

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

REDACTOR, BALTASAR OCHOA

AÑO IX. } Medellín, Diciembre de 1897. } Número 6

LIGERAS OBSERVACIONES

SOBRE NUESTRAS ERITHRINAS

EL CHACHAFRUTO Y EL PÍSAMO

El género *Erythrina*, en la familia de las Leguminosas, llamado así por el color rojo de sus flores, comprende 30 ó más especies, esparcidas por las diversas partes del mundo, pero con mayor abundancia en América. Las unas son arbustos, cultivados en los jardines como objeto de adorno; otras son grandes árboles silvestres, de escasos usos industriales. Una ó dos se suelen usar en Medicina, desde hace algún tiempo, como narcótico.

Las semillas de todas ó de la mayor parte de las mencionadas por los autores, son nocivas ó aun venenosas: causan cefalalgia, vómitos, convulsiones y sopor. Por mi parte, sólo conozco una especie cuyos granos, cocidos, se utilizan en la alimentación, sin inconveniente alguno, á la manera de las habas, los frijoles y demás legumbres económicas ó usuales. Es el árbol llamado en Antioquia *Chachafruto*, *Sachapuruto* en el Cauca, *Frisol cabú* en Cundinamarca, y *Baluy* en Boyacá.

Desde que lo examiné ó estudié por la primera vez, hace yá más de 30 años, noté que no era ninguna de las especies descritas en el *Prodromus* de De Cando-He, por lo que creyéndolo nuevo, lo llamé provisionalmente *Erythrina edulis* (es decir, comestible), bajo cuyo nombre, comunicado por mí á algunos de mis discípulos, ha sido yá designado en dos ó tres publicaciones nacionales, pero sin indicación de autos ó, mejor dicho, de *denominador*.

El ver, ahora, que mi ilustrado amigo D. Santiago Cortés, autor de una *Flora de Colombia* cuya publicación se ha anunciado, tampoco menciona dicha especie en el *Enchiridion* ó resumen que ha comenzado á dar á luz en el *Repertorio de Medicina y Farmacia* de Bogotá (de Medina, García & C^{as}), me ha decidido á describirla, juzgando que tal vez ella ha escapado á las disquisiciones de aquel diligente observador.

Le conservo el nombre específico que desde aquel entonces le había dado, porque aún me parece que no es ninguna de las especies que encuentro descritas en los autores; y yá que se presenta la ocasión, trataré también del *Pisamo*, otra especie aún mal determinada.

Antes de pasar adelante, debo advertir que la mayor parte de las *Erythrinas*, si no todas, se asemejan mucho en las hojas (en todas son pennadas-trifolioladas, de hojuelas trinervias, con glándulas al pie de ellas), por lo cual es indispensable, para reconocerlas ó distinguirlas, examinar las flores, las cuales pueden presentar diferencias tan marcadas, que algunos botánicos las han juzgado suficien-

tes para subdividir el grupo en géneros distintos; y, por desgracia, los autores poco dicen, las más de las veces, á ese respecto, para que se conozca bien la especie de que se trata.

El *Chachafruto* es un árbol de mediana elevación (8 á 10 metros), y cuyo tronco presenta algunos agujijones cortos y de base ancha. Sus hojas, alternas y pennadas trifolioladas, están sostenidas por largos pecíolos (de 25 centímetros) inermes y lampiños, provistos de dos glándulas pequeñas al pie de la foliola terminal y del par que la precede. Foliolas (semejantes á hojas de aguacate) grandes, ovales, agudas ó un poco aguzadas, ligeramente estrechas en la base, equiláteras, semicoriáceas, lampiñas, algo lustrosas por encima, con tres nervios principales, no muy marcados los de abajo. La foliola terminal, que es casi elíptica, alcanza á 15 ó 20 centímetros de largo y 10 ó 12 de ancho.

Flores en racimo, de un rojo obscuro. Cáliz truncado, subbilabiado, lampiño. Pétalo superior ó pabellón oboval, obtuso ó ligeramente escotado, erguido, largo de 25 á 30 milímetros, marcado de venas negruzcas; quilla más corta, de pétalos libres; alas muy pequeñas. Estambres diadelfos (9-1), más cortos que el pabellón ó estandarte. El fruto es una vaina ó legumbre redonda, nudosa, lampiña, de 20 á 25 centímetros de longitud. Los granos, en número de 5 á 6, son del tamaño de una almendra de cacao ó como frutas de algarroba, de color café, lustrosos.

Este árbol es propio de los climas fríos. Lo cultivan con frecuencia en los huertos, en las localidades de dos á tres mil metros sobre el mar. No lo he



ERYTHRINA EDULIS

visto al estado silvestre en parte alguna. Sus granos son feculentos y de sabor dulzoso. Los comen cocidos ó asados, generalmente sin sal.

Esta especie pertenece á la sección ó subgénero *Stenotropis*, y es vecina, por tanto, de las *Erythrinas indica* y *poianthes*; pero la primera de estas dos está cubierta de numerosos aguijones negros (*aculeatissima*); su foliola terminal es cordiforme, y su ovario lleva de 10 á 15 óvulos; y la segunda tiene agujones hasta en los pecíolos, y sus hojas son pubescentes por debajo.

