

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

AÑO I.

Medellín, Diciembre de 1887.

NUM. 2.º

NOMBRAMIENTO

La Academia de Medicina de Medellín acordó, en su sesión de 14 de Noviembre, en votación secreta y per unanimidad, inscribir en el número de sus miembros honorarios á los Doctores:

AMBROSIO VIAUD-GRAND-MARAIS, profesor de Patología en la Escuela de Medicina de Nantes (Francia).

JOSÉ M. MARTÍNEZ PARDO, médico en Antioquia. ✓

EMILIO ALVAREZ LALINDE, residente en París.

AURELIANO POSADA, domiciliado en Bogotá.

TRATAMIENTO DEL HIDROCELE

INYECCIONES DE ÁCIDO FÉNICO

Comunicación del Dr. Rodríguez:

En el *Bulletin Général de Thérapeutique*, de 15 de Agosto de 1882, vi indicado el tratamiento del hidrocele por el ácido fénico. Como el autor del procedimiento, Dr. J. Levis, dice que el paciente puede caminar después de la operación; que ésta produce un dolor y una inflamación insignificantes; que la curación es radical en casi todos los casos; y, finalmente, que jamás ha observado ni supuración ni mortificación de los tejidos, me propuse ensayar este procedimiento en el primer caso que se me presentara, y en efecto así lo hice.

En 1884, en unión de nuestro honorable colega el Dr. Tomás Bernal, médico entonces del hospital de Río-Negro, hice la operación indicada, con éxito completo. El Dr. Levis aconseja disolver los cristales de ácido fénico en diez por ciento de glicerina ó de agua, y de esta solución emplea media dracma; mas como el áci-

do que generalmente tenemos aquí es líquido, le usé puro. Más tarde el Dr. Bernal operó otros dos enfermos por el mismo procedimiento y con idéntico resultado.

En Junio del año pasado intenté la misma operación; hice la punción y extraje el líquido; pero el ácido fénico no penetró en la cavidad por defecto del instrumento. El líquido se reprodujo, como sucede generalmente. En Agosto último la practiqué de nuevo en el mismo: vi al enfermo solamente dos ó tres veces después de operado, y algunos detalles de la observación me eran desconocidos. Por fortuna, el paciente es hombre inteligente, instruído y observador y, á petición mía, hizo por escrito la relación de lo sucedido; de la cual extracto lo que tiene conexión con el hecho clínico.

Yá desde Enero, el volumen del tumor me puso en la necesidad de usar suspensorio; era de absoluta imprescindencia repetir la operación, pero no pudo verificarse sino el 16 de Agosto. La punción no fue dolorosa y, como la anterior, dio salida á una cantidad de líquido que no fue menor de medio litro. La inyección de 35 gotas de ácido fénico puro, no produjo más que un ligero ardor. Treinta horas después empecé á notar alguna irritación local y á sentirme un poco febricitante; esto duró hasta el 20, y en esos días la hinchazón creció y aun se hizo mayor que antes de la operación. El 21, el estado febril principió á calmar, y la tumefacción fue disminuyendo, hasta que no quedaron sino algunas protuberancias, causadas sin duda por el ácido, particularmente en la proximidad del punto en que se hizo la punción; y, por fin, el día 25 todos los órganos habían vuelto á su estado normal.

Creo que si yo hubiera seguido las prescripciones del Dr. Rodríguez, guardando una quietud completa, más pronto me habría restablecido; pero quietud no pude tener sino solamente por la noche en el sueño, porque me era preciso salir todos los días. No obstante, me siento hoy perfectamente bien.....

Me he atrevido á llamar la atención de la Academia sobre este punto, en apariencia de poca importancia, porque no sólo durante mis estudios sino después en mi práctica particular, he tenido ocasión de ver sobrevenir muchas veces dolores intensos, fuertes inflamaciones y frecuentes fracasos como consecuencia de los procedimientos indicados y empleados en esta enfermedad, que son numerosos y que la Academia conoce mejor que yo.

Para terminar, diré que ninguno de los procedimientos que he empleado para curar el hidrocele, me ha dado resultados tan rápidos y tan favorables como la inyección de ácido fénico.

Medellín, Septiembre 12 de 1887.

Comunicación del Dr. Bernal:

1.^a OBSERVACIÓN (20 DE MAYO DE 1883)

A. D., vecino de San Luis, de 53 años de edad, ha gozado siempre de buena salud, si no es la enfermedad de que hoy se queja, que le principió hace 18 años y que á pesar de estorbarle demasiado no le impide entregarse á sus ocupaciones habituales. Hace cuatro años que se agravó considerablemente.

Estado actual.—Derrame en la túnica vaginal de un solo lado; constituye un tumor ovoide, transparente, de una magnitud considerable, liso, indolente y que no varía de forma con la presión.

Diagnóstico.—Hidrocele de la túnica vaginal.

Tratamiento.—Punción del tumor y evacuación de una cantidad de líquido seroso que ascendía como á unos 600 gramos. Inyección de 40 gotas de ácido fénico puro, el que fue extraído después de unos pocos segundos de permanencia en la túnica vaginal, por la misma cánula del trócar. La inyección no produjo dolor apreciable, sino una sensación de escozor ó ligero ardor que calmó muy pronto.

La operación fué practicada en el mes de Mayo de 1883.

Al cabo de diez días el enfermo salió del Hospital completamente curado.

En el mes de Agosto del mismo año, que volví á ver á D., lo encontré perfectamente bien, sin haberse reproducido ni una sola gota de líquido en la túnica vaginal.

2.^a OBSERVACIÓN (15 DE SEPTIEMBRE DE 1883)

E. D., vecino de San Luis, de 42 años de edad, entró al Hospital de Río-Negro en Septiembre de 1883, con el objeto de hacerse operar un hidrocele.

Hace 4 años que empezó la enfermedad por un ligero derrame en la túnica vaginal de un solo lado, y ha ido aumentando progresivamente.

Estado actual.—Derrame considerable en la túnica vaginal de un solo lado; constituye un tumor redondeado, ligeramente blando, transparente, liso é indolente.

Diagnóstico.—Hidrocele simple de la túnica vaginal.

Tratamiento.—Punción y evacuación de un líquido amarillo citrino, en cantidad como de unos 200 á 250 gramos. Inyección de 40 gotas de ácido fénico puro, el cual, después de corta perma-

nencia en la túnica vaginal, fue extraído por la misma cánula del trócar. La inyección no produjo dolor, sino una ligera sensación de ardor que calmó pronto.

Es de notar que la punción ó inyección del ácido fénico no fueron hechas en la cama del enfermo, sino en un lugar retirado, con el objeto de que D. tuviera que moverse inmediatamente después de la operación, y comprobar mejor el resultado del tratamiento.

El éxito fue completo.

TOMÁS BERNAL.

Comunicación del Dr. Uribe Angel:

J. A. M., de 9 años 4 meses de edad, de raza blanca pura, de piel delgada, de temperamento nervioso y de salud general satisfactoria, fue atacado al cumplir 4 años de edad por un tumorcito fluctuante en la región escrotal del lado derecho. El tumor que hablo aumentó gradual y progresivamente, y fue examinado por varios profesores de medicina, que diagnosticaron hidrocele sin complicación. De los profesores que lo vieron, unos manifestaron que sería oportuno operarlo inmediatamente, y otros que, puesto que la enfermedad no amenazaba la existencia y que aun era posible curación espontánea, se debía esperar algunos años más, á fin de que el enfermito se fortificase un tanto.

Por la última razón indicada, y porque comprobé que no estaba completamente cerrado el anillo inguinal, aconsejé á la familia que siguiera el dictamen de los médicos que estaban por la expectación.

Los interesados siguieron mi consejo, hasta cuando el niño cumplió 9 años, época en que se le sometió de nuevo á mi consulta.

Creí entonces que era llegado el momento de operar con buen éxito, y resolví operarlo por el método clásico de inyección yodada, para verificar lo cual, me hice asistir por mi querido discípulo y hábil colega Dr. Julián Escobar.

A tiempo de practicar la operación experimenté chasco casi vergonzoso para mí, porque engañado por la manifestación aparente de valor del paciente, sucedió que, á tiempo de introducir el trócar para evacuar el líquido, el enfermo brincó repentinamente hacia atrás é hizo salir la cánula que había penetrado yá hasta

la cavidad vaginal, dando por resultado que el líquido saliese por la herida y que yo me viese obligado á esperar que la bolsa se llenara de nuevo para proceder con más tiento y con más cautela.

Formado de nuevo el tumor, cuatro meses después de intentada la primera operación, resolví atacarlo por segunda vez; y, muy satisfecho yo de las anteriores comunicaciones académicas del Dr. Ricardo Rodríguez, quise en la ocasión, solicitar la cooperación de tan hábil operador, que me fué prestada con gran benevolencia.

Hace veinte días que operamos, en la forma que paso á expresar. Yo extraje la serosidad por medio de un trócar de reducida capacidad; verificado lo cual mi compañero y amigo, valiéndose de una jeringuita de cristal de las que se usan para inyecciones comunes de uretra, introdujo á través de la cánula 15 gotas de ácido fénico líquido y concentrado, que dejámos en contacto con la túnica vaginal poco menos de un minuto. Hecho eso, el Dr. Rodríguez, valiéndose de la misma jeringuilla, absorbió toda ó la mayor parte del líquido inyectado, que salió de color blanco lechoso, semejante á una emulsión de almendras.

Retirada luégo la cánula, sin que el paciente experimentara otra cosa que levísimo dolor, ordenámos que se le mandara quedar en el lecho durante todo el día.

