

REVISTA MEDICA DE BOGOTA

Organo de la Academia Nacional de Medicina

REDACTORES

1.º, Dr. José María Lombana Barreneche—2.º, Dr. Carlos Michelsen U.

TRABAJOS ORIGINALES

LA BRONCONEUMONIA DE LOS ADULTOS EN BOGOTA

LECCIÓN DADA Á LOS ALUMNOS DE LA CLÍNICA DE PATOLOGÍA INTERNA,

POR EL DR. M. N. LOBO *

Señores: Deseo aprovechar el enfermo del número 102 de la sala de hombres para estudiar con ustedes una enfermedad, en la cual tengo especial interés, por haberme servido de tema para mi tesis de doctorado, y porque creo que he sido el primero en llamar la atención del Cuerpo Médico hacia la frecuencia de la bronconeumonía de los adultos en esta ciudad.

Tienen ustedes aquí un enfermo de unos 24 años, que, en el curso de una gripe ligera, se expuso á un cambio brusco de temperatura. Tuvo en seguida escalofrío; la temperatura se elevó; la tos que existía desde antes, se hizo más frecuente y se acompañó de esputos rojizos, aerados, poco adherentes á la vasija, y que son ahora muy abundantes. Al examinarlo hoy, cuarto día de su enfermedad, le hallamos 38° de temperatura, más de 120 pulsaciones por minuto, grande ansiedad respiratoria, postración profunda, herpes labial y lengua saburrosa.

* El Dr. Lobo, por prestar un servicio de amistad, reemplazó unos pocos días del mes de Agosto último al Profesor Dr. Julio Escobar.

Al estudiar su aparato respiratorio notamos macicez en la mitad superior del pulmón izquierdo y submacicez en la base del derecho; aumento de las vibraciones torácicas en esas mismas regiones; soplo rudo tanto á la inspiración como á la espiración en la mitad superior del pulmón izquierdo; soplo suave acompañado de estertores diversos en la base del derecho. El enfermo se queja de dolor en el costado izquierdo y en la parte media del pecho. El corazón nos llama la atención por la rapidez de sus movimientos, por la intensidad de los ruidos en el apéndice xifoide y por la dilatación del ventrículo derecho, que comprobamos por medio de la percusión.

El estudiante que lo ha examinado diagnostica *neumonía franca, y bronconeumonía*.

Para comprender la diferencia que existe entre estas dos entidades, tracemos á la ligera el cuadro clínico y anatómopatológico de la primera. Una persona que goza de perfecta salud tiene de repente un escalofrío único, semejante por su intensidad al de un acceso palúdico ó al de una infección puerperal grave. En breve la temperatura sube bruscamente á 39° ó 40° y se mantiene así con ligeras remisiones (de 0,5 á 0,1°) 5, 7 ó 9 días, al cabo de los cuales baja con igual rapidez á la normal ó sube á 41° ó 42° si la terminación ha de ser fatal. Esta marcha constante de la temperatura ha hecho dar á la neumonía el nombre de enfermedad cíclica, esto es, de período determinado. Un dolor intenso, que aumenta con la tos y los movimientos, aparece en un espacio intercostal y dura uno, dos ó tres días; luégo desaparece totalmente. La tos, primero seca, arrastra más tarde pequeños esputos rojizos, homogéneos, sin vesículos de aire, adherentes á la vasija—los esputos *rouillés*, considerados como patognomónicos—y que duran con esos caracteres hasta el descenso de la fiebre, época en que se vuelven blancos ó amarillentos, aereados y fluidos, pierden su viscosidad y toman un color rojo de intensidad variable, que los ha hecho comparar al jugo de regaliza ó de ciruelas, cuando la neumonía pasa al tercer período y ha de terminar con la vida del paciente. La disnea es poco intensa al principio y no aumenta de un modo alarmante sino á la aproximación de la crisis ó de la muerte. El

pulso, duro, lleno, es poco frecuente; se acelera también al final de la enfermedad. La cara congestionada y las alas de la nariz que se dilatan á cada inspiración constituyen la *facies neumónica*. Todo este cuadro patológico va agravándose hasta el momento en que se inicia la crisis: una transpiración profusa, una emisión abundante de orina, un malestar insufrible, la anuncian; pocas horas después el enfermo se siente mejor, pide alimento ó duerme tranquilamente. La enfermedad ha pasado y empieza una convalecencia franca y rápida.

Al examinar el aparato respiratorio en los diversos períodos de la neumonía encontramos: en el primero, submacicez en la región afectada, aumento de las vibraciones, disminución del murmullo vesicular y estertores crepitantes finos, llamados *tipos*, que duran poco y se oyen al fin de la inspiración. En el segundo período hay macicez, broncofonía y un soplo tubario, seco, que se oye á la espiración y algunas veces á la inspiración, y que persiste hasta la caída de la temperatura. A este tiempo aparecen estertores mucosos—subcrepitantes de vuelta—que se oyen en ambos tiempos y que van haciéndose más numerosos á medida que el soplo desaparece. Dos ó más días, y todo ha acabado; el pulmón recobra su permeabilidad, salvo casos excepcionales de paso al estado crónico. Si la neumonía pasa al tercer período, los síntomas objetivos y subjetivos del segundo persisten, y se acentúan hasta la muerte.

La anatomía patológica demuestra que es fundada la división clínica de la neumonía en tres períodos. El primero de ingurgitación, dura dos ó tres días; el parenquima pulmonar, de un rojo lívido, está infiltrado de serosidad sanguinolenta, pero conserva su "contextura alveolar y en cierto modo esponjosa del pulmón." El segundo, de hepatización roja, dura de cuatro á siete días; el pulmón, por su aspecto y por su peso, parece hígado; ha perdido su apariencia celular; es granoso al corte, friable y no da salida á serosidad. El tercer período es de duración variable; "el tejido pulmonar, denso, compacto, impermeable al aire, ofrece un color grisoso;" al corte se observa el mismo aspecto granoso del segundo período y destila un líquido de color gris ó amarillento.

La neumonía franca afecta todo un lobo ó su mayor parte; "la región enferma es atacada en su totalidad, y el proceso inflamatorio no deja intervalos de partes sanas" (Netter). Es ordinariamente unilateral; se sitúa de preferencia en la base de los pulmones y es más común á derecha. La estadística de Grissolle da en 280 neumonías, 17 dobles, ó sea un 6 por 100. La de Juergensen, que es numerosísima, da 89,6 por 100 de neumonías simples y 10,4 por 100 de dobles; da también 53,1 por 100 á derecha y 43,9 por 100 á izquierda; según Grissolle, los lobos inferiores son atacados en la proporción de 4 á 3 con respecto á los superiores.

El agente productor de la neumonía es un organismo bien estudiado y conocido: el neumococo.

La neumonía franca en el adulto es una enfermedad benigna "que tiende naturalmente á la curación" (Netter). Las estadísticas para el período comprendido entre los 20 y los 50 años dan, poco más ó menos, un 10 por 100 de mortalidad. De aquí viene que la expectación pura y simple haya dado resultados tan buenos ó mejores que los enérgicos tratamientos usados antes, como las sangrías, el emético, etc.

Volvamos ahora á la bronconeumonía. Esta es una enfermedad ordinariamente secundaria á la tos ferina, al sarampión, á la gripe, á una simple bronquitis catarral. Rara en Europa en los adultos, frecuente en los niños y en los ancianos. Oculta á menudo su aparición tras los síntomas de la enfermedad primitiva. Lo primero que llama la atención en su estudio es la falta de regularidad en su sintomatología, de modo que no se puede dividir la marcha en períodos clínicos ó anatomo-patológicos, como los de la neumonía franca.

