la* EFICACIA, LA BENIGNIDAD Y LA SIMPLICIDAD, *será suficiente, cuando dos operaciones se hallen en concurrencia, examinar comparativamente esas tres cualidades en cada una de ellas y elegir naturalmente la que, con eficacia igual, presente benignidad más notoria y mayor facilidad de ejecución.*

Si mudásemos de rumbo, dije á mi compañero, y si en vista del éxito favorable que he alcanzado emprendiésemos en nuestro enfermo la dilatación gradual de la uretra, que diría U?

—Haríamos muy bien: siga U. trabajando en tal sentido y si el buen resultado lo favorece, trate de ir hasta el fin.

Las palabras del amigo alentaron mi propósito, y los consejos del profesor citado me confirmaron en la idea de demostrar con la práctica la sanidad de una doctrina quirúrgica que rechaza todo exclusivismo operatorio y acepta el eclecticismo razonado.

A mediados del mes de Agosto del corriente año, puse de nuevo la sonda y el catéter con suma facilidad y para ganar terreno emprendí sondar el enfermo con sonda de plata de $\frac{1}{2}$ milímetro mayor que la última. Al introducir ésta, experimenté alguna dificultad y sentí que la estrechez la comprimía en toda su circunferencia. Al fin pasó, extraje orina y quedé contento.

Tres días después practiqué el cateterismo sirviéndome de los instrumentos en el orden indicado, más al colocar la tercera sonda, percibí aumento de estrechez y observé que el paciente experimentaba dolor que antes no había tenido, y como le manifestase alguna extrañeza por tal circunstancia, N. N. me dijo que el día anterior había hecho como una legua de camino á caballo, con lo cual el accidente quedó explicado, pero no exento de una desagradable com-

plicación, porque á la media hora fuí llamado para contener copiosa hemorragia que se había desenvuelto al terminar la operación.

Gran dificultad experimenté para contener la sangre que fluía en abundancia apesar de los medios empleados para estancarla. Habiendo comenzado dicha hemorragia á las nueve de la mañana, todavía salía sangre á las cuatro de la tarde, y tánta, que aunque había hecho tomar al enfermo limonada sulfúrica y ergotina en abundancia, con más, aplicaciones permanentes de apósitos fríos, me ví obligado á poner una sonda de goma elástica y á comprimir por medio de un vendaje apropiado, el punto donde tenía orígen el corrimiento sanguíneo, punto cuyo sitio tenía mis motivos para conocer con certidumbre, por cuanto sabía la parte que había lastimado y por cuanto la orina que extraje al colocar la última sonda salió completamente pura.

Empleado el último recurso, la hemorragia cedió, dejando al sujeto bastante débil por cinco días, al término de los cuales volví á la faena sin inconveniente alguno y antes por el contrario con gran felicidad en el resultado.

Más y más animado cada vez, emprendí la tarea de practicar el cateterismo de tres en tres días, aumentando siempre el grosor de las sondas y de las bujías y ocurriendo alternativamente á las de goma elástica y á las de plata.

En los últimos días de Agosto y en todo el curso de Septiembre obtuve ventajas de tanta consideración, que al principiar el mes de Octubre yá ponía sin inconveniente alguno una sonda de plata número 22 y otra de caucho de igual volumen.

En los primeros días de Octubre propuse al enfermo el que se sondara él mismo bajo mi dirección, para enseñarle. No tuve gran cosa que trabajar en en este asunto, porque como tengo dicho, el enfermo es muy inteligente. Ejecutó la operación con destreza y la sigue ejecutando todos los días por la mañana, cambiando de instrumento como se lo tengo ordenado.

Hace 20 días que N. N. está tan bien curado de su enfermedad como se puede llegar á estarlo de una dolencia que tanta propensión muestra á recaídas solamente evitables con prolongada constancia en el cateterismo. El enfermo está entregado á sus ocupaciones y en el goce pleno de su vigor natural.

M. URIBE A.

TERATOLOGIA

[*Teratos*, monstruo; *logos*, discurso.]