Como cinco minutos más tarde salímos de la casa dejando contento al niño, riendo y jugueteando sin manifestar ni aun ligero padecimiento.

Un día después de la operación apareció una ligera sombra roja en el escroto, que creció progresivamente sin que la inflamación llegase al estado agudo.

Al cuarto día hicimos nuevo examen y hallamos el tumor reproducido, de color rosado y con fluctuación de líquido espeso hacia la parte inferior, y algún entumecimiento y resistencia en la parte alta del escroto.

Repetición del examen en el octavo día: reducción considerable del tumor, que ha llegado á su volumen primitivo; mayor espesamiento del líquido hacia la parte inferior; más dureza hacia la parte alta. El color rojizo palidece y la piel principia á arrugarse.

No hay fiebre, no hay dolor, el apetito es admirable y el estado moral perfecto.

Repito el examen del enfermo al duodécimo día después de la operación: reducción del tumor á la mitad del volumen primitivo; piel del escroto mucho más arrugada; fluctuación menor del

líquido espeso, que, en menor cantidad, se halla siempre en la parte baja de la bolsa; persiste la dureza hacia la parte superior; pero parece que no interesa sino las capas externas del escroto; ausencia completa de dolor; no hay fiebre; el apetito es bueno y el niño anda con gran facilidad.

El día 15, el tumor se presenta reducido como á la octava parte de su tamaño; el líquido de la túnica vaginal apenas se percibe; la dureza ha disminuído en más de la mitad; la curación puede considerarse como obtenida, y tanto, que doy permiso al enfermo para corrétear con sus condiscípulos en paseos de escolares.

He vuelto á ver al niño veintidós días después de operado, y la curación es completa.

Los señores Académicos pueden comparar lo que saben respecto á los diferentes procedimientos empleados para curar el hidrocele. La opinión respetable de muchos profesores europeos es favorable al empleo del procedimiento, que si no original, por estar ya conocido, propone el Sr. Dr. Rodríguez para combatir esta enfermedad, con menos obstáculos de los que se presentan ordinariamente. Algunos casos más, coronados por buen éxito, hacen esperar con fundamento que este proceder operatorio llegue á ser clásico entre nosotros.

Medellín - 1887 - Noviembre 4.

MANUEL URIBE ANGEL.

INYECCIONES YODADAS, CON LA JERINGA DE PRAVAZ

N., vecino de Sopetrán, de 54 años de edad, comenzó á notar, en 1881, un crecimiento en el lado izquierdo de las bolsas, que fue aumentando lentamente, sin causarle dolor ni impedimento alguno, á no ser, en los últimos tiempos, algo de peso, motivo por el cual resolvió hacerse ver de un médico.

Fui llamado entonces y encontré que el tumor tenía los caracteres típicos de un hidrocele franco, sin complicación de ninguna especie.

Pensando en hacer la operación lo más sencillamente posible, se me ocurrió el medio siguiente: hice una mezcla de partes iguales de tintura de yodo y agua, agregué la cantidad de yoduro

de potasio suficiente para hacer disolver el yodo precipitado, y en seguida filtré.

Procedí á la operación de la manera siguiente. Comprimí la bolsa con la mano izquierda, rechazando el testículo hacia arriba; puncioné en la parte inferior con una jeringa de Pravaz de 2 gr. de capacidad; hice la aspiración hasta que la jeringa se llenó de un líquido transparente y ligeramente amarillento, como es el del hidrocele sin complicación; repetí la aspiración sin retirar la aguja; reemplacé en seguida la serosidad extraída con igual cantidad de la solución de yodo; retiré la aguja y di por terminada la operación.

Prescribí la quietud y mandé aplicar un suspensorio.

Al día siguiente fui á casa del enfermo, el cual no había tenido dolor y había pasado buena noche; en el sitio de la picadura la piel estaba ligeramente rosada.

Al otro día el enfermo se hallaba todavía mejor, pero el derrame había aumentado un poco.

El cuarto día después de la operación, se notaba yá que el derrame comenzaba á disminuir, y fue de allí en adelante desapareciendo poco á poco, hasta que al vigésimo día cesó por completo y las bolsas tomaron su aspecto normal.

Hoy, 21 de Octubre de 1887, casi tres años después de la operación, la curación no se ha desmentido.

Reflexiones.—He creído que por su sencillez, buen resultado é inocuidad, el método operatorio que usé merece tenerse en consideración, aunque no por eso dejo de reconocer la bondad de las inyecciones de ácido fénico.

Creo también que sería aplicable dicho método operatorio, con las variaciones del caso, á la curación de otra clase de derrames, tales como los articulares, pleuresías, quistes serosos, goma &^a; y me fundo para ello, no solamente en lo expuesto, sino también en que he visto en el *Boletín de Terapéutica*, de 30 de Abril de 1887, página 377, aconsejado el uso de inyecciones yodadas en el bocio, practicadas en el espesor del tumor (doce casos con éxito completo); esto ha hecho robustecer más mi fe en el método que he ideado, pues es sabido que en general, los tumores líquidos son más susceptibles de curación que el bocio, hasta aquí tan rebelde á toda clase de tratamientos.

HIDROCELE (*)

La hidropesía de la túnica vaginal, ó más claramente dicho, de la serosa escrotal, es una enfermedad que, sin que pueda llamarse común, no es rara en nuestros climas.

Quizá no hay aquí un solo médico, por joven que sea, que no haya sido consultado alguna vez por una ó más personas afectadas de tal dolencia. Todo lo que tienda, pues, á mejorar ó facilitar su curación, debe considerarse de positivo interés para nosotros.

El tratamiento generalmente seguido hasta ahora, ha sido el clásico de las inyecciones yodadas, como que es seguro en sus resultados y fácil en su aplicación. Se le reprocha el ser un tanto doloroso, causar inflamación un poco viva, que obliga al operado á guardar cama por algunos días, y el manchar desagradablemente los instrumentos, las manos y aun los vestidos, bien que tal mancha no sea permanente. Estos inconvenientes se evitan en mucha parte, inyectando sólo una pequeña cantidad de líquido y tibiándolo antes de su introducción. Hace ya tiempo que yo me sirvo en mi práctica, con tal fin, en vez de la gran jeringa que empleaban Velpeau y sus predecesores, de una jeringuilla uretral, de 15 gramos de capacidad, teniendo cuidado de hacer, por maniobras convenientes, que el líquido inyectado toque toda la cavidad de la túnica vaginal.

Aunque este tratamiento empleado así me ha dado siempre resultados satisfactorios, yo no puedo prescindir, por motivos que expresaré más adelante, de cierta antipatía por el yodo, lo que me hace prestar atención á todo método nuevo que se propone.

El de Defer, que consiste en introducir por la cánula del trócar, después de que ha salido toda la serosidad, una sonda acanalada y cargada en la extremidad de nitrato de plata, fundido ahí mismo en una lámpara de alcohol, para cauterizar por dentro el saco, aunque se lo vi aplicar muchas veces á Maisonneuve, en su servicio del *Hôtel-Dieu* de París, tiene para mí la desventaja de ser muy doloroso y poco seguro, por la dificultad que hay de tocar con un cáustico sólido la mayor parte de las paredes de la túnica.

El de Regazzoni, consistente en dejar dentro del saco, por doce ó más horas, una sonda de goma, que se introduce por la cánula del trócar y que se sujeta después por medio de un vendaje, me

(*) Como algo de este artículo parecerá superfluo después de leer lo que antecede, se hace preciso advertir que fue escrito y se imprimió en el supuesto de que no serían publicadas por separado, *in extenso*, las comunicaciones á que él se refiere, publicación que se decidió después del voto del Presidente y del Secretario de la Academia, Doctores M. Uribe y R. Arango, con los señores del Consejo de redacción,

parece todavía una concepción más infeliz, y que nada ofrece en su favor que la haga recomendable.

Saint-Germain elogia altamente, para el hidrocele de los niños, las aplicaciones sobre el escroto, durante varios días, de paños empapados en una solución concentrada de clorhidrato de amoníaco, tratamiento que yo también había empleado en los adultos, desde hace ya tiempo, pero puncionando previamente el tumor; mas este método, que convendría emplear primero en las personas tímidas, no da garantía de curación radical, expone á recidivas.

El empleo del ácido fénico en inyecciones, por el contrario, parece constituir uno de los mejores procedimientos. Aunque ensayado felizmente por Keyer, de Nueva York, desde 1881, y recomendado después por varios autores, no había llamado aquí la atención, hasta ahora que el Sr. Dr. Ricardo Rodríguez dio cuenta á nuestra Academia, de haberlo aplicado, con muy buen éxito, desde hace ya cuatro años, en dos de sus enfermos, inducido á ello por un artículo de Levis, que trae el *Bulletin de Thérapeutique* de 15 de Agosto de 1882; pero mientras que el cirujano francés inyectaba dos gramos ó sea 36 gotas, de una solución, al décimo, en glicerina ó en agua, de ácido fénico cristalizado, nuestro colega empleó simplemente el mismo número de gotas del ácido fénico líquido de nuestras boticas.

Para esto se hace la punción con el trócar, se deja salir toda la serosidad, y, por medio de una jeringuita de vidrio, de las usadas para la uretra, se inyecta el ácido, aspirándolo de nuevo para hacerlo salir á los pocos segundos de permanencia.

Los efectos que se le atribuyen á este tratamiento son: el no causar verdadero dolor, sino apenas una ligera sensación de escozor, que pasa pronto, y el permitir á los enfermos andar inmediatamente después de la operación, y aun seguir, en muchos casos, en sus ocupaciones.