Se inicia sin escalofrío ó más comunmente por uno ó varios poco intensos, vespertinos, seguidos de una elevación de la temperatura, ya pequeña, ya alta, la cual sigue un curso irregular ó presenta *grandes* oscilaciones (de 2 grados ó más), que á veces hacen creer en el principio de una fiebre tifoidea, y que persiste una, dos ó tres semanas, y baja lentamente, por lisis. Cada día, después del acmé de la fiebre, hay sudores. La tos, ó existía desde antes, ó falta totalmente en los primeros días; cuando existe, puede ser seca ó acom-

pañada de esputos mucosos, aereados, más ó menos rojizos ó amarillentos, abundantes, poco adherentes á la vasija y que algunas veces traen coágulos sanguíneos. El dolor, que tampoco es un síntoma constante, aparece por lo común más tarde, cuando la inflamación llega á la superficie del pulmón, se sitúa en la parte media del tórax ó en los costados y dura hasta meses, después de restablecido el paciente. La disnea es intensa desde el principio, hecho que se explica fácilmente cuando se piensa que los bronquios están inflamados y estrechan su luz. El pulso es frecuente y débil y los movimientos del corazón rápidos y tumultuosos. Este órgano trabaja enérgicamente por la inflamación bronquial y pulmonar; el ventrículo derecho se fatiga pronto y se dilata produciendo grandes peligros para la vida del paciente. Muy á menudo la pleura se inflama y contrae adherencias con la hojilla parietal. Nada hay de característico en la fisonomía de un bronconeumónico; ya es roja y brillante, ya lívida ó pálida y terrosa según el grado de asfixia. Al terminar la enfermedad no hay crisis; todos los síntomas van decreciendo lentamente, excepto la tos y la expectoración, que más bien aumentan á medida que la resolución avanza.

Al examen local de los pulmones encontramos la misma variabilidad en la sintomatología. A veces hay hiperresonancia á la percusión, otras, submacicez ó macicez completa cuando muchos lóbulos pulmonares han sido invadidos en una misma región. Excepcionalmente se oye el estertor crepitante tipo; en cambio abundan los subcrepitantes y los sibilantes y roncantes, propios de la bronquitis: estos estertores se oyen desde el principio. Más tarde, en una fecha variable, viene el soplo, ora suave, ora fuerte, que persiste semanas y hasta meses sin que haya paso al estado crónico, puesto que el pulmón vuelve, aunque con lentitud, á su estado normal. Es común encontrar frotos pleurales, indicio de la pleuresía seca concomitante, que dura largo tiempo y que influye mucho en los síntomas, sobre todo en la tos y el dolor. Al seguir paso á paso el curso de la enfermedad, llama la atención su carácter ambulatorio; la región que hoy está sonora, mañana estará maciza; donde ayer hubo soplo, hoy hallamos estertores subcrepitantes, y esto sin que

la fiebre haya terminado. Esto se explica, porque la invasión del pulmón no se hace en masa, sino gradualmente, por lóbulos, de modo que puede estar una parte en resolución cuando nuevos focos aparecen en otros puntos. La bronconeumonía afecta casi siempre ambos pulmones y tiene predilección por la parte media de estos órganos, al rededor de los gruesos bronquios, probablemente porque la inflamación comienza en ellos y se propaga á los tejidos vecinos.

La anatomía patológica enseña que la inflamación bronquial es constante (1); que la alteración del parenquima pulmonar se hace por lóbulos, de modo que al lado de uno en período de ingurgitación se puede encontrar otro en hepatización roja ó gris y otro en plena resolución ó perfectamente sano.

La bronconeumonía es producida por diversos microorganismos, el estreptococo, especialmente, el neumócoco, el estafilococo, etc., y á veces por asociaciones microbianas.

La bronconeumonía es una afección muy grave; en las epidemias de gripe, de tos ferina y de sarampión, ella es la causa de la mayor parte de las muertes atribuídas á estas enfermedades.

Veamos ahora: ¿qué es lo que observamos ordinariamente en los adultos en Bogotá? Inflamaciones pulmonares consecutivas á una gripe ó á una bronquitis ligera, que quizá ha pasado inadvertida; inflamaciones de marcha irregular y lenta, sin principio solemne, sin períodos fijos ni crisis marcada, de resolución tardía, que afectan ambos pulmones, especialmente en su parte media, en las cuales se hallan más ó menos completos todos los síntomas que hemos enumerado en segundo lugar, y que, lejos de "tender naturalmente á la curación," producen una gran mortalidad, aun desde el segundo ó tercer día de enfermedad. Llamémoslas, pues, con su verdadero nombre: bronconeumonías. No queremos decir que la neumonía franca sea desconocida en esta altiplanicie; las hay, pero no todos los casos calificados de tales, lo son.

(1) El eminente clínico Dr. Manuel Plata A., había notado ya la inflamación de todo el árbol respiratorio. Cuentan sus discípulos que cuando veía una autopsia de uno de estos casos, decía en su lenguaje jocoso: aquí tenemos una *laringo-traqueo-bronco-pleuro-neumonía*.

La importancia de este diagnóstico diferencial es muy grande: 1.º, para el pronóstico; quien encuentre una neumonía franca en un adulto robusto, sin antecedentes alcohólicos, limitada á una parte de un pulmón, puede asegurar á su paciente, que, salvo casos excepcionales, la enfermedad pasará y podrá hasta precisar el día; podrá también decirle que si pasa de nueve días de duración, la muerte es segura, porque llega al tercer período ó de hepatización gris. Si se trata de una bronconeumonía, se expone, si hace tales anuncios, á quedarse burlado, porque la enfermedad puede durar dos ó tres semanas y curar, y el desenlace puede ser fatal aunque al principio parezca limitada y benigna; y 2.º, porque el tratamiento de una neumonía franca es sencillo y hasta inofensivo, mientras que el de la bronconeumonía debe ser muy cuidadoso y prudente: es necesario sostener las fuerzas del enfermo, facilitar la expectoración y la resolución, atender á complicaciones cardíacas y pleurales, y prolongar el tratamiento días y semanas después de haber terminado la fiebre. Como la enfermedad evoluciona lentamente, se comprende la conveniencia que hay en abstenerse de esas medicaciones depresivas, como el emético, los antimoniales, la ipeca y la digital á altas dosis, que por rutina se han aplicado aquí á nuestras bronconeumonías, asimilándolas á las neumonías francas que tratan con esos medios los médicos de Europa.

CLUB MEDICO

CONVERSACIÓN CLÍNICA DEL 13 DE SEPTIEMBRE DE 1902.

(Conclusión)

Habló después el Dr. Pompilio Martínez en los siguientes términos:

Empezaré, señores, por leer algunas observaciones de histeropexia, sobre las cuales se basa mi comunicación, son éstas:

Carlota Vergara, natural de Chipaque, tomó la cama número 119 en el servicio del Dr. Escobar, en el mes de Agosto de 1901.

De 36 años de edad, reglas normales, tuvo hace 6 años un parto á término, sin accidente.

Refiere como causa de su enfermedad un esfuerzo brusco, varios meses antes, que le ocasionó un vivo dolor en el vientre, quedándole desde entonces sensación de peso en la región vulvar, y deseos frecuentes de orinar.

Al Hospital se presentó con un prolapsus completo de la matriz, la cual tiene además una ulceración en el cuello. No existe desgarró del periné.

Se redujo el prolapsus y se le aplicaron lavados vaginales antisépticos durante varios días. A fines de Septiembre se practicó una histeropexia abdominal por el método de Legueu usando catgut número 3. Sutura-intradérmica de la piel con crín de Florencia; no se dejó dren.

En la ejecución de la operación no hubo accidente digno de notarse. Ligera reacción febril al segundo día. Curación por primera intención. Cicatriz casi imperceptible.

Salió del Hospital el 9 de Septiembre, sin que la matriz se hubiera desprendido. La enferma no se ha vuelto á ver.

II

Rosa Sandoval, de 25 años, tomó la cama número 57 en el servicio del Dr. Lombana, en el mes de Mayo de 1902.

Como antecedentes, debe notarse que cuatro años antes tuvo un parto que le ocasionó un desgarrón incompleto del periné. En el mes de Enero del mismo año entró dicha enferma al servicio del Dr. Escobar, con un prolapsus del útero acompañado de cistocele y rectocele, para lo cual practiqué una *colporrafia anterior*, seguida pocos días después de una *colpo-perineorrafia*. La enferma salió del Hospital relativamente curada. Al volver de nuevo al Hospital, el examen demostró una matriz pequeña, que descendía fácilmente entre los labios vulvares, al obligarla á hacer un esfuerzo, por lo cual se resolvió practicar una histeropexia abdominal en los primeros días de Junio. Se empleó la seda como medio de sutura, y el procedimiento de Legueu. Sin drenaje.

La marcha fue de las más felices: la enferma orinó es-

pontáneamente desde el primer día de la operación. Curación por primera intención. Veinte días después salió del Hospital, y examinada hace dos semanas, la matriz se conserva en buena situación.

III

Mercedes Arenas, de 38 años, tomó cama en el servicio del Dr. Escobar en el mes de Diciembre de 1901.

En los antecedentes de la enferma figuran desórdenes de la menstruación y un parto sin accidente, del cual se levantó al tercer día.