El Sr. Dr. Víctor Cenón Cano ha remitido de Girardota á los Sres. Dres. Ricardo Rodríguez R. y Teodomiro Villa dos gemelos recién nacidos, que ofrecen caso curioso y raro de monstruosidad por hipergenesia [exceso de generación].

Mientras el Dr. Cano envía los pormenores que acompañaron á la gestación y alumbramiento de estos dos séres, damos cuenta, siquiera sea compendiada, de lo que hemos visto y examinado en el caso á que aludimos. A los señores profesores de Medicina toca hacer estudio científico de la monstruosidad mencionada, y sabemos que lo harán, porque para ello se preparan.

Los dos gemelos enviados por el Dr. Cano están íntimamente unidos desde la región del cuello hasta la escrotal [entre-piernas], y la unión revela una intrafetación parcial, es decir, la introducción de ciertas vísceras de uno en otro cuerpo, sin dejar por eso de existir en estado rudimentario.

Las medidas que hemos tomado de estos dos fetos, ó mejor infantes, en diferentes regiones, suministran los resultados siguientes: uno y otro infante miden desde la coronilla hasta el talón 37 centímetros; la circunferencia de ambos cráneos, á nivel de la parte media del frontal por delante y del occipital por detrás, tiene 30 centímetros; la del tórax (doble), á la altura de las mamas, es de 40 centímetros; la del vientre, á la altura de la región umbilical, comprende 27 centímetros. La longitud del brazo, antebrazo y mano cuenta en uno y otro 18 centímetros, medidos desde la apófisis coracoidea hasta la extremidad del dedo mediano; la rodilla derecha, más gruesa que la izquierda, presenta una circunferencia de 12 centímetros, mientras que la otra mide solamente 11. Tanto las dos piernas como los dos brazos, que se presentan hacia la parte anterior, son bien desenvueltos y tienen aspecto natural.

Las dos cabezas y el resto del organismo muestran caracteres de fetos á término y las primeras tienen el parecido natural que existe entre dos gemelos. Los dos cráneos son perfectamente constituídos y todos sus órganos exteriores se hallan como en estado fisiológico. Los dos cuellos son perfectos y las dos cabelleras, copiosas, de color negro azabache.

Colocando los dos cuerpecitos en posición supina, ó sea sobre el espinazo, se nota que así como la rodilla derecha es más abultada que la izquierda, lo mismo acontece á los dos hombros; la piel es fina y blanca; los brazos están cubiertos de numerosos vellos, finos

y largos; los pies y las manos tienen notable belleza en los miembros enteros y bien desarrollados, pero no en los que pueden considerarse como supernumerarios.

Las diferentes actitudes que hemos hecho tomar á estos infantes, nos han causado diversas impresiones: cuando están sobre el dorso, con las caras hacia arriba, parece como si reposaran en una misma cuna; cuando se vuelven las caras la una hacia la otra, los labios se corresponden tan bien que parecen besándose, y cuando se les coloca sobre el vientre, para estudiar la parte posterior, se ve que el infante del lado izquierdo, como si retozara con el hermanito, levanta la pierna rudimentaria y la coloca sobre el flanco del otro, como hacen los niños cuando juguetean sobre la cama ó en un prado.

Esa pierna imperfecta de que acabamos de hablar, es como el complemento de la otra que considerámos al principio en estado de perfección. El fémur correspondiente á esta pierna es delgado y largo, cubierto por músculos flacos y por la piel; la tibia y el peroné son delgados, distintos, pero descarnados, y el pie, alargado y defectuoso, termina en seis dedos colocados sin simetría, de modo que, todo bien considerado, hace que este miembro presente semejanza con la pata y pierna de una liebre.

Hacia la parte posterior y superior hay un apéndice en exacta representación del brazo correspondiente. Este brazo rudimentario tiene el húmero bastante desenvuelto; en lugar del radio y cúbito existe sólo un huesecillo delgado, y en vez de mano un dedo terminado en una uña enrollada, semejante á las de ciertas aves.

El brazo izquierdo del gemelo correspondiente al lado derecho, debe ser intratorácico, porque no hemos podido hallarle manifestación externa alguna.

