

# Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Redactores: 1º, Dr. Abraham Aparicio.—2º, Dr. Carlos Michelsen U.

SUMARIO: Proposición acordada por la Academia Nacional de Medicina, sobre publicaciones en la REVISTA MÉDICA.—El doctor Antonio Pantoja.—Proposición de la Academia Nacional de Medicina, sobre honores al doctor Antonio Pantoja.—Aneurisma de la axilar.—Higiene.—Kelotomía para hernia inguinal derecha.—Informe de la comisión que estudió el trabajo anterior.—Parto rápido.—Salpingo-ovariotomía izquierda por laparotomía.—Informe de la comisión que estudió los dos trabajos anteriores.—Actas de la Academia Nacional de Medicina.

## PROPOSICION

ACORDADA POR LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA,  
SOBRE PUBLICACIONES EN LA "REVISTA MEDICA"

*Academia Nacional de Medicina.—Secretaría.—Número 20.—Bogotá, 1.º de Abril de 1892.*

Señores Redactores de la REVISTA MÉDICA.—En la ciudad.

Tengo el honor de comunicar á ustedes la siguiente proposición, que la Academia aprobó por unanimidad de votos en su última sesión.

“ La Academia ordena á los señores Redactores de la REVISTA MÉDICA que, como procedimiento general, supriman de todo escrito que haya de publicarse en la REVISTA todo aquello que, no siendo razonamiento ó interpretación encaminados á aclarar ó discutir algún punto científico, pueda estimarse como ofensivo y ocasionado á llevar la cuestión que se debata, del terreno científico al de las personales recriminaciones.”

Soy de los señores Redactores muy atento servidor,

PABLO GARCÍA MEDINA.

## EL DOCTOR ANTONIO PANTOJA

La REVISTA MÉDICA registra hoy la muerte del distinguido médico con cuyo nombre encabezamos estas líneas, como verdadera desgracia de la familia médica nacional.

El doctor PANTOJA ha muerto en Barranquilla, en donde

vivía y ejercía su profesión con el prestigio que pronto le dieron sus vastos conocimientos científicos, su clara inteligencia y sus simpáticas cualidades de carácter y de educación.

PANTOJA se hizo notable desde que comenzó sus estudios, y no tememos ofender á ninguno de sus discípulos diciendo que en la Escuela de Medicina fue el alumno más brillante de su época. En el ejercicio de su profesión pronto demostró que merecía bien la fama que le habían dado sus maestros y discípulos, y no tardó en figurar en primera línea entre sus colegas de Barranquilla, la mayor parte tan distinguidos como él, y de quienes mereció siempre respeto, consideraciones y cariño.

El nombre de PANTOJA no es desconocido en la prensa científica del país, pues publicó varios trabajos importantes sobre asuntos de higiene y de medicina nacional. Actualmente la Academia Nacional de Medicina se ocupa en el estudio de un trabajo de él y del señor doctor Julio A. Vengoechea, sobre una operación quirúrgica que ellos practicaron con buen éxito en Barranquilla, y cuyo mérito se puede apreciar mejor viendo las bellas piezas anatómicas con que acompañaron su trabajo.

A la familia del doctor PANTOJA enviamos nuestro sentido pésame, y á los jóvenes médicos recomendamos su memoria como ejemplo digno de imitarse.

Bogotá, Abril de 1892.

C. E.

### PROPOSICION

DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, SOBRE HONORES AL  
DOCTOR ANTONIO PANTOJA

*Academia Nacional de Medicina.—Secretaría.—Número 22.—Bogotá, Abril 21: 1892.*

Señor Redactor de la REVISTA MEDICA.

En su sesión de ayer la Academia aprobó, por unanimidad, la siguiente proposición, que tengo el honor de transcribir á usted para que se sirva publicarla en la REVISTA:

“ La Academia Nacional de Medicina lamenta la muerte del joven y distinguido médico señor doctor ANTONIO PANTOJA, ocurrida recientemente en Barranquilla, y la registra con pena en el acta de este día como un homenaje á su virtud, á su ciencia y á su talento.

“Copia de esta proposición será enviada á la familia del señor doctor PANTOJA.”

Soy del señor Redactor atento seguro servidor,

PABLO GARCÍA MEDINA.

### ANEURISMA DE LA AXILAR

CURACIÓN POR MEDIO DE LA LIGADURA DE LA SUBCLAVIA,

POR LOS DOCTORES A. APARICIO, HELIODORO OSPINA L. G. Y J. DAVID HERRERA

El señor A. Murcia, militar en servicio, recibió en Barranquilla el día 6 de Mayo de 1891 una herida causada por el proyectil de un revólver. El proyectil penetró en la región infraclavicular derecha, por el segundo espacio intercostal, á dos centímetros de distancia del borde del esternón. En dirección oblicua de abajo á arriba, de dentro á afuera y de adelante hacia atrás, atravesó la región indicada y salió por la parte externa de la fosa infraespinosa del mismo lado derecho. Murcia fue herido en el momento mismo en que tenía levantado el brazo en actitud de descargarlo sobre el individuo que disparaba el arma, y fue tan instantáneo el efecto de la herida, que el brazo se desplomó en el acto perdiendo toda su fuerza y movimiento.

La hemorragia que hubo no fue arterial; calmó con aplicaciones de hielo, y la herida cicatrizó sin dificultades ni tardanza, mediante curaciones antisépticas. Refiere el señor Murcia que durante todo este tiempo de cicatrización de su herida sentía en el brazo dolores vagos y adormecimiento. Noto luégo que en la parte anterior de la región axilar apareció un tumor blando que poco á poco iba aumentando de volumen.

Dos meses después de este acontecimiento Murcia emprendió viaje á esta ciudad, y el día 14 de Octubre entró al Hospital Militar.

Es Murcia hombre de regular estatura, de buena constitución, robusto y sano. Se manifiesta en él la influencia del clima cálido en donde ha permanecido, y las alteraciones consiguientes al debilitamiento ocasionado por los sufrimientos de su herida. El brazo derecho, doblado y recogido por un pañuelo

pendiente del cuello, deja comprender *à priori* las alteraciones en su motilidad. En efecto, no puede moverlo y asegura que así ha permanecido desde el momento mismo en que fue herido. Hacia la parte externa de la región infraclavicular derecha se nota un tumor grande, como una naranja, duro é indoloro, que sobresale también en el hueco axilar. La piel que lo cubre es lisa, y en sus contornos se dibujan varias venas. Al comprimir este tumor de adelante hacia atrás, se nota que disminuye de volumen en la región anterior y aumenta en la posterior y externa, es decir, en el hueco axilar. La mano que lo comprime percibe entonces movimientos de expansión y retracción, isócronos con las pulsaciones cardíacas. Se oye en él, por medio de la auscultación, un ruido de soplo, isócrono también con el sístole cardíaco. No era, pues, difícil reconocer en dicho tumor un aneurisma formado en la arteria axilar. Volviendo ahora á considerar la situación del brazo, se ve que no solamente la motilidad la ha perdido en toda su extensión, sino que las articulaciones del codo, del puño y de la mano se hallan también inmóviles y aun pudiera decirse anquilosadas. Para hacer menos sensibles los dolores que siente en todo el brazo, lo mantiene separado del tórax por medio de una almohadilla, y así se advierte, desde luego, que este brazo ha venido á ser para Murcia un estorbo y una carga de la cual quiere deshacerse cuanto antes. Por lo demás, el brazo conserva su temperatura normal; la presión despierta en él agudos dolores cuando se hace sobre el trayecto de los nervios; manifiesta algunas lesiones tróficas, poco notables en los músculos del brazo, más en los del antebrazo y mucho más en los de la mano. En esta región han desaparecido las eminencias tenar é hipotenar y todos los músculos interoseos.

Tál era la situación de Murcia el día en que entró al Hospital Militar. Allí tomó cama en el servicio que está á cargo del doctor A. Aparicio.