El Sr. Dr. Tomás Bernal leyó á la Academia, poco después, dos observaciones de la misma clase, relativas á individuos operados por él de esa manera, desde 1883, que confirman los buenos resultados anunciados por el Dr. Rodríguez. Ultimamente el Dr. Manuel Uribe Angel operó de ese modo, asociado al Dr. Rodríguez, un niño de 9 años, el que curó en pocos días, sin ningún accidente.

Como el ácido fénico de las boticas no es otra cosa que el ácido fluidificado por deliquesencia, es decir, por absorción de la humedad atmosférica, debe considerársele como una solución acuosa muy concentrada, mejor dicho, saturada, tanto, que según mis

observaciones, en 30 gramos *medidos* hay 30 gramos *en peso* de ácido cristalizabile. Puede, pues, decirse que es una solución al 100 por 100. De temerse es, pues, que si tal líquido permanece dentro del saco más tiempo del que se desea, ó que si, por movimientos inesperados, del enfermo, se extravía la cánula y aquél se infiltra en el tejido celular subcutáneo, sobrevengun algunos accidentes (tales como abscesos ó aun la mortificación de una parte del tumor).

Por eso, á pesar del éxito brillante que la operación ha tenido entre las hábiles manos de mis honorables colegas, yo daría la preferencia á las soluciones menos fuertes, toda vez que con éstas se obtiene el mismo buen resultado. Y aquí conviene recordar que un médico cubano, el Dr. Ignacio Plasencia (*Crónica Médico-quirúrgica de la Habana*, 1883), emplea con buen suceso una solución que no contiene medio décimo de ácido, pues su fórmula se compone de una parte de ácido fénico, dos de glicerina y veinte de agua.

Este profesor ha tenido el mérito de comprobar prácticamente, por medio de experiencias hechas en perros, que el líquido de que se sirve no causa accidente alguno aunque se inyecte intencionalmente en el tejido celular del escroto.

Pero hay todavía un método que juzgo destinado á reemplazar ventajosamente todos los otros. Es el que consiste en modificar ó descomponer la serosidad del tumor, sin previa extracción, haciendo penetrar por medio de la jeringuilla de Pravaz unas pocas gotas del líquido medicamentoso, abandonándole después á la absorción.

Dupierris ha empleado con tal fin el alcohol puro, inyectándolo en cantidad de algunos gramos.

Nuestro colega el Dr. Julio Restrepo trató así un enfermo, sirviéndose de una mezcla, á partes iguales, de tintura de yodo y solución acuosa de yoduro de potasio, de la que empleó el contenido de dos jeringuillas. El éxito fue completo y rápido, sin dolor ni inflamación notable.

Otros han usado el percloruro de hierro líquido, á 16°, del que ha bastado inyectar unas pocas gotas, como se hace en el tratamiento de los aneurismas. Este último me parece, en el estado actual de la ciencia, el mejor de los procedimientos, y creo que debería dársele la preferencia por su sencillez, y porque permite al operado continuar en sus quehaceres.

Volvamos ahora á las inyecciones yodadas. Dije antes que tenía motivos particulares para mirar con recelo este método de tratamiento, á pesar de su general inocuidad, y debo ya decir el por

qué. Va para 25 años que vi morir un enfermo por consecuencia de una operación de hidrocele practicada con todo cuidado, por el método clásico de entonces, las inyecciones yodadas, según el procedimiento de Velpeau, con la gran jeringa. No hubo, durante la operación, accidente de ninguna especie. El líquido de la inyección, que era tintura de yodo mezclada con tres tantos de agua y un poco de yoduro de potasio, penetró bien en la cavidad de la túnica vaginal y volvió á salir. El dolor no fue más intenso que de ordinario. Pero al día siguiente el enfermo se quejaba de desvanecimiento, especie de borrachera; estaba inapetente, tuvo náuseas, luego sobrevino dolor de cabeza, vómito, convulsiones, pérdida del conocimiento y parálisis general. En una palabra, murió de meningitis, en cuatro ó cinco días. En el tumor nada hubo de particular, nada de extraño.

¿Cuál fue la causa de un accidente tan raro y tan inesperado? ¿Hubo mera coincidencia entre la aparición de esta enfermedad y la operación del hidrocele? ¿Fue una flegmasia simpática de la vaginalitis? ¿Fue debida á la absorción del yodo y á su transporte sobre la aragnoides?

Cuestiones son éstas que requieren ser tratadas con mayor extensión, en artículo especial, y que necesitarían, para su perfecto esclarecimiento, los datos de la autopsia, los que en este caso particular no era posible conseguir.

La susceptibilidad del individuo y su idiosincrasia, han debido entrar por mucho en este resultado.

Medellín, Noviembre de 1887.

ANDRÉS POSADA ARANGO.

ANEURISMA ESPONTANEO

DE LA PORCIÓN INGUINAL DE LA ARTERIA FEMORAL

Ligadura de la ilíaca externa.

Curación.

El Dr. José Tomás Henao, médico de Manizales, comunicó á la Academia el siguiente caso.

N., de 33 años de edad, natural de Bogotá, casado y carpintero de profesión. En sus antecedentes hereditarios no hay nada digno de mencionarse; fue muy aficionado á las bebidas alcohólicas; tuvo disenteria á los doce años y fiebre tifoidea á los 18. Durante la campaña de 85 estuvo algunos días en Puerto-Berrío y contrajo

una úlcera simple en la parte anterior é inferior de la pierna izquierda, cuyo sitio está hoy marcado por una cicatriz amoratada. Después sufrió una caída de caballo, pero sin recibir golpe alguno.

Hace seis meses que, sin que mediara causa apreciable, principió á sentir dolor sordo en la región inguinal izquierda, donde á la vez le apareció un tumor muy pequeño, el que juzgó fuese una *seca*; dicha lesión no le impedía entregarse á sus ocupaciones, pues aunque el dolor era constante, nunca fue intenso; por las noches sentía picadas en el tumor, el cual fue creciendo lentamente sin causar gran malestar, hasta que su persistencia le obligó á consultar médico.

El 14 de Abril de 1887 vi por primera vez este enfermo, con mi colega el Dr. Velásquez. Es aquél un hombre de pequeña estatura, delgado, de color blanco, muy demacrado; su hábito externo presenta los signos de un largo sufrimiento anterior; los órganos respiratorios, digestivos y urinarios funcionan bien y no hay en ellos lesión alguna apreciable. Haciendo descubrir la región enferma, noté en la cara interna del muslo izquierdo, é inmediatamente por debajo del ligamento de Poupert, un tumorcito del volumen de un huevo de gallina, piriforme, con su parte ancha hacia arriba y que ocupaba la base del triángulo de Escarpa, cubierto por piel de color normal completamente sana. Fijándome bien, pude notar que había en dicho tumor movimientos de expansión, y la palpación corroboró estos movimientos. Noté además que el tumor era fluctuante y fijo, y por la auscultación descubrí en él ruido de soplo fuerte é isócrono con la sístole cardiaca; este soplo se prolongaba, disminuyendo gradualmente de intensidad, hasta el ombligo por la parte superior, y por la inferior hasta el anillo del tercer adductor. Comprimiendo la ilíaca externa, desaparecían el soplo y el movimiento de expansión, y la compresión causaba dolor. Si se comprimía el vaso por debajo del tumor no había cambio alguno en él. En vista de tal cuadro sintomático el diagnóstico se imponía: se trataba de un aneurisma inguinal desarrollado en la porción superior de la arteria femoral.

Urgido por el paciente para que le diera mi opinión sobre su enfermedad y le indicara el tratamiento á que debía someterse, lo hice en estos términos: "U. tiene un aneurisma de la arteria femoral, lesión que requiere una operación de cuyas consecuencias no puedo responder; haciéndola, U. podrá salvarse; si la rechaza, su enfermedad le acarreará la muerte en un tiempo no muy largo." El paciente me contestó que pensaría y me daría oportuno aviso.

Cincuenta y cinco días transcurrieron sin que hubiera vuelto

á saber de este enfermo cuando se me volvió á llamar, y entonces lo hallé en el estado siguiente: demacración mucho más considerable; piel de color semejante al que imprime la caquexia anémica; voz débil; ánimo completamente postrado; el enfermo se movía con mucha dificultad y le era imposible comunicar movimiento alguno al miembro enfermo. Descubrí el tumor aneurismal y fui sorprendido al ver que en tan poco tiempo (55 días), habiendo el sujeto permanecido constantemente en la cama, hubiera adquirido la lesión las proporciones que presentaba. Tenía la bolsa aneurismal una forma regularmente redondeada, y ocupaba, verticalmente, desde el ligamento de Poupert hasta la parte media del muslo; y transversalmente las caras anterior é interna del muslo, el cual tenía una circunferencia de 55 centímetros al nivel del punto más culminante del tumor, cuando el miembro derecho en el mismo punto media únicamente 38 centímetros. La circunferencia de uno y otro miembro, al nivel de los cóndilos femorales, era de 26 centímetros, y de 24 en las pantorrillas. La bolsa aneurismal tenía una circunferencia de 48 centímetros, y en ella no eran yá tan notables los movimientos de expansión. La piel tenía un color amarillado; estaba tensa, luciente, surcada por venas azuladas y presentaba aquí y acullá trechos amarillosos producidos por hemorragias que se habían efectuado en su parenquima. De trecho en trecho se veían algunas pequeñas pápulas, dependientes, probablemente, de unciones cáusticas que un empírico había aconsejado al paciente. Por la parte externa presentaba el tumor á la palpación resistencia casi fibrosa, y era blando y fluctuante por la interna. Auscultándolo se oía un soplo fuerte hacia su parte interna, soplo que no se oía en la parte externa y que no se prolongaba más allá de los límites del tumor. Por medio de la palpación se percibía claramente el movimiento de expansión allá donde el soplo era claro, y había dolor fuerte en toda la base del miembro, dolor que se exasperaba por la presión. El soplo y la expansión eran isócronos con la sístole cardiaca; uno y otro desaparecían por la compresión de la iliaca externa y había una escara sobre el gran trocánter izquierdo.

