

# REVISTA MEDICA

DE BOGOTA

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

PUBLICACION MENSUAL

Redactores { 1.º, DR. JOSE MARIA LOMBANA BARRENECHE  
2.º, DR. CARLOS MICHELSEN U.

Dirección telegráfica, ACADEMIA—Bogotá—Apartado de Correos número 52

Agente en Barranquilla, Dr. Julio A. Vengoechea

Agente de publicidad en Europa, M. A. LORETTE, Director de la  
*Société Mutuelle de Publicité*, 61, rue Caumartin, París.

La correspondencia y los canjes deben dirigirse así: *Revista Médica*—Bogotá—Colombia—Apartado 52.

Los anunciadores europeos se dirigirán a M. A. Lorette (61, rue Caumartin—París), para la publicación de sus anuncios en la *Revista Médica*.

Adresse pour la correspondance et les échanges: *Revista Médica*—Bogotá—Colombia—Apartado 52.

Les annonceurs européens son priés de vouloir bien s'adresser à M. A. Lorette (61, rue Caumartin—París), pour la publication de leurs annonces dans la *Revista Médica*.

## CONTENIDO

	Págs.
Consideraciones acerca de la Etiología y de la Profilaxis del paludismo, por Juan de D. Carrasquilla—(Conclusión).....	737
Sociedad de Cirugía de <i>El Campito</i> .....	748
Revista científica.....	761
Fórmulas.....	765
Bibliografía.....	766
Personal.....	767
Cuadro de la mortalidad en Bogotá en Febrero de 1903.....	768

*Ultimas publicaciones de Medicina editadas  
por la CASA DE HERNANDO Y C.<sup>a</sup>, ARENAL 11, Y  
QUINTANA, 31, MADRID :*

# TRATADO DE MEDICINA Y DE TERAPEUTICA

PUBLICADO EN FRANCIA BAJO LA DIRECCIÓN DE LOS DOCTORES

**P. BROUARDEL**

MIEMBRO DEL INSTITUTO, DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARÍS,  
MÉDICO DE LA CHARIDAD

**A GILBERT**

Profesor Arreglado á la Facultad de  
Medicina de París, Médico del Hospital  
Broussais

**S. GIRODE**

Médico de los Hospitales de París  
Auditor en el Comité de Higiene Pública  
de Francia.

*Con la colaboración de los doctores*

AUCHÉ, BALZER, BARBÉ, BOINET BOULLOCHE, BROUARDEL,  
CHAUFFARD (A.), COURMONT, DE GENNES, DESCHAMPS,  
DUPRÉ GAILLARD, GAUCHER, GILBERT, GIRODE,  
GOMBAULT (A.), GRANCHER, GUINON (L.), HALLOPEAU, HANOT,  
HAYEM, HUDELO, HUTINEL, JACQUET, LABOULBENE,  
LANCEREAUX, LANDOUZY, LAVERAN, LEGROUX, LETULLE,  
LION, MARFAN, MENETRIER, MERKLEN, MOSNY, NETTER,  
PARMENTIER, RICHANDIÈRE, ROGER, ROQUE, SIREDEY (A.),  
STRAUS, SURMONT, TEISSIER, THOINOT, VAILLARD,  
WIDAL (Y.) Y WURTZ (R.)

Traducido al castellano por D. José Núñez Granés.

Diez tomos en 4.<sup>o</sup> mayor, con grabados intercalados en el texto.

Está ya publicado el tomo I.

Se publica por suscripción y se sirve un tomo cada dos meses, al precio de  
**15 francos.**

Todo suscriptor á esta obra recibirá regalos en libros por valor de **102 francos.**

Para ser suscriptor basta dirigirse á la Casa de Hernando y C.<sup>a</sup>, Arenal 11,  
y Quintana, 31, la cual se encarga de servir los tomos en el domicilio del sus-  
criptor y de girar por su importe, contra el mismo, en tres plazos de **50 francos**  
cada uno, más el importe del franqueo y certificado de los tomos y de los regalos.

**Tratado de Cirugía clínica y operatoria**, publicado en Francia bajo  
la dirección de A. Le Dentu y Pierre Delbet. Traducido al castellano por D. José  
Núñez Granés, y anotado por D. Federico Rubio y Galí. — Diez tomos en 4.<sup>o</sup> pro-  
longado, **156 francos.** Está ya publicado el tomo VII.

**Medicaciones modernas.** — *Seroterapia*, por D. José Núñez Granés. Un  
tomo en 4.<sup>o</sup> menor. Madrid, 1899. — Precio: **5 francos** en rústica y **6** en tela.

**Formulario Terapéutico**, para uso de los prácticos, por J. B. Fonsa-  
grives. Segunda edición corregida y aumentada, con todos los medicamentos y me-  
dicaciones modernas. Un tomo en 4.<sup>o</sup> menor, de más de 500 páginas, encuader-  
nado en tela. — Precio: **5 francos.**

NOTA. — Los señores que se suscriban al *Tratado de Medicina y Terapéutica*  
de Brouardel, Gilbert y Girode, y deseen estas obras ó cualesquiera otras de las  
que son propiedad de la Casa, pueden pedir las al hacer la suscripción y se les  
servirán, añadiendo su importe al primer giro que se les haga en contra suya.

---

---

# 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

---



### CONSIDERACIONES ACERCA DE LA ETIOLOGIA Y DE LA PROFILAXIS DEL PALUDISMO

POR JUAN DE D. CARRASQUILLA L.

(*Conclusión*)

Las aguas potables pueden siempre ser agentes de transporte de enfermedades, y es imprudente servirse de ellas sin depurarlas, porque á menudo son medios apropiados de conservación de gérmenes patógenos. De ahí la conveniencia de purificarlas, lo que en todo tiempo se ha procurado hacer, pero los medios han variado sucesivamente. En todas las épocas se han preferido las aguas límpidas, y por eso los primeros filtros que se usaron tenían por objeto separar las materias en suspensión ; más tarde se pensó en los efectos químicos de la filtración, y, por último, la preocupación de los microbios vino á reemplazar todas las otras, y como los filtros ordinarios, y aun los de carbón, parecieron insuficientes, se buscaron los medios de obtener agua exenta de microbios, lo que realizó el filtro Chamberland, del cual se han hecho muchas imitaciones, y se le han dado diversas formas, ó se han variado los materiales de que se constituye (amianto, tierra de infusorios, papel comprimido,

etc.), pero en el fondo, todos estos filtros obedecen á las mismas leyes. Cuando se logra esterilizar un líquido por filtración á través de un tabique poroso, no es porque los poros sean de dimensiones inferiores á las de los más pequeños gérmenes, no es porque los retengan, á la manera que una criba retiene los granos de trigo. Los poros de la substancia porosa más fina son, respecto de las dimensiones de los esporos, en término medio, como los túneles respecto de los wágones. Si los gérmenes se retienen en las paredes de los poros del filtro, es porque son atraídos por una fuerza de adhesión particular, que los mantiene allí pegados y adherentes, de tal modo que la corriente líquida que los lleva se les separa y no puede volverlos á coger. El filtro es tanto más eficaz cuanto más finos, más irregulares y más rugosos en su superficie sean los poros ; la potencia de adhesión depende también de la naturaleza de la substancia del filtro ; se prefiere el filtro que, para el mismo peso de materia, ofrezca el máximum de superficie filtrante, por lo cual se prefiere la forma cilíndrica á la esférica.

Como los filtros no retienen los microbios sino por la adhesión que contraen con las paredes de los túneles en que circulan, resulta que los primeros que llegan obstruyen las primeras vías, y así se forma en la superficie del filtro una especie de película viviente, que viene á ser una especie de filtro purificador, que no deja llegar al espesor de la materia del filtro sino agua ya depurada. Pero esto contribuye á obstruir el filtro, ó por lo menos, á disminuir su rendimiento, de donde resulta la necesidad de limpiarlo con un cepillo ; pero si se forma, como sucede frecuentemente, un precipitado calcáreo, que contribuye á obstruirlo, hay que lavarlo con agua acidulada ; cuando el agua contiene materias orgánicas, se debe lavar el filtro con una solución de bicromato ó de permanganato de potasa. Estas operaciones no están destinadas únicamente á restablecerle al filtro su permeabilidad, sino también á asegurarle su buen funcionamiento. Los microbios que han penetrado más ó menos profundamente en uno de los túneles irregulares de que está provisto el filtro antes de quedar inmovilizados al contacto de las paredes, pueden atravesar el espesor del filtro. De modo que un filtro, de cualquiera clase que sea, es siempre permeable á los infini-

tamente pequeños, y acaba siempre por dar agua que contiene algunos gérmenes. A pesar de esto, "un filtro que se limpia y se tiene aseado es como un pararrayo sobre una casa en tiempo de tempestad, y cuanto se pueda decir sobre su inseguridad no debe hacernos vacilar ni temer *nada* de la seguridad que nos brinda" (*Duclaux*).

Un inconveniente ofrece la filtración, á saber: que es tanto más lenta cuanto más perfección se exige de ella; pero esto se remedia aumentando suficientemente las superficies filtrantes. Los filtros Chamberland se reemplazan ordinariamente, sobre todo cuando se requiere mucha cantidad de agua pura, con los filtros de arena, formados de un receptáculo cualquiera, en el fondo del cual se coloca primero una capa de gruesos cascajos lavados, después grava y, por último, capas superpuestas de arena más ó menos fina. Para humedecerlos con regularidad, se hace llegar primero lentamente el agua por la parte inferior, para que arroje el aire contenido en los intersticios de la arena, y después se vierte el agua sobre la superficie, y entonces filtra bajo presión de arriba abajo.

Después de numerosos ensayos, se ha reconocido la superioridad de la arena como materia filtrante, prefiriendo, cuando sea posible, arenas diluvianas, sobre todo cuarzosas, que no contengan sino muy poca proporción de carbonato de cal. Es necesario que el filtro no se atasque cuando está funcionando, y para esto se necesita que no le abandone al agua ninguna parte de su substancia. Es necesario, además, que el agua que se va á filtrar lleve lo menos que sea posible de materias extrañas; si está turbia, se dejará decantar ó sea depositar los elementos que tiene en suspensión. Esta decantación previa del agua es por sí misma un medio de purificarla, porque los microbios se depositan también con las materias en suspensión, por la pesantez y quizá por arrastre mecánico.

Según *Duclaux*, en la filtración se deben llenar las siguientes condiciones: 1.<sup>a</sup>, preciso es que el filtro tenga cierto espesor (60 centímetros) y no debe contarse como tal sino el de la capa de arena fina, pues los otros materiales no ejercen influencia sensible sobre la disminución del número de los microbios; 2.<sup>a</sup>, no se debe permitir que el agua pase muy aprisa, porque así se pierde el beneficio de la filtración;

3.ª, el filtro no funciona siempre de la misma manera: al principio el agua circula fácilmente, pero no se depura casi, al punto de vista microbiano; más tarde el filtro depura bien y su rendimiento se mantiene á un nivel aceptable; después se va haciendo más impermeable, de modo que para obtenerse el mismo producto, hay que aumentar la presión, y exponerse á que se produzca un súbito descargue y que las aguas salgan muy impuras. Lo mejor, en tal caso, es renovar la capa filtrante, ó por lo menos sus partes superiores, para que siga filtrando bien. El intervalo variable entre dos limpiezas es lo que se llama el *período* del filtro. Todas estas nociones prácticas habían sido establecidas por Percy-Frankland, pero no se sabía cuál era su traducción teórica. Se contentaban con decir que un filtro, convenientemente manejado y vigilado, podía suministrar, durante un tiempo más ó menos largo, agua muy pobre en microbios, después de haber circulado á través de meatos demasiado anchos para poderlos contener. Piefke observó que en un filtro, después de algún tiempo, se va formando poco á poco, en la superficie superior de la arena, una capa gris, mucosa, constituida de filamentos entrelazados de algas, de microbios, de diatómeas, todo esto formando una pasta con las materias sedimentarias minerales y orgánicas que todas las aguas llevan ordinariamente consigo. A medida que se iba haciendo más espesa en la superficie esta capa llena de vida, el funcionamiento del filtro se hacía mejor, el agua salía más límpida y menos cargada de microbios. Pero no fue sino al cabo de dos meses cuando este filtro dio resultados aceptables. Los filtros ordinarios, establecidos con arena diluviana simplemente lavada y poblada de microbios, llegan más rápidamente á este estado de buen servicio que se caracteriza diciendo que están *maduros*. Pero todos pasan por las mismas fases: en el origen filtran mal y sólo cuando su superficie se ha cubierto de la capa barrosa, la filtración es satisfactoria. La capa de filamentos es menos permeable que la arena, constituye un filtro *vivo* en lugar de un filtro *mineral*.