Practicar la ligadura de la arteria subclavia era desde luego el tratamiento que llenaba mejores indicaciones en el presente caso, y era también lo único que podía hacerse antes de pensar en la desarticulación ó amputación del brazo. El éxito que se alcanzara con la ligadura no aseguraba tampoco mayores ventajas en lo que respecta á la motilidad del

brazo, puesto que ésta se perdió, ó mejor dicho, fue destruída por las lesiones que el proyectil determinó al pasar por entre las ramas nerviosas que forman el plejo braquial. Era de temerse, además, que interrumpida repentinamente, por medio de la ligadura, la gruesa circulación del brazo, éste viniera á sufrir las consecuencias de una gangrena que reclamaría luégo una pronta amputación.

A Murcia se le hicieron saber todos los riesgos y peligros que corría al sujetarse á la operación de la ligadura, y todos los afrontó con valerosa resolución.

El día 12 de Diciembre procedimos, pues, á practicar la operación.

Se hizo la ligadura en el límite de la arteria subclavia con la axilar, debajo de la clavícula, en la parte más interna y superior del triángulo ó espacio clavi-pectoral.

En la operación se logró evitar la sección de la vena cefálica, que cruza la dirección de la arteria axilar para desembocar en la vena del mismo nombre. Malgaigne, á propósito de esto, dice en su *Médecine Opératoire* :

“También es necesario esforzarse en evitar la vena cefálica, ya al hacer la incisión del músculo pectoral, cuyo borde externo limita, ya al deslizar la sonda acanalada bajo la arteria que cruza para arrojarse en la vena axilar. Dupuytren no pudo evitarla, y yo mismo me he visto obligado á cortarla entre dos ligaduras.”

Para encontrar la arteria en la región clavi-pectoral, hay otra dificultad que puede dar lugar á un gravísimo error, y que por lo mismo queremos hacer notar en esta historia. Afirman todos los autores de Anatomía topográfica que, procediendo en esta región de afuera hacia adentro, se encuentra primero el grueso tronco de la vena axilar, después el grueso tronco de la arteria del mismo nombre, y finalmente los gruesos troncos nerviosos que constituyen el plejo braquial; y que, por consiguiente, basta levantar la vena con un gancho para hallar inmediatamente después la arteria, la cual, levantada sobre una sonda ó estilete obtuso, se puede con seguridad ligar. Esto no es enteramente exacto, pues en el caso de que hablamos la arteria estaba colocada detrás de los gruesos troncos nerviosos del plejo braquial. De tal manera que si nosotros, siguiendo al pie de la letra lo que dicen los textos, hubiésemos ligado el grueso tronco que estaba colocado inmediatamente después de

la vena axilar, habríamos incurrido en el gravísimo error de ligar un tronco nervioso en vez del ramo arterial que buscábamos.

En esta región, y á la altura indicada, la arteria axilar está profundamente colocada y envuelta por los troncos nerviosos del plejo braquial; dos ó más de los cuales, bastante gruesos, pasan por delante de la arteria. Así pues, además de la separación de la vena axilar hacia abajo y hacia adentro, hay que separar también hacia arriba y hacia afuera los troncos nerviosos del plejo braquial, para caer sobre la arteria y ligarla sin incurrir en algún error.

Con esta ligadura se ciegan todas las ramas de la arteria axilar, pero como quedan hábiles todas las de la subclavia, las cuales se extienden demasiado lejos y llevan la sangre arterial hasta sus anastomosis con las ramas de la axilar, de esta manera se restablece la circulación en todo el brazo, y así se explica por qué la gangrena no ocurre como consecuencia necesaria de la ligadura de la subclavia en su tercio externo. La difusión de la sangre roja en el miembro superior, una vez ligada la arteria en este punto, pronto se verifica, especialmente por intermedio de las cuatro ramas posteriores de la subclavia que forman una cadena vascular que se continúa hacia abajo con la escapular inferior, rama de la axilar. Las dos intercostales superiores, ramas de la subclavia, establecen por sus divisiones intercostales otra cadena vascular que se termina por anastomosis con la acromio-torácica, rama de la axilar. Ligada, pues, la subclavia en su terminación, ó, lo que es lo mismo, la axilar en su origen, quedan dos corrientes colaterales de sangre roja, capaces de restablecer la circulación en el miembro superior: una corriente posterior representada por las escapulares que unen hacia atrás la subclavia y la axilar, y otra corriente anterior representada por las intercostales superiores y la acromio-torácica que las une hacia adelante.

Todas estas consideraciones anatómicas obraron en nuestro ánimo para esperar que en el presente caso no sobrevendría la gangrena del brazo como consecuencia precisa de la ligadura.

Al terminar la operación vimos que al interrumpirse la circulación arterial, es decir, al apretar el nudo formado sobre el hilo de *catgut* que rodeaba la arteria, la sangre que de recha-

zo volvía sobre los pulmones y el corazón, determinó tales fenómenos de sufocación, que á pesar del profundo sueño clorofórmico en que se hallaba el paciente, lo obligaron á toser y á moverse en diferentes direcciones. En el mismo momento cesaron también los latidos del saco aneurismático. Nuestra labor de hora y media de trabajo estaba, pues, concluída. Y por demás estará decir que los cuidados de asepsia y de antisepsia, que son hoy de rigor en toda intervención quirúrgica, fueron en ésta cuidadosamente atendidos.

Sigamos ahora al paciente en las consecuencias de la operación.

En los dos primeros días tuvo un vómito tenaz, debido sin duda á la acción del cloroformo. La temperatura subió á  $39\frac{1}{2}^{\circ}$ , y tuvo también muy fuertes dolores en el brazo y en la región operada.

Cuatro días después aparecieron placas erisipelatosas, limitadas primero á los bordes de la herida, y extendidas luégo sobre el tumor aneurismático, el brazo, el antebrazo y la mano. Agitación, inquietud, fuertes dolores y temperatura que bajaba muy poco de  $40^{\circ}$ , constituyeron, durante los ocho días siguientes á la operación, los síntomas más notables que se observaron como consecuencia inmediata de ella.

Los bordes de la herida se esfacelaron, cayeron las suturas y la herida se abrió anchamente. Toda la región pectoral derecha parecía amenazada de inminente gangrena; pero poco á poco el endurecimiento y la pastosidad de los tejidos fue disminuyendo y se estableció franca y abundante supuración; y seis días después, es decir, el décimocuarto de la operación, tanto el estado local de la herida como el general del paciente, auguraban un feliz resultado. El tumor aneurismal se inflamó también y se supuró.

La erisipela del brazo tomó luégo una forma flegmonosa, se abrieron cinco focos purulentos, y esta complicación volvió á empeorar el estado general del paciente.

Sulfato de quinina en dosis elevadas, ácido salicílico y salicilato de soda, alcohol y quina constituyeron la base del tratamiento interno; y el yodoformo, los ácidos fénico y bórico la de las curaciones externas.

Es digno de notarse que mediante el uso de estos podero-

Los antisépticos no llegó á percibirse en la herida el más pequeño mal olor. Ni aun en los momentos en que la gangrena destruía los bordes de la herida, y el edema, la pastosidad y coloración amoratada de los tejidos hacían temer que ella se extendiera por toda la región pectoral derecha, ni aun entonces, repetimos, se llegó á notar el más pequeño mal olor.

Durante cuarenta días la temperatura se mantuvo entre 38° y 40°; la agitación, la inquietud y el delirio no faltaron durante el mismo tiempo. En dos ocasiones hubo abundante hemorragia en la herida, debida á los esfuerzos que hacía el enfermo para toser, y á que con frecuencia trataba de desgarrar y de quitarse las curaciones y vendajes que mantenía sobre la herida.

Notóse que la supresión del yodoformo, que al principio aplicámos en grandes cantidades para las curaciones, hizo disminuir la agitación y el delirio.

Por último, la cicatrización de la herida y la de las aberturas de los focos purulentos del brazo y antebrazo se terminaron por completo, y al par de este trabajo Murcia fue recuperando lentamente su salud y sus fuerzas. Cerca de cincuenta días se emplearon en conseguir lo uno y lo otro.

Como resultado de la operación, se obtuvo la curación perfecta y completa del aneurisma, la desaparición de los dolores que antes eran fuertes y continuos, y la mayor movilidad del brazo.

Para concluir séanos permitido dejar constancia en este escrito de que los Practicantes del Hospital Militar, señores José Lloreda, Jorge E. Ponce y Bernardino Vargas, contribuyeron poderosamente con su inteligente ayuda y su cuidadosa vigilancia, á la consecución del buen éxito alcanzado.

