

cada vez menos retráctiles, e hicimos nuevas inyecciones de las drogas antes dichas y taponámos las fosas nasales, logrando contener la epistaxis. Transcurridas veinticuatro horas se presentaron síntomas de una hemorragia intraperitoneal que acabó rápidamente con la vida del enfermo.

Explicamos que en nuestro enfermo no había lesión alguna del hígado, ni de los riñones, ni hubo antecedente alguno de origen reumático, y que nos fue imposible hacer la autopsia del cadáver, por tratarse de un enfermo de clientela civil.

Es preciso tener en cuenta en el caso que relatamos la ausencia completa de fiebre y la presencia al mismo tiempo de hemorragias mucosas, signos éstos que hacen apartar nuestro caso de la púrpura fulminans de Henoch, y de la enfermedad que en Francia denominan de Werlhof; en la primera no falta la fiebre, en la segunda no hay hemorragias mucosas. A pesar de todo, es preciso incluir este caso en la clase llamada de Werlhof, pues la ausencia de fiebre, el principio brusco y en plena salud, la repetición de las epistaxis, forman un conjunto que es el que más se acerca al cuadro que observamos.

En resumen: cuando la púrpura se presenta como *primitiva*, sin que, como en el caso estudiado, se descubra causa apreciable en los antecedentes ni en la marcha de la enfermedad, creemos que hay lugar a suponer que la enfermedad de Werlhof merece ser considerada como una entidad mórbida de existencia real e independiente.

LA MERALGIA PARESTESICA

SIGNO PRECOZ DEL CÁNCER DEL ESTÓMAGO

Por el doctor MANUEL PAJARO H. (de Cartagena).

(Tercer Congreso Médico Nacional).

Una señora de nuestra clientela, robusta, de elevada posición social, de edad como de setenta y cinco años, falleció a causa de un cáncer del estómago.

En los antecedentes de esta enferma es digno de notarse que había sufrido de accesos de erisipela en una pierna y de crisis gástricas dolorosas, atribuidas, cuando se presentaron, bastantes años antes de su fallecimiento, a pneumatosis del estómago por digestiones laboriosas.

Hacia dos años que se le había presentado a dicha señora un tumorcito en la mama derecha.

Cuando examinámos ese tumor tendría el tamaño de un huevo de paloma, movable bajo la piel, pero duro aunque indolente.

Dada la edad avanzada de la enferma y los antecedentes de familia, en la cual habíanse presentado en varios miembros de ella casos de cáncer, tuvimos la bien fundada sospecha de que aquel pequeño tumor fuera un núcleo canceroso.

Tenía el tumorcito tendencia a estacionarse o a marchar con gran lentitud en su natural desarrollo. Mas viendo la enferma la tenacidad del tumor, resolvió operarse lo más pronto posible, y en efecto hizo viaje al Exterior con ese fin.

Se reconoció la malignidad del mencionado tumor y se le extirpó radicalmente con total amputación de la mama afectada.

Muy restablecida y de buen aspecto, volvió a esta ciudad la referida señora. Mas hé ahí que al cabo de algunos meses de operada comenzó a sentir dolores neurálgicos en el muslo derecho, de mucha intensidad, que apenas si cedían a los analgésicos más poderosos.

Mejoróse sin embargo la enferma, pero los dolores del muslo no cesaron del todo, y desde entonces la enferma no pudo caminar sino cojeando y con ayuda de otra persona.

Acusaba adormecimiento en la región anteroexterna del muslo y hormigueos, y de tiempo en tiempo sensaciones dolorosas que pasaban rápidamente y que la enferma comparaba a culebrinas eléctricas.

Estábamos pues en presencia de la enfermedad de Bernhardt, o sea la *meralgia parestésica*.

Parece ser, con todo, que la meralgia parestésica, más que una enfermedad, es un síndrome que tiene variada significación clínica.