En estos filtros, la arena sirve desde luego de freno para moderar el movimiento del agua, y es por esto por lo que debe tener cierto espesor (60 centímetros por lo menos). Sir-

## FARMACIA Y DROGUERIA DE JOSE MARIA BUENDIA E HIJOS

Surtido completo de drogas, productos químicos, medicinas de patente, materiales esterilizados para curaciones según los procedimientos científicos más modernos, etc., etc. importados de las mejores casas de Europa y de los Estados Unidos.

Despacho esmerado de fórmulas con drogas frescas de primera calidad.

Se encuentran, además, los siguientes artículos: Atomizadores de vapor, bragueros, bocs para lavados, cánulas, vaginales de vidrio, caucho para repuestos, cajas de madera, viruta y cartón, cojines de caucho para inválidos. Duchas nasales. Especulums Fergusson, esencia mineral para termocauterio, fajas abdominales, medias elásticas, geringas de todas clases, pesorido, suspensores, sondas, termómetros clínicos y para baño, vasos para enfermos, etc., etc.

Se acaban de recibir: Aconitina y digitalina cristalizadas, cocadilato de soda, cápsulas de Roquin al bálsamo de copaiba y de Cognet al eucaliptol, diyodoformo, dermatol, hierro Rabuteau, grajeas de Cognet al protoxalato de hierro y ortoformo.

Ventas por mayor y al detal; en las ventas por mayor se hacen concesiones especiales. Empaques muy cuidadosos.

NOTA.—Cuando el médico necesite que una fórmula le sea despachada inmediatamente, bastará que lo indique en ella para que sea preferida en el turno, sin recargar por esto su valor.

Bogotá, Calle 3.<sup>a</sup> de Florián, números 280, 282, 286 y 288. Apártado número 71. Dirección telegráfica: DIA.

INSOMNIOS - DOLORES  
NERVOSISMO

# Marabe ★ Gélineau

(Bromuro Potásico Arseniacal  
y Chloral combinados)

EL MÁS POTENTE DE LOS HIPNÓTICOS

Medicina infalible, cuya eficacia  
indiscutible ha hecho que sea  
adoptada por el cuerpo de medicina  
casi entero.

Sin par en el tratamiento de la  
TOS FERINA

# Epilepsia las Grazeas Gelineau

constituyen el medicamento  
Anti-epileptico por excelencia

★ ★

Muy superiores á los bromuros  
combinados ó asociados  
(Polibromuros)

Las Grazeas de Gelineau han  
sabido adquirir junto al Cuerpo de  
Medicina, un lugar de predileccion  
muy merecido.

Las Grazeas de Gelineau deben tomarse  
siempre á la mitad ó al fin de la comida.

# Tisis Pulmonar

BRONQUITIS CRÓNICA  
Tratamiento Hipodérmico

POR MEDIO

del Eucaliptol Inyectable Roussel  
del Feneucaliptol Inyectable Roussel  
del Arseniato de Estricnina Roussel  
del Sulfuro de Allyle Mousnier.

★ ★

J. MOUSNIER, 26, RUE HODAN  
SCEAUX (Seine), Francia  
en PARIS, 6, rue Jacob, y 1, rue des Tournelles

# Sifilis

Tratamiento Hipodérmico

Por medio de

La Hydrarjira inyectable de ROUSSEL

## SIFILIS

Cianuro de Hidrarjira

## SIFILIS

Bioduro de Hidrarjira

J. Mousnier

SCEAUX (Seine)  
Francia

## SIFILIS

Gránulos Dardel  
de Arseniato de Mercurio

Vino del Dr. Anduran  
Específico de la GOTA y  
REUMATISMOS.

Para hacer desaparecer un  
ataque de GOTA ningún medi-  
camento puede ser comparado  
al *Vino de Anduran*.

El favor de que Goza  
esta medicación despues de  
QUARANTA Y DOS AÑOS tanto  
en el cuerpo medico como en-  
tre los enfermos es el mejor  
encomio que puede hacerse.

JABON QUIRURGICO  
LESOUR

H g - cy -  $\frac{3}{1000}$

Este JABON LESOUR es un  
fuerte antiseptico de la mas  
grande inocuidad es indispensa-  
ble al cirujano, al medico y a la  
partera.

J. MOUSNIER  
26 Rue Hodan . SCEAUX .

SEINE

ve también de sostén á la capa de microbios que se forma en todo su espesor, pero que es sobre todo abundante y filtrada en su superficie. Esta capa superficial, que no existe en los primeros días y que se forma cuando el filtro madura, se hace, cuando está formada, la verdadera capa filtrante, y el filtro después de haber funcionado mediocrementemente hasta entonces, puede ponerse en servicio. Pero su capa filtrante es frágil, no hay que someterla á fuertes presiones hidrostáticas cuando principia á funcionar: sus elementos se dislocarían, serían arrastrados al interior del filtro y lo obstruirían. Tampoco debe sometérsele á variaciones de presión demasiado rápidas que producirían el mismo efecto. Preciso es dejarlo trabajar tranquilamente, aumentar poco á poco la presión, á medida que la capa filtrante se vaya espesando y haciéndose más resistente. Más tarde, cuando la permeabilidad se haya tornado mediocre, cuando haya sido necesario aumentar la presión para mantener el producto, será prudente quitar el agua y limpiarlo. Y aun en pleno trabajo regular, no puede uno jamás estar seguro de que las adhesiones de los microbios á las paredes de los meatos, no se modifiquen bruscamente por causas ligeras que intervienen siempre en las acciones tintoriales. De numerosos experimentos practicados por Fraenkel y Piefke con el objeto de saber qué seguridad se puede tener en un filtro, saca M. Duclaux esta conclusión: "el filtro no es, en manera alguna, un aparato impermeable á los microbios, y no detiene con seguridad ni los bacterios vulgares ni los bacilos tíficos ó coléricos. El número de los que pasan al agua que filtra, depende de su número en el agua que alimenta el filtro y de la rapidez de la filtración. El principio y el fin de un período son dos momentos particularmente peligrosos: el primero, porque el filtro no ha adquirido aún sus propiedades; el segundo, porque la presión ejercida sobre la capa superior facilita su expulsión. El agua filtrada contiene siempre gérmenes, y por tanto, lo esencial no es saber si los contiene, sino de dónde vienen.

Respecto de las aguas corrientes hay felizmente una depuración espontánea, sin la cual sería casi imposible usarlas. Si los microbios y las impurezas que recoge el agua de un

río en su curso se fueran acumulando sin destruirse, sucedería, respecto de la materia orgánica, viva ó muerta, lo que sucede respecto de los cloruros, los cuales van aumentando cada vez más y haciéndola más salobre, y el agua se tornaría más y más impura. Pero sucede lo contrario: la experiencia nos enseña que la población microbiana y la riqueza en materia orgánica del agua corriente, pasan por una serie que llega á un máximum y á un mínimum sucesivamente; al primero, después de pasar por una aglomeración humana; al segundo, antes de encontrar otra.

Las causas á que se atribuye principalmente esta depuración natural son: la influencia del movimiento y la consiguiente formación de depósitos, y la influencia de la luz solar. Todas y cada una de estas causas, obrando sucesiva y simultáneamente, hacen que las aguas de los ríos se vayan despojando de elementos nocivos, de gérmenes infecciosos. De ahí proviene la menor impureza de las aguas corrientes después de un largo transcurso, y por eso está indicado usarlas de preferencia á las de corto transcurso, de escaso caudal y, sobre todo, á las que se encuentran inmediatamente aguas abajo de una aglomeración humana.

Como los gérmenes de resistencia del hematozoario de Laverán no han sido hallados aún en el suelo ni en las aguas de ninguna localidad, nada sabemos acerca de las condiciones que les sean adversas ó favorables para su conservación, nada podemos decir con certeza respecto de la depuración de las aguas, y tenemos que contentarnos simplemente con hacer conjeturas fundadas en la analogía, aplicar á estos supuestos organismos los medios que se sabe son eficaces para desembarazarse de los microbios conocidos que pueblan de ordinario las aguas potables. A pesar de esta incertidumbre, creo recomendable el uso de los filtros de arena, los cuales, aunque dejan pasar algunos gérmenes, retienen la mayor parte, y puede así evitarse el desarrollo de muchas enfermedades. Por su sencillez y por la facilidad de poderlos instalar en cualquier parte, casi sin gasto, son preferibles á los otros, así como la filtración es preferible á los otros medios de purificar el agua, no por la seguridad que ofrece, sino por la fácil practicabilidad.

río en su curso se fueran acumulando sin destruirse, sucedería, respecto de la materia orgánica, viva ó muerta, lo que sucede respecto de los cloruros, los cuales van aumentando cada vez más y haciéndola más salobre, y el agua se tornaría más y más impura. Pero sucede lo contrario: la experiencia nos enseña que la población microbiana y la riqueza en materia orgánica del agua corriente, pasan por una serie que llega á un máximum y á un mínimum sucesivamente; al primero, después de pasar por una aglomeración humana; al segundo, antes de encontrar otra.

Las causas á que se atribuye principalmente esta depuración natural son: la influencia del movimiento y la consiguiente formación de depósitos, y la influencia de la luz solar. Todas y cada una de estas causas, obrando sucesiva y simultáneamente, hacen que las aguas de los ríos se vayan despojando de elementos nocivos, de gérmenes infecciosos. De ahí proviene la menor impureza de las aguas corrientes después de un largo transcurso, y por eso está indicado usarlas de preferencia á las de corto transcurso, de escaso caudal y, sobre todo, á las que se encuentran inmediatamente aguas abajo de una aglomeración humana.

Como los gérmenes de resistencia del hematozoario de Laverán no han sido hallados aún en el suelo ni en las aguas de ninguna localidad, nada sabemos acerca de las condiciones que les sean adversas ó favorables para su conservación, nada podemos decir con certeza respecto de la depuración de las aguas, y tenemos que contentarnos simplemente con hacer conjeturas fundadas en la analogía, aplicar á estos supuestos organismos los medios que se sabe son eficaces para desembarazarse de los microbios conocidos que pueblan de ordinario las aguas potables. A pesar de esta incertidumbre, creo recomendable el uso de los filtros de arena, los cuales, aunque dejan pasar algunos gérmenes, retienen la mayor parte, y puede así evitarse el desarrollo de muchas enfermedades. Por su sencillez y por la facilidad de poderlos instalar en cualquier parte, casi sin gasto, son preferibles á los otros, así como la filtración es preferible á los otros medios de purificar el agua, no por la seguridad que ofrece, sino por la fácil practicabilidad.

La higiene pública en todo el mundo ha adoptado la filtración como medio de provisión de aguas depuradas, lo que prueba que es el más práctico, á pesar de todos sus defectos é inconvenientes; casi no hay ciudad populosa donde no exista este sistema de filtración establecido para purificar el agua que se distribuye á la población, aun sabiendo que la filtración no es absolutamente eficaz para retener todos los microbios.

Tal vez no hay quien no pueda proporcionarse un filtro de arena para su uso doméstico, con mayor razón para el de las poblaciones, haciendas, establecimientos públicos, en una palabra, para cualquiera aglomeración humana, un tonel ó barril cualquiera que tenga suficiente altura para contener una capa de arena de sesenta centímetros, otra de casquijos ó grava de diez centímetros y un espacio libre para el depósito del agua, por todo un metro, puede convertirse en filtro, lo mismo que cualquier tinaja que tenga la altura requerida, ó simplemente una caja de madera ó un tubo metálico. La base del filtro será proporcional al rendimiento que se desea obtener de agua filtrada; queda dicho que es preferible la forma cilíndrica á las otras, pero esto no es indispensable. Lo esencial es manejar el filtro con arreglo á las indicaciones que he dejado expuestas, tomadas de la obra de M. Duclaux, quien ha estudiado detenidamente el asunto.