Bogotá, Marzo: 1892.

---

## HIGIENE

### POLICÍA BROMATOLÓGICA.—LAS CARNES

(Continuación).

En el quinto orden de las aves reunimos gran diversidad de ellas, porque sus caracteres, aunque en apariencia desemejantes, tienen, sin embargo, rasgos anatómicos comunes. Por



esta razón los naturalistas han formado de todas estas aves el orden de las *Zancudas*.

En efecto, se encuentran entre ellas aves pequeñas, á la vez que las más grandes que se han visto, inclusive las conocidas en las épocas prehistóricas. Las hay pesadas y fornidas, y las hay también de esbeltas y ligeras formas; las unas tienen las patas cortas y trapudas, y las otras tan largas y delgadas, que parece no podrían soportar el peso de su cuerpo. El pico es en algunas tan largo, que pueden sacar su alimento del fondo de los pantanos sin sumergir la cabeza, mientras que en otras es proporcionado al tamaño de ésta. En unas el pico es grueso, cilíndrico ó aplanado, y suficientemente fuerte para dominar los esfuerzos de su presa, que á veces es un pescado de gran tamaño. En otras, el pico es pequeño, delgado y débil, suficiente sólo para su alimentación, que se compone de vegetales acuáticos tiernos. Unas tienen el plumaje compacto y bien nutrido; y otras lo tienen lacio; ya es abigarrado y ya de coloración uniforme y continua. Las alas son obtusas en algunas de estas aves, y en otras agudas, etc. etc.

A todas estas diferencias exteriores corresponden otras tantas en su manera de vivir, su reproducción, sus costumbres y alimentación. Los estudios de anatomía comparada nos dan, sin embargo, la razón por la cual se creó y se conserva aún el orden de las *Zancudas*. En efecto, el número de vértebras cervicales, que varía de trece á diez y ocho, les da la longitud y grandísima movilidad del cuello y por consiguiente de la cabeza. Las vértebras dorsales varían de siete á diez; las sacras, de trece á diez y siete, y de siete á nueve las coxigeas ó caudales. El esqueleto de los miembros posteriores, bastante desarrollado en algunas de estas aves, forma en ellas patas largas, desnudas hasta por encima de la articulación tibio-tarsiana, provistas de tres dedos dirigidos hacia adelante, ó de cuatro, de los cuales tres están colocados hacia adelante y uno hacia atrás. Estos dedos son libres ó unidos entre sí por membranas interdigitales.

En algunas de estas aves el esternón no tiene paletilla, y de aquí el poquísimo ó ningún desarrollo de sus alas.

En otras el esternón está muy desarrollado y su gran paletilla da un grandísimo punto de apoyo á los músculos potentes

de las alas. De aquí que estas aves sean de sostenido y muy alto vuelo, en el cual se hace notable que llevan las patas dirigidas hacia atrás para hacer contrapeso con ellas á la cabeza y al largo cuello.

En el canal digestivo se nota que la lengua es variable, corta y gruesa; el esófago ancho, y no tienen buche propiamente dicho, el cual está reemplazado por una dilatación á veces considerable; ventrículo subcenturiado pequeño; la molleja falta, y está reemplazada por un estómago musculo-membranoso dilatado; el intestino es largo. Todas estas particularidades se imponen de tal manera en las condiciones de vida de las *Zancudas*, que aquellas, por ejemplo, que no tienen paletilla y sus alas son, por consiguiente, rudimentarias, viven en los desiertos arenosos, y son muy buenas corredoras, porque para ello tienen la especial conformación de sus patas. Las grandes voladoras son aves de pantanos y riveras.

Las *Zancudas* son verdaderas cosmopolitas. Se las encuentra en todas partes del globo y se acomodan en cualquier punto; pero como su alimentación consta de yerbas acuáticas, moluscos y peces, no se pueden crear en domesticidad fácilmente. Muchas de estas aves tienen una carne digestible, aromática y sabrosa, y por esto las persiguen con ahinco como aves de caza. La desaparición de muchas especies de *Zancudas* debe atribuírse á esta causa. Se han encontrado huesos de estas aves enterrados en las profundidades arenosas de los terrenos cuaternarios, mezclados con sílices, armas y útiles de hombres; y el estado en que se han hallado muchos de esos huesos recogidos en Nueva Zelandia, indica que no hace mucho que fueron enterrados. No parece dudoso que los habitantes de este archipiélago conocieran vivos á estos animales. Además, junto con los huesos y las armas se han encontrado restos del carbón que probablemente les sirvió para cocinar las aves.

No pasaremos adelante sin indicar entre las aves *Zancudas* extinguidas los géneros *Dinornis* y *Epyornis*. Huesos de este último se han encontrado en Madagascar. Una de las especies de *Dinornis* se parece por su tamaño á la jirafa. Los huevos del *Epyornis* tienen nueve litros de capacidad; los jefes Malgaches los emplean para conservar sus bebidas.

El nuevo archipiélago dio también, por aquellos tiempos,

asilo y alimento á otros géneros de aves que han desaparecido: hablamos de los Aptornis pertenecientes al sub-orden de los *Macrodáctilos*, y los *Cnemiornis* y *Cereops*, de los *Lamelirrostrós*.

Todo esto parece que contribuye á demostrar que la Nueva Zelandia y las demás islas del mismo archipiélago no son sino desmembramientos de una antigua y grande extensión de tierra, que bien pudiera compararse con los actuales continentes, y que fue sumergida bajo las aguas del Océano en alguno de los cataclismos por que ha pasado nuestro globo en distintas épocas. La misma suposición parece que puede hacerse respecto de Madagascar y las islas que la cercan, si se estudia su fauna actual y se compara con la extinguida.

El primer sub-orden de las *Zancudas* lo forman las llamadas Brevipennes por la pequeñez de sus plumas remiges y retrices, y cuyos principales caracteres son: cabeza de regular tamaño sostenida por un cuello largo y delgado; pico algo corto, que lleva hacia su extremidad la abertura de las fosas nasales; tronco voluminoso; alas muy pequeñas; piernas largas; muslos fuertes y robustos; pies fuertes, con dos, tres ó cuatro dedos; plumas como descompuestas y lanosas. No tienen siringe; llevan en su lugar una bolsa membranosa que el ave puede, á voluntad, llenar de aire y vaciar, y que le sirve para la producción de los sonidos. Por la carencia de plumas retrices y remiges las Brevipennes no pueden volar, cosa que parece, más que extraña, inverosímil. El vulgo ignorante no puede explicarse este fenómeno, y cree que las aves de que hablamos tienen algo de fantástico ó de inacabado. En Kordofan se refiere, en una leyenda, que el avestruz, ave de este sub-orden, perdió la facultad de volar porque pretendió en alguna ocasión, llevado por su orgullo y altivez, remontarse hasta el sol, y que los abrasadores rayos del astro rey quemaron sus plumas y el ave cayó en tierra, golpeándose tan fuertemente, que aun hoy conserva en el pecho las huellas de su herida y pretensión. Otra historia, menos poética pero sí más antigua que la anterior, atribuye el origen del avestruz al cruzamiento del camello y del ave rey del desierto, animal fabuloso que se dice existió en algunos pueblos de la más remota antigüedad.

El avestruz es del continente africano, y no lo tenemos en

América; pero sí tenemos aquí el nandú, que habita las pampas entre la cordillera Andina y el Océano Atlántico. Es este un animal que tiene la parte superior de la cabeza y el cuello negros, lo mismo que la nuca, la parte anterior del pecho y la línea naso-ocular; el centro del cuello es amarillo; la garganta y mejillas, color gris de plomo claro; el lomo, los lados del pecho y las alas, de color ceniciento pardusco; la cara inferior del cuerpo, blanco sucio; el ojo, gris perla, y las patas, grises. Llevados por la importancia que puede tener la domesticación de esta ave, que para los americanos reemplaza al avestruz, nos permitimos extractar lo que sobre ella dice Bœcking, según sus personales observaciones:

“ El nandú, verdadera ave de las estepas, no se encuentra en las montañas, ni en las selvas vírgenes: abunda en las colinas y llanuras, visita los bosques de mirtos, algarrobos y palmeras, se le encuentra en las pampas donde haya yerba y en las orillas de los lagos salados. Cada macho vive con seis ó siete hembras, raras veces con más ó con menos, y defiende sus dominios. En otoño busca las orillas de las corrientes y los terrenos bajos cubiertos de espesura donde haya bayas, mirtos ó frutas; ó bien los bosques de cardos, planta introducida por los primeros colonos españoles y que hoy cubre grandísimas extensiones de terrenos. En invierno vive de preferencia en los sitios donde han pastado los rebaños, porque allí la yerba es más corta y delicada.