En el curso de la meralgia se presentaron en la enferma, cuya historia venimos exponiendo, violentas crisis dolorosas del estómago que cesaban, como por ensalmo, apenas hacíamos vomitar a la enferma.

A cortos intervalos de tiempo se presentaban nuevas crisis gástricas dolorosas, con persistencia de la meralgia; esta coincidencia nos hizo pensar que no se trataba de cólicos ventosos del estómago, sino de la presencia de un cáncer del estómago en vía de desarrollo.

Examinando la región pilórica presentó signos objetivos y subjetivos del tumor.

Andando los meses, se hizo más patente el cuadro clínico del cáncer del estómago, corroborado con los datos que suministró el análisis repetido de la orina, en la cual disminuyó considerablemente la cantidad de urea hasta bajar a 3.85, y la densidad de la orina a 1.007.

Sucumbió la enferma al cabo de pocos meses en estado de caquexia completa.

No están de acuerdo los clínicos acerca de la naturaleza de la meralgia parestésica ni en las causas que la producen, ni en su patogenia; pero nos inclinamos a pensar que se trata realmente de una neuritis periférica del nervio fémoro-cutáneo, de origen infeccioso unas veces, y otras de origen diatésico, como en el caso de que damos cuenta a esta ilustre corporación científica. Creemos, en efecto, que la diátesis cancerosa de que era portadora la enferma objeto de esta observación, fue la causa de esa meralgia.

Podemos concluir, pues, que cuando se presente la enferme-

dad de Bernhardt, esto es, la meralgia parastésica, concomitantemente con frecuentes trastornos gástricos como dispepsia y crisis dolorosas repetidas del estómago, debe sospecharse con fundamento que se trata de un cáncer del estómago, mayormente si el enfermo es persona de edad avanzada con antecedentes cancerosos en la familia.

Y este diagnóstico precoz del cáncer del estómago, mediante la manifestación de la meralgia, será de mucha conveniencia, porque permite intervenir por los medios quirúrgicos con notable supervivencia para los operados oportunamente.

Bien se sabe, por otro lado, que la meralgia puede depender, como lo hemos insinuado, de múltiples enfermedades como la diabetes, la tabes, la parálisis general, y aun del alcoholismo y del saturnismo.

De todos modos el síndrome que hemos estudiado brevemente tiene gran significación clínica que el práctico debe estudiar atentamente para descubrir la enfermedad que lo produce, que evoluciona callada o insidiosamente, y que el clínico debe precisar lo más pronto posible, para que el tratamiento pueda resultar eficaz aplicado oportunamente.

ALGUNAS OPINIONES CIENTIFICAS

SOBRE LAS EPIDEMIAS DE 1913 Y 1914 EN LA COSTA ATLÁNTICA DE COLOMBIA

Por el doctor MIGUEL ARANGO M. (de Barranquilla).

(Tercer Congreso Nacional de Medicina).

No es nuestra intención entrar a considerar en todos sus detalles la cuestión de la naturaleza de la epidemia que reinó en Santa Marta y la zona bananera en 1913 y en el Atlántico (Barranquilla, Usiacurí, etc.) al año siguiente. Tal problema ha quedado planteado, mas de ninguna manera resuelto.

Tal vez no deja de ser útil comparar los métodos de estudio adoptados y las opiniones emitidas por los que intervinieron directamente en este asunto. Así pues, tomaremos unos datos de los informes de los doctores Zea Uribe y Lleras, bacteriólogos nombrados por el Consejo Superior de Sanidad; del doctor Samuel Darling, Jefe del servicio bacteriológico de la zona del Canal; del doctor J. R. Dickson, Jefe del servicio bacteriológico de la isla de Trinidad, y del doctor Roux, Director del Instituto Pasteur de París.

En beneficio de la claridad consideraremos primero el material estudiado, y después lo encontrado por cada uno de los profesores citados, así como sus opiniones respectivas.