Los filtros que vienen de la Costa atlántica, que se usan mucho allá y en los vapores del río Magdalena, son excelentes, bien manejados; sería de desearse que se generalizara más su uso. Están formados de un limo calcáreo endurecido, proveniente de los restos de varios géneros y especies de foraminíferos, particularmente del género *Globigerina* y del *Robulina*; presentan multitud de canalículos ó galerías sinuosas, muy bien dispuestos para llenar las condiciones de un buen filtro; pero deben manejarse con mucho cuidado para que den aguas puras, de lo contrario, será mediocre el resultado. Es preciso conservarlos permanentemente con agua, y que ésta se encuentre próximamente á un mismo nivel, porque, si se seca el filtro, al echarle agua, la deja pasar casi sin filtración, y lo mismo sucede si eleva repentinamente el nivel de la superficie echándole de repente mucha agua. Cuando haya

necesidad de limpiarlo para usarlo nuevamente, se dejará perder la primera porción y no se utilizará hasta que se vea que no arrastra partículas del filtro. A estos filtros no puede aplicarse la indicación de lavarlos con agua acidulada, como á los de arena, porque, como son de formación cal cárea, se destruirían.

La ebullición, que es otro de los medios de purificar el agua y el que con toda seguridad la priva de gérmenes, pues sólo deja vivos los esporos de algunas especies microbianas, no es desgraciadamente practicable en grande escala para el abastecimiento de poblaciones, y para el uso de una familia es difícil hacerla practicar siempre en buenas condiciones, por lo cual no hay que esperar que se generalice. Exige, además, asidua vigilancia y sumo aseo para que merezca confianza; la decidia, la fácil alteración que puede sufrir en las vasijas en que se deposita y la circunstancia de ser insípida el agua hervida, por estar privada de los gases, en especial del oxígeno, la hace poco agradable para usarla como bebida ordinaria. Este último inconveniente podría, sin embargo, evitarse fácilmente aireándola después de hervida ó mezclándole alguna substancia sávida, como azúcar, miel, limón, etc., etc. La que se usa en tierra caliente para la fabricación del guarapo, sería muy conveniente hervirla antes, con lo que se haría inocuo el uso de esta bebida, sin hacerle perder nada de su gusto.

Los otros medios de purificar el agua, que todos tienen por objeto combinar acciones físicas y químicas y por término una coagulación ó un arrastre mecánico de los gérmenes que se encuentran en suspensión en el agua, tienen el inconveniente de exigir cuidados minuciosos que no pueden confiarse á cualquier persona, de requerir un gasto y de tener que fijar con precisión la cantidad de substancia que ha de aplicarse á determinado volumen de agua, so pena de no obtener buen éxito. Si no se llega al límite requerido, el efecto de la depuración no es completo; si se pasa de la cantidad requerida, se corre el riesgo de dejar en el agua un excedente de la substancia empleada, alumbre, óxido de hierro, etc., etc., que puede ser nocivo. Además, la agitación que necesariamente se produce en la vasija al separar el agua límpida del sedimento, puede ocasionar la llegada de los mismos gérme-

nes precipitados á la parte superior y contaminar nuevamente el agua.

Las sustancias antisépticas ó microbicidas no pueden emplearse impunemente para purificar el agua, porque son, en general, tóxicas y de uso peligroso, por más cuidado que se tenga en manejarlas.

En resumen, creo que la filtración bien manejada es el medio más práctico, menos costoso y más adaptado á todas las circunstancias, y, en consecuencia, el que juzgo preferible, en la generalidad de los casos.

#### DÉCIMA PROPOSICIÓN

‘X—*Los vientos no transportan el paludismo del lugar palúdico al que no lo es ; los montones de basuras, las aguas estancadas, la vecindad de pantanos, ciénagas, ríos, etc., no producen paludismo, si no existe el germen y si la temperatura es inferior á 15° C.*

Esta última proposición no es más que una consecuencia de las otras, y no necesita demostración ; no hay necesidad de insistir más sobre este punto.

En resumen, la *Etiología* del paludismo es hoy día cosa bien conocida y sabida : causa la enfermedad un parásito endoglobular—el hematozoario de Laverán,—bien conocido en sus principales caracteres. Algunos autores distinguen tres especies de este parásito, á los cuales dan nombres diferentes : *Plasmodium Malariae* al que causa la fiebre cuartana ; *P. Vivax*, al de la terciana ; *P. Precox*, al de la fiebre llamada, en Italia, estivo otoñal, cotidiana ó remitente. Para Laverán y Metchnikoff no hay más que una sola y misma especie que causa todas las formas del paludismo, y esto parece que cuadra mejor con los estudios morfológicos.

La *Profilaxis*, desgraciadamente, no está en el mismo caso, y puede decirse que realmente no existe. Lo único que se sabe positivamente es que donde hay una clase de mosquitos ó zancudos llamados *anofeles*, y enfermos palúdicos, la picadura de estos insectos causa la fiebre, cuando previamente han picado y chupado la sangre á seres humanos afectados de esta dolencia. Puede, pues, en estas determinadas condiciones, evitarse la infección impidiendo que los mosquitos que han chupado la sangre de individuos palúdicos, pi-

quen luégo á los sanos. El profesor Nocard refiere un bello experimento muy reciente del profesor Grassi, en el que ha demostrado éste último que se puede residir impunemente en los países más peligrosos, como el agro romano, con la única condición de precaverse de las picaduras de los mosquitos. El experimentador hizo encerrar de noche á los trabajadores, en pabellones cuyas aberturas estaban provistas de enrejado metálico bastante fino para no dejar pasar los anofeles ; protegióles la cara y el pescuezo, cuando tenían que salir de noche, con mosquiteros, las manos y los puños con guantes espesos y adaptados á las mangas del vestido.

Si el paludismo no se contrajera sino por la picadura de los mosquitos, es claro que su profilaxis estaría asegurada y que no habría que hacer más que precaverse de sus picaduras, por la noche, pues son nocturnos, para que esta grave dolencia desapareciera del orbe. Por desgracia, no es así: hay paludismo, llamado *latente*, en localidades inhabitadas, donde los mosquitos, suponiendo que existan, no han podido chupar la sangre de ningún palúdico para tomar el germen que han de inocular luégo á los sanos que sufren sus picaduras ; hay, pues, paludismo sin anofeles, nutridos con sangre palúdica. Por otra parte, hay anofeles en regiones donde no reina el paludismo, donde la desaparición de esta endemia no es correlativa á la de los insectos, y lo que es más sugestivo, hay paludismo en regiones donde no se conocen anofeles. Luego la picadura de los mosquitos es sólo una de las maneras de producirse la patogenesia del paludismo, pues si fuera la única y exclusiva, ya esta enfermedad habría desaparecido, porque siendo tan fácil evitarla, nadie se dejaría picar, nadie enfermaría en lo sucesivo, y entonces, no teniendo los mosquitos ningún palúdico de quien tomar el germen, cesarían de ejecutar su funesta tarea ; sus picaduras se tornarían perfectamente inocuas, y la humanidad en poco tiempo quedaría libre para siempre de tan nefando flagelo, nuestras tierras de clima cálido y templado se poblarían, y la agricultura, el comercio y la industria se apoderarían rápidamente de nuestros desiertos y yermos territorios.

No siendo la picadura de los mosquitos, por todas las razones expuestas, la causa única del paludismo, hay que buscarle otra fuente. Está probado que por el aire inspirado,

por más arraigada que sea esta creencia, no es posible adquirir la infección, y no lo está, aunque así lo haya sostenido el Dr. Koch, que por el agua no se adquiriera. Sigo sosteniendo que el paludismo se adquiere por el agua ingerida como bebida. Esto es cierto, á pesar de no haberse podido hasta hoy dar una demostración experimental, porque los estudios biológicos del hematozoario no se han completado aún; falta saber qué suerte corre el macrogameto fecundado, á dónde va á parar, cómo evoluciona y de qué modo vuelve al hombre para cumplir de nuevo una de las fases de su evolución. El día que esto se sepa, se tendrá una profilaxis cierta y segura; mientras tanto nos vemos obligados á razonar por analogía, á conservarnos en el terreno peligroso de las hipótesis, esperando mejores tiempos, experimentos concluyentes que nos libren de conjeturas.

La depuración de las aguas de bebida constituye, hoy por hoy, el mejor medio de preservación del paludismo; pero se logra difícilmente purificar el agua, y lo que es peor, no se logra convencer á nadie de la eficacia de este medio de preservación, porque no se puede dar una demostración evidente. La filtración es, entre los medios de purificar el agua, el más práctico, el que puede usarse con mayor generalidad, en más vastas proporciones, el más barato y fácil. Si no preserva siempre, es porque la operación es muchas veces defectuosa; pero aun así, es capaz de evitar muchas infecciones y entre otras el paludismo, y esto basta para recomendarla. La ebullición, aunque es difícil de recurrir á ella, siempre y en toda circunstancia, es un medio eficaz igualmente muy recomendable; los otros medios—precipitación, coagulación, acciones físicas y químicas, en una palabra—lo son menos. La quinina no tiene propiedades preventivas, sino curativas; no debe, pues, recomendarse como medio profiláctico, y su uso prolongado puede llegar á ser muy nocivo.

En resumen, no tomar agua que no haya sido depurada de gérmenes por algún medio es, en mi concepto, lo único que puede, si no evitar en absoluto las afecciones palúdicas, al menos disminuirlas y mejorar la salubridad de las poblaciones de climas cálidos y templados, que son los únicos donde reina esta fatal endemia.

Bogotá, Enero de 1903.

## SOCIEDAD DE CIRUGIA DE EL CAMPITO

HERIDAS DEL URETERO EN EL CURSO DE LAS OPERACIONES  
ABDOMINALES : URETERO-CISTO-NEOSTOMÍA  
Y ANASTOMOSIS URETERO-URETRAL

Entre los accidentes que pueden complicar las grandes intervenciones quirúrgicas en la cavidad abdominal, uno de los más incómodos y no menos frecuente, es la herida del aparato urinario en un punto cualquiera de su trayecto desde los basinetes renales hasta la vejiga. Estas heridas complican especialmente las histerectomias abdominales para cáncer, las histerectomias para tumores intraligamentarios, y la misma operación para tumores fibrosos muy voluminosos ó rodeados de adherencias muy resistentes. Los fibromas del segmento inferior del útero son de los que más exponen á esta complicación.

La frecuencia de las heridas operatorias del aparato urinario es mucho más grande de lo que se cree habitualmente, pero es difícil de establecer de una manera rigurosa, porque no todos los cirujanos son tan complacientes para publicar las veces que hayan tropezado con este accidente. El uretero es más frecuentemente herido que la vejiga, y los dos tercios inferiores de su trayecto están mucho más expuestos que el tercio superior. Para estimar la frecuencia de las heridas del uretero citaremos algunas estadísticas :

Spencer Wells, en su artículo sobre la primera histerectomía abdominal para útero gravido canceroso (*Med. Chirg. Trans*—año de 1881), dice que en las 94 histerectomias abdominales publicadas hasta entonces, se había herido un solo uretero en seis casos y ambos en dos casos. Fred. Byron Robinson estima “que sobre 100 histerectomias abdominales ó vaginales uno ó ambos ureteros son ligados ó cortados en tres casos por lo menos” (*Chicago Med. Reformer*, pág. 200, 1893).

Lawford Knaggs (*The Lancet*—1899—Pág. 1417), en un artículo muy completo sobre las heridas del uretero, alcanzó á reunir 33 heridas completas ó incompletas, como consecuencia accidental de una intervención quirúrgica; de estos casos uno pertenece á la vía de Kraske.