En vista de esto repetí al enfermo lo que en mi primer examen le había dicho, anunciándole yá, que en el período á que la lesión había llegado, el éxito de una intervención quirúrgica era muy problemático; mas, que estando condenado á una muerte segura en poquísimos días, le aconsejaba todavía la operación, pues aunque el caso era muy grave, no era absolutamente desesperado. Aceptado mi consejo y siendo el paciente muy pobre, lo hice lle-

var al Hospital de Caridad de esta ciudad, establecimiento que está bajo mi dirección médica, é hice disponer lo necesario para operarlo al día siguiente.

El 10 de Junio á las 12 del día, acompañado de mis cofrades Velásquez y Londoño, después de haber arreglado todo lo que pudiera necesitarse y ayudándome del procedimiento de desinfección de Lister en todo su rigor, emprendí la ligadura de la ilíaca externa por el procedimiento de Roux, muy semejante al de A. Cooper.

Después de cloroformizado el paciente se le puso en decúbito dorsal con los miembros abdominales en la extensión; se lavó muy bien el campo operatorio y todo el tumor con una solución fenicada al 2 %; tracé con un lápiz dermatográfico una línea horizontal convexa hacia abajo que, partiendo de la parte media del ligamento de Poupert, fue á terminar á 15 milímetros hacia arriba y hacia adelante de la espina ilíaca antero-superior; hice fijar muy bien por dos ayudantes el bacinete y los miembros abdominales; dividí la piel con un bisturí convexo en toda la extensión de la línea trazada; luego corté el tejido celular y la aponeurosis del músculo grande oblicuo; dejé mi bisturí y con una sonda acanalada dividí las fibras musculares del pequeño oblicuo y del transversario, cortando sus aponeurosis sobre la misma sonda y teniendo especial cuidado de conservar el paralelismo entre la herida de la piel y la de las capas profundas; corté de igual modo la fascia transversaria; introduje luego mi dedo en el fondo de la herida y pude encontrar la arteria que trataba de ligar; tomé entonces con mi mano derecha la aguja de Cooper, provista de un fuerte hilo de seda, y guiándola con el índice de la mano izquierda que estaba sobre la arteria, pude, con mucho trabajo, pasarla por debajo del vaso, dirigiéndola adentro hacia afuera para evitar herir el peritoneo; cerciorados y cerciorados mis colegas de que el vaso estaba bien cogido, se hizo la ligadura después de retirar la aguja. El soplo y la expansión desaparecieron inmediatamente de la bolsa aneurismal.

Durante la operación no hubo más hemorragia que la de algunos pequeños vasos musculares; lavé muy bien la herida con una solución fenicada al 5 %; interpuse hilas entre sus labios, empapadas en la misma solución al 2 %; cubrí todo con compresas también empapadas en dicha solución y terminé el vendaje con una espica doble de la cintura y el muslo. La operación duró una hora; el paciente despertó tranquilo y sin dolor, pero se quejó de tener entumecido todo el miembro; lo coloqué en su cama en decúbito lateral derecho; hice sostener la calorificación del miembro con botellas llenas de agua caliente y sacos con salgado tostado; ordené

lavar la escara que había sobre el gran trocánter con una solución de cloral al 4 % y la hice cubrir con polvo de quina.

A las dos de la tarde el enfermo se quejaba de un fuerte dolor en el tumor; el miembro estaba entumecido; el pulso fuerte y frecuente; temperatura axilar $36^{\circ} 7$; embotamiento intelectual con pesantez de la cabeza, lo que atribuí á una plétora cerebral; el miembro había conservado su calor natural. Prescribí un gramo de hidrato de cloral cada hora, puesto en 50 gramos de leche.

A las 6 de la tarde la situación era la misma que la de las 2, con excepción del dolor que se había calmado; el enfermo estaba narcotizado por el cloral, pero respondía á las preguntas que se le hacían. Ordené suspender la administración del cloral para reaplicarlo en la noche si reaparecía el dolor.

Día 11.—El enfermo pasó mala noche: había habido sueño muy agitado, interrumpido por fuertes dolores; el pulso era fuerte, lleno y frecuente; temperatura $36^{\circ}-5$; el miembro estaba entumecido y había imposibilidad para moverlo; apreciaba bien la sensibilidad al calor, al frío y al dolor; no se veía cambio notable en el tumor; no se percibía pulsación en ninguno de los vasos que estaban debajo de la ligadura; persistía el embotamiento intelectual; la vejiga estaba perezosa para vaciarse, pues el enfermo fue al vaso por dos ocasiones y no pudo expulsar orina. Prescribí la misma medicación y una lavativa purgante para facilitar la defecación. En la tarde del mismo día todo estaba lo mismo que en la mañana, la vejiga se había vaciado espontáneamente, pero con pereza.

Día 12.—Calmó el dolor y el paciente estuvo despejado; pulso como ayer; temperatura $37^{\circ}-2$; ningún cambio en la bolsa aneurismal; no sentí pulsación ni en la pedia ni en la poplítea; apareció una flictena en la parte anterior del muslo, producida por una quemadura hecha con el agua caliente; el calor del miembro fue bueno; continuó la pereza vesical, pero el órgano se vaciaba aunque con dificultad; la escara del gran trocánter iba mejor. La misma medicación. En la tarde la temperatura bajó á $36^{\circ}-5$; lo demás, como en la mañana.

Día 13.—Buena noche, sueño tranquilo; el paciente estuvo contento y tuvo apetito; ningún cambio en el miembro; la herida operatoria principió á supurar; pulso como el día 12; temperatura $36^{\circ}-5$; la pereza vesical fue menor; no hubo pulsación en los vasos del miembro; la bolsa aneurismal presentó el mismo tamaño. En la tarde, todo lo mismo que en la mañana. Idéntica medicación.

Día 14.—Se sostuvo el buen estado del paciente; hay animación y buen apetito; el tumor aneurismal cambió de aspecto y

principió á reblandecerse en los puntos donde presentaba aquella dureza fibrosa; desaparecieron algunas de las manchas equimóticas y las pápulas que había en la superficie; la piel no estaba ya tensa ni luciente; no había pulsación en los vasos del miembro; éste estaba menos entumecido y se movía más fácilmente; pulso normal; temperatura $36^{\circ}-5$; ha desaparecido la pereza vesical. La misma medicación. Ninguna variación por la tarde; por primera vez el termómetro marca 37° .

Día 15.—Muy buena noche, aunque hubo desvelo; pulso normal; temperatura $36^{\circ}-5$; la circunferencia de la bolsa aneurismal ha disminuído medio centímetro; la piel de ésta está arrugada, y en aquellos puntos donde antes se notaba dureza hoy hay fluctuación. Por la tarde, todo como en la mañana, con excepción del pulso, que es algo más frecuente y muy fuerte.

Día 16.—Hubo muy buena noche hasta las cinco de la mañana; pero á esta hora el enfermo, olvidando la prescripción de ponerse una lavativa de agua fría siempre que quisiera evacuar, hizo fuertes esfuerzos para defecar; sintió en el momento un dolor muy agudo en la bolsa aneurismal, dolor que se irradió á la cintura y á la pierna; la bolsa se puso tensa y luciente; aumentó un centímetro de circunferencia, relativamente á la del día anterior; pulso débil y frecuente; temperatura $37^{\circ}-5$. Debió de hacerse una hemorragia en el saco aneurismal (*). Se prescribió un laxante y unciones anodinas sobre el tumor y la cadera. Por la tarde, el dolor continuaba, pero soportable; pulso, 90; temperatura, 37° .

Día 17.—La noche fue buena; el dolor calmó completamente; el tumor está menos tenso y más blando, y la piel ligeramente arrugada; pulso menos frecuente y fuerte; temperatura $37^{\circ}-8$. Por la tarde la temperatura bajó á $37^{\circ}-7$.

Día 18.—Buena noche; el tumor no está ya tenso y la piel está arrugada; la circunferencia del miembro al nivel del punto más culminante de la bolsa es de 49 centímetros; no hay dolor; ausencia de pulsaciones en los vasos del miembro; pulso normal; temperatura $37^{\circ}-8$. Se prescribió una medicación tónica y reconstituyente de extracto de quina y lactafosfato de cal.

(*) El Dr. Ricardo Rodríguez, comisionado para estudiar esta observación, decía en su informe: "El haberse llenado el saco aneurismal instantáneamente, á consecuencia de un esfuerzo, me induce á creer que había una ancha vía de comunicación entre una de las ramas de las arterias ilíaca interna (probablemente la isquiática) y la femoral. En Clamart hay una pieza anatómica patológica presentada por Manec, en la cual esta comunicación se hacía por un vaso tan grueso como la femoral. Esta comunicación me explica en parte el feliz éxito obtenido por el Dr. Hebra en caso tan desesperado, lo mismo que el ningún enfriamiento del miembro después de haberse rompido la circulación en la arteria principal, y lo insignificante del punto gangrenoso que se presentó sobre la rótula."

Del día 19 hasta el 23 todo continuó bien, con excepción de una ligera hipertermia, pues el termómetro se sostuvo á 37°-5. La herida principió á cicatrizar y cubriose de yemas carnosas; hubo entumecimiento sobre la rótula, y en el centro de ella se notó una placa rojiza con centro blanquecino y de la circunferencia de una moneda de medio real; se conservan la sensibilidad táctil y el dolor; no hubo pulsaciones en el miembro; el estado general ha mejorado notablemente. La circunferencia del tumor ha disminuído 2 centímetros.