El árbol llamado *Pisamo* en el Departamento del Cauca y en Antioquia, más conocido en Medellín con el nombre de *Saivo* (no Ceibo), es silvestre, se eleva mucho más que el *Chachafruto*, y engruesa lo bastante para que su tronco se emplee para hacer canoas, en que abrevan los ganados. Su madera, como en las demás especies del género, es blanca y liviana. La corteza del tronco lleva algunos aguijones cortos, rectos y cónicos. Los pecíolos son inermes; las hojuelas ó foliolas son delgadas, trinervias, lampiñas, las laterales ovales-trianguulares, agudas, algo inequiláteras, la terminal subromboidal, más ancha que larga, y más ó menos obtusa. Esta carece de glándulas al pie, mientras que sí las hay, grandes y en forma de copa, al pie del par inferior. Sus flores, de un rojo muy vivo, están dispuestas en racimos erguidos ú horizontales. En los meses de Marzo y Abril cubren por completo el árbol, pues poco antes de la floración se despoja de todo su follaje. El cáliz es campaniforme y truncado, de color rojo, con una glan-

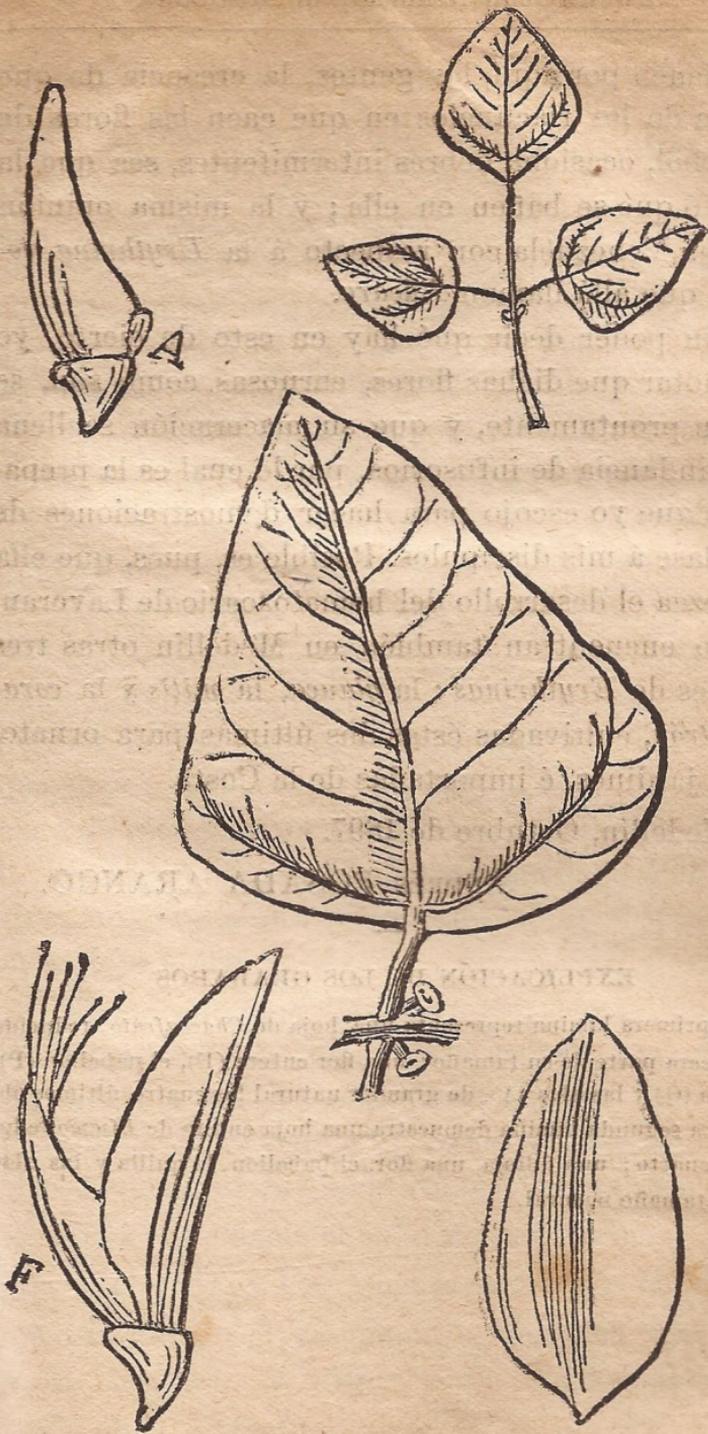
dulita en el borde, del lado de la quilla; corola gruesa, carnosa y decidua; estandarte ó pabellón oblongo-lanceolado, ligeramente reflexo, provisto de una corta muñela, agudo, de 50 milímetros de largo; quilla gamopétala, ancha abajo, estrecha arriba y escotada en la cima, de 40 milímetros de longitud; alas muy cortas; estambres diadelfos (9-1), iguales entre sí y más largos que la quilla. Legumbre cilindroide, nudosa; granos grises (?).

En el Departamento del Cauca utilizan este árbol para dar sombra á las plantaciones de cacao, como lo hacen en Venezuela con sus congéneres *E. umbrosa* y *E. velutina*. Debido seguramente á esta circunstancia, todos los que entre nosotros han escrito acerca de estas cosas, lo han confundido con aquéllas; pero basta un ligero examen para persuadirse de que es una especie propia, enteramente distinta. En efecto, la *E. umbrosa* tiene el pabellón larguísimo, recto, entre lineal y cuneiforme; la quilla tan corta como las alas (6 milímetros); el cáliz espátaceo, y los agujijones del tronco son encorvados.