Hemos buscado cuidadosamente algo que nos revele la existencia de la pierna izquierda compañera de la derecha del infante del mismo lado, y no hemos hallado sino una proincidencia membranosa, colocada entre la extremidad inferior del coxis y el esfínter del ano, abierto ligeramente. Esta proincidencia membranosa, que al principio nos pareció ser un escroto, revelación de sexo masculino, deja sentir en su parte central y ascedente un hueso que hasta verificación anatómica reputamos como rudimento de la pierna buscada.

Vistos de frente, los dos gemelos son perfectos; y si bien más íntimamente unidos, por mayor penetración recíproca de los órganos correspondientes, hacen recordar los dos hermanos siameses de quienes tanto ha hablado la prensa en los últimos años. La parte

anterior del pecho, bien conformada, es voluminosa, como lo hemos indicado por la medida; en la parte correspondiente del vientre hay un solo cordón umbilical, que revela un mecanismo de nutrición mutua durante la vida intrauterina, y en el punto en que ordinariamente aparecen los órganos sexuales, el sexo masculino con todas sus partes se muestra perfectamente desarrollado, si bien con un ligero fimosis ó estrechamiento prepucial.

Esas son las señales aparentes de la monstruosidad de que tratamos. Estudios anatómicos minuciosamente verificados por profesores competentes, ilustrarán mejor el asunto y completarán la historia de un accidente que, aunque de importancia puramente trivial en apariencia, interesa, á no dejar duda, á los adelantamientos científicos. Considerado desde muchos puntos de vista este caso, como muchos del mismo género, es importante para el esclarecimiento de principios biológicos, antropológicos, anatómicos, fisiológicos y, aun podemos agregar, de medicina legal y de jurisprudencia.

Estos dos gemelos respiraron durante cuatro horas, y por tanto, si la madre hubiera perecido, habrían sido herederos legítimos de su caudal, y al perecer ellos, la riqueza heredada, poca ó mucha, correspondería hoy al padre; porque la vida, por corta que sea, constituye según la legislación actual un principio de representación civil. Entendemos que por la anterior legislación para que el infante heredara era preciso que hubiera vivido por lo menos 24 horas; pero ante las leyes vigentes parece que basta demostrar que ha respirado. Si en vez de cuatro horas de vida estos infantes hubieran respirado segundos, el médicolegista hubiera tenido que intervenir, para demostrar por medio de la docimasia pulmonar que el aire había penetrado en las vesículas y que el niño había respirado.

Medellín, 5 de Junio de 1888.

M. URIBE A.

Por circunstancias que no fue posible evitar se ha perdido para la ciencia esta valiosísima pieza anatómica. Los cadáveres unidos entraron en tal grado de descomposición, que fue forzoso sepultarlos inmediatamente; y no queda yá otra esperanza que la de poder estudiar los esqueletos cuando llegue el tiempo de exhumarlos. El estudio que entoces se haga, si bien menos fecundo que el que se hubiera podido practicar en los cuerpos completos, dará luz á muy importantes consideraciones, y acaso revelará en parte cómo estaban constituídas y enlazadas tan excepcionales criaturas.

Los gemelos vivieron sólo quince minutos y no cuatro horas, como por inexactos informes se dijo antes.

Hé aquí otra observación, comunicada por el Sr. Rafael M. Gallego, de San-Vicente, con fecha 3 de Agosto de 1888:

En San-Vicente, en el paraje de Montegrande, F. L., esposa de P. V., dio á luz el 31 de Julio próximo pasado una criatura monstruosa, de sexo femenino y caracterizada por las siguientes deformidades.

Cabeza un tanto deprimida por encima; ojos muy pequeños y cerrados; carencia absoluta de nariz; hacia el lado derecho y en lugar correspondiente existía la pequeña formación de una ventanilla nasal, pero no en sentido natural, sino en forma de cresta que cubría un pequeño agujero situado arriba. Al lado izquierdo habia otro agujero pequeño, inmediato al primero y casi cubierto por un pliegue de la piel, que se prolongaba por el punto donde debía existir la nariz. En la sien y por sobre la oreja izquierda, tenía una gran bolsa, casi del tamaño del cráneo y llena de serosidad transparente, á la cual dio salida la lanceta.