“ El nandú no le va en zaga á su congénere de Africa en la rapidez de su carrera; fatiga y aventaja en ello al mejor caballo, no tan sólo por la celeridad, sino también porque al correr hace los recortes más rápidos y sorprendentes; su paso puede abarcar hasta un metro y sesenta centímetros, y es tan veloz, que no se distinguen sus miembros. Se precipita fácilmente de las rocas, pero prefiere el terreno plano. No se le ha visto meter entre el agua, y se baña en arena como las gallinas. El nombre de nandú que han dado los indios á este animal es una onomatopeya del grito que lanza el macho durante el período del celo, con el cual llama á las hembras y reta á los otros machos. Los sentidos de este animal, excepto el del gusto, son bastante desarrollados; su inteligencia no es muy limitada. Cuando no se le molesta, se acerca al hombre y parece medio domesticado; sabe distinguir á quien lo persigue, y así huye del indio y del gaucho y nó del blanco, sobre todo cuando éste va sin perros. En la estación lluviosa el nandú come trébol é insectos, y manifiesta por las plantas alimenticias procedentes de Europa, tales como la alfalfa, las hortalizas, etc., marcadísima predilección. Se come también los cadillos espinosos que se prenden en las crines y lanas de los rebaños. Los gauchos aseguran que el nandú come también serpientes y otros reptiles, tragando al mismo tiempo cascajos y arenillas para facilitar la digestión. A

los dos años de edad es yá capaz para reproducirse: ejecuta entonces delante de las hembras carreras y danzas y ataca con furor á sus rivales. El macho prepara el nido, el cual consiste en una especie de cavidad formada en un lugar seco y seguro; la hembra pone allí de siete á veintitrés huevos, que son de un color amarillento opaco con puntitas amarillo-verdosas; por su exposición al sol estos huevos se decoloran rápidamente. El macho solo los calienta. Este animal es muy amante de su prole, á la cual defiende con furor. Bœcking cree que el nandú vive quince años. No tiene muchos enemigos entre los otros animales, aunque es perseguido por el mosquito y por un entozoario que se aloja bajo su piel y entre sus músculos.

“El nandú se caza de distintos modos: los gauchos lo persiguen de á caballo para enlazarlo, y en este ejercicio jinetes y caballos adquieren grande agilidad y destreza; los cogen con perros especiales, que son de raza formada del perro del pastor y el lebrél, y deben ser muy adiestrados para esta cacería, pues peligran cuando el nandú los ataca. La caza con arma de fuego, si bien es muy divertida, requiere mucha habilidad, porque el nandú no muere fácilmente.

“Estas aves se domestican sin gran dificultad, y van hasta el punto de acompañar á su amo por todas partes y soportar bien los rigores de los climas.

“El nandú, como el avestruz, da para la alimentación del hombre su carne y sus huevos, y para la industria sus plumas. Un solo huevo de nandú equivale á quince de gallina. Tienen el defecto de dañarse muy pronto, y también se los comen algunos insectos que los penetran por sus poros. Para condimentar estos huevos, los indios rompen una de sus puntas, sacan la clara—que no tiene gusto muy delicado—y echan dentro un poco de grasa, sal y pimienta, y lo ponen al fuego agitándolo con frecuencia. Cuarenta minutos se necesitan para que quede en el estado de dureza en que generalmente se usan los de gallina. Por lo demás, los huevos del nandú se prestan para todas las preparaciones culinarias.

“La carne de este animal es algo basta, pero los indios la comen con mucho gusto; los blancos prefieren, porque es mejor, la de los animales jóvenes.

“La grasa es muy abundante, fluída, aceitosa y se presta bien para todos los usos culinarios, pero se rancia muy pronto, y así no sirve ni aun para engrasar cueros.

“La piel es muy resistente. Los gauchos hacen con la del cuello bolsas y otros utensilios.

“Los tallos de las plumas son muy flexibles, sirven para ataderos, piezas de arneses y para tapices. Con las plumas más cortas hacen escobas, y las más largas sirven para adorno.

“Fácilmente se domestica el nandú, como antes vimos. Su carácter y su inteligencia le facilitan mucho sus relaciones con el hombre. En muchos puntos de Sur-América hay yá de estos animales, que, traídos pequeños á la domesticidad, se han habituado á ella de tal manera, que

andan libremente por los campos y vuelven por las tardes á la casa. Rección cogidos manifiestan gran desagrado y aun torpeza, pues se golpean contra las paredes."

Bœcking refiere que observó esto con cuatro que le regalaron, pero que al día siguiente principiaron á amansarse y á comer carne picada con que los alimentaba. Se domesticaron completamente, comían de todo, y fue tanta su voracidad por la carne, que tuvo necesidad de poner rejas en las despensas ó depósitos de provisiones, para protegerlas.

El nandú doméstico vive en perfecta armonía con las demás aves de corral. Se les ve echados asoleándose junto á los perros y otros animales; les agrada que los acaricien; y tienen, como el avestruz, inclinación á tragarse todo objeto brillante. Se habitúan á que les quiten los huevos á medida que los van poniendo.

(Continuad.)

### KELOTOMIA PARA HERNIA INGUINAL DERECHA

POR LOS DOCTORES LUIS M. CUERVO MÁRQUEZ Y ABEL ARA ÚJO

Santos Márquez, de Tasco, cincuenta años, constitución fuerte. Hace veinte años se le presentó una hernia inguinal derecha á consecuencia de una serie de esfuerzos, hernia que se reducía espontáneamente por la posición horizontal y que no lo había obligado á usar braguero.

El día 10 de Diciembre de 1890, al caminar, se presentó, como de ordinario, la hernia, pero á medida que caminaba se pronunciaba más y más, hasta que le fue imposible continuar la marcha. Se hizo conducir á esta localidad, en donde fue visto el día 12.

Hernia inguinal derecha que llena el escroto formando un tumor piriforme, de volumen considerable, muy doloroso á la presión y que da macicez completa por la percusión.

El enfermo no evacua desde el día 10 por la mañana, ni arroja gases; hay meteorismo, dolor abdominal, náusea y vómito bilioso; lengua sucia, mal aliento, sed; pulso y temperatura normales.

Toda tentativa de reducción, falla. Se intenta la reducción con cloroformo, pero no da buen resultado. Lavativas, aplicaciones frías sobre el escroto; belladona al interior.

*Día 4.º del estrangulamiento.*—No ha habido evacuación ni gases. Vómito frecuente; aumenta el meteorismo y los dolores abdominales. Pulso frecuente; temperatura normal. Nueva tentativa de reducción durante tres horas, sin buen resultado.

En el curso del día no se restablecen las funciones intestinales. El estado general es grave; náusea continua, vómito fecaloide, meteorismo considerable, dolores abdominales, lengua sucia y seca, orina disminuída y de color oscuro, agitación y ansiedad, cara de expresión abdominal.

En vista de que las tentativas de taxis pueden ser perjudiciales en el estado á que ha llegado el enfermo, y de que nada puede esperarse del tratamiento médico, se resuelve la operación, que es aceptada por el enfermo y por la familia.