La *E. velutina* tiene sus hojas peluditas por encima, blanquecinas y tomentosas por debajo; cáliz espátaceo, con 5 dientecitos ó tuberculitos en el borde; el pabellón estrechado en cuña, en la base; la quilla y las alas de igual longitud (14 milímetros), y los granos son rojos.

Nuestro árbol pertenece al subgénero *Micropterris*, y se asemeja á la *E. cristagalli*, grande especie del Brasil; pero en ésta hay agujijones aún en los pecíolos, y las hojuelas son más angostas; lo llamaremos pues, por ahora, *Erythrina Písamo*.

ERYTHRINA PISAMO



Tienen por aquí, las gentes, la creencia de que el agua de los riachuelos en que caen las flores de este árbol, ocasiona fiebres intermitentes, sea que la beban ó que se bañen en ella; y la misma opinión reina en Venezuela con respecto á la *Erythrina vetulina*, que allá llaman *Búcaro*.

Sin poder decir qué hay en esto de cierto, yo haré notar que dichas flores, carnosas como son, se pudren prontamente, y que su maceración se llena en abundancia de infusorios, por lo cual es la preparación que yo escojo para hacer demostraciones de esta clase á mis discípulos. Posible es, pues, que ella favorezca el desarrollo del hematozoario de Laveran.

Se encuentran también en Medellín otras tres especies de *Erythrinas*: la *glauca*, la *mitis* y la *corallodendron*, cultivadas éstas dos últimas para ornato, en los jardines, é importadas de la Costa.

Medellín, Octubre de 1897.

ANDRÉS POSADA ARANGO.

EXPLICACIÓN DE LOS GRABADOS

La primera lámina representa una hoja de *Chachafruto*, reducida á la tercera parte de su tamaño; una flor entera (F), el pabellon (P), la quilla (Q) y las alas (A), de grandor natural los cuatro últimos objetos. La segunda lámina demuestra una hoja entera de *Písamo* reducida al cuarto; una foliola, una flor, el pabellón, la quilla y las alas (A) del tamaño natural.

CISTODRENAJE, VERSUS CISTOTOMIA

EN EL TRATAMIENTO DE URGENCIA DE LA RETENCIÓN DE ORINA EN LOS PROSTATICOS.

Con frecuencia se llama al médico á asistir enfermos, generalmente viejos, atacados de retención de orina, en quienes los empíricos han puesto mano para sondearlos, por lo común con catéteres de plata, y aquél encuentra grandes dificultades para aliviar la retención, pues por una parte el volumen, á veces enorme, de la próstata y por otra las falsas rutas, hechas en las tentativas de sondaje, vuelven muy difícil el cateterismo, y en ocasiones imposible.

El siguiente caso nos servirá de ejemplo:

Un hombre de sesenta y siete años de edad, casado, agricultor de oficio, sin más antecedente patológico que una cistitis crónica, que dice sufre hace dos años, causada por hipertrofia prostática, fué atacado de retención de orina tres días antes de yo verlo, la cual trató de aliviar un aficionado á la medicina, sin éxito alguno, causando algunos traumatismos en la uretra posterior.

Entonces se me llamó de Sanvicente, lugar de residencia del enfermo, para recetarlo. Al examen hallé que la vejiga, considerablemente distendida, llegaba hasta el ombligo; había dolores agudos en el abdomen, que se exacerbaban con las frecuentes tentativas que hacía el enfermo para orinar; la lengua estaba seca y ligeramente saburral; la anorexia era absoluta, y el termómetro marcaba 39.° en la axila. Hice el tacto rectal y hallé una mediana hipertrofia de la próstata.

No pude hacer el cateterismo con ninguna clase de sondas, pues había varias falsas rutas que sangraban con la introducción de la sonda más blanda.

No era yá, pues, tiempo de emplear medidas médicas paliativas, porque el globo vesical, como se ha visto, era enorme. Procedí á la punción supra-pubiana con el aspirador de Potain y extraje como las tres cuartas partes de la orina. Al día siguiente volví á ensayar el cateterismo, con resultados igualmente infructuosos.

Como yo no podía demorarme en aquella población, resolví practicar el cistodrenaje: con un trocar grueso puncioné la vejiga tres centímetros arriba del borde superior de la sínfisis pubiana y dejé en permanencia una sonda de Nélaton número 15. Ordené que se lavara la vejiga dos veces al día con una solución boricada al dos por ciento, trabajo de que se encargó el Sr. Pablo Bohórquez, estudiante de Medicina, y que desempeñó con tanta asiduidad y cuidado que á ello atribuyo en mucha parte el buen éxito que se obtuvo en este caso.

Pronto después de la operación bajó la temperatura á la normal, los dolores cesaron, la lengua se puso limpia y húmeda, el apetito mejoró y el enfermo entró en convalecencia. Se continuaron los lavados por unos diez días, cuando una noche, mientras el paciente dormía, se cayó la sonda, que éste no quiso que se le volviera á colocar; pero yá la permeabilidad del canal uretral principiaba á restablecerse y el paciente continuó orinando por las vías naturales, sin que se haya vuelto á presentar hasta hoy ningún obstáculo para la emisión de la orina.

La operación la practiqué en el mes de Abril de 1895; de suerte que hace más de dos años y medio que este hombre está perfectamente bueno.

La fístula que dejó la sonda sanó en pocos días, sin ningún tratamiento.

No es mi intención discutir una por una las ventajas ó desventajas del cistodrenaje sobre la operación reglada de Poncet, como podría juzgarse al leer el mota de este artículo, pues la cuestión está todavía por resolverse, siendo así que cirujanos notables como Guyon, Poncet, de Lyon, y sus discípulos, optan por la operación que lleva el nombre de éste; mientras que en favor del cistodrenaje tenemos á Lejars, Remy y otros cirujanos no menos distinguidos.