Día 24.—El termómetro bajó á 37°.

Día 25.—Se aumentó el color blanco de la placa que había aparecido sobre la rótula, y pareció que el tejido principiara á sufrir un principio de mortificación.

Días 27, 28 y 29.—Hubo por las tardes hipertermia, 37°-5; ligero dolor en la bolsa aneurismal; ésta había disminuído notablemente, y se notaba que el trabajo de cicatrización ó reparación del saco se iba efectuando de abajo hacia arriba y de afuera hacia adentro; en estos puntos se notó una dureza sólida y compacta, como si la piel estuviera fijamente adherida por su cara profunda; el miembro pudo extenderse casi completamente; la placa de la rótula se puso negra en su centro, pero no se extendió en circunferencia. El 26 se suspendió completamente la calorificación artificial, después de habérsela ido disminuyendo gradualmente.

Agosto 3.—En los días anteriores el paciente siguió muy bien, únicamente hubo ligeras hipertermias de 5 á 7 décimos de grado, las que siempre han coincidido con pasajeros dolores en la bolsa aneurismal; el 14 de Julio cayó la ligadura; el tumor disminuyó más de la mitad; no hubo en el ruido alguno; tampoco se notaron pulsaciones en los vasos del miembro; el enfermo se levanta desde hace ocho días, ayudado por muletas; marcha apoyado en su miembro enfermo, pero hace en él muy poco esfuerzo. El tratamiento tónico se ha continuado hasta hoy; el paciente ha mejorado notablemente en su estado general, y se le da de alta.

Septiembre 30.—El paciente ha continuado mejorándose notablemente; su estado general es muy bueno y yá hace uso de su pierna enferma; la bolsa aneurismal ha continuado disminuyendo, y el trabajo de cicatrización del foco se hace siempre de abajo hacia arriba y de afuera hacia adentro. A la fluctuación que se notaba en algunos puntos, poco después de la operación, ha sucedido una dureza resistente, pero dureza en un plano regular y nó aquella dureza abollada é irregular que se notaba en algunos puntos del

tumor antes de la operación. Hoy la bolsa aneurismal tiene el volumen de un huevo de gallina y creo que desaparecerá completamente. La circunferencia del miembro, tomada al nivel del punto más culminante del tumor, es de 24 centímetros; sobre los condílos femorales y en las pantorrillas, dicha circunferencia ha aumentado 2 centímetros desde el día de la operación y es igual en ambos miembros, lo que prueba que la nutrición del izquierdo se efectúa bien. ~~Nuestro marca 57~~

~~Día 25~~ No me ha sido posible hallar pulso ~~de~~ ^{en} ~~en~~ ⁿⁱ ~~en~~ ^{la} ~~popli-~~
teada en la pedia. La escara gangrenosa que se formó sobre la rótula, se eliminó espontáneamente después de haberse limitado muy bien; el 10 de Septiembre cayó en una costra negra, seca, de la circunferencia de más de medio real. Hasta el 15 de Septiembre hubo gran sensibilidad al frío y especialmente sobre la rótula; de esta fecha en adelante aquélla ha desaparecido y el calor del miembro es normal. Desde el 1.º de Septiembre el paciente usa una faja elástica que comprime moderadamente la bolsa. Todo va en creciente mejoría y el paciente se entrega á sus habituales ocupaciones. La curación puede considerarse radical.

TETANOS DE LOS RECIEN NACIDOS

La Academia de Medicina resolvió, en una de sus primeras sesiones, á virtud de proposición hecha por el Sr. Dr. Federico A. Peña, excitar á los médicos del Departamento para que anoten, en todos los casos de tétanos de los recién nacidos que se les presenten, cuáles han sido los medios empleados en la curación de la herida umbilical, á fin de averiguar lo que haya de cierto en la acción preservadora que el pueblo le atribuye al *canime*, ó bálsamo de copaiba, usado con ese objeto.

Al cumplir la Redacción de los ANALES el deber de hacer tal excitación, he juzgado oportuno agregar por mi parte algunas reflexiones sobre el asunto, exponer mis ideas acerca de eso.

La práctica á que se refiere el Sr. Dr. Peña parece yá antigua y muy general, pues no solamente existe en Colombia sino también en toda ó la mayor parte de la América española *. Recuerdo ha-

* Según nuestro colega, el Dr. Rafael Campuzano, esta práctica sólo existiría en Antioquia desde 1819, época en que la introdujo un Dr. Gutiérrez, médico venezolano; pero esta aserción no me parece exacta, pues según los informes que yo he obtenido, el uso era aquí mucho más antiguo. Se habla de una pragmática del Gobierno español que ordenaba emplear el *canime* con tal fin, en todas sus colonias de América. En ninguna de las obras que he consultado, relativas á la Guayana francesa ó al Brasil, se menciona tal costumbre, lo que induce á creer que en aquellos países no es conocida.

ber leído en la Biblioteca nacional, en Bogotá, una memoria publicada en Lima há mucho tiempo, pero cuyo autor y data he olvidado, en la que se la recomienda, y aun se elegía el uso interno del canime, como agente curativo, en la enfermedad de que tratamos. Entre nosotros, no solamente emplea el vulgo la copaiba en estos casos, sino también en la curación de toda especie de heridas, con la mira de evitar el tétanos, la supuración infecciosa, la podredumbre ó gangrena hospitalaria y los demás accidentes del traumatismo. Yo conozco personas que han tenido los brazos gravemente molidos en trapiche y que han curado felizmente, sin más tratamiento que la aplicación reiterada del *canime*, ordenada por un empírico.

Otras veces emplean con el mismo objeto, es decir, en la curación de las heridas, para evitar que les *entre frío* (expresión con la cual comprenden ellos el tétanos y las demás complicaciones) el bórax, el azúcar ó el hollín en polvo, ó los apósitos empapados en aguardiente, tópicos que, como se sabe hoy, son todos verdaderos desinfectantes.

Sorprende ciertamente el considerar que el pueblo, sin más guía que su instinto, anticipándose así á las doctrinas de los sabios, al descubrimiento de los microbios, haya reconocido la eficacia de tales medios, ó tenido la idea de emplearlos. Pero volvamos al tétanos.

Esta enfermedad, como lo han reconocido muchos autores, tiene indudablemente grandes analogías, muchos puntos de contacto con la hidrofobia ó mal de rabia. Esto me hacía creer que, como ella, fuera, por lo menos en algunos casos, infecciosa ó inoculable y que su virus estuviera localizado en la medula. Hace yá tiempo que abrigo la convicción de que el tétanos traumático es debido á gérmenes atmosféricos que penetran por la herida y van á obrar sobre los centros nerviosos, y de que por consiguiente el verdadero medio preventivo es el empleo de los desinfectantes, mejor dicho, de los microbicidas.

Cuatro años hace que en mi correspondencia epistolar con el profesor Fonssagrives, que me honraba con su amistad, al hablarle del empleo del bálsamo de copaiba como preservativo del tétanos *neonatorum*, en cuya eficacia yo he creído, le exponía las ideas que dejo consignadas; y eso que entonces no era en mi espíritu más que una hipótesis verosímil, ha venido á ser yá un hecho verdadero, una realidad, desde que Motte y Protopopoff han hallado el microbio de la rabia en el encéfalo del lobo, y que Nicolaïer y Ro-

senbach han producido el tétanos por inoculación y descubierto en los enfermos un *bacillus* especial.

Se nota, no obstante, entre la rabia y el tétanos, esta diferencia: que la primera es muy común en Europa, y tan rara por acá, que el célebre Padre Molina, autor de la *Historia Natural de Chile*, afirma que no existe en América; mientras que el tétanos, por el contrario, es bastante raro allá y muy frecuente entre los trópicos. La aserción del Padre Molina es exagerada, es inexacta; pero ello es cierto que entre nosotros son contadísimos los médicos que han tenido ocasión de ver algún enfermo de hidrofobia, cuando el tétanos se ofrece casi diariamente á nuestra observación.

Una de las formas más comunes de esta última enfermedad, es la que ataca á los recién nacidos, afección que recibe en Antioquia el nombre popular y expresivo de *mal de varillas*, por la rigidez que se nota en el cuerpo del paciente, y que lleva al sepulcro muchos niños. En el Cauca lo llaman *mal de siete días*. Objeto de sumo interés es, por tanto, el inquirir sus causas, buscar su profilaxis y su tratamiento.

Para algunos médicos, ella proviene de la acción del frío sobre el cuerpo de la criatura; para otros muchos, y yo soy de esta opinión, ella se halla en dependencia, en relación inmediata con el estado del ombligo. Unos de éstos la hacen consistir en el corte, atribuyendo grande importancia á la clase de instrumento empleado y al estado de su filo. Así han propuesto sustituir las tijeras tradicionales, que magullan algo los tejidos, con el bisturí ó con una navaja de barba, ideas que, según creo, nos han venido de Venezuela. Otros piensan que la causa está en la falta de limpieza de los instrumentos, ó en la aplicación, sobre el cordón, de sebo rancio ó de otros tópicos poco adecuados.

Yo juzgo, al contrario, que nada de eso influye, pues que el corte del cordón umbilical se hace después de hecha la ligadura, que interrumpe en él la circulación, que destruye, puede decirse, instantáneamente su vitalidad y hace imposible la absorción por su extremidad. Creo sí que depende de la herida abdominal, que está en relación con la caída del cordón. Para mí es, pues, evidente que el tétanos de los recién nacidos es un verdadero tétanos traumático, y como respecto de éste yo tenía admitida yá la existencia de los gérmenes venidos del exterior, siempre he creído que hay mucho de cierto en la virtud preservadora que se le atribuye al bálsamo de copaiba con que untan ó cubren el cordón umbilical y la herida que sigue á su caída. Por eso no creo que baste, como parece que algunos lo acostumbran, el untar simplemente con co-

paiba el hilo con que hacen la ligadura, porque el cordón no se secciona por ahí, en el punto de la estrangulación, sino que se desprende en su raíz.