*Manual operatorio.*—Previamente cloroformizado el enfermo y afeitada y lavada la región, se hizo una incisión que, partiendo de la espina del pubis, se prolongara en una extensión de cinco centímetros hacia la espina iliaca antero-superior. Se dividieron la piel y los tejidos subcutáneos, sirviéndose directamente del bisturí ó conduciéndolo sobre la sonda acanalada para dividir la aponeurosis del grande oblicuo, y se llegó al saco herniario, habiendo logrado disecar la subcutánea abdominal sin interesarla en la incisión. Con las precauciones necesarias fue abierto ampliamente el saco sobre la sonda acanalada, dejando en descubierto los órganos herniados constituídos por una porción de intestino que formaba un bubonocele y por una gruesa masa de epiplón que descendía y llenaba el escroto. El intestino estaba enrojecido y era el sitio de una inflamación reciente; el epiplón estaba congestionado. Guiándose por la masa herniada para buscar el sitio del estrangulamiento, se encontró que penetraba el dedo fácilmente por el anillo externo, pero que en el interno era detenido por una fuerte compresión sobre el pedículo.

Hallado el sitio de la constricción, se examinaron los órganos herniados sin que se hubieran encontrado adherencias, perforación ni complicación alguna que impidiera una pronta reducción total. Introducido el dedo en el canal, hasta la parte estrangulada del pedículo, y guiándose sobre él, se desbridó directamente hacia arriba con un bisturí abotonado: al extraer el dedo del canal se redujo inmediata y espontáneamente al in-

testino, quedando solamente el epiplón herniado. Para reducir este último sin hacer esfuerzos de taxis, que se consideraron peligrosos por el estado del peritoneo, se hizo un nuevo desbridamiento hacia afuera, lo que permitió su fácil y completa reducción. En el escroto no había derrame.

Se hicieron dos puntos de sutura en la parte más elevada de la incisión, se curó con yodoformo é hilas y se puso un vendaje apropiado.

*Consecuencias.*—Cuatro horas después de la operación hizo una abundante deposición diarreica y una ruidosa expulsión de gases. Al día siguiente el vómito había desaparecido y continuaban restablecidas las funciones intestinales; los dolores abdominales calmaron y el meteorismo desapareció. Al tercer día se quitó el vendaje: la herida presentaba buen aspecto y estaba en vía de cicatrización. Se hizo nueva curación.

En los días siguientes todo marchó bien; fácil supuración de la herida, funciones intestinales y urinarias corrientes, hasta el día sexto en que se presentó un ligero calofrío seguido de reacción febril, sin que nada explicara estos fenómenos. El día séptimo la temperatura era de 40°, había náusea, vómito y dolor abdominal. Las funciones intestinales están corrientes y la herida supura regularmente sin presentar nada anormal. Temiendo una peritonitis tardía, se ordena quinina y calomel al interior, y aplicaciones mercuriales belladonadas sobre el vientre. El día octavo continúan los mismos fenómenos, menos intensos (temperatura 39°); pero se explican por un absceso que principia en la pared abdominal: toda la región izquierda del hipogastrio está ligeramente abultada, dolorosa y pastosa á la presión. En los días siguientes se forma el absceso que fue abierto, dando salida á gran cantidad de pus fuente de olor intestinal. La herida inguinal continuaba supurando á la vez que la de las paredes abdominales hasta el 25.º día, en que toda supuración había desaparecido y nuestro enfermo pudo dedicarse á sus ocupaciones habituales.

Esta observación es notable, porque como consecuencia lejana ha traído consigo la curación radical de la hernia operada. El mecanismo de este proceso podría explicarse por la larga supuración que produjo la inflamación adhesiva y por consiguiente la disminución de calibre del anillo dilatado.



**INFORME****DE LA COMISIÓN QUE ESTUDIÓ EL TRABAJO ANTERIOR**

Honorables miembros de la Academia Nacional de Medicina.

He estudiado detenidamente la observación clínica remitida por los doctores Luis María Cuervo Márquez y Abel Araújo y encargada á mi estudio por nuestra presidencia.

El caso sobre el cual versa este informe, así como los otros dos que lo acompañaban y que fueron pasados al estudio del señor doctor Leoncio Barreto, testifican los notables progresos que está alcanzando la cirugía en Colombia, pues ya vemos á dos jóvenes cirujanos, salidos de nuestra Escuela de Medicina, coronar con buen éxito operaciones que hasta hace poco tiempo se consideraban como imposibles—la ovariotomía—ó se creían tan graves, que se esperaba hasta última hora para practicarlas—la ketotomía.

Quizá no se presenta en la práctica quirúrgica caso que requiera más oportunidad en la intervención y más prudencia en las maniobras del médico, que el estrangulamiento herniario. En efecto, si se confía demasiado en el taxis, ó si la ausencia de los fenómenos generales nos inspira un optimismo ciego, es muy probable que nuestras maniobras ó nuestra expectación contribuyan á producir la muerte del enfermo. Cuando se tiene presente en el espíritu el buen resultado del desbridamiento precoz de una hernia estrangulada, cuando se recuerdan los desastres producidos por los inmoderados esfuerzos de reducción ó por la expectación contemporizadora, que se fía en las inyecciones hipodérmicas, en las lavativas de tabaco ó en los apósitos fríos ó calientes para reducir un estrangulamiento, es preciso convenir en la importancia que debemos dar al estudio de los casos en los cuales una intervención oportuna ha salvado la vida de un enfermo.

La observación de los doctores Cuervo Márquez y Araújo es clásica en la historia del estrangulamiento de la hernia inguinal. Un hombre de edad de cincuenta años tiene, desde hace veinte, una hernia que se reduce espontáneamente por la posición horizontal, y que sale tan luego como el enfermo se pone de pie. Jamás este hombre ha usado vendaje, ni ha inten-

tado sostener su hernia por ningún otro medio. Un día, después de esfuerzos inmoderados, la hernia aumenta de volumen y se vuelve tan dolorosa, que la marcha se hace imposible, se suspenden las evacuaciones, el vientre se meteoriza y se pone doloroso, la lengua se pone blanca, el aliento fétido, y aparece, por último, el vómito "bilioso," seguido inmediatamente de vómito estercoroso. En este estado se hallaba el enfermo cuando lo vieron los doctores Cuervo Márquez y Araújo, el día 12 de Diciembre de 1890. Intentan la reducción, sin buen resultado. Recurren al cloroformo, y sus tentativas después de la anestesia completa, también son infructuosas. En estas maniobras se pasa el tercer día después del accidente, hasta que al cuarto día los jóvenes é ilustrados facultativos, convencidos de la ineficacia del tratamiento médico y de los peligros del taxis á todo trance, resolvieron recurrir al desbridamiento.

El manual operatorio de la Kelotomía ha sufrido profundas modificaciones, gracias á las portentosas conquistas de la cirugía moderna. Desde que la curación por primera intensión es la regla, cuando las precauciones antisépticas han sido rigurosas; desde que se sabe que es más peligroso picar el peritoneo que abrirlo ampliamente; y, en fin, desde que una dolorosísima experiencia ha traído el convencimiento de que es imposible diagnosticar sin ver, la gangrena ó las ulceraciones del intestino, la inflamación del epiplón, las adherencias de los órganos estrangulados ó la presencia de células purulentas en el líquido del saco urinario; desde que todos estos hechos son axiomas de la cirugía moderna, la abertura del saco y la curación radical de la hernia después de desbridarla, se han impuesto como obligado corolario de estas adquisiciones. Puede decirse que el principio que rige hoy el tratamiento quirúrgico de las hernias estranguladas es contrario al que regía hace veinte años; pues hoy el cirujano debe examinar detalladamente el contenido del saco herniario, entre tanto que hasta ahora veinte años debía apenas contentarse con desbridar el agente que estrangulaba, sin abrir el saco, sin tocar el intestino, sin desdoblar el epiplón, y, por consiguiente, sin tener noción exacta ninguna sobre el estado de las partes que introducía en la cavidad abdominal. A veces la transparencia del saco les permitía observar alguna placa gangrenosa en las paredes intestinales, y en este caso se contentaban con establecer un ano artificial, fijando

con un hilo la porción gangrenada á la pared abdominal; otras veces podían reducir el intestino, pero no podían introducir el epiplón, al que dejaban entregado á la supuración con todas sus desastrosas consecuencias; y en muchas ocasiones, por no abrir el saco, se hacía la reducción en masa, transformando así un estrangulamiento externo en otro interno. Hoy puede decirse, sin temor de exagerar, que la mayor parte de estos peligros han desaparecido, y que los progresos de la cirugía abdominal han sido tales, que yá puede entreverse el día, no lejano, en el cual la cura radical de las hernias esté al alcance de todo el mundo y sea un deber del médico practicarla en todos los casos.