Lo cierto es que ambos procedimientos pueden dar resultados satisfactorios, como medios paliativos de la hipertrofia prostática; pero sí creo que entre nosotros el cistodrenaje está llamado á prestar mayores servicios, por ser una operación demasiado sencilla, que puede practicar cualquier médico, sin que posea mucha habilidad operatoria y sin más instrumentos que un trócar y una sonda.

El procedimiento es este: aguardar que la vejiga esté suficientemente distendida (lo que generalmente sucede cuando el médico es llamado), para que el espacio en que aquélla se halle descubierta por el peritoneo sea mayor, y evitar así que se hiera esta serosa. Con un trócar debidamente desinfectado, ó simplemente hervido en agua pura, se hace una punción tres ó cuatro centímetros arriba de la sínfi-

sis pubiana, sobre la línea blanca, región desprovista de vasos y nervios importantes. Retirado el punzón del trócar, se introduce por la cánula una sonda de caucho de Nélaton, número 14 ó 15. En seguida se quita la cánula, deslizándola sobre la misma sonda, y la operación queda terminada en pocos segundos, sin necesidad de haber hecho uso de la anestesia y sin ningún peligro de choque operatorio.

Por la sonda se hace un lavado de la vejiga una ó dos veces al día con una solución antiséptica, agua boricada al tres por ciento, ó de permanganato de potasa al uno por cuatro mil.

¿ Cuáles son los resultados de esta simple operación ?

Hé aquí lo que dice Remy sobre el particular: "Los efectos de esta desinfección son los de descongestionar todos los órganos genito-uritarios, y, en ciertos casos, la próstata, descongestionada también, deja pasar de nuevo la orina....."

"Otra ventaja, sobre la cual ha insistido Lejars, consiste en que después de que las funciones del canal de la uretra se restablecen, la fístula del cistodrenaje se oblitera rápidamente por la simple supresión de la sonda. Dicha fístula es pequeña y no presenta superficie mucosa que se interponga entre los labios de la cicatriz." (*Bull. Gén. de Thérap.* 1894. Pag. 25.)

Todos estos resultados favorables se cumplieron con toda exactitud en el paciente á quien se refiere esta observación.

He dicho que *entre nosotros* el cistodrenaje, ú operación de Mery, como también se le llama, puede

prestar mayores servicios que la cistotomía suprapubiana, muy especialmente á los médicos que practican en poblaciones alejadas de los grandes centros.

Es evidente que el tratamiento de la retención de orina en los prostáticos, cuando el cateterismo es imposible, tiene que variar no sólo según los casos particulares sino también de acuerdo con el medio en que practique el cirujano, y esto se hace sentir con muchísima frecuencia en nuestro país.

En la ciudad ó en la población donde reside, puede escoger entre todos los medios de que dispone la ciencia para aliviar á su enfermo. Podrá, por ejemplo, hacer la *punción capilar* con un aspirador, dos ó más veces en las veinticuatro horas, por varios días consecutivos, operación la más exenta de peligro de todas la que se practican en estos casos, y que á veces basta por sí sola para que en pocos días, y muchas veces en algunas horas, se consiga la fácil introducción de una sonda por las vías naturales. Pero si el enfermo se halla en un lugar donde no hay médico y el que es llamado cerca de aquél no puede permanecer á su lado, como generalmente sucede, es claro que yá no será, como debía serlo, la *punción capilar*, el tratamiento de elección, mucho menos si hay infección y se ha desarrollado una cistitis grave, en cuyo caso deben hacerse grandes lavados antisépticos. Entonces se impone el cistodrenaje, ó la uretra artificial de Poncet, y naturalmente debe preferirse el primero de estos dos procedimientos por las razones que dejo expuestas más atrás.

Dos observaciones, y habré terminado.

1ª El único peligro que presenta la operación de Mery es la infiltración séptica de orina que puede tener lugar por el paso de ésta entre la sonda y los tejidos, lo cual se evita fácilmente manteniendo libre la permeabilidad de la sonda, cuya obstrucción es la única causa de tal accidente. Dicha obstrucción se verifica por lo común en el *ojo* de la sonda, y para prevenirla basta cortar la extremidad de ésta, formando así un instrumento semejante á la sonda de permanencia que se usa despues de la uretrotomía interna. El peligro de que se trata se reducirá á su menor expresión empleando, como lo recomienda Remy (1), un sifón vesical, pues de este modo la vejiga se vacia constantemente y la infiltración será imposible.

2ª Como en ciertos casos en que se ha practicado el cistodrenaje puede persistir la fístula, algunos cirujanos opinan que la punción debe hacerse más bien alta (cinco centímetros arriba de la sínfisis), con el objeto de que los enfermos conserven su orina el mayor tiempo posible.

Bien sabido es que cuando la vejiga se halla vacía, el peritoneo está en contacto con la línea blanca hasta el pubis y que al llenarse aquel órgano lo levanta de aquí más ó menos, según el grado de distensión que adquiriera. Cuando el globo vesical, dice Holden (2), llega á un punto medio entre la sínfisis pubiana y el ombligo, queda un espacio de cerca de dos pulgadas (5 centímetros) arriba de la sínfisis, donde la vejiga puede puncionarse sin riesgo de que se hiera el peritoneo.