El prolapsus es completo, pero sin desgarrón del periné. Se redujo la matriz, y durante varios días se aplicaron lavados vaginales.

La operación fue practicada en el mes de Enero, empleando como hilo de sutura la seda y el mismo procedimiento que en la observación anterior.

Como fenómeno post-operatorio es digno de notarse que en el ángulo inferior de la herida supuró un punto de sutura, hasta que se eliminó por completo el hilo al cabo de dos meses.

La he visto últimamente, y el prolapsus no se ha reproducido.

IV

Belén Morocho, ocupó la cama número 22, en el servicio del Dr. Herrera en el mes de Abril de este año. De 35 años de edad; en sus antecedentes figura la aplicación de forceps en un parto laborioso, hace 6 años.

El prolapsus de la matriz es completo, sin desgarrón apreciable del periné.

Fue operada en el mes de Mayo por el mismo procedimiento y empleando los mismos hilos de sutura que en las dos anteriores.

No hubo accidente post-operatorio alguno, y la enferma salió quince días después del Hospital. Curación por primera intención.

La he visto hace pocos días, y la matriz se conserva fija.

V

María de Jesús Sánchez entró al Hospital el 15 de Agosto y ocupó la cama número 72.

Como antecedentes se encuentran algunos desórdenes menstruales y un parto hace seis años, del cual se levantó al tercer día.

Al examen se encuentra que la matriz aparece fácilmente al exterior con el esfuerzo, aunque el periné parece bien conformado.

El mismo procedimiento operatorio que en las anteriores. La operación se practicó el 30 de Agosto, y la enferma se encuentra todavía en el Hospital, sin que haya ocurrido el menor accidente post-operatorio. Curación por primera intención.

VI

Trinidad Rodríguez, de 30 años, tomó la cama número 127, del servicio del Dr. Escobar, el 30 de Septiembre de 1901.

De constitución delicada, ha sufrido con frecuencia accidentes pulmonares, muy probablemente de origen tuberculoso. Ha tenido dos partos, el último hace cuatro años.

El examen demuestra un prolapsus completo, matriz grande y congestionada de difícil reducción. Desgarrón incompleto del periné.

Cinco días después de su entrada al Hospital se practicó la operación empleando el procedimiento de Terrier y haciendo uso de la seda como hilo de sutura.

Como accidente post-operatorio se debe notar una congestión pulmonar que se presentó al cuarto día y mantuvo á la enferma en una situación delicada por espacio de varios días.

La curación se efectuó por primera intención, pero al examinar la enferma pocos días después, se encontró que la matriz se había desprendido.

Pasando á la operación en sí, en ninguno de los casos relatados ha habido complicación operatoria, habiendo sido siempre fácil con una incisión mediana de 8 á 10 centímetros buscar la matriz con la mano y sostenerla luego con una pinza de garras, en contacto con la herida, para aplicar las suturas. Esto estando la enferma en el plano horizontal, que es como han sido practicadas dichas operaciones, pero naturalmente, el plano inclinado facilita aún más esta manipulación; sólo en un caso de la práctica civil, en

que se trataba de una matriz pequeña y en retroflexión, fue difícil agarrarla y hubo necesidad de recurrir al cateterismo uterino para levantarla con el histerómetro.

Si en casi todos los casos he empleado el procedimiento Legneu, es decir, el paso de tres ó cuatro hilos dobles en la cara anterior de la matriz, que luégo se fijan á los bordes de los músculos rectos por un mecanismo análogo al de la nefropexia por el procedimiento Guyon, es porque me ha parecido más sólida la sutura y también más rápida, sobre todo si se hace uso de la aguja de Reverdin. En un caso en que se empleó el procedimiento de Pozzi, es decir, una sutura continua que coge la matriz y los bordes musculares de la herida, me pareció de más difícil ejecución por el campo relativamente estrecho en que se opera, y, sobre todo, porque cada vez que se pasa de nuevo la aguja, es difícil mantener la sutura sin que se afloje.

He empleado con más frecuencia la seda para las suturas, por aconsejarla los autores como más sólida; pero es de advertir que en el caso de la práctica civil á que me referí anteriormente, practicado por el doctor Combariza, empleamos el Catgut, y el resultado definitivo se sostiene después de más de dos años.

Respecto á la sutura intradérmica de la piel, empleada en dos casos, me ha parecido que en las mujeres que tienen un pániculo adiposo muy espeso, se hace difícilmente el afrontamiento de las partes y se expone á dejar espacios abiertos que pueden ser causa de infección.

En ninguno de los casos ha habido desórdenes de la micción, como sería de suponerse por la compresión á que se somete la vejiga, y en dos de las operadas no se recurrió á la sonda porque orinaron espontáneamente desde el primer día.

En cuanto al resultado terapéutico definitivo, se descompone así:

En un caso (el de la observación VI) la matriz se desprendió pocos días después de la operación, debido esto probablemente á varias causas: el no haber reparado previamente el periné incompletamente desgarrado; el haber practicado la sutura sobre una matriz gruesa y congestionada sin

haber combatido antes este estado por un tratamiento apropiado, como se había hecho en otros casos; y, por último, los esfuerzos incesantes de los ocasionados por la congestión pulmonar, no dieron tiempo á la formación de adherencias sólidas.

Otro caso no se ha vuelto á examinar después de su salida del Hospital hace diez meses.

En los cuatro casos restantes que se han revisto últimamente, el resultado definitivo se mantiene después de nueve meses en uno, de cuatro meses en otro, de tres en otro y de veinte días en el último.

A las histeropexias anteriores se puede agregar una en que acompañé al Dr. Uribe para corregir una retroflexión de la matriz, que databa de nueve meses, y al caso á que aludía anteriormente de la práctica civil, que lleva más de dos años.

Las operaciones de que acabo de hablar tienen quizá otro interés, y es el de demostrar en cierto modo, de una manera experimental, lo falsa de la opinión que he oído emitir algunas veces, de que no se pueden ejecutar en el Hospital, las grandes intervenciones quirúrgicas, especialmente las intraabdominales, sobre todo por su aire infecto. No vacilamos en confesar que lo que hoy existe en ese local es más que insuficiente, y que la sala de operaciones está lejos de tener las condiciones que necesita un buen servicio quirúrgico; pero también creemos que el aire, como factor de las infecciones quirúrgicas, es casi despreciable.

Para ilustrar mi aserto me permito citar otros dos casos de intervenciones más importantes que he practicado recientemente.

En uno de ellos, que operé con los Dres. Gómez, Salgado y Uerós, se trataba de una litiasis biliar, con fenómenos de obstrucción al libre curso de la bilis; la intervención era urgente, pues había sufrido 8 cólicos en el curso de un mes.

Practicada la laparotomía, encontramos adherencias del epiplón á la vesícula, causadas por una peritonitis anterior; la dimensión de la vesícula era tal, que por la ausencia de cálculos la tomamos por una asa intestinal; luégo exploramos los canales cístico, hepático y coledoco, encontrando en este último un cálculo del tamaño de un ma-

raray que se pudo triturar con los dedos, debido á su débil consistencia ; por último, hicimos la fijación de la vesícula y establecimos una fístula biliar ; todo esto prolongó la operación más de lo que era de esperarse ; por esto y porque las manipulaciones fueron largas y laboriosas, el peritoneo estuvo expuesto al aire por más de una hora. Ahora bien : con excepción de los vómitos y medio grado de temperatura que tuvo la enferma el mismo día de la operación, la marcha ha sido de las más felices, y hoy, después de 8 días, se puede sostener que no hay nada que temer.

El otro caso que quiero recordar es el de una histerectomía abdominal total para extraer un fibroma del tamaño de una cabeza de adulto practicada en asocio de los Dres. Gómez y Lobo, el 16 del mes pasado. Los resultados han sido aún superiores ; puesto que en absoluto no tuvo vómito, ni la menor reacción febril ; el pulso jamás pasó de 90 pulsaciones por minuto, y no es exagerado decir que ni en las intervenciones más sencillas se puede aspirar á una marcha más feliz ; la enferma todavía está en el Hospital, y sólo por prudencia hemos querido que complete siquiera un mes después de su intervención, antes de entregarse á sus ocupaciones ordinarias.