**EL VEJIGANTE MÁS EFICAZ**

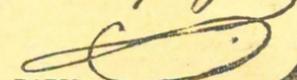
El único empleado en los Hospitales militares

## **VEJIGATORIO DE ALBESPEYRES**

Para evitar las imitaciones, se debe prescribir :

**VEJIGATORIO DE ALBESPEYRES**

y exigir la **FIRMA DE ALBESPEYRES**  
en cada cuadrado de 5 centímetros.

*Albespeyres*  


FUMOUGE-ALBESPEYRES, 78, Faub<sup>s</sup> St-Denis, PARIS.

**El mejor Calmante**

## **JARABE BERTHÉ**

contra : Tos, sea cual fuere su causa, Resfriados, Gripe, Coqueluche, Males de Garganta, Dolores de Estómago, Dolores de Vientre en las mujeres, Jaquecas, Agitación nerviosa, Insomnio y todos los Padecimientos indeterminados.

**PASTA BERTHÉ**

(complemento del tratamiento).

EXÍJANSE el SELLO del ESTADO FRANCÉS y la FIRMA

FUMOUGE-ALBESPEYRES, 78, Faub<sup>s</sup> St-Denis, Paris.

*Berthé*  


**Dentición**

## **JARABE DELABARRE**

Jarabe sin narcótico.

Facilita la salida de los dientes, previene ó hace desaparecer los sufrimientos y todos los Accidentes de la primera dentición.

EXÍJANSE el SELLO de la "UNION DES FABRICANTS"  
y la FIRMA del Dr DELABARRE.

# **ASMA**

**OPRESIONES**

Bronquitis, Catarros  
Jaquecas, etc.

## **Papel y Cigarrillos**

# **BARRAL**

El PAPEL y los CIGARRILLOS BARRAL disipan casi instantáneamente los accesos de Asma y todas las Sufocaciones en general.

FUMOUGE-ALBESPEYRES, 78, Faub<sup>s</sup> St-Denis, PARIS.

# JARABE Y GRANILLOS de DIGITAL de LABÉLONYE

Empleados con gran éxito desde hace ya mas de treinta años por los Facultativos de todas las Naciones contra las diversas afecciones del corazón, contra la **Hidropea**, las **Bronquitis nerviosas**, el **Garrotillo**, el **Asma** y contra todos los desórdenes de la circulation.

## ERGOTINA Y GRAGEAS DE ERGOTINA de BONJEAN

La **Ergotina Bonjean** constituye uno de los mejores hemostáticos que se conocen en las póclimas, píldoras, inyecciones hipodérmicas, etc., etc.

(La dosis generalmente adoptada para las inyecciones hipodérmicas es la siguiente: **Un gramo de Ergotina Bonjean y diez gramos de agua destilada**)

Las **Grageas de Ergotina de Bonjean** se emplean para facilitar las alumbramientos y cortar las hemorragias de todo genero.

## CAPSULAS E. DELPECH

al extracto hidro-alcoólico. Etereo de Cubeba en el tratamiento

de la **Bienorragia**, de la **Bienorréa** y del **Catarro de la vejiga**.

## INYECCION antipa asitaria E. DELPECH

Depósito general: **LABÉLONYE y C<sup>a</sup>**, calle de Aboukir, n<sup>o</sup> 99, en Paris

Y en las principales Farmacias de todas ciudades.

## PAPEL WINSI

Soberano remedio para rápida curación de las **Afecciones del pecho**, **Catarros**, **Mal de garganta**, **Bronquitis**, **Resfriados**, **Romadizos**, de los **Reumatismos**, **Dolores**, **Lumbagos**, etc., 30 años del mejor éxito atestiguan la eficacia de este poderoso derivativo recomendado por los primeros médicos de Paris.

Depósito en todas las Boticas y Droguerías. — PARIS, 31, Rue de Seine.

## VINO DE GILBERT SEGUIN FEBRIFUGO-FORTIFICANTE

Aprobado por la Academia de Medicina de Paris.

Vino de una eficacia incontestable sea como **Antiperiódico** para cortar las **Calenturas**, sea como **Fortificante** en las **Convalecencias**, **Debilidad de la Sangre**, **Falta de Menstruación**, **Inapetencia**, **Digestiones difíciles**, **Enfermedades nerviosas**, **Debilidad**.

Farmacia G. SEGUIN, 165, Rue Saint-Honoré, Paris. — Depósito en todas las principales Boticas y Droguerías.

## AGUA LÉCHELLE

### HEMOSTATICA

Se receta contra los **Flujos**, la **Clorosis**, la **Anemia**, el **Apocamiento**, las **Enfermedades del pecho** y de los **intestinos**, los **Espustos de sangre**, los **Catarros**, la **Disenteria**, etc. Da nueva vida á la sangre y entona todos los órganos. — El doctor HEURTELOUP, médico de los hospitales de Paris, ha comprobado las propiedades curativas del Agua de Léchelle en varios casos de **Flujos uterinos** y **Hemorragias en la Hemotisis tuberculosa**.

PARIS, Rue Saint-Honoré. 165, — DEPÓSITO EN TODAS BOTICAS Y DROGUERIAS.

Maubert (*Thèse de Paris*—1902) alcanzó á reunir sesenta y un casos pertenecientes á todas las clases de traumatismo operatorio : desgarradura, ligadura, sección y resección del canal.

Para conjurar las consecuencias de estas heridas, se recurrió primero á la nefrectomía, sacrificando riñones sanos, con gran perjuicio del enfermo que llegaba á sobrevivir á tan enorme traumatismo.

Naturalmente que, cuando por el aumento siempre creciente de las intervenciones abdominales, se vio crecer también el número de heridas quirúrgicas accidentales del uretero, se contrajo la atención de los cirujanos á evitar á sus enfermos la alternativa de la nefrectomía, inventando otros procedimientos, basados todos ellos en numerosos experimentos sobre los animales. Merecen mención especial á este respecto, los experimentos de Tuffier, Boari y Pozzi, en Francia ; los de Poggi, de Bolonia ; los de Van-Hook, Byron Robinson, Bovée y Kelly, en América.

De todas estas investigaciones han nacido numerosos métodos y procedimientos para tratar las heridas accidentales del uretero, todos los cuales tienen sus indicaciones especiales y deben ser perfectamente conocidos por el cirujano que va á correr los riesgos de tropezar con esta clase de accidentes, sin recurrir á la fúnebre nefrectomía.

Estas operaciones pueden agruparse en dos clases distintas : 1ª, las que se proponen restablecer la continuidad del uretero, y 2ª, siendo esto imposible, las que anastomosan la extremidad del fragmento renal del uretero, á la vejiga, á la pared abdominal ó al intestino.

La primera clase comprende cuatro procedimientos, cada uno de los cuales corresponde á indicaciones especiales de que hablaremos más adelante. Esta clase se designa anastomosis uretero-uretral, la cual puede hacerse: a) transversal, punta con punta ; b) oblicua, punta con punta ; c) punta en punta ó por invaginación de la punta superior en la inferior (Poggi), y d) lateral, ó por implantación de la punta superior en una abertura longitudinal del segmento inferior (Van Hook).

Schopf, según Morris (*Brit med. Journ.* Abril 1898), fue

el primero que practicó la anastomosis uretero-uretral sobre el vivo en 1886. Habiendo dividido accidentalmente el uretero, cerca del estrecho superior, durante una ovariectomía, restableció la continuidad del canal por medio de ocho puntos de sutura con seda fina pasados al través de las capas celular y muscular únicamente, de manera de hacer la unión transversal, punta con punta. La enferma curó de la operación, pero habiendo muerto siete semanas más tarde, de tuberculosis, se halló en la autopsia, que existía ya una estrechez cicatricial al nivel del sitio de la sutura.

Este procedimiento ha sido empleado también por Cushing, de Boston, Pawlik, Tuffier, Hochenegg y Fritsh.

En 1887, Alfonso Poggi, basándose en sus experimentos sobre los perros, propuso el método de la invaginación de la punta superior en la inferior. Este método ha sido empleado una vez, que nosotros sepamos, con éxito en una mujer cuyo uretero estaba muy dilatado por la compresión ejercida por un gran fibroma.

Nuevas investigaciones emprendidas por Tuffier y Budinger, en los animales, han contribuido á hacer abandonar los dos métodos anteriores, porque predisponen, ó mejor dicho, determinan, á la larga estrechamientos circulares del canal con todas sus desastrosas consecuencias.

Van-Hook, de Chicago, publicó, en Marzo de 1893, una descripción de sus experimentos sobre los perros, los cuales le permitieron apreciar la superioridad de la implantación lateral de la punta superior en una abertura hecha á lo largo de la punta inferior (*Journ of. Amer. Med. Assoc.*—1893). Este procedimiento es hoy el aceptado y practicado generalmente, y por eso debemos indicarlo con algunos detalles, tomados de la misma descripción del autor.

Descubierta la sección del uretero, se procede de la manera siguiente :

1.º Se aplica una ligadura que cierre el segmento inferior á un centímetro de su extremidad libre. Con unas tijeras cortantes y puntiagudas, se practica una incisión longitudinal en la pared de este segmento del canal, principiando medio centímetro debajo de la ligadura. Esta incisión debe ser igual al doble del diámetro del canal;

2.º Se incisa longitudinalmente en una extensión de un centímetro la extremidad libre del segmento superior. Esta incisión asegura la permeabilidad del canal.

3.º Sobre una misma hebra de *cat-gut* esterilizado N.º 0 se ensartan dos agujas rectas, finas, como las de costurera. Estas agujas se pasan de adentro afuera en la extremidad libre del segmento superior en la cara opuesta á la incisión longitudinal, á un poco menos de un centímetro del borde libre y sobre el mismo plano á una distancia de seis milímetros entre una y otra aguja ;

4.º Se pasan ahora las agujas al través de la incisión del segmento inferior, haciéndolas penetrar paralelamente á más de un centímetro del angulo inferior de la incisión;

5.º Tirando sobre los dos hilos se hace penetrar la extremidad superior en la inferior, y logrado esto se amarran los hilos firmemente ;

6.º El punto de unión se envuelve ahora cuidadosamente con peritoneo ó con epiplón, lo primero es mucho mejor, porque no expone á la formación de bridas. Esta maniobra es muy importante y requiere grande expedición.

La luz del uretero puede triplicarse por dilatación, sin que sufra la integridad de la pared, lo cual permite (Emmet) dilatar el segmento inferior cuando el superior está dilatado á consecuencia de la compresión ejercida por un tumor. En este caso puede ser necesario emplear dos y hasta tres hilos, según los mismos principios, lo cual constituye el procedimiento de Emmet (*Americ Journ of. Obst—1895*).

Kelly, Emmet y Doherty han sido en América los protagonistas de este método que, como lo dijimós al principio, es el procedimiento más generalmente aceptado en el Viejo Continente.

En fin, en 1895 Bovée practicó oblicuamente la sutura de las dos puntas cortadas, después de resecar cierta extensión en ambos segmentos, cuyas extremidades habían sufrido fuertes atriciones por pinchamientos y ligaduras, en el curso de la extirpación de una ovaro-salpingitis supurada. Las reglas que presiden á la ejecución de este procedimiento son las mismas que rigen en la sutura intestinal. Este procedimiento ha sido practicado con éxito una vez por el autor

y nos parece muy indicado cuando el uretero está muy dilatado y cuando la pérdida de substancia es tal, que no es posible practicar el Van-Hook sin dejar demasiado tensa la sutura.

Todos estos procedimientos son aplicables á las heridas altas del uretero, es decir, á las que ocupan los dos tercios superiores del canal y en los cuales no es posible la anastomosis con la vejiga.