(1) *Bulletin Gén. de Thérap. Loco citato.*

(2) *Landmarks Medical and Surgical, Gray's Anatomy.*

Ahora, como esta marca no es matemática, es posible que al puncionar á cinco centímetros de altura sobre la articulación del pubis pueda interesarse el peritoneo, contraviniéndose así á la mayor ventaja de esta clase de puncion. Por tal motivo, creo que ésta debe hacerse á tres, ó á lo más, á cuatro centímetros arriba del borde superior de la articulación pubiana,

José J. DE LA ROCHE.

Rionegro, Diciembre de 1897.

CURACION

radical de la hernia inguinal.

Desde los más remotos tiempos los cirujanos se han preocupado con el problema, difícil por cierto, de hallar y poner en práctica un método quirúrgico general que pudiera dar por resultado la curación de las hernias.

Los numerosos procedimientos que en épocas anteriores se emplearon con este fin, no tienen hoy sino un interés histórico: todos ellos se inspiraban en el temor de abrir la serosa peritoneal, temor enteramente secundario hoy, cuando el período antiséptico en que ha entrado la cirugía moderna, pone al cirujano al abrigo de serias complicaciones y lo autoriza para intentar lo que en épocas anteriores habría sido calificado de tentativa criminal.

Los fundados temores de penetrar con el bisturí hasta el interior de la gran serosa motivaron los procedimientos dichos subcutáneos, entre los cuales el de Luton y el de Wood adquirieron alguna celebridad. Consistía el primero en hacer inyecciones subcutáneas

al rededor del saco con una solución de cloruro de sodio. Posteriormente este procedimiento fué modificado por Schwalbe, quien empleó en lugar del cloruro de sodio el alcohol. Warren y Heaton inyectaron una solución de extracto de corteza de encina, y últimamente Keetly volvió al procedimiento de Velpeau, empleando inyecciones de líquidos diversos, no yá al rededor del saco, sino en el interior de éste mismo. Estos procedimientos han caído en desuso:

1.º Porque no llenaban la verdadera indicación patogénica de la lesión; y

2.º Porque habiendo tenido razón de ser en el fundado temor de herir el peritoneo, aquel temor se confirmaba porque el cirujano obraba á ciegas y llevaba muchas veces el líquido de la inyección hasta el punto que precisamente se proponía respetar, y después por los graves accidentes causados cuando la inyección por error ó deliberadamente penetraba en el peritoneo.

A pesar de todo y en el momento en que estas líneas escribo, el Profesor Lannelongue ha llamado la atención de la Sociedad de Medicina de París en su sesión del 6 de Julio de 1897, sobre los felices resultados que ha obtenido en la curación radical de las hernias por medio de las inyecciones subcutáneas de una solución de cloruro de zinc, aplicación de su método esclerógeno. El tiempo nos dirá qué porvenir se le espera á este nuevo procedimiento, el que no obstante la competencia de su autor, parece llamado á no entrar en la práctica, pues con él es imposible llenar la principal de las indicaciones: la resección del saco.

El procedimiento de Wood, que consistía en suturar los pilares después de invaginar el saco, obran-

do subcutáneamente, exponía á graves errores operatorios, errores aun mortales á la vez, que tampoco se inspiraba en la verdadera indicación patogénica.

Ciertamente la curación radical de las hernias no ha entrado en la práctica corriente sino de unos diez años á esta parte, época en que tuvo lugar la memorable discusión en la Sociedad de Cirugía de París, en la que tan activa parte tomaron Championniere, Richelot, Trelat, Terrier, Berger y Le Fort, á cuyos nombres se unieron fuera de Francia los de Mac-Burney, Barker, Bassiny y Socin.

Mas si en el Extranjero esta operación ha entrado en la práctica desde 1887, no ha sucedido así entre nosotros, donde hasta hoy la literatura médico-quirúrgica del país no relata, al menos que yo sepa, una sola intervención con el fin de practicar la curación radical de las hernias. Esta pobreza en nuestros anales quirúrgicos, en lo que se relaciona con la operación yá citada, no es por cierto imputable á nuestros cirujanos, los que generalmente son competentes para practicar ésta y aun operaciones más difíciles; débese, sí, al poco hábito que se tiene de ocurrir al cirujano cuando se lleva una hernia, contentándose el paciente con aplicar un braguero, el primero que halla á la mano, sin preocuparse de que él contenga bien ó mal su hernia, y en muchas ocasiones, como he tenido lugar de observarlo, sin darse cuenta de que se lleva un braguero que ni siquiera corresponde al lado de la lesión.

Antes de relatar la observación que motiva este escrito, quiero hacer conocer lo que se entiende por curación radical de una hernia, operación que frecuentemente se confunde con la kelotomía. Chaput define

así aquella operación: "La cura radical de las hernias consiste en reducir su contenido, extirpar el saco y cerrar definitivamente el orificio herniario por una operación cruenta." Como se ve, poca diferencia existe entre esta operación y una kelotomía; pero aquélla se ejecuta generalmente fuera de todo accidente, mientras que ésta tiene su indicación en los casos de estrangulamiento de la hernia.

N., joven de 24 años, profesión hacendado, casado, de buena salud habitual; en su haber patológico existe una infección sifilítica que remonta á unos seis años y que ha sido tratada con algún esmero; sus padres no han sido herniarios. Hace dos años y medio que con motivo de un esfuerzo sintió un dolor ligero en la ingle derecha; al día siguiente notó en el mismo punto un pequeño tumor doloroso al comprimirlo; consultó un médico, el que le diagnosticó una hernia y le aconsejó un braguero.