Pues bien : todas estas operaciones han sido practicadas en la sala de operaciones del departamento de mujeres del Hospital, que, como ustedes conocen bien, es un rincón de la sala común, separado del resto por tabiques incompletos, de suerte que el aire que allí se respira es el mismo aire impregnado de todos los productos sépticos de más de 80 enfermos aglomerados en la sala. La mesa operatoria es la misma que todos conocemos desde estudiantes, y en la cual se practican constantemente lavados para tratar blenorragias y heridas infectadas de toda naturaleza ; y recuerdo que en una de las operaciones por imprudencia se colocó debajo de la enferma la misma vaqueta que emplean para todos aquellos usos, la cual se puede asegurar que contiene la más completa colección de microbios patógenos.

Pero hay más : un caso desgraciado de histerectomía abdominal total que tuve hace dos meses (la enferma murió al cuarto día), viene de un modo indirecto en apoyo de la opi-

nión que sostengo, puesto que fue el único en que se tomaron precauciones respecto al medio ambiente; la operación se practicó en una sala aislada de la sala común, se hicieron blanquear las paredes, lavar los pisos con licor Van-Swieten, se practicaron fumigaciones de azufre y hasta se llevó una mesa operatoria especial.

De todos estos datos creo que se puede concluir que el medio ambiente entra por una cantidad despreciable en el mecanismo de las infecciones quirúrgicas, y que por otra parte es posible obtener buenos resultados en un viejo Hospital y en una sala común, siempre que se tengan en cuenta todas las precauciones de la antisepsia, que pudiéramos llamar local é inmediata—P. M.

Dr. J. E. Manrique. No puedo prescindir, aun á riesgo de prolongar demasiado la sesión de esta noche, de decir dos palabras con respecto á la interesante comunicación del Sr. Dr. Martínez. Debo, en primer lugar, felicitarlo calurosamente por los brillantes resultados operatorios y terapéuticos obtenidos por él, en el tratamiento de una de las afecciones que más invalideces produce en nuestra clase proletaria: la ptosis genital. Es consolador que se le pueda ofrecer hoy, en nuestro Hospital de Caridad, un remedio á esa legión de inválidas que diariamente aumenta entre nosotros, por la falta absoluta de cuidados durante el parto y por el abandono durante el puerperio. Roto el periné por no tener un partero que lo defienda, y detenida la involución uterina por no permitir la miseria, el reposo necesario para completarla, queda la mujer condenada, en un período más ó menos largo, á un cambio fundamental en su estática pelviana, que traerá consigo todo ese largo cortejo de dolores, pesanteces, tenesmos, flujos, congestiones é infecciones que con tanta frecuencia acompañan á los desalojamientos y desviaciones uterinas, produciendo la invalidez. Es, pues, un consuelo, mientras no podamos remediar la causa de estas invalideces, saber que ya se pueden tratar y curar, gracias á la abnegada iniciativa del Dr. Martínez, en el Hospital de Caridad.

Hay un punto en la comunicación del Dr. Martínez, sobre el cual lamento no estar de acuerdo con él, y desearía oírlo tratar por mis colegas. Cree el Dr. Martínez que si se

observan todas las precauciones de asepsia en los objetos que toquen al enfermo, en los cirujanos y en el cuerpo del enfermo, se puede practicar con buen éxito cualquier grande intervención quirúrgica en el Hospital de Caridad, sin preocuparse en lo más mínimo de la infección del aire que en aquel medio se respira. En efecto, los brillantes resultados que nos ha comunicado esta noche, pueden á primera vista servir de fundamento para sostener esa tesis, y si á esos se agregan todos los que hemos visto obtener antes de la era aséptica, en ese mismo hospital, por nuestros maestros, podríamos llegar á una conclusión perfectamente contraria á lo que se acepta hoy como axioma de la cirugía moderna. La asepsia absoluta debe ser la suprema aspiración del cirujano, y para tratar de llevarla á cabo, debe buscarla mediata é inmediatamente con respecto al enfermo. Los hechos citados en contra de este principio, sólo prueban que la fuerza defensiva del organismo es en ocasiones inmensa y hace que á este respecto, como á muchos otros, todo sea posible bajo el sol.

Todos hemos visto curar sin ningún accidente los laparotomizados con las astas de un toro bravo, individuos en quienes generalmente la masa intestinal ha estado en contacto con la tierra, con la piel, con el vestido y con las manos de un empírico, quien después de reducirla ha cosido la herida con lo primero que ha hallado á mano. Conozco el caso en que con una lanza se ha hecho una herida que abrió un enorme absceso del hígado y produjo la procidencia de la masa intestinal. El herido cayó á tierra, sus intestinos recogieron el polvo del camellón de Occidente, y media hora después fueron lavados con agua de una zanja y reducidos por nuestro lamentado colega el Dr. H. Ospina, el herido curó completamente de su absceso y de su herida, y todavía está vivo 26 años después. Antes de la era aséptica y de la era antiséptica yo vi practicar en Bogotá las más intrépidas intervenciones quirúrgicas á Plata Azuero, á Librado Ribas, á Juan David Herrera, á José Vicente Uribe, con los más brillantes resultados. Para no citar sino un ejemplo, de mi brazo y de los de dos de mis compañeros (Saldarriaga y Matéus), se extrajo con el aparato de Roussel la sangre necesaria

para hacer la transfusión á unos infelices del hospital, en una época en que la antisepsia era desconocida en el mundo, es decir, que ni la lanceta que se disparó tres veces sobre mi vena, ni la cánula que se insertó en la vena del paciente, ni el tubo que puso en comunicación nuestras dos venas, habían sido desinfectados, ni mucho menos nuestras pieles, ni las manos de nuestros operadores y sin embargo ninguno de los pacientes tuvo el menor accidente séptico.

Todos conocemos las condiciones en que tienen lugar la mayor parte de los partos en toda la República, y que no quiero enumerar ahora; bástame decir que generalmente paren las mujeres en las mismas y á veces en peores condiciones, que cualquier otro mamífero y sin embargo, no se mueren todas las que paren y relativamente se mueren pocas.

La mayor parte de las operaciones de alta cirugía que se practican hoy, se habían practicado siglos antes de la era de Lister y de Pasteur (operación cesárea, tallas, trepanaciones, ovariectomías) con muchos buenos éxitos, al lado de muchísimos malos.

¿Podrá concluirse de todo lo que dejo dicho que la aspiración á la asepsia absoluta, no debe ser el ideal del cirujano? De ninguna manera, pues los hechos que acabo de enunciar brevemente, sólo prueban que el poder defensivo del organismo es en ocasiones sumamente grande y puede luchar con ventaja contra muchos agentes de destrucción y de muerte. Pero como hasta ahora no disponemos de ningún medio que nos permita medir esa fuerza defensiva, la más elemental prudencia nos aconseja no someterla á pruebas muy rudas, á pruebas que vayan á resultar superiores á su energía, como es posible que suceda cuando las necesidades de una larga intervención intraperitoneal hayan producido la inhibición fagocitaria en un enfermo colocado en un medio séptico.

Yo me explico que los enfermos de Hospital resistan en ocasiones con ventaja, intervenciones que en el mismo medio no resistirían enfermos de otra clase social. Creo que toda fuerza que se ejercita, que toda aptitud que se cultiva, se desarrolla y se perfecciona, y me parece que la fagocitosis debe ejercerse con prodigiosa actividad en organismos que desde que sufren la sección del cordón umbilical, han estado ex-

puestos á toda clase de infecciones, sometidos, por decirlo así, á una verdadera gimnasia fagocitaria que los pone en actitud de resistir, como resiste la madre que da á luz entre trapos inmundos y el lodo de una alcantarilla.

No creo imposible que se curen en un medio ambiente séptico muchos individuos después de una grande intervención abdominal, pero creo más peligrosa esa intervención en ese medio que en otro menos séptico, y la creo tanto más peligrosa cuanto más haya debilitado las fuerzas del enfermo, la enfermedad para la cual se interviene. La histeropexia, por ejemplo, se practica generalmente en mujeres cuya nutrición no está alterada y están en buenas condiciones de resistencia, razón por la cual creo que puede practicarse en un medio séptico sin hacer correr muchos peligros á la enferma; pero una intervención que requiera mayor traumatismo peritoneal, más larga cloroformización y para una enfermedad que haya agotado las fuerzas de resistencia del organismo, tiene que ser mucho más grave en el medio que le ofrece nuestro hospital que en cualquier otro medio, y por eso es más digno de aplauso el Sr. Dr. Martínez, quien á pesar de todos esos peligros y venciendo tántas dificultades ha podido ofrecernos una serie feliz de laparotomías practicadas en un hospital mixto y sobre las mismas mesas en que operaron nuestros tatarabuelos.—J. E. M.