La kelo-tomía practicada por los doctores Cuervo Márquez y Araújo viene á confirmar los conceptos que acabamos de emitir, pues á pesar de no haber sido completa la antisepsia, dada la falta de recursos del pueblo en donde la practicaron, el enfermo se curó radicalmente de su estrangulamiento y de su hernia, gracias al aseo escrupuloso con que se le rodeó, yá que no á la verdadera antisepsia abdominal. En efecto, siete días después de practicada la operación, cuando todos los fenómenos que se observaban hacían prever una pronta curación, cuando el curso de las materias intestinales persistía establecido desde el primer día, post-operatorio, el operado de los doctores Cuervo Márquez y Araújo experimenta un escalofrío seguido de una reacción febril de 40° C., acompañada de náuseas, vómitos y de dolor abdominal; accidentes todos capaces de desorientar al más experto cirujano, pues dados los antecedentes del enfermo, todo hacía prever la aparición de una peritonitis. Sin embargo, dos días después de presentarse la fiebre principiaron á aparecer los síntomas de un flegmón que en breve supuró, volviendo el enfermo, después de la abertura y avenamiento de éste, á su anterior bienestar, no sin haber tenido una supuración abundante durante veinticinco días.

En concepto de vuestra comisión, la causa de la supuración de la herida y de la aparición de un absceso tardío en la vecindad de éste, ha sido el empleo de las hilas como apósito para la curación, pues si bien es cierto que estas hilas llevaban yodoformo, éste no basta para esterilizar una sustancia que, como la hila, se presta mucho á guardar entre sus mallas los

agentes infecciosos. Este concepto no envuelve ninguna censura á los hábiles operadores, pues todos sabemos que la antisepsia verdadera ni está al alcance de todas las fortunas ni se puede poner en práctica en todos los lugares.

Todos los que hemos practicado operaciones de urgencia, en los pueblos y aun en los suburbios de la capital, hemos tenido, en muchas ocasiones, que atenernos á la fuerza eliminatriz de los agentes patogénicos de que está dotado todo enfermo, ó á la localización de la infección, á favor de una pronta supuración, como sucedió en el caso de los doctores Cuervo Márquez y Araújo.

Por nuestra parte, en los desbridamientos herniarios, relativamente numerosos, que hemos practicado hasta la fecha, no ha habido supuración, y la curación radical por primera intensión, ha sido obtenida al séptimo día por medio de un manual operatorio, acerca del cual haremos una comunicación especial á la Academia cuando hayamos reunido un número suficiente de casos que nos permitan juzgarlo definitivamente.

Por tanto, vuestra comisión se permite presentaros, como conclusión de este informe, las siguientes enseñanzas sacadas del detenido estudio de la interesante observación clínica de los doctores Cuervo Márquez y Araújo:

1.<sup>a</sup> En la hernia inguinal antigua que no ha sido reducida con un vendaje apropiado, el estrangulamiento reside al nivel del orificio interno del canal inguinal;

2.<sup>a</sup> El buen resultado obtenido por los autores se debe especialmente á la moderación con que emplearon el taxis y á la oportunidad en practicar la kelotomía;

3.<sup>a</sup> La supuración de la herida y el flegmón tardío fueron ocasionados por el empleo de las *hilas* como apósito;

4.<sup>a</sup> Esta supuración, sin embargo, produjo la obstrucción del canal inguinal por adherencia de sus paredes, determinando así la curación radical de la hernia; y

5.<sup>a</sup> Los accidentes generales de un flegmón de las paredes abdominales pueden confundirse con los de una peritonitis que principia.

Teniendo en cuenta estas conclusiones, vuestra comisión os propone:

1.<sup>o</sup> Déense las gracias, por conducto de la Secretaría, á los

autores de esta observación, y excíteseles para que continúen mandando á la Academia el resultado de sus observaciones científicas.

2.º Insértese en el acta de este día la observación de los doctores Cuervo Márquez y Araújo.

Honorables Académicos:

JUAN E. MANRIQUE.

Bogotá, Septiembre 30: 1891.

### PARTO RAPIDO

#### INVERSIÓN DEL ÚTERO CON ADHERENCIA PLACENTARIA.

##### CURACIÓN

La señora P. de M., de treinta y cuatro años, constitución fuerte, ha dado á luz seis veces; en el segundo parto hubo retención de una porción de la placenta, que fue expulsada al tercer día después del alumbramiento.

El día 2 de Diciembre de 1890 dio á luz á término. El parto fue sumamente rápido; inmediatamente después de la expulsión de la criatura, apareció en la vulva una porción de placenta y una masa esponjosa—sitio de una hemorragia relativamente abundante,—que fue tomada por la partera como el fondo de la matriz. Seis horas después se encontró á la enferma en el siguiente estado: suma postración de fuerzas, pulso pequeño y frecuente (116 por minuto), ligero enfriamiento, náusea y vómito, zumbido de oídos y desvanecimiento; en una palabra: el conjunto sintomático de una hemorragia abundante y sostenida. En la vulva predominaba una porción de placenta y una masa esponjosa sangrienta del tamaño de una naranja, que era el sitio de una exudación continua de sangre. El vientre estaba deprimido y no se sentía el tumor uterino. Había fuertes dolores en esa región, que la enferma comparaba á tracciones que hicieran de la vagina.

Hecho el tacto vaginal, se confirmó una inversión total del útero con adherencia parcial de la placenta.

Se procedió inmediatamente á hacer la reducción, de la siguiente manera: tres dedos de la mano izquierda se introdujeron en la vagina hasta el pliegue utero-vaginal, deslizaron á lo

largo del cuello y penetraron en su cavidad, para servir de guía á la masa uterina, que era suavemente rechazada al interior por la mano derecha. Viendo que la placenta era un obstáculo insuperable para la reducci3n, y temiendo la hemorragia que inevitablemente se presentaría al hacer el desprendimiento antes de reducir, se desgarró con la mano la parte de placenta no adherente y se extrajo, quedando felizmente el cord3n adherido á la porci3n implantada. Disminuído así el volumen del tumor, se continuó haciéndole la impulsión con la mano derecha, al mismo tiempo que se retiraban lentamente los dedos de la izquierda, hasta que el útero y la placenta implantada quedaron en su sitio normal. Durante la reducci3n hubo una fuerte hemorragia y continua tendencia al síncope; pero tan pronto como se efectuó, cesaron los dolores de tracci3n agudos, quedando solamente un dolor contusivo en el vientre. Se administró ergotina en inyecci3n hipodérmica, inyecciones intrauterinas continuas, durante cinco minutos, de agua caliente, y al interior vino con agua de canela.

Creyendo contraindicada la extracci3n del resto de la placenta, á menos que se presentara nueva hemorragia, se resolvió aguardar alg3n tiempo, y al efecto se extrajo á las treinta y seis horas, sin accidente alguno. Durante este tiempo se pusieron inyecciones intrauterinas de permanganato de potasa al 1 por 1,000.

Después de la operaci3n sobrevino una peritonitis localizada á la regi3n hipogástrica de 39°, 39°.5 y 40°, que se combatió con aplicaciones mercuriales belladonadas, en el vientre, quina y extracto de ac3nito al interior, é inyecciones intrauterinas tres veces en el día con la soluci3n de permanganato, indicadas.

A los ocho días todo accidente había desaparecido y la enferma estaba en convalecencia. El niño que dió á luz goza de perfecta salud.

Esta operaci3n es notable:

- 1.º Por la extrema rareza del caso (1 por 190,000), según Playfor y Pozzi;
- 2.º Por la facilidad con que se hizo la reducci3n, seguramente debido al poco tiempo transcurrido entre el parto y la operaci3n; y
- 3.º Por la terminaci3n excepcionalmente feliz.

ABEL ARAÚJO.—LUIS M. CUERVO MÁRQUEZ.

**SALPINGO-OVARIOTOMIA IZQUIERDA POR LAPAROTOMIA**

PARA UN QUISTE MULTILOCULAR.—ADHERENCIAS MÚLTIPLES.