Lo que hemos dicho hasta aquí se aplica á las secciones completas, á las desgarraduras y resecciones accidentales, pero el uretero puede estar incompletamente seccionado, y en este caso se presentan al cirujano tres alternativas, según que la herida sea transversal ó longitudinal y según la extensión de ésta. La herida longitudinal se sutura á la Lembert con *cat-gut* fino y aguja redonda. Las heridas transversales incompletas pueden tratarse por la sutura cuando el calibre del uretero es grande, siguiendo el ejemplo de Morris y Pawlik (*British. Med. Journ. Ab. 2-1898*), cuyas dos enfermas, es preciso decirlo, sucumbieron en las 50 horas siguientes á la operación, ó el de Knagg (*The Lancet. 1899*) cuya enferma quedó con una fístula que sanó espontáneamente siete meses después de la intervención. En nuestro concepto, cuando una gran parte del calibre del canal está cortada, es mejor completar la sección y suturar á la Van-Hook cuando no está dilatado el uretero, ó á la Bovée si hay dilatación. Para tratar estos casos, Van-Hook da el siguiente ingenioso procedimiento, encaminado especialmente á evitar el estrechamiento. Con unas tijeras finas se practican dos incisiones longitudinales en la mitad de la herida accidental, una sobre cada labio de la sección. La longitud combinada de estas incisiones debe ser igual al doble del calibre del uretero. Se redondean los ángulos salientes de los colgajos que resultan y se suturan transversalmente con el objeto de triplicar la luz del canal en lugar de estrecharla. Por este método la retracción cicatricial no puede llegar á oponer obstáculo al libre curso de la orina.

En todos los casos es absolutamente necesario completar estas suturas envolviéndolas en un colgajo de peritoneo, de manera de defender la gran cavidad contra cualquiera

trasudación de orina, y ofreciendo á las superficies afrontadas material adhesivo suficiente para asegurar la unión antes de que se reabsorba al *cat-gut*.

## II

Cuando la sección del uretero reside en el segmento inferior de este canal, lo cual acontece con más frecuencia en las operaciones para extraer tumores especialmente desarrollados á expensas del segmento inferior del útero, y en las histerectomias abdominales para cánceres, puede suceder uno de estos cuatro casos: 1.º, que no sea posible encontrar la punta vesical del uretero herido, ó que ésta sea tan corta que no permita la anastomosis uretro-uretral; 2.º, que el uretero se halle degenerado en su segmento inferior por la propagación del cáncer, ó de tal manera comprimido, que no se le pueda abandonar sin condenar al paciente á todas las consecuencias de su obliteración por el curso progresivo de la compresión; 3.º, que la operación haya sido tan laboriosa y prolongada que de acortarla resulte la salvación de la vida del enfermo, y 4.º, en fin, que se haya resecado una extensión tal del canal, que sea imposible afrontar sus extremidades.

En todos estos casos es preciso escoger el procedimiento que mejor convenga, del método del injerto de la extremidad renal del uretero á la vejiga, á la pared abdominal ó al intestino.

No siendo nuestro propósito ocuparnos en este artículo del tratamiento de las fístulas uretrales en general, sino únicamente del tratamiento de las heridas accidentales del uretero en el curso de las intervenciones quirúrgicas por la vía abdominal, nos abstendremos de mencionar en nuestro relato todas las vías por las cuales se ha intentado realizar la implantación del uretero en la vejiga para curar las fístulas, y nos limitamos á referir al lector, á quien interese este tema, al completo artículo de Boari, publicado en *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, de 1899, página 1058.

Siempre que se pueda, la implantación del uretero en la vejiga será el procedimiento de elección, y en el caso que nos ocupa, esta implantación será intraperitoneal y constituye lo que Bazy ha llamado uretero-cysto-neostomia.

Esta operación es relativamente fácil, aun cuando su resultado definitivo depende de la minuciosa observancia de muchos detalles pequeños en apariencia, pero á cual más importantes para asegurar la solidez y la permeabilidad presente y futura del nuevo abocamiento.

Las reglas generales del procedimiento son las mismas que las del proceder de Van-Hook para la implantación lateral uretero-uretral de que ya hemos hablado y que es inútil repetir aquí en todo lo que se refiere al tratamiento de la punta del segmento superior; cuanto al tratamiento de la vejiga, éste será expuesto con todos sus detalles en la observación clínica con que completamos este artículo, y sólo insistiremos, por ahora, en la necesidad de terminar la operación con la fijación alta del órgano (vesico-pexia) á la pared abdominal, con el objeto de prevenir las tracciones que pudieran ejercer las contracciones vesicales sobre la sutura, en el momento de expulsar la orina.

Knaggs, en su magistral artículo, publicado en *La Lanceta* (Mayo 1899), alcanzó á reunir siete casos de uretero-cisto-neostomia, practicados en el curso de operaciones abdominales. En seis de estos casos no hubo fistula consecutiva; en el séptimo, en que se empleó el método de Paoli y Busachi, la sutura cedió, produciendo una fistula transitoria. Las estadísticas traen pocos datos sobre los resultados lejanos de esta operación, pues es el caso de pensar que la estrechez del orificio de implantación y la infección de la vejiga son factores suficientes para producir una hidronefrosis ó una pionefrosis consecutivas.

Cuando la fijación directa en la vejiga no sea posible, ya por excesiva cortedad de la punta renal del uretero, ó porque la vejiga esté degenerada ó infectada, como acontece en muchos casos de cáncer del útero, entonces tiene el cirujano que escoger entre la fijación del canal en la pared abdominal ó la anastomosis con el intestino grueso (Chaput).

Por nuestra parte aconsejamos la creación de la fistula uretero-abdominal por considerarla menos expuesta á la infección ascendente que la fistula uretero-intestinal. Además, si más tarde un cambio favorable permitiese intentar la cura radical de esta implantación anormal, será mucho más

fácil el acto operatorio sobre un uretero implantado en la pared abdominal que sobre el tubo digestivo, como lo prueba el caso personal que insertamos en este artículo. Cualquiera de estas implantaciones es preferible á la nefrectomia primitiva, operación desastrosa, á la cual no sería permitido recurrir sino tardíamente, cuando los accidentes de infección renal forzaren la mano del cirujano y un examen minucioso permitiere asegurar que el riñón opuesto está no solamente sano, sino que ha adquirido la función compensadora. A este respecto creo útil recordar, en resumen, un desgraciado caso citado por Morris (*Brit: Med. Jour* 1898-873.—). Una mujer á quien un distinguido ginecólogo practicó la histerectomia vaginal, curó con una fistula uretero-vaginal. La enferma fue enviada á un eminente cirujano general para que le curara esta fistula. Se hicieron los más cuidadosos esfuerzos para saber cuál uretero había sido herido y estaba adherido á la cicatriz vaginal; mas no habiendo seguridad absoluta, se descubrió el uretero del lado sospechado por una incisión lumbar y se le aplicó una ligadura temporal. Durante este experimento, que naturalmente se hizo bajo el cloroformo, ni una gota de orina se escapó por la fistula, entretanto que una sonda vesical extrajo cierta cantidad de este líquido. Se concluyó que el uretero temporalmente ligado era el que comunicaba con la fistula y se procedió á extirpar el riñón correspondiente. Calcúlese el pesar del cirujano y la desesperación de la enferma cuando al día siguiente, después de haber perdido un riñón sano, se descubrió que la operación no la había curado de su fistula.

### III

#### CASO PERSONAL

La Srita. I. V., natural de Bogotá, 33 años de edad, costurera de profesión. Entró al Campito, el 24 de Julio de 1902, para hacerse operar un voluminoso fibroma uterino, que le producía mucha molestia mecánica para trabajar, y menstruaciones dolorosas, muy abundantes y de larga duración. Constipación obstinada y un notable enflaquecimiento.

El 26 de Julio fue operada por los Dres. Montoya y Manrique, quienes practicaron una histerectomia abdominal total para poder extraer un fibroma del tamaño de una ca-

beza de adulto. La operación fue de las más laboriosas que pueden practicarse, pues la primera dificultad se presentó en la incisión del peritoneo, por hallarse adherida íntimamente toda la cara anterior del tumor al peritoneo parietal. Vencida esta primera dificultad se encontraron adherencias laterales tanto á la S ilíaca como al ciego, las cuales dieron no poco trabajo. El fondo de saco de Douglas también ofrecía débiles adherencias, las cuales cedieron fácilmente á la presión de la mano. Basculado el tumor sobre el pubis al cabo de una hora de trabajo, se atacó la inserción vaginal posterior por el procedimiento de Doyen. Terminada la enucleación, y al proceder á la hemostasis, se descubrió que el uretero derecho había sido seccionado; inmediatamente se aplicó sobre cada una de las extremidades una pinza de reparo mientras se hacía la hemostasis definitiva. Al intentar la anastomosis uretero-ureteral nos apercibimos que nuestras agujas y nuestro *cat-gut* no eran adecuados para esta sutura; el *cat-gut*, por ser muy grueso y las agujas por ser planas y curvas. Además, la operación se aproximaba á la segunda hora de duración, y el aspecto de la enferma nos hacía temer el colapsus; la economía de tiempo nos pareció la salvación de la vida, por este motivo, después de peritonizar toda la herida peiviana, de ligar la extremidad vesical del uretero y colocarla por debajo del peritoneo, resolvimos fijar la extremidad del fagmento renal del uretero al ángulo inferior de la herida abdominal. Se dejó una sonda uretral y otra vesical, la primera con el objeto de evitar en lo posible el contacto de la orina con la herida abdominal. Estas sondas funcionaron regularmente hasta el quinto día, en que fueron quitadas, y desde entonces las micciones fueron voluntarias. El curso de la convalecencia fue de los más favorables, pues aun cuando el pulso tuvo una frecuencia de 110 á 120 pulsaciones, esto no era alarmante, porque la enferma siempre ha tenido un pulso frecuente, y porque el aspecto general de la enferma era floreciente. Al noveno día se quitaron las suturas de la herida abdominal, la que había curado *per primam*, á pesar de no haberse podido evitar la impregnación de la orina en las gasas y algodones.

La enferma continuó mejorando progresivamente en su

# SEÑORES MEDICOS

La casa de José María Buendía é Hijos se encarga de suministrar y de remitir á domicilio, en cajas cerradas y selladas, los instrumentos y todos los materiales necesarios para operaciones quirúrgicas, como vendajes, compresas, tapones, gasas, sedas, etc., etc., perfectamente esterilizados, como consta por el siguiente certificado :

Hemos asistido al ensayo de desinfección por altas temperaturas que, para la esterilización de instrumentos de cirugía y piezas de curación, emplean los Sres. José María Buendía é Hijos.

El procedimiento que siguen dichos señores asegura, por una elevada temperatura, incompatible con la vida de todo germen y obtenida en la Estufa cerrada de Pean, la más completa asepsia de los algodones, gasas, lint, vendajes, hilos, etc., etc.

En vista de ese resultado no vacilamos en recomendar como perfectamente asépticos y utilizables en las operaciones quirúrgicas los elementos suministrados por los Sres. José María Buendía é Hijos con el sello que garantiza una perfecta oclusión de las cajas de empaque.

Igualmente hacemos notar que la desinfección de los instrumentos metálicos es tan completa como pueda desearse para las más delicadas intervenciones.

(Firmados),

LUIS F. CALDERÓN.—Z. CUÉLLAR DURAN.—H. MACHADO L.

Se encarga también del análisis de líquidos orgánicos, orinas, serosidades, esputos, etc., etc., y de la reparación de toda clase de instrumentos de cirugía.

Este departamento está á cargo del Sr. D. Luis María Herrera R., Profesor en Ciencias Naturales, antiguo Preparador de la Escuela Politécnica de París, Profesor de química de la Facultad de Medicina de Bogotá.

Contamos también con un gran surtido de toda clase de drogas y productos químicos importados de las mejores casas de Europa y los Estados Unidos.

Calle 3.<sup>a</sup> de Florián. Frente al Crédito Antioqueño.

Todas las Enfermedades

**CAPSULAS RAQUIN**

**ÚNICAS  
CÁPSULAS DE GLUTEN**

Aprobadas por la Academia de Medicina

**INSOLUBILIDAD DE LA CÁPSULA GLUTINOSA**

en el estómago; ausencia de hedor y de eructos; tolerancia perfecta.