EPIDEMIOLOGIA DEL MES DE OCTUBRE

Afecciones catarrales de la garganta—Muy generalizadas han sido las afecciones de la faringe, habiendo enfermado en ciertas casas todos los niños y aun personas adultas. En algunos casos se ha localizado la infección sobre las amígdalas, sin tomar los caracteres de la amigdalitis flemonosa; en otros, la infección ha tomado la forma de las anginas foliculares; en algunos, la de la angina pultácea, y en los niños, la de angina pseudo-membranosa, sin que en apariencia, por lo menos, hayan tenido estas infecciones agente patógeno especial, porque en la misma casa se han observado las distintas formas en personas que han estado enfermas al mismo tiempo.

po, ó que se han sucedido á cortos intervalos. En dos niños hermanos, las falsas membranas tomaron un carácter diftérico tan marcado, que resolví aplicar al de menor edad, en quien las membranas se habían extendido al galillo, dos inyecciones de 10 centímetros cúbicos de suero antidiftérico de Roux, que produjeron un efecto admirable, porque las membranas se desprendieron pronto y la convalecencia fue rápida, no habiendo sucedido lo mismo en el hermano mayor. Es muy sensible que en estos casos, como en muchos otros, no se hubiera podido hacer un examen bacteriológico.

Paperas—Van siendo numerosos los casos que se están presentando de esta benigna infección. El tratamiento popular, que consiste en cubrir la región de las parótidas inflamadas con lana sucia, exime al médico de formular, pero tiene el inconveniente de que cuando el vellón proviene de ovejas apestadas, las garrapatas penetran en el conducto auditivo externo, dando lugar á fenómenos inflamatorios en él.

Escarlatina—De esta fiebre eruptiva se han presentado algunos casos que han terminado favorablemente.

Bronconeumonía y pulmonía—Llama la atención el aumento muy notable de la mortalidad en el mes por estas enfermedades, que llega á setenta y uno cuando en Agosto apenas alcanzó á cincuenta y dos.

Infecciones intestinales—La fiebre tifoidea, la disentería, la gastroenteritis y la enteritis, continúan dominando el cuadro de la mortalidad, sin que se note tendencia á que se reduzcan sus devastaciones.

EL PROFESOR RUDOLPH VIRCHOW

Este distinguido sabio, hijo de un tendero, nació en Schievelbein (Pomerania) en 1821 y murió en Berlín el 5 de Septiembre próximo pasado, casi á los 81 años de edad. A los 21 años se graduó de doctor; después fue nombrado Profesor asistente del Hospital de Caridad de Berlín; en 1847 desempeñó las funciones de Profesor de la Universidad

de la misma ciudad; en 1849 fue nombrado Profesor de la Universidad de Würzburg; cuando fue á ocupar este puesto dejó una gran colección anatómo-patológica, que encontró casi perdida cuando volvió á su puesto en la Caridad de Berlín, en 1856.

El Profesor Virchow nunca ejerció la medicina, pero siempre la enseñó. Su gran descubrimiento fue el de la teoría celular, que se basó en el hecho de que toda célula venía de otra célula, y que todo agente externo vulnerante producía un cambio químico ó mecánico en la estructura celular. Estas teorías, que han venido á ser el punto de partida para las investigaciones de los sabios modernos, tuvo él que desarrollarlas y perfeccionarlas.

Cuando entró como ayudante del Profesor Robert Froriep á la Caridad en 1844, se practicaban las autopsias muy irregularmente; él estableció el método científico de ejecutarlas, dando los más minuciosos detalles de su técnica.

En el Profesor Virchow no es menos importante la carrera política que la científica; orador vehemente y defensor siempre de los derechos de los menos favorecidos, fue retado á un duelo por el Conde Bismarck, y se granjeó numerosos enemigos políticos; el mismo Emperador, para hacerle sentir su censura, porque había dicho que en la guerra veía la mayor parte de las causas de las enfermedades políticas, dirigió una carta de felicitación á otro distinguido sabio, porque éste tenía el buen sentido de mantenerse alejado de la política.

Como estos ramos de la actividad humana no fueran suficientes para ocupar la de Virchow, se dedicó á la etnología, la antropología, la arqueología y la egiptología, ocupando en todos estos conocimientos el distinguido puesto que correspondía á su poderosa inteligencia.

Berlín, que tanto debe al distinguido Profesor que la dotó con museos, que le reformó su estado sanitario proveyéndola de abundante agua, que por su intervención posee un sistema modelo de alcantarillas, lo recompensó en vida poniendo su nombre á un inmenso hospital que está para terminarse.

J. M. L. B

EN CONTRA DE LA FECUNDACION ARTIFICIAL.

Causas de la esterilidad femenina

(Notas)

Enumeramos apenas algunas de las modalidades clínicas que impiden ó dificultan la concepción natural.

I

MALA CONFORMACIÓN DE LA VAGINA

Consiste ésta en la ausencia completa del órgano ó en su desarrollo insuficiente, caracterizada la primera por la unión en toda la longitud que debiera corresponder á la presencia del conducto del recto con la vejiga, y el segundo, por la existencia, apenas marcada, de un cordón fibroso, residuo del canal de Müller.

En el caso de ausencia total, además de la mala conformación exterior, proveniente de la soldadura y de la atrofia de los pequeños labios, hay el estado rudimentario de los órganos internos, útero y anexos, que son incapaces para llenar sus funciones.

En la ausencia parcial, ó sea el caso de la imperforación de la vagina, una parte del conducto, la inferior generalmente existe, pero sin continuidad con el útero.

SE LE CORRIGE. Volviendo los órganos al estado en que les sea permitido el funcionamiento normal, rehaciendo el conducto vaginal, si falta, ó restableciendo su continuidad con la cavidad uterina, teniendo en cuenta siempre la existencia y la buena conformación de los ovarios y de las trompas.

Según observa Mlle. Dumituseau, las indicaciones para intervenir por defecto ó mala conformación, se reducen á tres: *retención, dismenorrea, supresión é insuficiencia vaginal*, que impida la concepción.

Tillaux, Duplay y L. Tait, no operan en el último caso; aduciendo como razón el peligro y la inutilidad de la operación, por la probabilidad que existe de que falten los órganos genitales profundos, ó que estén atrofiados ó incomple-

tamente desarrollados. En contra de esta opinión está la observación muy interesante de Fletchce, quien operó á una mujer de vagina completamente cerrada, que se hizo encinta días después, á pesar de no haber existido antes fenómeno ninguno de molimen menstrual ni de retención, lo cual era motivo para pensar que los órganos genitales internos estaban atrofiados ó eran inhábiles.

El Dr. Robert (*Medical Record*, 1898, número 24) cita el caso de una señorita de edad de 21 años, que no había tenido reglas; fue operada con éxito para remediar la falta congénita de la vagina; diez semanas después de la operación, la enferma casó y pudo llenar sus funciones. Rein, en un caso semejante, pudo mediante procedimiento especial, para sostener la aplicación de los colgajos epiteliales y mantener dilatada la vagina, practicar en una mujer una vagina artificial, después de cuya operación la mujer contrajo matrimonio con la completa satisfacción del marido y de ella.

II

LA VAGINA TABICADA NO IMPIDE, NI LA MENSTRUACIÓN, NI EL COITO, NI LA FECUNDACIÓN

Muchos observadores que han tenido ocasión de estudiar las malas conformaciones y las anomalías genitales de la mujer, han observado que puede tener lugar la fecundación y el parto en una y varias veces, éste en presencia de médicos y parteras hábiles y aun en servicios especiales, sin darse cuenta de la anomalía.

En hecho acontecido á Maygner, en Lariboisière, fue el tacto practicado sucesivamente por dos personas distintas y la contradicción en el resultado, lo que sirvió para establecer el verdadero diagnóstico.

Por más extraño que sea el error cuando se trata de una cavidad cervical doble, en que resalta la diferencia entre los dos cuellos, puede incurrirse en él fácilmente, ya por el sincronismo que constituye el caso típico, en que el observador pueda practicar el tacto indiferentemente de un lado ó de otro, sin percibir diferencia, ya por la disposición rara de una vagina doble que conduzca á un cuello único, en relación con un útero doble.

La anomalía en sí es curiosa, aunque muy explicable, si se tiene en cuenta la formación embriogénica del canal vagino-uterino, *didelfo* antes de adquirir la disposición que, andando el tiempo y después de otros estados intermedios, representa en la mujer la fusión completa de los canales de Müller de la vulva hasta las trompas.