—PEDICULO INTRAPERITONEAL.—CURACIÓN

**ANTECEDENTES.**—Julia Orozco, del Valle (Colombia), cincuenta años, estatura baja, bastante gorda, comadrona de profesión, ha tenido dos hijos, uno hace veinticuatro y otro diez y nueve años; no ha tenido abortos. Hace dos años sobrevino la menopausa, y desde entonces comenzó á sentir novedades en el *vientre*, dolores vagos, tiramientos, dolor en la fosa ilíaca izquierda y cansancio al caminar. A poco tiempo se presentó un flujo vaginal amarilloso, muy fétido en algunas ocasiones, y á la vez comenzó á abultarse el vientre. No ha habido hidrorrea ni metrorragia.

Hace un mes, sin causa apreciable alguna, se presentó un fuerte calofrío ocompañado de dolores agudos en la fosa ilíaca izquierda que se irradiaban á todo el hipogastrio y que impedían todo movimiento. Hubo ligera reacción febril, anorexia, vómito, estreñimiento, y últimamente una diarrea que hace pocos días desapareció. Desde entonces guarda el lecho.

**ESTADO ACTUAL.**—Decúbito lateral derecho, ligero enflaquecimiento, lengua pastosa, sed y anorexia; pulso, 90; temperaturara, 37°.4.

En el vientre se encuentra un tumor de forma piriforme, de base superior, que ocupa la línea media, inclinándose ligeramente á la izquierda y que llena el hipogastrio desbordando cuatro dedos sobre el ombligo. Por la palpación se limita el tumor en la parte superior y en los lados, siendo casi nulo el desalojamiento que puede imprimírsele por la presión lateral. A la percusión hay sonoridad en los lados y macicez en la parte media. La más ligera presión exaspera los dolores que existen en la fosa ilíaca izquierda, región que está pastosa á la palpación. La parte media del tumor se siente lisa, pero á los lados se perciben ligeras abollonaduras. Por el tacto vaginal se reconoce un descenso del útero y una notable desviación del cuello hacia la izquierda. Por el *speculum* se confirman los datos del tacto y se encuentra una metritis crónica. El histerómetro da seis y medio centímetros.

DIAGNÓSTICO.—*Quiste del ovario, probablemente multilocular, con peritonitis izquierda consecutiva.*

El 28 de Abril se hizo una punción con el aspirador de Potain y se extrajeron mil gramos, próximamente, de líquido de color chocolate. Se alivió el dolor, pero sólo se modificó el volumen del tumor. La punción dio buenos resultados; confirmó el diagnóstico, alivió considerablemente á la enferma y no produjo accidente alguno. En vista del resultado anterior se resolvió operar á la enferma, y se fijó el 11 de Mayo para practicar la ovariectomía.

MANUAL OPERATORIO.—Resuelta la operación, y contando con la inteligente ayuda de los señores Clemente Mannucci y Enrique Pérez, farmacéuta, procedimos el 11 de Mayo á las 8 a. m. á los preparativos inmediatos del caso.

Vaciados previamente el recto y la vejiga, se hizo la asepsia de la pared abdominal por lavados de agua y jabón, de alcohol y éter, y por último, con una solución de sublimado al 2 por 1,000. Los instrumentos, que habían permanecido durante una hora en agua caliente, fueron colocados en una solución de sublimado al 2 por 1,000 y luégo en otra fenicada al 5 por 100. Las manos de los cirujanos fueron cuidadosamente lavadas con solución fenicada al 5 por 100, luégo con solución de sublimado al 2 por 1,000, y ligeramente enjugadas con un trapo esterilizado por el calor. Se prepararon, para no hacer uso de esponjas, numerosas compresas esterilizadas por el calor, y se tuvo pronto y á la mano todo lo que pudiera necesitarse en previsión de cualquier accidente que sobreviniera en el curso de la operación.

La cloroformización (cloroformo Dumouthiers) fue rápida y sin grandes excitaciones.

Se hizo una incisión de diez centímetros sobre la línea blanca, que, partiendo de dos centímetros bajo el ombligo, terminara á alguna distancia de la sínfisis del pubis; se dividió la piel y el tejido celuloadiposo; separando gruesos paquetes grasosos se llegó al rafe mediano, que fue seccionado sobre la sonda acanalada; dividido el fascia transversalis y la grasa subaponeurótica, se llegó al peritoneo, que no fue seccionado sino después de una hemostasis completa; se le seccionó haciendo un ojal con un bisturí y guiándose por el dedo introducido. Inmediata-



mente se presentó en la herida la pared anterior del quiste; introducidos dos dedos primero y luégo toda la mano en la cavidad abdominal, se encontraron adherencias numerosas y más ó menos resistentes del quiste con los órganos vecinos. Puncionado, no dio salida el trócar sino á 500 gramos de líquido de color chocolate; una segunda punción no dio sino una pequeña cantidad. Sucesivamente fueron cerrados los sitios puncionados con pinzas de Pean.

Las adherencias de la cara anterior del quiste fueron desprendidas con facilidad, y así pudo llegarse al pedículo, que era corto y delgado; pero las adherencias superiores y posteriores eran en extremo resistentes y extensas. Para no perder un tiempo precioso y tener á la vista lo que había necesidad de hacer para disecarlas ó desprenderlas, se continuó la incisión hasta cuatro centímetros sobre el ombligo, costeano éste hacia la izquierda, y separando la masa intestinal que entorpecía las maniobras operatorias, se comenzó una laboriosa disección de las numerosas y antiguas adherencias del quiste con el intestino y el epiplón, sirviéndose para ello, ya del dedo, ya del bisturí. Una de las adherencias con el intestino delgado era tan íntima, que siendo imposible su separación, hubo necesidad de hacer la disección á expensas de la pared propia del quiste, de la cual se dejó adherida al intestino una porción del tamaño de una pieza de veinte centavos próximamente. Las adherencias de la izquierda con el mesenterio y el grueso intestino, eran de data reciente y fueron desprendidas con relativa facilidad. Aislado de esa manera el quiste, se atrajo suavemente al exterior, cuidando de hacer una metódica presión sobre las paredes abdominales y aproximando así los labios de la herida, en cuya parte inferior quedó el pedículo, que fue estrangulado con unas pinzas Clamp; ligado con un doble hilo de Catgut, seccionado con tijeras curvas, cauterizada al termo-cauterio la superficie de sección, y asegurada la hemostasis completa, se abandonó en la cavidad peritoneal.

Terminado este tiempo de la operación, se procedió al aseo de la cavidad abdominal, habiéndose servido, para hacerla, únicamente de compresas esterilizadas. Cuando el limpiado fue completo, se colocaron los intestinos y el peritoneo en su posición normal y se procedió á la doble sutura de la pared.

La sutura profunda fue hecha de puntos separados, uniendo únicamente los planos fibrosos de la línea media, sin interesar el peritoneo y la superficial, por medio de alfileres. Para la profunda se usó el catgut, para la superficial la seda, teniendo cuidado de que los hilos de la primera salieran por los intersticios de la segunda, para establecer de esa manera una especie de drenaje en caso de supuración de los tejidos profundos de la pared.

CURACIÓN.—Se extendió yodoformo sobre la herida, se cubrió con gasa fenicada, se puso un ancho vendaje y suavemente se trasladó á la operada al lecho que se le había preparado.

La operación duró una hora y veinte minutos.

*Cloroformo empleado:* 70 gramos.

CONSECUENCIAS.—*Día 1.º* (11 de Mayo, 8. p. m.). Pulso, 110; temperatura, 37º.2.

No ha orinado ni evacuado. Sondeada, no salen más de diez gramos de orina turbia y sedimentosa. Suma postración de fuerzas. No ha habido náusea ni vómito.

En el curso de la noche orinó abundantemente y arrojó gases por el intestino.

*Día 2* (8 a. m.).—Pulso, 116; temperatura, 36º.8. Acusa calambres y dolores que compara á lancetazos en el vientre. Mucha sed. No ha habido náusea ni vómito. La enferma no tomó en el día 1.º sino cucharadas de champaña. Se continúan hoy.

1. p. m. Temperatura, 37º.6; pulso, 116. Orinó.

8. p. m. Temperatura, 37º.3; pulso, 116. No ha habido novedad en el día. Orina normal.