ALQUITRÁN.....	(0gr. 25)	SALOL.....	(0gr. 25)
COPAIBATO DE SOSA ..	(0gr. 40)	SALOL COPAIBATADO..	(0gr. 36)
COPAIBA TITULADA....	(0gr. 50)	SALOL-SÁNDALO.....	(0gr. 32)
CUBEBA (Equivalente de 1 gramo).		SÁNDALO.....	(0gr. 25)
ICTIOL.....	(0gr. 25)	TREMENTINA.....	(0gr. 25)
BICLORURO DE HIDRARGIRIO ...	(0gr. 01)	PROTOYODURO DE HIDRARGIRIO .	(0gr. 05)

Las CÁPSULAS RAQUIN se toman en el momento de las comidas.  
DÓSIS en 24 horas : 1 á 3 Cápsulas hidrargíricas; 3 á 15 de las otras clases.

Exijanse la **FIRMA** *(Raquin)*  
y el **SELLO** de la "**UNION des FABRICANTS**".

FUMOUBE-ALBESPEYRES, 78, Faub<sup>s</sup> S<sup>t</sup>-Denis, PARIS.

**INYECCIÓN RAQUIN**  
al Silico-Copaibato de Sosa

No causa irritación ni dolor y no mancha la ropa blanca.  
Empleada sola ó concurrentemente con las Cápsulas de Raquin,  
aprobadas por la Academia de Medicina de Paris, cura en muy poco tiempo  
los flujos (purgaciones) mas intensos.

Muy útil tambien como preservativo.

Exijanse la **FIRMA** *(Raquin)*  
y el **SELLO** de la "**UNION des FABRICANTS**".

SE VENDE EN FRASCOS CON Ó SIN JERINGUITA.

FUMOUBE-ALBESPEYRES, 78, Faub<sup>s</sup> S<sup>t</sup>-Denis, PARIS

estado general, aun cuando sumamente incomodada por la permanente inundación de su fistula uretral.

El día 13 de Septiembre de 1902, cuarenta y siete días después de la primera operación, se procedió á practicar la ureterocisto-neostomía de la manera siguiente : cloroformizada la enferma y colocada en el plano inclinado á 45°, se hizo una incisión de ocho centímetros de longitud, sobre la cicatriz abdominal, principiando inmediatamente encima del pubis, y teniendo cuidado de pasar á la izquierda de la incisión cutánea del uretero derecho. Esta incisión abrió la cavidad peritoneal y el espacio celular de Retzius. Inmediatamente apareció la vejiga y se pudo demostrar la desaparición de toda huella del hilván peritoneal y la absoluta tersura del fondo de saco vaginorectal. Se procedió á aislar el uretero derecho de la cara posterior de la pared abdominal, con la cual había contraído conexiones íntimas en una extensión de cinco centímetros, conservándole su envoltura celuloserosa, de manera de asegurar la nutrición del canal y de favorecer su adhesión al nuevo orificio. Esta maniobra fue larga, no por dificultad en hallar el uretero, sino por el especial cuidado que se tuvo en conservarlo envuelto en la mayor cantidad posible de tejidos. Una vez aislado se le cortó contra la superficie posterior de la pared abdominal, de manera de quitarle la porción intraparietal que estaba estrecha y probablemente infectada. Con unas tijeras finas se hizo una incisión longitudinal de tres centímetros sobre la cara posterior del canal ; se insertaron dos agujas redondas, rectas y finas, montadas sobre el mismo hilo de *cat-gut* en la cara anterior del uretero, á un centímetro arriba del ángulo de división de la cara posterior, y en el mismo plano una y otra aguja, de manera de formarle al uretero como las dos antenas de un insecto, destinadas á dirigirlo hacia la abertura vesical. Hecho esto, se arreglaron convenientemente las agujas y el uretero sobre una compresa fijada con una pinza. Fijada ahora la vejiga por medio de dos tenáculos y previamente evacuada, para evitar la posibilidad de la caída de orines en el peritoneo, se le hizo una incisión anteroposterior de dos centímetros y medio con un bisturí puntiagudo ; por el ángulo anterior de esta incisión á uno y otro lado de éste se pasaron las agujas que pendían de la ansa de *cat-gut* uretral, á dos

centímetros más allá del borde de la incisión vesical y á dos centímetros también una aguja de otra, de manera de introducir el uretero en la vejiga y de fijarlo al amarrar los dos cabos de la ansa, que llamamos tracción. Una sonda uretral, introducida por la vejiga, se introdujo en el uretero á una profundidad de unos cinco centímetros. Se practicó la sutura de los bordes de la incisión uretral á los de la incisión vesical, empleando el *cat-gut* en puntadas separadas y que atravesaban las tres tunicas de los respectivos órganos. Luégo se atrajo un colgajo de peritoneo y fascia subperitonialis, el mismo que había formado espesa vaina al uretero en su inserción abdominal, y se le fijó por cinco puntadas al rededor de la anastomosis ureterovesical. Se fijó el fondo de la vejiga á la cara posterior de la pared abdominal y se cerró la herida parietal, dejando una mecha de gasa yodoformada en el ángulo inferior. Se curó como de costumbre y se dejó, además de la sonda uretral, una vesical de Peltzer.

Las consecuencias operatorias fueron completamente felices ; al quinto día se quitaron las sondas, y al noveno las suturas, y desde entonces la enferma ha permanecido en perfecto estado de salud.

Examinada el 28 de Febrero de 1903, no ofrece signo alguno de estrechez uretral, ó de infección renal y desde hace cinco meses ha vuelto á consagrarse á ganar la vida con su trabajo.

#### IV

Para completar este estudio, nos parece útil resumir algunos casos análogos al nuestro, recogidos aquí y allí en la literatura médica.

*Caso de Schovartz (de París).*—Durante una histerectomía abdominal total para un gran fibroma del útero, desarrollado hacia atrás, y que enviaba una prolongación al cuello, cortó el uretero derecho en el momento de terminar la desinserción vaginal derecha por el procedimiento americano. No pudo encontrar la punta vesical, colocó sobre la punta renal una pinza. Terminó la histerectomía, y viendo que ésta sólo había durado treinta y cinco minutos, y que el estado general de la enferma era excelente, procedió *incontinenti* á practicar la ureterocisto-neostomia. Quitó la sonda uretral el

sexto día y la vesical el octavo. Drenaje vaginal. Curación sin incidente. Schovartz cita un caso idéntico de Pozzi (*Presse Médicale*, 18 Noviembre, 1897—pág. 317).

Delagénière, con motivo del caso anterior, se expresa así:

“En el curso de una histerectomía abdominal, he seccionado un uretero. No he juzgado la complicación grave; inmediatamente he reimplantado el uretero en la vejiga y mi enferma ha curado.” (*loco. cit.*)

*Caso de Routier.*—Este autor presentó á la Sociedad de Cirugía los riñones, los ureteros y la vejiga de una mujer á quien él había practicado, dos años antes, una uretero-cistoneostomía. Del lado operado, el riñón está quístico y el uretero obliterado al nivel del punto sobre el cual se había intervenido. Es preciso agregar que la enferma tuvo un embarazo después de la operación, y sufrió la basiotripsia en su parto. A consecuencia de está intervención había aparecido una fístula urinaria vaginal, que había curado espontáneamente. Es, pues, probable que la obliteración uretral haya sido consecutiva á la basiotripsia (*Presse Médicale*—19 Nbre. 1898).

Calderini, en 1899, alcanzó á reunir treinta y ocho casos de uretero-cisto-neostomía publicados hasta entonces, pero de éstos sólo cinco por el procedimiento que nosotros hemos empleado.

En el caso que motiva el artículo de Calderini, él se sirvió del botón de Boari; siete días después de la operación hubo ligera trasudación de orina por la herida, y fue preciso, dos meses más tarde, practicar la dilatación forzada de la uretra para extraer el botón que determinaba disuria (*Annali di ostetricia é ginecologia di Milano*—1899, N.º 4, p. 315).

Knaggs, cita tres casos perfectamente idénticos al nuestro, pues en los cuatro restantes, que figuran en el cuadro correspondiente á la operación de que nos ocupamos, se trata de fistulas ureterovaginales consecutivas á la histerectomía vaginal. Estos casos son el de Crug, el de Penrose y el de Baldy. (*The Lancet*, 1899, p. 1420).

Es de notarse que después de la implantación no queda nada que prevenga la regurgitación de la orina á lo largo del uretero, pero no está probado que de ahí pueda surgir algún

peligro, porque es muy posible que el poder peristáltico del canal pueda desarrollarse suficientemente para obviar la dificultad, y que la vejiga, al contraerse, cierre el orificio y prevenga la regurgitación. Para evitar estos inconvenientes, teóricos hasta ahora, Witzel ha inventado su procedimiento que consiste en hacer recorrer al canal un cierto trayecto oblicuo al través de las fibras musculares de la vejiga, antes de fijarlo. (*Annals of Surgery*. vol I, p. XXI 223).

Delaunay, al hablar de los peligros que corren la vejiga y los ureteros en los casos de fibroma voluminoso, refiere el siguiente, que nosotros resumimos: extrayendo un fibroma desarrollado en la pared posterior del útero, que pesó siete kilogramos y que había rechazado el peritoneo pelviano, desgarró la vejiga y reseco el uretero en una longitud de siete centímetros, corrigió estas complicaciones con la sutura de la vejiga y el avocamiento directo del uretero en la vejiga. La enferma curó sin la menor alteración urinaria, y un año después de la intervención se le ha hallado en perfecto estado de salud (*Presse Médicale* Nbre. 6—1901, p. 259).

#### CONCLUSIONES

1.<sup>a</sup> En toda intervención por la vía abdominal debe prepararse material adecuado para reparar las heridas del uretero.

2.<sup>a</sup> El procedimiento de Van-Hook para la anastomosis uretero uretral ó adaptado á la uretero-cisto-neostomia, como nosotros lo hemos hecho, es el que asegura mejores resultados para el presente y para el futuro del enfermo.

Bogotá, Marzo 1.º de 1903.

Dr. J. E. MANRIQUE,  
(Laureado de la Facultad de París)

Dr. J. M.<sup>a</sup> MONTÓYA, M. D.  
Harvard University-Boston

---

## REVISTA CIENTÍFICA

I. El reactivo biológico de la sangre—II. Apendicitomania—III. El parásito del cáncer—IV. Albumosuria mielopática.

El encabezamiento de esta pequeña revista puede despertar algún interés entre mis colegas dados al estudio de la biología. El reactivo biológico de la sangre viene á demostrar una estrecha relación entre el hombre y las especies antropoides.

Sabemos que existe un principio general en biología, y es que la inyección de una substancia orgánica en el animal produce siempre en su sangre la formación de otra substancia antagonista de la primera. Así, por ejemplo, la inyección de sangre humana en la cavidad peritoneal del conejo produce en la sangre de éste una substancia del mismo género que las antitoxinas, las hemolisinas, etc., y, si mezclamos su suero con sangre humana diluída, se forma un precipitado; pero esto sucede solamente con sangre humana, y ligeramente con la sangre del mono. Si en vez de sangre humana se usa la sangre de caballo, el suero del conejo da precipitado con la sangre del caballo, y también con la del asno (estos dos animales tienen íntima relación biológica), pero no con sangre humana. Por lo tanto, si es cierto que existe una relación muy cercana entre el hombre y el mono, esta relación debe obedecer al principio general y ser demostrable de un modo análogo. Con este fin el Dr. Grünbaum, en su laboratorio bacteriológico, el más completo que he visto, procedió del modo siguiente : tenía cuatro conejos, y á cada uno de ellos inyectó cierta cantidad de sangre humana, de gorila, de orangután y de chimpancé, respectivamente. La prueba dio un doble resultado; el suero del conejo inyectado con sangre humana pudo ensayarse con la sangre de los antropoides ; á su vez, el suero de cada uno de los conejos inyectados con sangre antropeide, pudo ensayarse con sangre humana. Los dos experimentos fueron repetidos varias veces con toda claridad é idénticos resultados, en presencia de muchos médicos ilustrados y competentes. El suero del conejo inyectado con sangre humana determinó el precipitado con la sangre diluída del gorila, del orangután y del chimpancé.

Y, al contrario, el suero de cada uno de los conejos inyectados, con sangre de gorila, de orangután y de chimpancé, dio el precipitado con sangre humana diluida. No hubo diferencia alguna en todas estas varias combinaciones, que vienen á dar una prueba evidente de la relación muy cercana entre el hombre y los antropoides.