Como en el caso anterior, Dümbling tuvo ocasión de observar la preñez de una mujer con tabique completo de la vagina, la cual á pesar de esto vino á ser madre de varón robusto y bien conformado, quien efectuó el desgarrón del tabique en el momento último del parto.

Para remediar dicha anomalía, se ha aconsejado la incisión ó la escisión de la brida, practicada á lo largo entre dos pinzas. Ameiss así lo hizo, y la mujer se embarazó seis meses después de la operación.

III

Como las imperforaciones de la vagina, las estrecheces y estenosis congénitas ó adquiridas, pueden causar la retención de la regla, dificultar el coito, la fecundación y el parto; son de ordinario, consecuenciales á una falta de desarrollo que interesa una parte de los cauales embrio-genitales.

El estrechamiento puede comprender la porción inferior ó superior del órgano. Lyri dice que ha visto un estrechamiento que ocupaba todo el tercio superior de la vagina, donde sólo podía penetrar una sonda muy delgada.

La dilatación es el método más sencillo para curar esta deformidad; se la practica por medio de laminarias ó bujías de Hegar. La incisión y escisión de las bridas, constituye el mejor procedimiento de elección.

IV

De paso mencionamos los casos de falta completa del útero ó estado rudimentario, pues yendo de ordinario acompañados tales casos de la falta de los ovarios y de las trompas—órganos esenciales de la fecundación—la falta que ellos producen trae consigo siempre la esterilidad irremediable.

V

En las anomalías de forma (útero unicornio, útero doble, útero bicornio), la fecundación puede realizarse en las

condiciones normales del lado de una de las cavidades, dando lugar á la atrofia paralela de la otra. Pueden sobrevenir, sin embargo, algunas complicaciones, más ó menos serias, en el momento del parto.

Entre los casos curiosos más notables correspondientes á esta especie, ha publicado R. Blondel, en el número 4.º de la *Ginecología* de 1899, el de una señora casada á los 18 años, y en quien las primeras relaciones sexuales fueron bastante difíciles al principio. Encinta, entró el 3 de Diciembre de 1896 al servicio de Ribemont Dessaignes, en la maternidad de Beaujon, en donde dio á luz un niño de edad de siete meses, que murió dos días después. Tuvo una segunda preñez en 1897, de la que salió bien librada el 5 de Octubre, con un varón débil é incompletamente desarrollado, que, como el anterior, tuvo necesidad de conservarle en incubadora por varios días. Del examen con el histerómetro que practicó Blondel, dedujo el diagnóstico de un útero bicornio, ó mejor, *útero bipartido*, en que el tabique no descendía más abajo del orificio externo.

Como éste, relata otros M. A. Berard de mujeres que han tenido hasta 17 niños.

VI

El tabique transversal incompleto del cuello es análogo al estrechamiento de la vagina, puede corregirse por los mismos medios quirúrgicos, y es á lo más una causa de distocia.

VII

El útero fetal ó infantil constituye una falta de desarrollo más que una deformación. Cuando el defecto prepondera del lado del cuello, puede remediarse por colpotomía parcial y masajes. Al adquirir el órgano su desarrollo normal, puede decirse, que está en camino de hacerse apto para concebir.

Al lado de esta lesión existe también la atrofia, correspondiente á la época de la pubertad, cuando el útero, debiendo hacer su evolución normal, de acuerdo con el crecimiento y desarrollo de los demás órganos inherentes al sexo, permanece pequeño y atrofiado.

Coincide esta deformidad con la falta de desarrollo en

los órganos del mismo sistema, y quienes la llevan consigo, son personas incompletas, casi degeneradas, sujetas á turbaciones numerosas de orden mental, histérico ó epiléptico.

Siendo causa que esencialmente afecta la fecundación, y no habiendo en la terapéutica, aparte de lo que se pueda obtener con modificar la nutrición general, ningun recurso competente, queda en el número de los casos incurables, á los que no es dable ni científico aplicarse, en última desesperación, la cánula de Thomson, pues además de contraindicada sería de inútil resultado.

Algo semejante acontece con la atrofia senil y en parte con la atrofia esclerosa y degenerativa consecucional, á la contracción, á la histerectomía inferior del útero, la clorosis inveterada, la tuberculosis, la sífilis, la diabetes, el mal de Brighth, la enfermedad de Basedow. Aquí, sin embargo, caben modificaciones favorables, cuando se obra en oportunidad por medio de una terapéutica racional y estrictamente aplicada.

La hipertrofia es el *gigantismo* de Pollaillon, en el cual la hiperclerosis afecta ordinariamente el cuerpo y la porción supravaginal del cuello. Es congénita, y entonces es debida á una alteración del desarrollo; adquirida, reconoce por causa las lesiones inflamatorias, las metritis, el parto. Comprende todos los elementos del útero; puede ser causa de esterilidad, su único tratamiento consiste en la amputación del cuello.

VIII

En los casos de anomalías de los anexos, á saber: ausencia congénita, ovarios rudimentarios y supernumerarios, ectopia, atrofia, por demás es afirmar que la fecundación, cualquiera que ella sea, no puede realizarse á falta del elemento femenino indispensable.

El hematocolpos, el hematometro, el hematosalpingo, y el hematocele intra-peritoneal, tienen cada uno tratamiento especial con el cual se remedian los defectos que acarrean sobre las funciones del útero, de la vagina y de los anexos, causa á la vez de dificultad ó embarazo para la fecundación.

La atresia de la vagina tiene hoy su operación clásica en el procedimiento empleado por Amusat para la vagina

artificial, procedimiento al cual pueden también aplicarse todas las modificaciones ideadas y ensayadas hasta hoy.

En la atresia del cuello, Pozy aconseja puncionar el cuello con el trócar, agrandar la abertura con el bisturí ó las tijeras, y con la ayuda de una sonda uterina lavar la cavidad, tapar con gasa y dilatar.

Cuando el canal genital es desdoblado por *hematocolpos* ó *hematometro* lateral, basta seccionar el tabique que separa el tumor de la vagina permeable.

Aun las lesiones que afectan el aparato genital profundo y que no son accesibles por la vía vaginal, pueden hallar corrección eficaz en los diferentes procedimientos, hoy harto numerosos y variados de la cirugía utero abdominal.

IX

Entre las afecciones nerviosas que dificultan la fecundación, existe el vaginismo, síntoma que es común á muchas otras enfermedades del sistema genital inferior.

Consiste la dificultad en el espasmo ó contractura secundaria de las paredes vaginales, provocado por la presencia de un cuerpo extraño. Como se ve, no constituye de suyo una afección determinada; depende de la hiperestesia ó aumento de la excitabilidad refleja. Es enfermedad muy común en las mujeres neurósicas, coreicas, histéricas y epilépticas.

Puede remediársele por medio de un tratamiento general y local, sea médico ó quirúrgico.

La curación definitiva se obtiene generalmente por la dilatación gradual ó brusca. Algunos cirujanos, como Hugier, Pinel, Michon, Sims prefieren los métodos sangrientos.—E. C.

(Concluirá)

VARIETADES

A qué edad se debe operar el labio leporino. (Dr A. Broca).
En la práctica corriente el labio leporino, ó hendidura congénital del labio, sólo se encuentra sobre el superior; es

simple cuando apenas interesa las partes blandas; total, cuando va del orificio bucal al nasal; parcial, cuando queda un puente más ó menos ancho que cierra la nariz; complejo, cuando además del labio está dividido el maxilar superior por una hendidura llamada parcial, cuando sólo separa en dos partes el borde alveolar, y total, cuando se continúa sobre la bóveda palatina y el velo del paladar. Por último, simple ó complejo el labio leporino, puede ser uni-obilateral, sin que por esto la deformación deba ser simétrica.

En presencia de un niño que nace con esta deformación, se presentan dos cuestiones: primera, ¿á qué edad debe operarse? y segunda, ¿cómo se le va á alimentar?

Quando el labio es simple, el niño aprende á mamar bien, y aun en ciertos casos complejos con hendidura unilateral total, adquiere el hábito de envolver su lengua al rededor del pezón; para formarle cuando éste es largo, grueso y con orificios anchos que dejan salir la leche casi sin succión, una gotera que lleva la leche casi directamente al fondo de la boca; de esta manera el mismo pezón sirve para tapar la hendidura labio alveolar. Cuando el niño no puede alimentarse con el pecho, se recurre al tetero de chupador largo, grueso y blando, con muchos agujeros grandes; si esto no diese resultado, se le alimenta con cuchara, crianza difícil, que exige cuidados y atención, pero que en la mayor parte de los casos da buen resultado, porque hasta hoy no se ha demostrado que la mortalidad de los niños alimentados con cuchara sea superior á la de los que han sido operados inmediatamente; es cierto que se necesita una madre atenta y cuidadosa para que el niño progrese, y, como en definitiva, los mismos cuidados exigen los que han sido operados, á menos que la deformación consista en una pequeña hendidura del labio; las dificultades alimenticias no influyen decisivamente en la época en que deba practicarse la operación.