En corroboración de lo expuesto diré, que en ninguno de los niños atacados de tétanos que yo he visto y en quienes he podido hacer la averiguación del caso, habían aplicado el bálsamo de co-paiba al ombligo, á pesar de ser ésta aquí una costumbre tan general. Lo mismo han observado en su práctica los Dres. Peña y Joaquín Castilla, según lo informaron á la Academia, y el Dr. M. Vicente de la Roche.

En cuanto á tratamiento curativo, y bien que no sea ese el objeto del presente artículo, no estará por demás recordar que el mejor consiste en el empleo del cloral, que, como se sabe, es también un excelente microbicida.

A. POSADA ARANGO.

16 OCLUSION INTESITINAL

El curso de las materias que deben recorrer el canal intestinal puede interrumpirse por completo, accidente que en su forma aguda, rápida y esencialmente dolorosa, constituye el *cólico misere-re* de otros tiempos, por causas muy diversas, tales como la invaginación de una parte del intestino, lo que es raro; la ingurgitación ó atascamiento de su cavidad por residuos alimenticios, por lombrices ú otros cuerpos extraños, lo que es más frecuente; el estrangulamiento por bridas peritoneales ó por apéndices vermiformes del mismo intestino, que se enroscan á su rededor; la compresión del canal por algún tumor del abdomen, bien que esta última circunstancia, como la existencia de cicatrices ó la degeneración de las paredes del intestino, produzca más bien una afección crónica, caracterizada por constipación progresiva y tenaz que termina al fin en oclusión absoluta. Yo observé, sin embargo, no há mucho tiempo, un verdadero cólico, es decir, la oclusión repentina y dolorosa, por efecto de un quiste del ovario. Después de haber usado inútilmente diversos medios de los acostumbrados en tales casos, se logró hacer desaparecer los accidentes y aliviar completamente á la enferma, desalojando el tumor por medio de maniobras convenientes.

Se sigue de ahí que el éxito del tratamiento, el resultado de los medios empleados, que de ordinario son unos mismos, por la di-

ficultad ó aun imposibilidad que hay, en lo general, para distinguir ó precisar bien la causa, tiene qué ser variable, satisfactorio ó favorable á veces, ineficaz ó infructuoso en muchísimas ocasiones.

Tales medios han consistido en *purgantes*, especialmente oleosos ó de calomel; en la aplicación del *frío* (hielo ó agua), por la boca, exteriormente ó en clisterios; en enemas de humo ó de cocimiento de *tabaco*, remedio activo, pero que hay que manejar con prudencia, por temor de un envenenamiento; en *corrientes eléctricas*; en *lavativas forzadas*, y mejor aún efervescentes, que se aplican inyectando primero una solución de bicarbonato de soda é inmediatamente otra de ácido tártrico; en irrigaciones ó pulverizaciones de *éter*; en la administración del *cloroformo*, por la boca ó en inhalaciones; en la de la *belladona* ó de su alcaloide; en la del *café* á alta dosis, la del *mercurio* metálico ó el *plomo* en municiones, y, por último, en la intervención quirúrgica, sea para cortar las bridas ó destruir la invaginación, por medio de la *laparotomía*, en los casos raros en que su existencia puede diagnosticarse con precisión, sea para crear un ano artificial por la *enterotomía*.

Dos veces he tenido qué practicar esta última operación. La primera vez la ejecuté en una anciana atacada de verdadero *cólico miserere*, que había tomado yá sin suceso cuatro onzas de munición, y se hallaba en situación extrema. A pesar del ano artificial, que dio salida al contenido de la parte superior del intestino, pero no á la munición, y que alivió los sufrimientos de la paciente por un día, ésta falleció al fin por peritonitis. En el segundo caso se trataba de una enferma afectada de oclusión crónica, por lesión orgánica cuya naturaleza no era posible precisar aún. No solamente había obstrucción intestinal completa, sino también algo de ascitis y aun fiebre. La operación se la hicimos el Dr. M. Vicente De la Roche y yo, por el método de Littré, es decir, en la parte anterior y derecha del vientre, como la había ejecutado yo antes. A virtud de ella la enferma se restableció de todas sus complicaciones, y vivió cerca de tres años, evacuando únicamente por el ano artificial, hasta que la lesión orgánica abdominal, que resultó ser un gran tumor escirroso, hizo tales progresos, que le ocasionó la muerte.

Ultimamente se ha recomendado para la oclusión intestinal, sin que se comprenda muy bien el por qué, el lavado del estómago por medio del sifón ó aparato de Faucher. Propuesto la primera vez por Kürsmaul, ha sido ensayado después por varios médicos, y dado en ocasiones buenos resultados.

Cómo obra? Juzgo que más bien que por el *lavado*, obra por la vacuidad que produce en el estómago, por la depleción que oca-

siona, comparable á la del vomitivo, pero pasiva, sin esfuerzo ni fatiga notable para el enfermo; depleción que provoca quizás un movimiento antiperistáltico de los intestinos, que facilita la desinvaginación, que ayuda al desatascamiento, que promueve la expulsión de los gases por la boca, disminuye la distensión de la parte superior del intestino y restablece así el equilibrio en sus movimientos y funciones.

Mas sea lo que fuere de mi manera de interpretar los hechos, lo cierto es que este método de tratamiento ha dado en ocasiones buenos resultados, y eso basta para que deba empleársele, aunque estemos lejos de participar del entusiasmo de los que lo han comparado en sus efectos con la enterotomía.

Nuestro colega el Dr. Julio Restrepo ha sido el primero en usarlo aquí, con ese objeto, y el resultado fue favorable, como se verá en la observación que sigue.

A. POSADA ARANGO.

(17)
N., soltero, de 47 años de edad, de buena constitución, natural de Medellín, ha sido dado á los excesos alcohólicos.

Hace muchos años sufrió de disenteria y después de fiebre tifoidea.

El día 1.º del presente se levantó á las seis de la mañana, y como era su costumbre, fue al campo á hacer la deposición que hacía siempre á la misma hora; el piso estaba húmedo, y sintió al acabar un dolor fuerte, ó picada, como él dice, en un punto del estómago, que se extendió á poco á todo el vientre, el cual se fue inflando, y la tarde de ese día le vino vómito.

Poco después de haberle empezado el dolor le aplicaron una lavativa purgante que no le produjo ningún efecto, pues la arrojó sola; pasó mala noche.

Día 2.—Pasó con bastante dolor todo el día y vomitando lo que tomaba. Ese día le administraron un purgante de una onza de crémor y una y media de maná; vomitó parte de él, y no le hizo ningún efecto por abajo. Los demás síntomas, dolor, inflamamiento y vómito aumentaron por la noche. No hubo expulsión de gases, pero sí eructos frecuentes y agriera.

Día 3.—Fui llamado como á las 10 del día, y encontré al enfermo en el estado siguiente: vientre abultado y sonoro, dolor fuerte en él, algo de fiebre, decúbito dorsal, lengua saburral, sed inten-

sa, cara algo gripada. No encontré en ninguna parte hernia; inapetencia absoluta.

Diagnostiqué *oclusión intestinal*. Apliqué una inyección de morfina y atropina, para calmar el dolor que era fuerte; receté, además, lavativas purgantes, tres al día; paños de agua helada, constantes, sobre el vientre; dieta rigurosa; bicarbonato de soda en el agua de tomar. Por la noche, los dolores que calmaron durante el día, se reprodujeron de nuevo; los demás síntomas siguieron su marcha ascendente. Ordené unas píldoras de extracto de opio y de belladona por partes iguales, 2 centigramos de cada cuál, para tomar una de dos en dos horas, y que siguiera con lo demás. Los dolores calmaron bastante con el uso de las píldoras.

Día 4.—El timpanismo aumentó considerablemente en la noche, y cuando vi al enfermo por la mañana, las circunvoluciones intestinales se marcaban perfectamente; la respiración era algo anhelosa, los pies y el vientre fríos; el dolor había calmado; la agriera era más fuerte, no había expulsado gases ni materias fecales; el vómito y el hipo continuaban, el enfermo se quejaba de mucha llenura.

Viendo que el paciente se había agravado tanto, resolví lavar el estómago con el aparato de Faucher, operación que en estos últimos tiempos había visto aconsejada en casos semejantes, en varios periódicos de medicina. La practiqué, en efecto, con agua tibia; extraje del estómago gran cantidad de materias alimenticias, de color verdoso; salieron al mismo tiempo muchos gases por la boca. Acabada la operación examiné el vientre, noté que el timpanismo había disminuído un poco hacia el epigastrio. Mandé que continuaran los paños fríos, las lavativas y unas píldoras con 2 centigramos de extracto de belladona cada una y dadas de dos en dos horas.

Por la tarde encontré el enfermo un poco mejor, pero sin que hubiera habido expulsión por el ano ni de gases ni de materias fecales. Repetí el lavado; á poco de haberlo hecho, el enfermo arrojó un poco de gas por abajo, por primera vez después del principio de la enfermedad. Ordené continuar las prescripciones que tenía hechas.

Día 5.—El enfermo pasó mejor noche que las anteriores, arrojó por el ano muchos gases y algo de excrementos; el vientre se rebajó considerablemente; no tomó las píldoras en toda la noche, porque le produjeron mucha sequedad en la garganta y algo de delirio.