La boca sólo tenía perfecto el labio inferior: el superior estaba partido en dos porciones iguales por una hendidura vertical; en la porción derecha tenía forma regular, pero se dirigía hacia arriba con una inclinación de 45° y se prolongaba como cinco centímetros; al lado contrario tenia el mismo levantamiento, se asemejaba al labio de una cortadura y estaba desprovisto de epitelio. Las dos porciones del labio superior daban á la boca la forma de una ojiva imperfecta y tenía la anchura de tres centímetros. Se veía descubierto el paladar en forma de plano inclinado, y por él se prolongaba la hendidura del labio en la dirección antero-posterior. Toda la parte interior de la boca carecía de epitelio y tenía por tanto la apariencia de carne recién cortada. Faltábale la lengua, y en lugar de ella tenía tres membranas pequeñas que interceptaban la comunicación de la boca con la faringe, estaban adheridas al paladar y tenían dos orificios alargados, por los cuales podía pasar algo de líquido. En la encía interior había ciertas granulaciones blancas semejantes á cabezas de alfiler, un tanto duras y que simulaban dientes. La hendidura del paladar era profunda y se prolongaba hasta llegar á la satura coronal; pero en las regiones frontal y nasal parecía una cicatriz de color amoratado.

La mano derecha tenía el carpo plegado sobre el antebrazo por la flexión natural, separados los dedos índice y medio, y los restantes aforrados en una misma piel, pero con distintos huesos.

Tenían dichos dedos la particularidad de hallarse reunidos por los extremos en un solo cuerpo, y coronados por una apófisis ó excrecencia redonda del tamaño de una lenteja. Esta excrecencia presentaba una hendidura cruciforme semejante á la que dejan ver algunos vermes intestinales en la extremidad anterior, cuando se observan con el auxilio del lente. El interior de esta concreción tenía un hueso esférico.

Esta mano tenía la apariencia de una flor á punto de abrirse. En el lugar donde debía estar el pulgar se hallaba una especie de vegetación ó verruga carnosa sin hueso.

La izquierda, con el antebrazo demasiado corto, carecía como la otra de pulgar; los cuatro dedos restantes separados; el índice y medio sin uñas y redondeados en las extremidades.

Tenía los pies estevados y vueltos hacia adentro, principalmente el izquierdo.

La vulva se encontraba sin epitelio, como la boca, y de entre los grandes labios salía un clítoris voluminoso del tamaño de una nuez moscada.

Tal era el aspecto exterior de esta criatura, que tenía tamaño mediano y respiró durante 42 horas.

OBSERVACIONES SOBRE LA MANERA DE RECETAR

EL ALUMBRE

El alumbre, sulfato doble de alúmina y de potasa, es una sal que cristaliza en octaedros incoloros, transparentes, de sabor estíptico y acídulo á la vez, nada desagradable. Empleado así, es uno de los mejores astringentes con que cuenta el médico para combatir las hemorragias, la flacidez de los tejidos, el prolapsus de ciertos órganos, los flujos atónicos, las ulceraciones de las mucosas, las seudo-membranas &.ª, bien sea que se le aplique localmente ó que se dé al interior, para obtener efectos generales, según el caso.

Cuando se le calcina, es decir, que se le somete al fuego sin elevar demasiado la temperatura, pierde su agua de cristalización, se vuelve esponjoso ó muy poroso y ligero, y toma un color blanco opaco. Aplicado entonces sobre los tejidos animales ú órganos blandos, les arrebata la humedad, los desorganiza en parte, los corroe, obrando como escarótico, como verdadero cáustico.