Diariamente el tumor herniario fué haciéndose más notable y especialmente muy difícil de contener hasta el punto de que el paciente tenía necesidad de desmontarse para reducir su hernia hasta 16 veces en una jornada de 3 leguas. Como la profesión exigía á mi cliente el estar frecuentemente á bestia, y en muchas ocasiones en la cruda lidia con ganados, le sucedía que algunas veces no podía reducir oportunamente su hernia y ésta se ponía muy dolorosa. Fué precisamente esta circunstancia la que lo obligó á consultarme en los primeros días de Julio.

Del examen que entonces hice deduje que se trataba de una hernia inguinal derecha, fácilmente reductible, del tamaño de un huevo de gallina; los pilares relajados completamente dejaban penetrar mi dedo hasta más allá del anillo inguinal interno.

Dadas las buenas condiciones de operabilidad aconsejé una operación radical, la que fué aceptada con la condición, de parte del paciente, de que no se le cloroformizara.

El 25 de Julio se administró al paciente un purgante y se le hizo tomar un baño tibio general; el 26 se repitió el baño, se hizo rasurar el pubis, y por la noche se aplicó sobre la región una compresa antiséptica, la que permaneció allí hasta el día siguiente.

Tomadas todas la precauciones antisépticas del caso, y elevada la temperatura de la sala operatoria á 23 grados centígrados, di principio á la operación el 27 á las 7 de la mañana, ayudado eficazmente por los Dres. Gutiérrez y A. y Toro. Hice una incisión de 10 centímetros de longitud en la dirección del canal inguinal; avanzando con cuidado llegué al saco, el cual abrí; no hallé epiplón ni ansa intestinal en él, lo que facilitó la operación; disecado el saco con laboriosidad aunque sin seria dificultad, y bien separado del cordón, me cercioré de que estaba libre de toda adherencia hasta más allá del anillo inguinal interno; cogido con unas pinzas hemostáticas lo hice tirar fuertemente hacia afuera, y con una aguja de Deschamps enhebrada con doble hilo de seda, lo atravesé por su parte media lo más profundamente que me fué posible; retirada la aguja hice con los dos hilos una ligadura en cadena y resequé todo el saco; su muñón se perdió en la cavidad peritoneal. Cuidando con esmero el cordón coloqué con hilos de seda puntos de sutura de uno á otro pilar y cerré la herida con suturas hechas con crin de Florencia, las que comprendieron la piel y todos los demás tejidos, y dejando un pequeño dren de gasa yodoformada, el que salió por

el ángulo inferior de la herida; terminé la operación con una espica de la ingle un poco comprimida. Durante la operación no se empleó otro líquido para lavar la herida, que el agua hervida, pasada por el filtro de Chamberland, con cloruro de sodio al $7 \frac{9}{10}$ 1,000. La operación se hizo sin dolor, merced á una inyección de cocaína y aplicación de cloruro de etilo.

El paciente se puso al régimen lácteo absoluto; á las 2 de la tarde el pulso era de 96, T $36 \frac{8}{10}$; á las $3\frac{1}{2}$ hubo un vómito gleroso y dolor en la herida; á las 5 practiqué el cateterismo; á las 6 pulso 96, T $37 \frac{2}{10}$.

Día 28. Buena noche. Por la mañana 84 pulsaciones, T. $36 \frac{8}{10}$, cateterismo. Por la tarde, pulso 96, T. $37 \frac{2}{10}$, cateterismo. Se prescribió una lavativa con 30 gramos de glicerina, después de la cual hubo un cólico fuerte y mucho dolor en la herida; levantado el vendaje noté que el escroto estaba edematizado y en él una equimosis de toda su región derecha. Apliqué un suspensorio.

Día 29. Pulso 84 T. $36 \frac{8}{10}$; retiré el dren. A las 10 hubo un cólico fuerte el que calmó con una lavativa abundante de agua salada, la cual produjo una evacuación abundante. A las 2 hubo vómitos repetidos; se ordenó champaña por cucharadas de media en media hora. A las 6 de la tarde pulso 99 T. $37 \frac{8}{10}$; el vómito había calmado, orinó espontáneamente, se cambió la curación.

De aquí en adelante todo marchó bien; el termómetro osciló entre $36 \frac{8}{10}$ y $37\frac{1}{2}$; el pulso entre 84 y 96. Al octavo día retiré los puntos de sutura superficiales; la cicatrización no se hizo por primera intención, hubo una supuración, probablemente aséptica, que duró algunos días. Un mes después de la operación la herida

estaba cicatrizada y el edema y equímosis escrotal habían desaparecido; el enfermo principió á levantarse llevando un vendaje compresivo; hoy se encuentra perfectamente bien; el dedo no halla por parte alguna señal del trayecto herniario, y el canal ha quedado convertido en un callo cicatricial muy resistente.

El porvenir, únicamente, podrá decirnos si la curación de la hernia ha sido radical, pues es claro que el tiempo que ha transcurrido es insuficiente para poder juzgar este punto, no obstante el aparente buen éxito que del estado de la cicatriz hay derecho á esperar.

Manizales, Septiembre 25 de 1897.

J. T. HENAO.

PARACENTESIS SIN TROCAR

Le sucede á veces al médico, por acá, que hallándose en el campo ó en algún pueblo distante y de escasos recursos, lo llamen para ver un ascítico cuya situación exija con urgencia la paracentesis, y que no pueda ejecutarla por no tener un trócar á mano.