Estos ensayos son tan sencillos y requieren tan pocos elementos, que en nuestro pobre laboratorio de la Escuela de Medicina en Bogotá pueden hacerse sin dificultad alguna.

Obedece este fenómeno de la formación de las sustancias antagonistas á alguna ley biológica semejante en su extensión á la ley de la gravitación, pero hasta ahora nadie ha descifrado esa ley ni la ha formulado. El tiempo nos dará su significación.

---

## II-APENDICITOMANIA

La influencia americana en estos países es muy superior á lo que ellos mismos suponen, y en todo se sigue su ejemplo, cuando no sus órdenes y mandato.

Respecto á nuestra profesión, véase lo que pasa con una operación quirúrgica, que, podemos decir de tiempo reciente, la apendicitotomía. Los cirujanos americanos, Mc Buruey, Deaver y Shepherd, quienes han presentado cada uno una estadística de seiscientos casos de apendicitis, han dicho: "La operación debe practicarse tan pronto como se haya establecido el diagnóstico; consideramos el opio como la más nociva droga para esta enfermedad." A partir de este día, todos los cirujanos en Europa siguen el ejemplo; unas veces por llenar la indicación del caso, otras por condescender con los pacientes. En efecto, aquí en Inglaterra, el pueblo más conservador del mundo, donde no aceptan ni el sistema métrico decimal ni el termómetro centígrado, la operación cada día gana terreno, y más aún, después del éxito que obtuvieron los cirujanos de Londres al operar á Su Majestad el Rey Eduardo VII, en Junio último. Los pacientes se presentan en los Hospitales á pedir la operación apenas sienten dolores en la fosa ilíaca, y no se conforman con el solo tratamiento médico. En el Hospital general he visto varios casos que deseo anotar, por ser instructivos. El primero fue

el de un hombre que se presentó con los siguientes síntomas: dolor en la región de Mc Buruey, tensión abdominal, escalofríos, etc. El Dr. Banks ordenó un purgante, aceite de castor, fomentaciones muy calientes, dieta y reposo. Este individuo mejoró; pocos días después regresó al servicio y dijo al cirujano que, en el temor de un nuevo ataque, venía á solicitar la operación, é insistió de tal manera, que ella fue ejecutada. El apéndice estaba perfectamente sano. Debajo del ciego existía una adherencia membranosa, que nos dio la clave de su primer ataque. Otro caso fue el de un joven que también solicitó la operación, por haber tenido ligeros dolores en la región ilíaca, la noche anterior; dijo haber estudiado medicina y estar seguro de la necesidad de una intervención quirúrgica. También fue operado, y encontramos el apéndice igualmente sano. Es posible que una ligera tiflitis hubiera sido la causa de los dolores que tuvo.

Estos casos nos dicen claramente que la indicación americana no es tan rigurosa, y que en algunos casos todos los síntomas de una apendicitis pueden desaparecer con un simple tratamiento médico, así: colodión belladonado en toda la parte adolorida, fomentaciones repetidas y muy calientes, laxativos antisépticos, dieta y quietud; si después de 24 horas la situación no mejora, debe operarse sin demora.

En cuanto al procedimiento, me permito algunas indicaciones. La mejor incisión en los casos ordinarios es inmediatamente hacia fuera del músculo recto, dividiendo todos los tejidos en la misma línea. Debe hacerse poco grande al principio, no sabiendo en qué dirección se encuentre el apéndice hasta después de introducir un dedo. Generalmente es necesario continuar la incisión hacia abajo de la línea de Mc Buruey. Al cerrar esta herida deben emplearse suturas con hilos animales antisépticos, que pasen al través de todas las capas al mismo tiempo, atarlas y dejarlas por un mes. De esta manera se evitan las hernias.

La complicación más común es el encontrar algún foco. En este caso es preciso dejar un pedazo de gasa yodoformada, que saliendo por la herida previene la infección peritoneal. Esta gasa debe quitarse á las 48 horas. El paciente tomará únicamente caldo ligero por 3 días. Al 7.º se le pondrá una enema, y después tomará una onza de aceite de castor, si es

necesario. No debe permitirse al paciente dejar la cama antes de 30 días. La mortalidad es hoy de 2 por 100.

Antes de dejar este asunto, me ocurre una curiosidad, que, sin duda, le habrá ocurrido á todos los cirujanos. ¿Por qué razón somos nosotros los únicos desgraciados poseedores de este inútil y peligroso apéndice? ¿Cuál es la razón de la falta de armonía entre nuestro aparato gastrointestinal y el medio en que vivimos? Existe alguna razón apreciable para creer que nuestros órganos digestivos difieren de los de nuestros remotos antecesores, quienes cenaban con carne de mastodonte hace unos 50,000 años.

Es fácil recordar algunos hechos de anatomía comparada, que nos indican que el apéndice vermiforme establece una larga cadena en nuestra descendencia animal. No tengo los conocimientos necesarios para entrar de lleno en esta interesante cuestión, y debo conformarme con una ligera revista de la evolución del tubo intestinal en los vertebrados.

En los *pescados*, el intestino es recto, y aunque puede dividirse en grande y en pequeño, esta división es en su mayor parte arbitraria.

En los *reptiles*, el intestino ancho está bien marcado, pero es corto y recto, sin ninguna porción ciega en su principio.

En las *aves*, el canal está dividido en ancho y pequeño, y entre estas dos partes existen generalmente dos ciegos opuestos el uno al otro. Estos varían en longitud según la naturaleza de la alimentación; son cortos en las aves que viven de pescados, y largos en las que se alimentan de vegetales (algunas tienen un ciego de 80 centímetros de longitud). El intestino ancho es, en lo general, tan largo como la décima parte de la longitud de su cuerpo, y se continúa rectamente del ciego á la cloaca.

En los *mamíferos* existe invariablemente un ciego que parece funcionar como un segundo estómago.

En los *herbívoros*, aunque el estómago es ancho y complicado, la porción destinada á la secreción del jugo gástrico es comparativamente pequeña, y el ciego siempre de un tamaño enorme.

En los *carnívoros* se encuentra un estómago amplio que

*Especifíquese bien*

# VICHY-CELESTINS

*ENFERMEDADES de los RIÑONES y de la VEJIGA  
GOTA, DIABETES*

# VICHY-GRANDE-GRILLE

*ENFERMEDADES del HÍGADO y del APARATO BILIARIO*

# VICHY-HÔPITAL

*ENFERMEDADES del ESTÓMAGO y del INTESTINO*

Desconfíese de las Falsificaciones.

*Las solas verdaderas Pastillas de Vichy son las*

# PASTILLAS VICHY-ESTADO

Las solas fabricadas con las Sales realmente extraídas de las Aguas de Vichy de los Manantiales del Estado, en los laboratorios de la Compañía arrendataria vendidas en cajas metálicas selladas:

5 francos, 2 francos, 1 franco.

# SAL VICHY-ESTADO

para preparar el Agua digestiva artificial

La caja 25 paquetes.. 2 fr. 50 | La caja 50 paquetes. . . 5 fr.

(Un paquete para un litro de agua).

Exijir Sal Vichy-Estado

# COMPRESIMIDOS VICHY-ESTADO

preparados con las Sales Vichy-Estado

Precio : el frasco de 100 comprimidos 2 francos.

**ÓVULOS CHAUMEL**

TRATAMIENTOS VAGINALES  
**ÓVULOS CHAUMEL**  
 GLICERINA SOLIDIFICADA  
 CON CUALQUIER MEDICAMENTO

NINOS  
 SUPOSITORIOS  
 CHAUMEL

ADULTOS  
 SUPOSITORIOS  
 CHAUMEL

LÁPICES Y BUJÍAS CHAUMEL

**SUPOSITORIOS CHAUMEL**

**CÁPSULAS RAQUIN**

de Copaibato de Sosa  
**EL ANTIBLENORRÁGICO**  
*más eficaz*

en todos los períodos de la enfermedad.

*Ausencia de eructos ó de náuseas;  
 tolerancia perfecta de las vias digestivas.*

Dosis : **3 á 12** Cápsulas al día.

Exijanse la Firma de *Haquin*  
 y el Sello de la "UNION des FABRICANTS".



FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faub<sup>s</sup> S<sup>t</sup>-Denis, Paris.

**EL VEJIGANTE MÁS EFICAZ**

El único empleado en los Hospitales militares

**VEJIGATORIO DE ALBESPEYRES**

Para evitar las imitaciones, se debe prescribir :  
**VEJIGATORIO DE ALBESPEYRES**  
 y exigir la FIRMA DE ALBESPEYRES  
 en cada cuadrado de 5 centímetros.

*Albespeyres*

FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faub<sup>s</sup> S<sup>t</sup>-Denis, PARIS.

secreta jugo gástrico, y el ciego es mucho más pequeño que en los herbívoros.

En los *antropoides* inferiores el ciego es corto, ancho y de una forma cónica con su extremidad delgada y prolongada. En las especies superiores, el chimpancé y el orangután, el ciego es corto, en forma de saco, como el apéndice vermiforme, y representa de esta manera un ciego casi completamente cerrado.

Por otra parte, Mr. Bland Suttan, director por muchos años de los Jardines Zoológicos de Londres, dice: "nunca he visto en los llamados animales inferiores nada que pueda parecerse á una apendicitis."

Si los animales inferiores no sufren de apendicitis, la explicación puede encontrarse en el hecho de que en ellos este apéndice tiene funciones fisiológicas definidas; ó que ellos, no teniendo un paladar educado, tienen mayor discreción que nosotros, para elegir su alimento. No hay duda de que la apendicitis es más común entre las naciones que varían su comida.

C. E. PUTNAM.

(Continuará)

—••—  
F O R M U L A S

*Gargarismo contra la fetidez de la boca*—Timol, 5 centigramos; bórax, 1 gramo; alcohol, 2 gramos; agua destilada, 1,000 gramos.

*Jabón líquido para la limpia*—Jabón blanco, 1 kilo; jabón negro, 1 kilo; aceite, 1 kilo; agua, 50 litros; naftol, 25 gramos; esencia de limón C. S., para perfumar; disuélvase el jabón en el agua y el aceite durante 48 horas por lo menos, agréguese después el naftol y fíltrese—(Terrier).

*Escamadura de la lengua*—Clorhidrato de cocaína, 5 centigramos; bálsamo peruviano y ácido bórico a. a., 1 gramo; vaselina, 40 gramos; para unciones dos veces por día—(Besnier, La Odontología).

*Píldoras contra la constipación espasmódica*—Extracto de belladona, 1 centigramo; polvo de belladona, 1 centigramo; valerianato de zinc, 4 centigramos; para una píldora. Dos por la noche al acostarse—(A. Mazeran).

## BIBLIOGRAFÍA

---

*Formulaire des médicaments nouveaux pour 1903*, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le Dr. Huchard, médecin des hôpitaux. 15<sup>e</sup> édition. 1 vol.—in 18 de 322 pages, cart.: 3 fr. (Librairie J.—B. Baillièrre et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Durante el año de 1902 han nacido gran número de medicamentos nuevos: el *Formulaire* de Bacquillon-Limousin registra las novedades cuando se van presentando.

La edición de 1903 contiene gran número de artículos sobre medicamentos recientemente introducidos en la terapéutica, que todavía no han ocupado su puesto en ningún otro formulario, ni aun en los más recientes.

Citamos en particular: Adrenaline, Anesthésine, Arrhénal, Chiéline, Cuprol, Cymol, Dermosapol, Eosolate de calcium, Eprosiné, Enguforme, Gazu-Basu, Glycéro-Arséniate de chaux, Glycosal, Histogénol, Hipnopyrine, Iodophène, Lactanine, Lactate de mercure, Lécithine, Naphtalan, Purgatine, Rétinol, Rheumatine, Saloquinine, Sanatol, Ulmarène, Valyl, Vioforme, etc.