Se sigue de lo expuesto, que son tan variadas las aplicaciones del alumbre *común*, tan numerosos los casos en que puede emplearse con provecho, como son raros los que exigen el uso del alumbre *calcinado*. Así es que los buenos prácticos sólo prescriben este últi-

mo como caterético, para cauterizar, como cuando se trata de reprimir los botones carnosos, demasiado exuberantes, en las heridas ó úlceras en vía de cicatrización ;de destruír fungosidades ó excrecencias blandas, ó con fines semejantes. Aun el empleo que hacía Jobert para tratar las estrecheces de la uretra, por medio de candelillas emplásticas que recubría de polvo de alumbre calcinado, ha caído en completo y justo olvido.

Nos parece, por lo mismo, errada la prescripción de algunos colegas que ordenan diariamente frotar las encías con polvo de alumbre calcinado, para combatir el tialismo mercurial y toda especie de gingivitis. Habrá, sin duda, casos en que sea preciso cauterizar las encías y en que aquella práctica sea útil ; pero esos son excepcionales, y la generalidad de ellos sólo requieren el uso del alumbre *crudo* ó común, que obra como simple astringente; mientras que el calcinado, que es cáustico, produce, muchas veces, más daño que provecho.

Pero es todavía mayor el desacierto de los que formulan, como lo hemos visto hacer á más de un médico, lociones, inyecciones ú otras aplicaciones de esa especie, con alumbre *calcinado* y disuelto en agua ó en líquidos acuosos. Es evidente que el alumbre, al disolverse, recupera el agua de cristalización que había perdido, se *descalcina*, se vuelve alumbre común. Es, pues, éste el que debe prescribirse entonces, porque aparte de valer ó costar menos, se gradúa mejor su acción, se calcula con más exactitud la cantidad que ha de emplearse ; pues debe tenerse presente que una parte del alumbre, por el hecho de la calcinación, se descompone, se hace insoluble é *inerte*.

Usar el alumbre calcinado en soluciones acuosas, es mayor desatino que ordenar aplicaciones de agua fría haciéndola calentar primero, para tomarse el trabajo de dejarla enfriar después. Esto último pudiera tener en algunos casos su razón de ser.

A. POSADA ARANGO.

REVISTA

La sacarina ó ácido anhidro-orto-sulfamido benzoico.—En el año de 1880 descubrió Falhberg, en la hulla, un principio eminentemente azucarado que hoy se encuentra en el comercio con el nombre de Sacarina. Este producto, insignificante á primera vista, ha traído una revolución completa en la industria. Una parte de Sacarina equivale á 280 partes de azúcar común. De modo que con un gramo de Sacarina se da á un líquido el mismo sabor que con 280 gramos de azúcar de caña. Los gobiernos europeos se han preocnpado con esta sustancia considerándola desde el punto de vista fiscal; porque ella disminuye el producto en las aduanas á medida que reemplaza el azúcar en el consumo.

Los higienistas aseguran que es inofensiva á la salud; pero como se elimina del organismo sin descomponerse, podemos asegurar que no es alimento. Por esta propiedad de salir intacta la Sacarina en las excreciones, tratan de utilizarla extrayéndola de los líquidos de los albañales. Ya teníamos en la medicina algo semejante, las *píldoras de* ANTIMONIO *metálico*, llamadas *perpetuas* porque un individuo podía usar las mismas píldoras indefinidamente, y pasar casi intactas por herencia á sus hijos. Los médicos la emplean hoy en la diabetes azucarada en reemplazo del azúcar, que es tan nociva en esta enfermedad.

Aplicación de la electricidad en la oclusión intestinal.—No es muy difícil hacer el diagnóstico de una oclusión intestinal, pero sí lo es determinar la causa que lo origina; porque la timpanitis impide la palpación y porque la trivial relación del enfermo, es siempre oscura y vaga. En todo caso, cuando los medios médicos han encallado y se ha visto que los purgantes dejan yá de ser útiles para hacerse perjudiciales, conviene no insistir en ellos y recurrir á la aplicación de la electricidad, no una, sino muchas veces. Mientras más pronto se emplee este medio hay más seguridad de los buenos resultados, y en caso de no obtenerlos quedan tiempo y sujeto para intentar con éxito una operación quirúrgica.