¿Qué puede ó qué debe hacerse en tales casos?

Si, como acaece con frecuencia, el líquido peritoneal forma hernia á través del ombligo, la cosa es muy sencilla. Después de asegurarse de que no hay ahí ninguna asa intestinal ni parte del epiplón, lo que se reconoce por la *trashucidez* del tumor, se le hace á éste una ligera punción con lanceta. El líquido ascítico sale con bastante fuerza, para formar chorro que permite recogerlo en cualquier vasija, sin necesidad de cánula ó de tubo conductor. Una vez que se ha

concluído la extracción, se cubre la heridita con algodón aséptico, y se sostiene con una faja.

La punción puede repetirse, de la misma manera, al cabo de algunos días, cuando el enfermo la reclame.

Este procedimiento tiene, además, la ventaja de que no expone el paciente á síncope, pues haciendo bien pequeña la picadura ó punción, sale la serosidad con la lentitud que se desee. Yo lo he practicado en varias ocasiones, sin que jamás haya visto sobrevenir accidentes; y si unas veces lo he hecho por necesidad, en otras ha sido por diferentes motivos y aun por capricho. Así, cuando era estudiante, recurría á ese medio porque no tenía trócar, y lo mismo me sucedió en Roldanillo, viajando por el Cauca, en Septiembre de 1889. Llegámos tarde al Puerto, donde ancló el vapor y donde dejé mi equipaje, porque debíamos dormir á bordo para continuar la navegación por la mañana, y sólo fuí al pueblo por la noche, á comer donde un amigo que me había invitado. Al querer regresar al buque, me hicieron ver un hidrópico que estaba sumamente oprimido, y con la lanceta que tenía en la cartera, le hice la punción, sin la menor novedad, y lo dejé aliviado.

Ultimamente, en un campo cercano á esta ciudad, y aunque tenía mis trócares ahí, operé también con lanceta á un enfermo, para que aprendiera el procedimiento una de las personas de la casa, la que ha seguido operándolo, y ahorrarle así gastos al paciente, que es bastante pobre y que yá había tenido que llamar varias veces, para que le hicieran la paracentesis, á profesores de la capital. La operación

es también, así, muy poco dolorosa. Constituye, pues, un buen recurso.

Por lo demás, la idea no es mía: la adquirí en el primer Tratado de Cirugía que leí, cuando principiaba mis estudios médicos.

ANDRES POSADA ARANGO.

LA ULTIMA ENFERMEDAD

DEL GENERAL ABRAHAM GARCIA

(Ex-Gobernador de Antioquia).

Pocas veces se hallan asociadas en un mismo individuo tan eximias dotes: pocas, concurren tan abundantemente á enaltecer su vida en la senda de los deberes sociales y de los intereses patrios. El General Abraham García, nuestro huésped como Enviado Extraordinario y Ministro Plenipotenciario de Colombia en Venezuela, las poseía en alto grado. Bondad ingénita, cualidad fundamental de su carácter; dón de gentes que le daba fácil acceso á todos los afectos; virtudes republicanas, acrisolado patriotismo, acendrada piedad y espíritu de confraternidad internacional—hé aquí los más conspicuos rasgos de su fisonomía moral. Con tales prendas, era lógico que alcanzara el distinguido puesto que le acordó nuestra sociedad. En todos los actos públicos de alta significación, en los privados mismos, aun en los de naturaleza íntima, allí estaba él: su personalidad era parte integrante en todas nuestras fiestas, se hacía necesaria su presencia en ellas; no era yá un miembro extraño para nosotros, sino uno muy querido, que se había asimilado nuestras costumbres,

las había acogido como propias y estaba de hecho incorporado á nuestra vida social. Para hombres como él, la patria es el suelo que pisan; su familia, la humanidad: son ciudadanos de todas partes.

Pasemos á hacer la relación de su enfermedad y muerte.

Bajo las apariencias de la más completa salud llegó á Venezuela este honorable caballero; pero desde los primeros días de su permanencia entre nosotros, sus compatriotas y todas las personas que inmediatamente le trataban, observaron en él manifestaciones de un estado enfermo. Su respiración era habitualmente laboriosa, el más leve ejercicio, el más pequeño esfuerzo le producían notable cansancio, de que él no se preocupaba, y que por consiguiente no le prestaba ninguna atención. Pero este fenómeno fué creciendo de día en día, acompañándose de otros que caracterizaban la naturaleza de la afección y que le despertaron yá cierta alarma.

Como era natural, dadas las íntimas relaciones de amistad que nos unían, solicitó nuestra asistencia profesional. Su estado era el que sigue: disnea casi continua que se exacerbaba por todo movimiento y por el uso de la palabra; pronunciado edema de las extremidades inferiores; orina normal en cantidad y calidad; pulso acelerado, pequeño é irregular [130 pulsaciones por minuto]; 40 respiraciones en igual tiempo; matités precordial muy aumentada; el corazón latía precipitadamente, como si tratase de suplir por el número, la insuficiencia de sus contracciones; ensordecimiento de los ruidos normales; no había soplos, lo que no es extraño, pues en los

accesos violentos de asistolía algunas veces desaparecen ; congestión y edema pulmonar dobles ; abundante expectoración sanguinolenta ; congestión pasiva del hígado ; en una palabra, el aterrador cortejo de síntomas que de ordinario acompaña á la asistolía. La plétora venosa de la circulación pulmonar aumentaba á pesar de las ventosas escarificadas, de los revulsivos á la piel, y del uso de los tónicos cardíacos [digital, esparteína, cafeína y estrienina] ; había momentos en que la asfixia parecía inminente, lo que nos decidió á ocurrir á la sangría general para desembarazar los órganos respiratorios de la gran cantidad de sangre que entorpecía sus funciones ; así sucedió : la gravedad fué gradualmente cediendo, la expectoración se hizo cada vez menos sanguinolenta, la disnea al fin desapareció, y nuestro enfermo entró en un estado de calma y bienestar que le hizo creer que había recuperado por completo la salud.