A los tres meses de edad es cuando debe operarse el niño, porque aun en los casos en que sólo haya una hendidura del labio, con el borde alveolar intacto y sin salida del promontorio, la operación no da buen resultado antes de esa época, por más que se limite, á avivar los labios de la hendidura con sendas tijeretadas, sin que sea necesario hacer

desprendimientos profundos para facilitar la sutura, porque en definitiva esta operación **benigna y rápida da mal resultado estético**; á poco tiempo, en la parte inferior de la cicatriz empieza á formarse una depresión que va profundizándose, y que puede llegar hasta la mitad de la incisión. Para obtener un resultado seguro y perfecto, es con frecuencia necesario despegar más ó menos el labio, y emplear siempre un procedimiento de colgajo, para cuya ejecución es muy útil el cloroformo por la inmovilidad del niño, y porque facilita la costura cuidadosa del colgajo, hoy que se ha prescindido de la brutal sutura enroscada (entortillée).

¿No sería de temerse que un niño de tres meses soportase mal esta delicada operación? Así lo han creído algunos, aplazándola hasta los seis meses, y aun hasta doce, quince y diez y ocho, para evadir la época de la dentición, y todavía más, para las divisiones bilaterales complexas; pero gracias al cloroformo, la operación puede ejecutarse con mayor precisión, empleando una técnica bien arreglada, en niños de tres meses que soportan bien cuanto es necesario, para reconstituir el labio y el borde alveolar.

En los casos complexos es condición indispensable, para que esta operación relativamente precoz dé buenos resultados, que el niño continúe confiado á los cuidados de su madre ó de la nodriza que la reemplaza; por lo tanto, no se les debe admitir sin ella en una sala de Hospital. Además, el niño no sólo deberá tener tres meses, sino que los ha de representar, porque en realidad la edad verdadera tiene poca significación; cuando sea débil, se estudiará si ese estado de la nutrición depende de una mala alimentación por el defecto leporino, porque en este caso será necesario anticipar la operación cuanto tiempo se pueda; cuando la debilitación obedece á otras causas, se corregirán y se tonificará el niño antes de operarlo.

Hechas las anteriores reservas, interesa restaurar pronto las partes blandas, porque es muy notable el poder que tiene la presión del labio reconstituído sobre el borde alveolar, cuyas extremidades llegan á ponerse en contacto bajo su influencia; de tal manera que cuando á los cinco ó seis años se hace la operación para cerrar la bóveda palatina, no hay

que ocuparse del borde alveolar cuyas extremidades se han reunido.

Respiración artificial en las bronquitis y bronconeumonías.—El Dr. Hermann practicó con éxito, durante dos horas, la respiración artificial, primero comprimiendo rítmicamente las costillas, y después por el procedimiento de Schultze, en un niño afectado de bronquitis, que con ciento sesenta pulsaciones y ochenta respiraciones, tenía todos los síntomas del envenenamiento por el ácido carbónico. Conjurado el peligro inmediato, ordenó á los padres del niño que repitieran de tiempo en tiempo la respiración artificial por el primero de los dos métodos empleados; á los dos días empezó el niño á mejorar. Desde entonces aplica el Dr. Hermann la respiración artificial á todos los niños atacados de bronquitis y de bronconeumonía, no solamente cuando hay síntomas alarmantes, sino también para prevenirlos. Algunos niños no soportan bien este tratamiento al principio, pero con facilidad se habitúan á él. A veces es necesario agregar oxígeno.

(*Pacific Medical Journal*)

Fiorrea.—Solamente hay un tratamiento eficaz contra la piorrea, que es la completa eliminación por medios mecánicos del depósito que se acumula sobre los dientes; el uso de los antisépticos es inútil, porque si el tratamiento instrumental ha sido perfecto, la enfermedad termina sin ellos, y si no lo ha sido á pesar de ellos, continúa ó reaparece cuando se ha mejorado; mejorías que hacen creer que esta es una enfermedad constitucional que puede tratarse por una terapéutica interna ó local, que cede á los antisépticos, que en muchos casos perjudican, porque aun cuando disminuyan la supuración, no mejoran la enfermedad que sigue adelante: Draper, en *The Intellectual Development of Europe*, dice que el hombre está siempre dispuesto á tomar las coincidencias por causas; citando como ejemplo que los egipcios consideran que la constelación del perro es la causa de las inundaciones del Nilo, porque se presentan al mismo tiempo. Lo mismo pasa á los dentistas, cuando ven que sus drogas suspenden el proceso supurativo, creen que se están acercando á la curación, con grave perjuicio para los enfermos, que pierden lastimosamente su tiempo. Los afamados específicos contra la piorrea están todos desprovistos de cualidades curativas.

Excreción del mercurio por la saliva.—Del estudio hecho por el Dr. Oppenheïn sobre esta materia, se llega á las siguientes conclusiones: 1.^a, en el tratamiento mercurial el mercurio se excreta regularmente por las glándulas; 2.^a, con el tratamiento hipodérmico aparece más pronto en la saliva, que con las fricciones, y con ambos métodos aparece en la saliva más tarde que en la orina y los excrementos; 3.^a, con el tratamiento hipodérmico desaparece de la saliva más pronto que con el de las fricciones, y con ambos procedimientos desaparece de la saliva más pronto que de la orina; 4.^a, solamente que se haya permanecido largo tiempo en un local en que haya vapores mercuriales, aparece esta substancia en la saliva.

Función del píloro en la digestión.—Lo que caracteriza principalmente las enfermedades del estómago es el desarreglo en su función motriz; por esto dice Boas que el objeto principal de la terapéutica gástrica debe ser corregir las alteraciones de sus funciones movedoras, que al producir el cerramiento prolongado del píloro, aumentan mucho la permanencia del contenido del estómago en su cavidad, como lo indican la sensación de peso en el epigastrio por una ó más horas después de las comidas, los eructos ácidos y las acedias. Es función importante del píloro, impedir que pase al intestino el contenido estomacal cuando es irritante; contenido que puede tener esta cualidad, por estar frío, por ser muy ácido (ácidos acético ó butírico), ó por contener grandes pedazos de alimentos; esta propiedad del píloro, que favorece los intestinos, se convierte en causa que destruye por completo las glándulas que excretan el jugo gástrico y produce la dilatación y la tosis del estómago.

Rara vez es primario el desarreglo del estómago; su contenido es retenido por el píloro, cuando por cualquiera causa es irritante para los intestinos; las condiciones necesarias para una rápida y completa evacuación del estómago en el intestino son, una reacción ligeramente ácida ó alcalina, división completa de los alimentos, temperatura de 55°U., y ausencia de substancias irritantes; el uso del agua fría en las comidas, especialmente del agua helada, estorba esta rápida operación.

PERSONAL

El Dr. Agustín Uribe se casó en la iglesia de La Enseñanza, el domingo 16 del presente mes, con la Srita. Julia Holguín Caro.

El Dr. Delfín Restrepo se encuentra reducido á cama por causa de una flebitis de la safena.

Al Dr. Ricardo Amaya se le murió una niña de pocos meses de edad.

El Dr. Angel M.^a Pinto murió el día 5 del presente mes.

El Profesor Rudolph Virchow, miembro honorario de la Academia de Medicina de Bogotá, murió en Berlín el día 5 de Septiembre del presente año.

El Dr. Francisco de P. Herrera murió el viernes 14 del presente mes, de una septicemia ebértiana de repeticiones. Nació el Dr. Herrera en la ciudad de Antioquia, del Departamento del mismo nombre. Hizo sus estudios en la Facultad de Medicina de esta ciudad, distinguiéndose por su amor al estudio, su fácil comprensión y por las bellas cualidades morales que lo adornaban. Presentó exámenes lucidos para optar el título de Doctór en Medicina y Cirugía, y antes de haber llenado esta condición reglamentaria fue nombrado Médico del Hospital de violentos de los Alisos, puésto que desempeñó con consagración é inteligencia, hasta que se enfermó. Deja el Dr. Herrera, á pesar de lo corto de su vida científica, recuerdo imperecedero en el Club Médico, del cual fue miembro fundador, lo mismo que en el Cuerpo Médico y en el círculo de sus amigos y de sus clientes.