Tratamiento de la pleuresía por la leche.—Dos indicaciones cardinales determinan la elección del régimen lácteo en el tratamiento de la pleuresía aguda: 1.ª La persistencia del derrame después que ha cesado la fiebre y 2.ª Que el derrame no sea demasiado grande para que el enfermo pueda tolerarlo. De estas indicaciones la una es de *oportunidad* para el médico y la otra de *tolerancia* por parte del enfermo.

¿Cómo debe propinarse la leche? Cruda ó cocida, fría ó tibia, pura ó mezclada con sustancias aromáticas, agua de cal ó bicarbonato de soda: poco importa el modo, con tal que la leche sea la base exclusiva de este régimen. Se administra por pocillos dando uno cada dos horas, de modo que el enfermo tome 2 litros en el día. Muchos enfermos ha curado Mr. Eloy, que es el entusiasta propagador de este método, dándoles un litro diario solamente; porque, como él dice, la cantidad de leche nada importa, con tal que sea de muy buena calidad y se tenga mucha constancia en usarla. Es tan poderosa la acción hidragoga de este medio, que ha venido á confirmar el viejo aforismo de que "*la uretra reemplaza á veces el trócar.*"

Lavado del peritoneo.—Mr. Pr. Polaillon presentó á la Academia de Medicina de París, el 28 de Agosto del año en curso, un tumor que pesó 13 libras, extraído en una operación de ovariotomía. A propósito de ésto llamó la atención de sus colegas sobre el peligro que presenta el lavado del peritoneo, cuando el agua penetra en la región superior del abdomen y sobre todo cuando toca la cara inferior del diafragma. En este caso puede provocar una detención de las funciones respiratorias y un síncope mortal. Para evitar en parte este peligro deben tomarse las precauciones siguientes: 1.ª Colocar á la paciente en una posición inclinada: el pecho más levantado que las caderas, de modo que el agua no moje más que el basinete y parte inferior del abdomen. 2.ª Emplear el agua á una temperatura inferior á la normal del cuerpo. 3.ª Vigilar de un modo especial la anestesia del cloroformo en el momento en que se lava.

Azufre en la clorosis.—Del punto de vista terapéutico, la clorosis, según Schultz y Strisbingt, puede dividirse en tres categorías: 1.ª Cuando es preciso obrar sobre el elemento secretor de la mucosa gástrica; 2.ª Cuando las preparaciones de hierro alivian rápidamente, y 3.ª Cuando el hierro no obra, en cu-

yo caso no es este elemento el que hace falta á la sangre, y el azufre alivia entonces notablemente. El hierro sienta mejor siempre después de haber administrado el azufre por algún tiempo.

Salicilato de bismuto.—Se prescribe este medicamento en las diarreas crónicas, el catarro intestinal y especialmente en la diarrea de los tísicos. Cuando la diarrea alterna con el estreñimiento, pueden sobrevenir accidentes tóxicos. La suspensión del medicamento y la administración del aceite de ricino, hacen desaparecer estos fenómenos.

El Bibliotecario de la Academia,

FRANCISCO A. URIBE M.

Jaqueca.—Según el Dr. Haig, esta enfermedad se halla en dependencia del "período alcalino de la digestión", y se combate con buen éxito administrando, al principio del acceso, un poco de ácido cítrico ú otro alguno mineral [nítrico, nitromuriático], convenientemente diluído, que se repite á la media hora, si fuere preciso.

NUEVAS PUBLICACIONES

La Casa editorial de D. Carlos Bailly-Baillière, de Madrid, acaba de dar á luz dos importantes obras: las *Lecciones de Terapéutica* del profesor J. Hayem, traducidas del francés por el Dr. F. García Molinas y un *Anuario internacional de Medicina y Cirugía*.

La primera es una exposición sucinta, pero clara y metódica, del estado actual de la Terapéutica, de los métodos generales de tratamiento, ó como dice muy bien el autor, de las grandes medicaciones; la segunda es un precioso resumen de todos los adelantos ó adquisiciones hechos por la ciencia médica en el último semestre de 1887; un volumen de 550 páginas en 12.°, en el que no hay una sola línea inútil, pues todo es sustancial y práctico. Recomendamos la adquisición de ambas obras á todos los médicos, pero con especialidad á los que tienen pocas ocasiones de leer las hojas periódicas consagradas á esta ciencia.