Habíamos vencido un primer ataque de asistolía, pero este triunfo no nos satisfacía ; era totalmente precario ; y á pesar de las apariencias de salud que se sóstuvieron en los dos meses siguientes, esperábamos un nuevo acceso, de un momento á otro, con tanta más razón, cuanto que el estado del pulso, siempre frecuente y pequeño, así como los síntomas que nos revelaba la auscultación, ponían de manifiesto un corazón hipertrofiado.

Insistimos en el uso de los tónicos cardíacos durante este tiempo ; pero un nuevo acceso, más violento que el primero, abrevió los días de nuestro amigo. Repitióse el cuadro sintomatológico anterior-

mente descrito, con mayor intensidad; la disnea llegó por momentos hasta la ortopnea; la expectoración sanguinolenta se hizo excesivamente abundante; las extremidades se pusieron frías y cianóticas; se presentó dolor agudo en la región esternal, profuso sudor, taquicardia, coloración violácea de la piel. El estado de alarmante asfixia y los buenos resultados obtenidos en el primer ataque con la sangría, nos decidieron á recurrir á ella de nuevo; pero en esta vez no correspondió á nuestras esperanzas; y el uso de los tónicos cardíacos, las inyecciones de morfina y atropina, los revulsivos á la piel, los evacuan-tes, las inhalaciones de nitrito de amilo, el yoduro de potasio, nada bastó á detener aquel desorden circulatorio que determinó tantos y tan graves síntomas: sólo las inyecciones hipodérmicas de morfina y atropina, le procuraban algún alivio, haciendo cesar el dolor y disminuyendo el profuso sudor. Delirio de forma pasiva, debido en gran parte á la acción sobre el cerebro de una sangre mal oxigenada, acompañó al grupo de los síntomas enunciados yá, y acentuándose de hora en hora, terminó en el coma, á que lentamente sucumbió.

Tanto en el primero como en el segundo ataque de asistolía, solicitámos la opinión de varios colegas de reconocida reputación, y fueron designados con tal fin, los Dres. González, Guardia, Ruiz, Hernández, Dominici y Ríos Llamozas, quienes estuvieron acordados sobre la naturaleza de la enfermedad y la gravedad del pronóstico, habiendo aprobado en absoluto el plan terapéutico que seguimos en todo el curso de aquella.

Correspondiendo en solicitud y esmero con la asistencia médica, dos Hermanas de la Caridad llenaron con ejemplar benevolencia los deberes de su humanitario ministerio.

En la premura con que se hizo el embalsamamiento, por los Dres. Ríos Llamozas y Ruiz (para evitar la descomposición del cadáver, que se había iniciado ya), pudimos observar las alteraciones siguientes: Corazón grasoso y muy hipertrofiado (*cor bovinum*); pulmones ingurgitados de sangre y con equímosis en su superficie, estado ateromatoso de las arterias, hipertrofia del hígado. La gravedad de las lesiones en los órganos de la circulación, explica los desórdenes del sistema y la inevitable terminación fatal.

Nuestra misión quedó cumplida asistiendo y acompañando al amigo hasta sus postreras horas, y más allá, en el cortejo fúnebre que le condujo á su última morada.

Caracas, que tanto le agasajó, hizo objeto de duelo público su muerte y guarda con afectuoso recogimiento sus despojos; las flores de sus jardines les llevan su aroma; á ellos llegarán envueltos en las lúgubres sombras del ocaso, los dolientes trenos de la desolada esposa y de los afligidos hijos!.....

JOSÉ MANUEL DE LOS RÍOS.

Caracas, Noviembre de 1897.

(De la *Gaceta Médica de Bolívar*).



TRANSFUSION

La transfusión de la sangre es una operación delicada, que expone á graves accidentes y que tiene, sobre todo, el inconveniente de necesitar aparatos especiales, que poquísimos médicos poseen. Por la carencia de ellos han muerto, sin duda, muchos enfermos, en casos de graves hemorragias. Juzgamos, por eso, de grandísima importancia el descubrimiento, debido á Mr. Janey, de que se obtiene el mismo buen resultado, es decir, que se salvan los pacientes con una simple inyección bajo la piel (no en las venas), de suero artificial, ó, mejor dicho, de una solución, tibia y filtrada, de cloruro de sodio ó sal marina en agua hervida, en la proporción de 7 gramos de sal por 1,000 de agua, ó sea una cucharadita cafetera de sal pulverizada y apretada, para una botella grande y una tercera parte más de agua. En casos de mucha urgencia, puede prescindirse de tibiarse el agua y de filtrarla.

La introducción del líquido puede hacerse con cualquier instrumento inyector, bien aseado y con un trócar.

Cuando pensamos en que por un medio tan sencillo puede salvarse la vida de muchos de nuestros semejantes, nos complacemos en tener esta ocasión de servir de agente de publicidad.

A. POSADA ARANGO.