Además, hay capítulos sobre los medicamentos importantes de los últimos años, como: Airol, Benzacétine, Cacydylate de soude, Caféine, Chloralose, Formol, Glycérophosphate, Ichtyol, Pipérazine, Résorcine, Salophène, Trioual, Crotropine, Vanadate de soude.

El *Formulaire Bacquillon-Limousin* está ordenado con método riguroso. Cada artículo está dividido en partes tituladas: Sinonimia, Descripción, Composición, Propiedades terapéuticas, Modo de emplearlo y dosis. De este modo tiene el práctico seguridad de encontrar el dato que necesite.

---

## PERSONAL

---

El Dr. *Juan David Herrera* ha trasladado su domicilio y su consultorio á la casa número 356 de la calle 12.

El Dr. *Abraham Aparicio* ha dejado de ser Alcalde de esta ciudad.

El Dr. *Gabriel Camero* ha seguido para el campo en busca de aires puros que aceleren la convalecencia de la larga enfermedad que ha padecido.

El Dr. *Luis J. Uricoechea*, después de haber residido por muchos años en Cali, se ha visto forzado á abandonarla, y ha venido á esta ciudad acompañado de su señora esposa, con ánimo de dedicarse aquí al ejercicio de la medicina y la cirugía.

El Dr. *Miguel Calle*, de Medellín, se encuentra transitoriamente aquí.

El Dr. *Ricardo Azuero* ha seguido para la costa atlántica, donde piensa fijar su residencia.

El Dr. *José Manuel Arango* se casó en Abejorral el 8 de Febrero próximo pasado, y perdió á su señora madre, que murió el 11 del mismo mes.

El Dr. *Julio Vanegas* se casó en Maracaibo con la Srita. Ana Luisa Tinedo.

El Dr. *Juan de Jesús Perdomo* ha llegado á esta ciudad, procedente de Neiva.

El Dr. *Jesús M. Pulecio* y su señora esposa han llegado aquí después de una residencia de varios años en el Guamo.

En los últimos tres años han muerto los siguientes médicos, de cuyo fallecimiento no se había dado cuenta: Dres. Daniel Quijano W., Aristides Lórez y Rafael Paredes, en Cali; Dr. Benjamín Núñez, en Esmeraldas (Ecuador); Dr. Adán Rodríguez, en Pereira; Dr. Pedro A. Facio Lince, en Sonsón; Dr. Julio M. Restrepo, de Yarumal, y Dr. José M. Alvarez R., del Gigante; Ignacio Osorio L. y Ricardo M. Arenas, de Facatativá; Samuel Fajardo, de Zipaquirá; Germán Vargas, del Socorro; Moisés Matéus, de Vélez, y Francisco Matéus M., de Chiquinquirá.

## CUADRO de la mortalidad en Bogotá en Febrero de 1903

ENFERMEDADES					TOTALES	LA CATEDRAL	LAS NIEVES	LAS CRUCES	LAS AGUAS	SAN VICTORINO	SAN PABLO	SANTA BÁRBARA	EGIPTO	CHAPINERO	HOSPITAL DE CARIDAD	HOSPITAL MILITAR	ASILOS	PANÓPTICO	HOSPICIO	LA MERCED
	HOMBRES	MUJERES	NIÑOS	NIÑAS																
Tifo .....	10	2			12			2	1		1				2	3				3
Fiebre tifoidea .....	5	11	1	1	18		3								2	11	2			
Erisipela .....	1				1										1					
Viruela .....	4		1		5										5					
Gripe .....	2		1	1	4		2		1	1										
Paludismo .....	6	1	1	1	9			1		1				1	5	1				1
Tuberculosis .....	12	7	2		21			1		2				4	1	1	9	2		1
Cáncer .....	1	2			3		1				1						1			
Atrepsia .....	1	3	3	3	10		1		3			3			2		1			
Miseria fisiológica ..	2	1			3					1					2					
Sífilis .....		1		2	3		2						1		2					
Septicemia .....		2			2										2					
Uremia .....	1	1			2	1			1											
Alcoholismo .....	3	1			4	1			1						2					
Gangrena .....	2	1			3	1									2					
Insuficiencia mitral ..		4			4		1		1						1					1
Afección cardíaca ...	6	9	1		16	1	5	1	1	1		3	1	1	2					
Arterio-esclerosis ...		2			2								1		1					
Angina .....			1		1					1										
Bronconeumonía .....	7	10	2	7	26		3	3	2	3	1	1	2	1	7	3				
Neumonía .....	19	18	3	2	42	1	12	8	3			4	1		10	3				
Congestión pulmonar ..	2	2			4				2	1			1							
Pleurresía .....	2				2					1						1				
Bronquitis .....			4	1	5				2	1	1				1					
Extranguelación intestinal .....		2			2										2					
Gastro-enteritis .....	2	4	11	13	30	1	6	1	2	2		2	5	2	8					1
Disentería .....	11	6	3	4	24		4		2	1		3	1	1	4	3	2			1
Peritonitis .....	1				1										1					
Hepatitis .....	4	3			7		1	1				2		1	2					
Hemorragia cerebral ..	3	3			6		1			1	1				1		2			
Meningitis .....	1		3	1	5			1		1		2			1					
Nefritis .....	1	6	1		8		1	1							1	5				
Asfixia .....				2	2										2					
Parto prematuro .....			1	2	3				1	1		1								
Nacidos muertos .....			9	3	12		1	1	1	1		5		1	2					
Heridas .....	1				1								1							
Totales .....	110	102	46	45	303	4	47	17	26	20	4	31	16	11	93	19	5		2	8

Bogotá, Febrero 28 de 1903.

R. SANMARTÍN.

# PILDORAS DE BLANCARD

DE YODURO DE HIERRO INALTERABLE

NEW-YORK



Mention honorable 1853

Aprobadas por la Academia de Medicina de Paris, incluidas en el Formulario farmacéutico oficial francés, autorizadas por el Consejo de Medicina de San-Petersburgo, etc.

PARIS



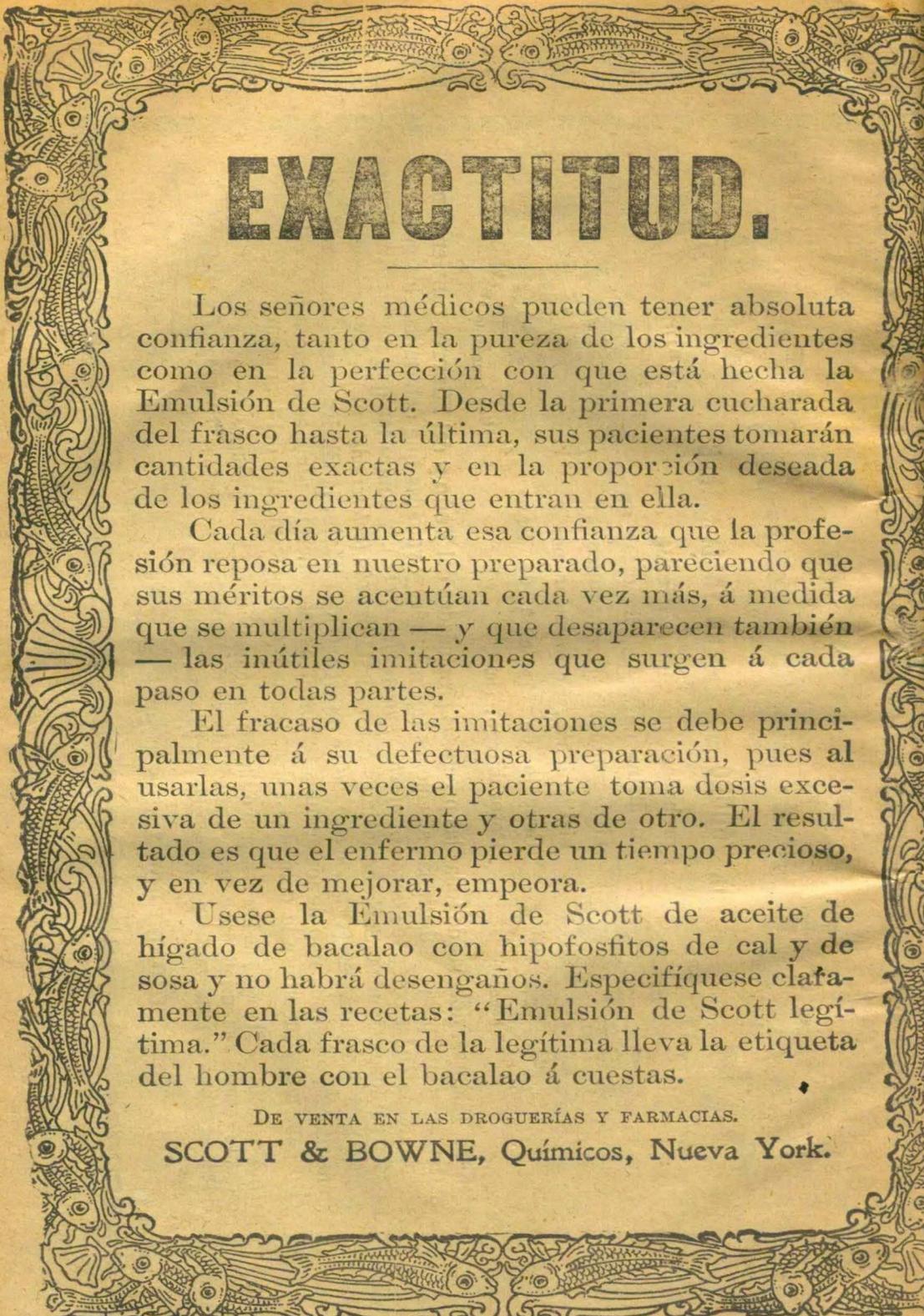
Mention honorable 1855

Estas Pildoras, dotadas de todas las preciosas propiedades del **Yodo** y del **Hierro**, convienen muy particularmente para combatir las afecciones tan múltiples y variadas que determinan los gérmenes escrofulosos (tales como los *tumores*, *infartos*, *humores frios*, etc.), y contra las que resultan ineficaces los ferruginosos simples. Son eficacísimas contra la **Clorosis** (*colores pálidos*), la **Leucorrea** (*flujos blancos*), la **Amenorrea** (*menstruacion nula ó insuficiente*), la **Tisis**, la **Sifilis constitucional**, etc. Constituyen, en suma, uno de los agentes terapéuticos mas enérgicos que se conocen para estimular el organismo y modificar la debilidad, el linfatismo y el apocamiento del temperamento.

**ADVERTENCIA.** — El yoduro de hierro impuro ó alterado es un medicamento infiel é irritante. Como garantía de pureza y de autenticidad de las legítimas **Pildoras de Blancard**, se debe exigir siempre el sello de la casa de plata reactiva y la firma, cuyo facsímile es adjunto, puesta al pié de una etiqueta verue.

**CUIDADO CON LAS FALSIFICACIONES**

PHARMACIEN A PARIS  
RUE BONAPARTE, 40.



# EXACTITUD.

Los señores médicos pueden tener absoluta confianza, tanto en la pureza de los ingredientes como en la perfección con que está hecha la Emulsión de Scott. Desde la primera cucharada del frasco hasta la última, sus pacientes tomarán cantidades exactas y en la proporción deseada de los ingredientes que entran en ella.

Cada día aumenta esa confianza que la profesión reposa en nuestro preparado, pareciendo que sus méritos se acentúan cada vez más, á medida que se multiplican — y que desaparecen también — las inútiles imitaciones que surgen á cada paso en todas partes.

El fracaso de las imitaciones se debe principalmente á su defectuosa preparación, pues al usarlas, unas veces el paciente toma dosis excesiva de un ingrediente y otras de otro. El resultado es que el enfermo pierde un tiempo precioso, y en vez de mejorar, empeora.

Usese la Emulsión de Scott de aceite de hígado de bacalao con hipofosfitos de cal y de sosa y no habrá desengaños. Especifíquese claramente en las recetas: "Emulsión de Scott legítima." Cada frasco de la legítima lleva la etiqueta del hombre con el bacalao á cuestas.

DE VENTA EN LAS DROGUERÍAS Y FARMACIAS.

SCOTT & BOWNE, Químicos, Nueva York.