Ordené que siguiera con todos los remedios, pero retirando las

píldoras á cada tres horas. Por la tarde estaba mucho mejor, había hecho varias deposiciones y arrojado muchos gases; el vientre estaba muy poco timpanizado; el vómito cesó por completo.

Día 6.—Vientre casi normal, muy poco timpanismo; varias deposiciones en la noche; nada de fiebre; buen apetito. Suspendí todo tratamiento, menos las píldoras, que mandé retirar á cada 6 horas.

Día 7.—El enfermo sigue bien; el curso de las materias fecales es normal; no siente otra cosa que un poco de encono en el vientre.

Medellín, 7 de Noviembre de 1887.

JULIO RESTREPO A.

CONSIDERACIONES SOBRE LOS EFLUVIOS TELURICOS

HIGIENE DE LOS VIAJEROS EN LOS CLIMAS CALIENTES.

Este artículo salió á luz en París, en francés, en la *Gazette des Hôpitaux*, de 16 de Septiembre de 1871. El tiempo ha confirmado las ideas emitidas ahí acerca de los miasmas palúdicos, pues su naturaleza microbiana es hoy un hecho perfectamente comprobado. Eso hace más aceptables en la actualidad ó mejor fundados los preceptos higiénicos que entonces dimos, y por tal motivo hemos juzgado útil su publicación en los ANALES.

Todo el mundo sabe que los viajeros que visitan las regiones calientes del globo, sea que vayan de los climas templados de Europa, ó que habitando en las mesetas ó valles elevados de las cordilleras intertropicales, desciendan á las hoyas ardientes de sus grandes ríos, el Amazonas, el Orinoco, el Magdalena, donde la humedad de la atmósfera y una temperatura constantemente elevada, imprimen á todos los fenómenos de la vegetación un admirable desarrollo, están casi fatalmente sujetos á enfermar.

A veces, aunque raramente, después de una corta permanencia en esas localidades, los individuos son como fulminados, arrebatados en pocas horas por un acceso febril, con síntomas generalmente cerebrales; pero lo más ordinariamente son atacados de una fiebre continua, con calofrío inicial, cefalalgia intensa, piel ardorosa y estado saburral de las primeras vías, con exacerbación general de los síntomas por la noche; fiebre que puede acompañarse de vómitos rebeldes, de delirio ó de coma, y causar pronto la muerte, ó bien disiparse en pocos días, — uno ó dos septenarios, — para continuar después bajo forma intermitente, casi siempre de tipo terciano. En algunas personas aparece desde el principio con este carácter benigno.

Lógicamente debe, pues, inferirse que la fiebre continua de los climas calientes, — de que la biliosa de los autores ingleses no es probablemente más que una de sus formas, — es idéntica en naturaleza á la fiebre intermitente que se observa en todos los países; que en ambas la causa productora es una misma, con la única diferencia de que en el primer caso, en virtud de las influencias locales que favorecen su desarrollo, obra sobre el organismo con una energía mayor, capaz de anonadar en su fuente las fuerzas vitales, ó de provocar reacciones que la economía no alcanza siempre á soportar.

Como consecuencia de lo expuesto, se ha admitido que el suelo de los países cálidos, más ó menos húmedo, y conteniendo restos orgánicos de origen vegetal, exhala emanaciones de la misma especie que las de las ciénagas que, como está demostrado desde hace mucho tiempo, contienen el germen productor de la afección intermitente.

Los efluvios telúricos y los palúdicos pueden, por lo tanto, mirarse como análogos, aplicando á los unos lo que se sabe de los otros.

¿Cuál es la naturaleza de estos efluvios? La opinión de los que atribuían sus efectos al protocarburo de hidrógeno, que Volta descubrió exhalarse de los pantanos, ha sido definitivamente desechada, porque ese gas, preparado en los laboratorios y mezclado al aire respirable, no produce nada semejante, y además, el vapor que se eleva en aquellos lugares, recogido y analizado, deja al secarse restos carbonosos, que revelan la existencia de sustancias orgánicas al estado fijo. Hoy, para unos, ese germen morbífico consiste únicamente en materias amorfas, albuminoides y putrescibles; mientras que para otros son seres vivientes, ya animálculos imperceptibles, como lo suponía Varon, ó sus óvulos, como lo admite Diberder, ya espórrulas de hongos microscópicos, como pretende haberlas reconocido Salisboury.

Sin pronunciarme entre estas dos opiniones, aguardando á que nuevos estudios microscópicos resuelvan definitivamente la cuestión, pero inclinándome mucho más á la última manera de ver, — que el bello descubrimiento de M. Pasteur, sobre los microdermos de los fermentos, hace hoy muy verosímil — yo he admitido, desde hace largo tiempo, la vitalidad de los efluvios, ó más bien, del principio morbígeno que contienen, y la posibilidad, — podría decir la necesidad, — de destruirlo por una temperatura suficientemente elevada, ó por la completa sequedad.

Creo que dichos efluvios toman nacimiento dondequiera que

las sustancias vegetales, en presencia de la humedad y del calor, entran en descomposición, es decir, casi por todas partes, aunque abundando, sobre todo, en las estaciones y climas cálidos, y que necesitan siempre un vehículo líquido para su conservación. Creo que es á beneficio del vapor acuoso como dichos efluvios se elevan y se esparcen en el aire, pero que es especialmente en las aguas de aquellas localidades en donde existen en disolución, notablemente en las de curso lento y sombreadas por los árboles, y en las crecidas, durante los aguaceros tropicales, que lavan la comarca y arrastran toda suerte de despojos. Admito que pueden ser absorbidos por las plantas que crecen en esos lugares, circular con su savia y hallarse en el jugo de sus frutos, lo mismo que por los animales que ahí habitan, y eliminarse por los líquidos de sus secreciones, conservando aún sus propiedades, como sucede con los óvulos de los entozoarios.

Dado esto por sentado, se comprende que el germen morbífico puede penetrar en nuestro organismo para desarrollarse en él, produciendo la enfermedad, de tres modos distintos: por el aparato respiratorio, por las vías digestivas ó por la piel.

La absorción pulmonar ha sido admitida en todos tiempos. La ciencia posee, en efecto, observaciones perentorias en que varias personas, por sólo haber pasado á inmediaciones de los pantanos, ó haberse expuesto á una corriente de aire que venía impregnado de sus emanaciones, han sido simultáneamente atacadas de la fiebre; y á veces una simple gasa, envuelta en la cara, ha sido suficiente preservativo. Debe notarse que durante el día los efluvios, arrastrados sin duda por el vapor que el calor solar enrarece, se encuentran en regiones elevadas de la atmósfera, lo que hace que á tales horas puedan visitarse casi impunemente aquellas localidades; mientras que es seguro experimentar sus malos efectos haciéndolo al fin de la tarde ó en las primeras horas de la noche, en que al enfriarse el ambiente, la humedad se condensa y se precipita en esa lluvia finísima que constituye lo que llaman *sereno*, y que en los países cálidos moja notablemente el vestido.

La absorción cutánea me parece también fuera de duda. Yo llevo todavía en mi constitución las trazas de una fiebre intermitente adquirida en la infancia en las siguientes condiciones: había en un patio interior de nuestra casa de habitación, un charco formado por el agua lluvia, en un hoyo en que arrojaban basura, que descomponiéndose, había cubierto la superficie de una capa verde de las ágamas que constituyen la *lama*. Todos los de la familia recibíamos, pues, sus emanaciones, que no eran bastante acti-

vas para impresionarnos. Yo, que contaba entonces siete ú ocho años de edad, y que ignoraba por completo las leyes de la hidrostática, quise navegar sobre una estera de juncos, y me hundi hasta el pecho. Dos ó tres días después fui atacado de una terciana, que tratada por medios inconvenientes, me duró como un año, variando á veces de tipo.

En Colombia es bien sabido que los peones que andan á pie, atravesando descalzos los pantanos, contraen la fiebre con mucha más frecuencia que las personas de comodidad que viajan en cabañerías; y la experiencia les ha enseñado á reconocer ciertos ríos y determinados arroyos, ó *quebradas*, como ellos dicen, más perniciosos á ese respecto, cuando por falta de puente tienen que pasarlos á vado. Los peones atribuyen sus efectos, y la misma opinión existe en Venezuela, á un árbol de la familia de las leguminosas, la *Erythrina umbrosa*, que crece con frecuencia en sus orillas, y que en ciertas épocas del año se despoja de sus hojas para cubrirse de flores, que caen á su turno y son también arrastradas por la corriente. Contrariamente á la opinión de algunos médicos, yo no creo que este vegetal posea ningún principio venenoso, y si en realidad él contribuye á la producción de las fiebres, debe atribuírse á que sus pétalos, que son gruesos y jugosos, suministran bastante materia putrescible, y que sirve á la formación del germen mórbido.

Que las enfermedades paludianas pueden adquirirse por ingestión, no está menos comprobado. Entre muchos casos conocidos, es célebre la observación citada por Boudin, relativa á un buque, el *Argos*, en que todos los pasajeros que bebían cierta agua cenagosa, fueron víctimas de la enfermedad, mientras que la tripulación, que tenía buena agua potable, nada sufrió, aunque estaba expuesta á todas las otras influencias que los primeros.