Estando yá en prensa lo que antecede, han llegado á nuestro conocimiento las siguientes publicaciones más, de la misma Casa editorial:

Un nuevo volumen (el VII) del *Anuario Internacional de Medicina y Cirugía*, correspondiente al primer semestre de este año.

Semejante al anterior é igual en importancia y utilidad, es un poco más extenso y tiene varios grabados.

La Neurosis, estudio clínico y terapéutico sobre la dispepsia, la anemia, reuma, gota, obesidad y enflaquecimiento, por el Dr. M. Leven, médico del Hospital Rothschild, y traducida al castellano por C. Fernández Amenteros.

La sugestión mental y la acción á distancia de las sustancias tóxicas y medicamentosas, por los Dres. Bourru y P. Burot, vertida al español por A. Fríster Fernández.

Aun no hemos tenido tiempo de examinar estas dos últimas obras, que desde luégo nos parecen de importancia. Nos reservamos para más tarde el hacer un análisis de ellas.

Sabemos, además, que ha comenzado á darse á luz, por entregas, una buena traducción del *Tratado elemental de Patología externa* de Follin y Duplay, obra que basta mencionar, por ser tan notorio su mérito. Llevará esta edición 1,199 figuras en el texto. Cada entrega vale una peseta en Madrid.

INSERCIONES

Hemos visto en periódicos extranjeros reproducidos algunos de nuestros escritos, aunque sin indicar su origen ni advertir siquiera que son inserciones. Agradecemos aquella prueba de aprecio de nuestros trabajos; pero desearíamos que en adelante no se olvidara mencionar la fuente de donde se toman. Esta es costumbre aceptada yá por toda la prensa, y por nuestra parte á ella nos conformaremos cuando llegue el caso.

CORRESPONDENCIA

Sociedad de Medicina y Ciencias naturales de Bogotá.—Presidencia de la Sociedad.—Número 26.—Bogotá, 26 de Septiembre de 1888.

Sr. Presidente de la *Academia de Medicina de Medellín.*

Tengo el honor de dirigir á U. la presente nota, con el objeto de invitar á la Honorable Academia de Medicina de Medellín, á tomar parte en la discusión que, sobre varios puntos relativos á la

Elefancía, tiene lugar actualmente en la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales de esta ciudad.

Tal discusión se ha originado con motivo de un trabajo presentado por el Dr. Gabriel J. Castañeda, en el cual demuestra—y quiere saber si así lo acepta esta Sociedad—que el mal de San Antonio es una forma ó variedad de la Elefancía de los griegos.

De esta cuestión han surgido otras varias, las que, bajo la forma de un programa para la discusión, me permito someter respetuosamente al estudio de esa Honorable Academia.

1.ª ¿El mal de San Antonio y la Lepra anestésica son la misma enfermedad?

2.ª ¿Es la Lepra un mal universal? ¿Existe en todos los países?

3.ª ¿La alimentación con ciertas sustancias puede desarrollar la Lepra?

4.ª ¿Por qué mecanismo pueden desarrollarse las lesiones tróficas de la Lepra?

5.ª ¿Existe alguna analogía entre los efectos producidos por la "Filaria sanguinis hominis" y algunas de las lesiones que se observan en la Elefantiasis de los árabes?

6.ª ¿Es ó nó inoculable la Lepra? y

7.ª ¿Puede producirse por herencia y por contagio?

Soy de U. muy atento servidor,

ABRAHAM APARICIO.

Esta comunicación ha sido contestada por el Presidente de la Academia, quien acepta á nombre de ella el estudio de los puntos propuestos por la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales de Bogotá.

CONSEJO DE REDACCION

DR. RAMÓN ARANGO, Secretario de la Academia.

DR. MANUEL URIBE ANGEL.

DR. RAFAEL PÉREZ.