Nacimientos :

En el mes de Agosto: Varones.....	134	
Mujeres.....	126	260
En el mes de Septiembre: Varones.. ...		
Mujeres.....	125	239
En el mes de Octubre: Varones.....		
Mujeres.....	137	259

Matrimonios:

En el mes de Agosto.....	50
En el mes de Septiembre.....	40
En el mes de Octubre.....	41

DROGAS NUEVAS

Lygosina—Es una combinación del diortocumacetone con la quinina; este compuesto es el ligozinato de quinina (E. Merck). Poivo amorfo, de color amarillito naranjado, poco soluble en agua, soluble en alcohol (15 por 100) y en aceite (5 por 100). El Dr. Filiep atribuye á esta substancia propiedades bactericidas, y aconseja que se ensaye en polvo, pomada ó gasa en el tratamiento de las heridas.

Lysoformo—Antiséptico con base de formol y de sustancias aromáticas. Es un líquido amarillo, límpido, espumoso, untuoso; soluble en agua y alcohol; tiene olor aromático. Según el Dr. Strassmann, aun cuando es débil la acción antiséptica del lysoformo, es más que suficiente para los usos ordinarios, teniendo la ventaja de que no altera ni la epidermis, ni la ropa blanca ni los instrumentos.

Para el lavado de las manos de los operadores, se emplea una solución al 25 por 100; y para lavados vaginales al 1 por 100. El Dr. Simons lo ha empleado con ventaja en el tratamiento de las afecciones de la vejiga y del canal de la uretra de la mujer; instilando en la vejiga 10 á 30 gramos de una solución de lysoformo al 1 por 100, ha obtenido la curación á los pocos días, cuando otros tratamientos no habían dado resultados; lo mismo ha sucedido en algunos casos de uretritis crónica.

Etol—Alcohol cetílico que forma con el ácido palmítico el espermaceti. El etol empleado en dermatología, es una substancia sin olor y sin sabor, fusible á 49° 5, en fricciones es untuoso, pero no hace la piel deslizable, ni mancha los objetos. Según Grimm, puede reemplazar las mejores pomadas, sin presentar ninguno de sus inconvenientes.

Sanatogene—Proviene de la unión de la caseína con el glicerofosfato de soda, y ha sido usado con éxito en los enajenados, por los Dres. Sickinger y Probst, y en los raquíticos por el Dr. Schwarz. Ellos lo recomiendan como buen alimento en las neurosis con fosfaturia, en los estados de depresión y angustia, en la melancolía, el estupor y las síncisis por agotamiento, y principalmente en los enfermos debilitados por la abstinencia (E. Merck). A los enajenados se les han dado hasta dos cucharaditas por día; á los niños raquíticos se les ha dado en leche á la dosis de 10 á 30 gramos según la edad del enfermo.

Sapodermina—Jabón de base de caseinato de mercurio (Hg., 6,9 por 100). El jabón contiene 2 por 10,000 Hg., es de color verde gris, de olorroso y de una solubilidad perfecta; la espuma es extremadamente adherente á la piel, y no la irrita. Las afecciones cutáneas que se han tratado con la sapodermina son las siguientes: acné, síncisis, furunculosis, eczemas, sífilides, etc. etc.; la espuma del jabón debe dejarse secar sobre la piel, para que se forme un barniz muy adherente. El Dr. Shak obtuvo en una serie de casos de sífilis cutánea la regresión rápida de las lesiones con el empleo de la sapodermina, sin ayuda de medicación interna.

Sapolane—Pomada compuesta de dos y media partes de nafta bruta sometida á destilación fraccionada, de una y media parte de lanolina y de 3 á 4 por 100 de jabón anhidro; es de color moreno negro, huele algo á ictihol y es bastante soluble en agua, según las investigaciones de los Dres. Mracek, von Szaboky y Lesser; el Sapolane por el modo como obra y por su composición, se aproxima á las preparaciones de brea, de las que se distingue esencialmente, porque no produce ningún accidente de irritación. Hasta ahora se ha usado el Sapolane con las mayores ventajas en el tratamiento de los eczemas agudos y crónicos, del prurigo, del prurito-senil, del impétigo contagioso, del ectima y de la urticaria.

Sinodal—Quinato de piperazina; combinación del ácido quínico (urosina) y de la piperazina. Según el Dr. J. Weiss, cuando se toma ácido quínico se disminuye la formación del ácido úrico, sin producir ningún fenómeno concomitante incómodo, por lo que le parece que debe recomendarse como agente curativo de la diátesis úrica. Con este objeto lo usa Weiss, mezclado con el litio que por su acción diurética puede secundar la acción del ácido quínico. Se puede formular según Merck, así: ácido quínico, 50 centigramos; citrato de litina, 15 centigramos; azúcar blanca, 30 centigramos para una oblea ó una tablilla, que se toman en número de 6 á 10 por día.

El Sinodal es un polvo blanco fácilmente soluble en agua, que ha sido administrado con éxito en la diátesis úrica y especialmente en la gota, por los Dres. F. Blumenthal, Lewin, Leyden, J. Meyer, Ewald, Goldscheiner, Schlayer, Schmieden, Heunstadt, Mylius, Benno, Jaffé y Darinsteuer. El sinodal se toma en polvos ó en obleas á la dosis de 5 á 6 gramos por día.

(Del Formulario Bocquillon-Limousin)

CUADRO de la mortalidad en Bogotá en Octubre de 1902

ENFERMEDADES					TOTAL														
	HOMBRES	MUJERES	Niños	Niñas		LA CATEDRAL	LAS NIEVES	LAS CRUCES	LAS AGUAS	SAN VICTORINO	SAN PABLO	SANTA BARBARA	EGIPTO	CHAPINERO	HOSPITAL DE CARIDAD	HOSPITAL MILITAR	ASILOS	FANÓPTICO	HOSPICIO
Tifo	7	5			12	1	1	2	1	1		2							
Fiebre tifoidea	13	11	2	2	28		5		1	1		1	1	1	3	5			
Fiebre amarilla	1				1					1									
Gripe		3	1		4			1		1									
Paludismo	4			1	5		1	1	2										1
Tuberculosis	16	4	1		21		1	1	1	2		1	1	7	2	1			
Cáncer	2	9			11		1					1		3	1				
Atrepsia	1	1	7	5	14		3	3	2		1	1		7	1				
Miseria fisiológica ..	1	1	1	1	4			1		1		1		1					
Sífilis			3	2	5		3				1			1					
Alcoholismo	3	1			4				1						1	2			
Septicemia		1			1							1							
Uremia	1				1										1				
Insuficiencia mitral ..	5	4			9										5	3			
Afección cardíaca ..	8	5	2	1	16	1	3			3			1	2	3	2			
Arterio-esclerosis ...	2	1			3		1					1	1						
Bronconeumonía	11	13	7	1	32	3	3	2	5	3		4			8	4			
Neumonía	18	7	9	5	39	2	4	7	2	1		6	1	4	9	1	2		
Congestión pulmonar ..	4	1		2	7		2	1		1				3					
Pleuresía	2				2						1			1					
Extranguelación in- testinal	2				2			1		1									
Gastroenteritis	2		5	6	13			2		4	1	3	2	1					
Enteritis	4	1	2	8	15	1	3	1	1	1		1	1	1	4				1
Disentería	23	11	7	1	42		5	3	1	2		2	1	3	13	11			
Peritonitis	1	5	1		7		2	1				1	1	1	1				
Hepatitis	3	6			9	1	2	1				1		2	1	1			
Parálisis	1				1		1												
Hemorragia cerebral ..	1	2			3									2	1				
Congestión íd.		1			1				1										
Meningitis			3	2	5					2		2	1						
Epilepsia			1		1								1						
Quiste del ovario		1			1									1					
Nefritis	7	4	1	1	13				1		1	1	1	8	1	1			
Asfixia			2	1	3					1		1		1					
Parto prematuro				2	2		1		1					1					
Nacidos muertos			8	4	12		2	4	2	1		1	1	1					
Heridas	6				6		1	2		1				2					
Totales	149	98	63	45	355	9	46	34	21	30	4	31	12	13	76	51	19	1	3

Bogotá, Octubre 31 de 1902.

R. SANMARTÍN.