En Sud-América es muy general la creencia de que el uso de las frutas no sólo contribuye á dar la fiebre á un recién llegado, sino que la hace reaparecer en quien yá estaba curado; y á este respecto, algunas de entre ellas gozan de una reputación mala y especial, tales son, por ejemplo, la *mazorca* del cacao (la pulpa acídula que recubre los granos frescos del *Theobroma*) y la *guanábana* (*Anona muricata*). Lo propio sucede con el uso de la leche, que en América se toma cruda. Yá he dicho que yo me explico esta acción, admitiendo la absorción de los efluvios por las plantas y los animales, de donde los tomamos nosotros después con los alimentos. La costumbre, ó sea la aclimatación, explicaría su inocuidad para con los animales.

Hé aquí, pues, cuáles son las precauciones higiénicas que yo acostumbro aconsejar á los que viajan por países malsanos, y cuya utilidad he podido comprobar muchas veces en mis excursiones por América, ya personalmente, ya en los que han seguido mis indicaciones.

1.º Temer, sobre todo, el aire de la noche: por consiguiente, viajar únicamente durante el día; no salir de su habitación desde que el sol se pone, y en caso de absoluta necesidad, cubrirse la boca y la nariz con una bufanda ó un pedazo de franela; no dormir nunca dejando abiertas las ventanas. Con frecuencia he visto enfermar gravemente á las personas que, temiendo el calor, dormían en corredores, respirando toda la noche un ambiente frío y cargado de efluvios.

2.º No bañarse hasta que haya transcurrido el tiempo suficiente para poderse juzgar aclimatado en la localidad (próximamente dos meses), á menos de hacerlo en agua *hervida*.

3.º Elegir como bebida el agua más pura, de curso rápido, agregándole un poco de aguardiente, ó mejor aún, de vino tinto, que tiende á promover el sudor por el alcohol que contiene, y descompone con el tanino las materias orgánicas que existan en el líquido. Si el agua fuere manifiestamente mala, debe hervirse y filtrarse en un saco de lana con carbón en polvo.

4.º Evitar la humedad y todo lo que puede suprimir la transpiración, que es sin duda una de las vías de eliminación de los efluvios absorbidos. Es útil, por consiguiente, usar vestido interior de franela, y es en el mismo sentido como obran las fricciones secas ó con líquidos alcohólicos, que algunos viajeros usan por la noche, al tiempo de acostarse.

5.º Abstenerse de frutas y de leche *cruda*.

6.º Evitar las grandes fatigas y los excesos de todo género, que debilita do el organismo, lo hacen más susceptible á la acción del germen morbigeno.

7.º Tomar pequeñas cantidades de alguna preparación de quina, cuya acción profiláctica está bien demostrada, sin que apar je el menor inconveniente. Uno ó dos granos de sulfato de quinina tomados todas las mañanas, durante algunos días, ó mejor, un poco de quina en polvo, que se echa á macerar en el licor que se ha de mezclar al agua, satisfarán la indicación.

La mayor ó menor exactitud con que deban observarse estas precauciones, y el término de su aplicación, variarán según lo más ó menos nocivo de la localidad; pero, en general, basta un mes de cuidados.

En cuanto á los medios de disminuir la insalubridad de esos lugares, ellos consisten en destruir, ó al ménos en alejar de las habitaciones, todos los focos de descomposicion pútrida de las materias vegetales; secar el suelo por desagües convenientes; no depositar basuras en hoyos en que la lluvia pueda detenerse; facilitar el curso de las aguas, desherbar y limpiar sus orillas, y permitir el libre acceso de los rayos solares sobre los parajes húmedos, talando los árboles de las inmediaciones.

A. POSADA ARANGO.

EXANTEMA FEBRIL CAUSADO POR EL OPIO

N. N., de 50 años de edad, europeo y minero de profesión. Padres sanos, sólo que la madre sufrió dolores reumáticos, sin llegar á tener verdadero reumatismo articular agudo. Buena salud general. En la niñez tuvo sarampion.

Estando de soldado notó que después de tomar una preparación que el médico del Ejército le dio, el calor del cuerpo se hacía insoportable por momentos, sin que hubiera sido precedida esta elevación de temperatura por inicial calofrío. En la noche de ese día tuvo delirio, y por la mañana el color de la piel era de un rojo uniforme. En la tarde siguiente desapareció la fiebre y comenzó una escamación epitelial de toda la piel, y con esto terminó el acceso.

Al cabo de algún tiempo y estando aún en el Ejército, tomó una preparación opiada que le dio el médico para una ligera indisposición de estómago, y por la noche, se presentó la fiebre de nuevo con delirio, y la erupción y escamación de antes aparecieron en seguida.

El médico comprendió que estos fenómenos eran debidos al opio, lo cual quedó confirmado con la práctica seguida siempre por el militar de tomar una preparación opiada cuando deseaba evitar el ir á alguna revista, pues de seguro que la fiebre y la erupción se presentaban inmediatamente.

Después de algún tiempo, la persona de que se trata fue á París y allí un médico que la conocía le prescribió en cierta ocasión una pastilla de codeína de Berthé (1), pensando que á pesar de lo que antes había pasado, la cantidad de codeína era tan insignificante, que no alcanzaría á producir los fenómenos observados en los otros

(1) El Dr. Teodomiro Villa observa que las manifestaciones exantemáticas del opio las atribuyen los autores á la morfina, y que en este caso, como se ve, las produjo también otro de sus alcaloides, la codeína.

casos. Sin embargo, la fiebre, el delirio, la erupción y la escamación se presentaron de nuevo.

Fui llamado á recetar á esta persona en esta ciudad para una fiebre perniciosa. Pasada la fiebre se presentó una diarrea, para combatir la cual le di unos polvos de Dower, los cuales hicieron aparecer inmediatamente la fiebre con delirio, erupción y escamación. El color de la piel era de un rojo intenso y había varias vesículas que al ser reventadas daban un líquido opalino. Si se le hablaba al enfermo durante la fiebre contestaba muy bien, pero quedaba repitiendo por mucho rato la última palabra de la conversación.

Otra vez fui llamado á recetarle para una iritis reumática. Dile una preparación de opio y se repitieron los fenómenos ya mencionados.

Ultimamente, dicho individuo estaba padeciendo fiebres intermitentes, y como tuviese las encías muy irritadas, su señora le dio un polvo dentífrico que contenía opio. Al limpiarse los dientes con esta preparación volvieron á aparecer la fiebre y la erupción, aunque con menos intensidad que antes.

J. DE D. URIBE G.

ENEMAS DE IPECA CONTRA LAS HEMORROIDES

El Dr. Carlos de Greiff, de Yarumal, comunica á la Academia que ha principiado á ensayar con buen éxito una medicación antihemorroidal que él cree haber descubierto ocasionalmente y que consiste en lavativas de ipecacuana preparadas y administradas según lo expresa:

Pongo 4 g. de ipecacuana quebrantada en 100 g. de agua; hago hervir hasta que se reduzca el agua á la mitad; luégo vuelvo á cocer la misma raíz en otros 100 g. de agua, hasta reducirlos á 50; mezclo estos cocimientos y, después de fríos, los aplico en dos lavativas: una por la mañana y otra por la noche.

Los dos primeros casos en que empleó este tratamiento no convencieron al Dr. Greiff de su eficacia — por complicación el uno, y el otro, “porque el enfermo se hizo al mismo tiempo otras aplicaciones”. El tercero, último por ahora, es mucho más preciso:

Actualmente tengo otro enfermo al cual estoy aplicando mi tratamiento. Se mejoró instantáneamente con la primera lavativa, y con la segunda desapareció por completo todo sufrimiento.

No he tenido ocasión de observar si se produce una curación definitiva; pero sí puedo asegurar que los enfermos sienten un alivio muy notable con el uso de tales lavativas.

¿Cómo obra la ipeca en este caso? ¿Serán debidos sus efectos

á una acción vaso-constrictiva que se ejerza en el tumor? La cosa me parece digna de estudio.

De la laboriosidad del autor esperamos la continuación de sus observaciones.

MEDICINA DOMESTICA

IRRITACIÓN HABITUAL DE LOS PÁRPADOS

Hay personas, niños y niñas especialmente, que tienen caspa en la cabeza; caspa llamada por los franceses *pelicula*, que cae como partículas de afrecho sobre las cejas y las pestañas; y sucede con mucha frecuencia que aun quitada la caspa queda la irritación de los párpados de modo permanente.

Esa irritación de los párpados, ligeramente rubicunda, da feo aspecto á la fisonomía, con el cual se conforman poco los enfermos, particularmente si son mujeres y jóvenes. A veces tumba las pestañas, y por esa causa la irritación que en el principio está solamente en el reborde de los párpados, llega á interesar el ojo y lo pone encarnizado. No con poca frecuencia hay legañas, lo que complica desagradablemente la situación.

Esa enfermedad, que es muy común, se puede curar con facilidad por medio de la aplicación siguiente.

Se hace preparar una pomadita compuesta de 10 granos (50 centigramos) de óxido amarillo de hidrargirio y 2 dracmas (8 gramos) de manteca pura prepara a sin sal.

Se lavan los ojos del enfermo á mañana y tarde con agua pura tibia, se secan y se pone sobre cada párpado una parte mínima de la pomada, tanta como el tamaño de una cabeza de alfiler, teniendo cuidado de que al derretirse con el calor de la piel no penetre en el ojo; para lo cual se frota ligeramente con la yema del dedo, hasta que se extienda tanto que parezca que se pierde.

La curación por este procedimiento suele ser rapidísima; pero es preciso emplearla al menos por un mes, porque el mal propende á las recaídas.

Si á pesar de hacer esto con esmero, el mal no desaparece, es prueba de que no se trata de una simple irritación, sino de otra enfermedad más grave, que por punto general proviene de escrófula, de sífilis ó de otra causa de mayor importancia. En tal caso es preciso consultar médico.

En otro número de los *Anales* diremos cómo se cura la caspa de la cabeza.