*Día 3* (7 a. m.).—Temperatura, 37º.9; pulso, 116. Orina abundante; una deposición normal y sin dolor. No hay meteorismo. Sed.

8. p. m. Temperatura, 37º.4; pulso, 116. Dos deposiciones: una normal y otra líquida. Orina normal. Prescripción: cucharadas de champaña y leche con agua de Vichy, por cucharadas.

*Día 4* (8 a. m.).—Temperatura, 37º.5; pulso, 106. Se quitó el vendaje y se descubrió la herida. No hay supuración. Muy buen aspecto. Se curó con yodoformo y gasa fenicada. Se prescribió leche con agua de Vichy.

8 p. m. Temperatura, 37º.5; pulso, 112. Dos deposiciones en el día. Orina normal. No hay dolor; no ha habido vómito. Se prescribió té con leche.

*Día 5 (7. a. m.).*—Temperatura, 37°.5; pulso, 96. La herida presenta muy buen aspecto. Ligera supuración. Se quitan dos alfileres. La misma curación. La misma prescripción, aumentando la leche. Pequeñas cantidades de jugo de naranja para calmar la sed.

8 p. m. Temperatura, 37°.2; pulso, 92. En el curso del día ha evacuado una vez, y ha orinado abundantemente.

*Día 6 (7 a. m.).*—Temperatura, 37°.4; pulso, 104. La herida supura por sus extremidades; el pus es de buen aspecto. No hay dolor. La misma prescripción.

8 p. m. Temperatura, 37°.4; pulso, 104. En el día hubo retención de orina, lo que ha producido intranquilidad física y moral en la enferma. Se extrae la orina. Se ordena una lavativa de agua con glicerina. La misma alimentación.

*Día 7 (7. a. m.).*—Temperatura, 37°; pulso, 104. Orinó y evacuó. Estado general satisfactorio. La herida supura bastante. Pus de buena calidad. La misma alimentación.

8 (p. m.).—Temperatura, 37°.2; pulso, 96. Curación: yodoforno y gasa fenicada.

*Día 8.*—Temperatura, 37°; pulso, 98. Funciones regulares; la herida, cicatrizada en su parte media, supura mucho en sus extremos. Se retiran dos alfileres. Se colocan bandas de esparadrapo. Por alimentos, caldo y leche.

En los días siguientes no se ha presentado novedad alguna. Lentamente se han ido quitando los alfileres restantes, según la indicación del día. La supuración ha ido disminuyendo á medida que la cicatrización ha avanzado, sin que ningún accidente la haya entorpecido. La enferma ha marchado felizmente á la curación; el apetito ha renacido lentamente y las fuerzas han mejorado de día en día; las funciones intestinales y urinarias se efectúan con entera regularidad, y la enferma no acusa otra novedad que la debilidad y cansancio consiguientes á la dieta y á la posición que ha tenido que guardar durante los primeros quince días.

*Día 4 de Junio (vigésimo cuarto de la operación).*—La herida está cicatrizada; el intestino y la vejiga funcionan regularmente; la enferma se ha levantado; sólo persiste la debilidad general y pereza muscular consiguientes á la operación y al reposo que ha tenido que guardar.

El resultado operatorio inmediato lo creemos asegurado.

CONSIDERACIONES.—En nuestra operada la ovariectomía estaba urgentemente indicada por el volumen del tumor quístico, por las alteraciones funcionales que determinaba y por las peritonitis parciales que eran la consecuencia y que no podía preverse hasta dónde llegarían. La operación era la única probabilidad de curación que tenía la enferma.

Hubo necesidad de practicar la operación en un mal medio higiénico: en un cuarto con comunicaciones á una calle infecta y á un patio en donde se arrojan despojos orgánicos. El éxito operatorio se debe atribuir en gran parte á la asepsia rigurosa del personal, de los instrumentos y de la enferma, sin preocuparse por la antisepsia del medio ambiente.

Las adherencias múltiples y resistentes con el intestino y el peritoneo hacen del presente un caso excepcionalmente difícil y que no habría podido llevarse á feliz término sin la ancha abertura de la cavidad abdominal que permitía ver cómo se operaba la enucleación del quiste. El hecho de haber tenido necesidad de dejar adherida al intestino una porción de pared quística, *sin drenaje*, y sin que luégo hubiera habido reacción peritoneal, demuestra el poco peligro de estos accidentes cuando se trata de tejidos de pequeña dimensión, íntimamente adheridos al intestino; á expensas del cual probablemente siguen viviendo por los numerosos vasos que atraviesan los tejidos adherentes y apoya la *marsupialización* para los casos de adherencias intestinales que no puedan operarse sin grandes dislaceraciones.

Es indudable que el pedículo intraperitoneal puede exponer á las peritonitis consecutivas cuando la asepsia es incompleta, la hemostasis no está bien asegurada ó las ligaduras son permanentes; pero si la inversa de estas tres condiciones puede llenarse debidamente con una asepsia rigurosa, una estrangulación total seguida de la cauterización de la superficie de sección del pedículo y la ligadura de éste por medio de hilos solubles (catgut), la práctica de abandonar el pedículo en la cavidad abdominal se impone, porque evita las numerosas complicaciones del pedículo extraperitoneal.

En el tratamiento consecutivo hemos tenido en mira inmovilizar completamente los órganos pelvianos por un reposo absoluto durante los ocho primeros días, mantener libre la veji-

ga y el intestino, y después del octavo día levantar las fuerzas de la enferma por la prudente combinación de una alimentación regular y de una medicación tónica.

El tumor extraído es un quiste multilocular que pesó con su contenido algo más de diez libras. Está formado por dos grandes cavidades que constituían la parte anterior del tumor, que contenían un líquido de color chocolate, y por numerosos quistes de volumen, que varían desde el de una arveja hasta el de un huevo de gallina, apelonados en la pared posterior, y cuyo contenido era hialino en unos y opalescente en otros.

Respecto de la cantidad del cloroformo empleado, hacemos presente que se hizo uso de la máscara de Guyón, que, como se sabe, deja evaporar gran parte del anestésico.

ABEL ARAÚJO.—LUIS M. CUERVO MÁRQUEZ.

## INFORME

### DE LA COMISIÓN QUE ESTUDIÓ LOS DOS TRABAJOS ANTERIORES

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina.

Deseando corresponder al honor que me hicisteis pasádomme en comisión las observaciones presentadas por los doctores A. Araújo y L. Cuervo, me he ocupado en su examen con el mayor cuidado y atención, por lo cual os haré su relato en el mismo orden que fueron colocadas, así:

#### 1.º—OVARIOTOMÍA

Esta operación la he juzgado de grandísima importancia, como sus autores, no tanto por el reducido número de observaciones, que á la verdad en Colombia no son 3 ó 4, como dice la comunicación, sino 13 ó 14, cuanto por el sorprendente éxito alcanzado, por el tino y pericia en el diagnóstico y la simplicidad y sencillez en el manual operatorio y tratamiento consecutivo. En efecto, con la palpación abdominal y exploración vaginal, más los síntomas que habían precedido, como dolor, pastosidad, vómitos y diarrea, pudieron establecer su

diagnóstico de *Quiste multilocular del ovario con peritonitis izquierda*, el que, verificado por una punción que dejó extraer "1 kilogramo de líquido color chocolate," los decidió á practicar, catorce días después, la operación minuciosamente descrita.

En esta operación se nota, desde el primer momento, la particularidad de haber escogido las compresas para reemplazar las esponjas, la longitud de 10 centímetros de la primera incisión, y la afortunada rareza de presentarse el tumor á la abertura hecha, lo cual probablemente fue debido á la ausencia de líquido en la cavidad peritoneal y á las numerosas y extrañas adherencias anteriores: esas adherencias se encontraron en toda la periferia del tumor, y tan íntimas y fuertes con los intestinos, que tuvieron los cirujanos que dejar un fragmento como de 2½ centímetros adherido á aquéllos. Una vez libre el tumor, fue traído al exterior, como herniado, y allí, sobre los bordes de la herida, el pedículo fue estrangulado, ligado, seccionado y cauterizado.

La sutura de las paredes abdominales se hizo por el método ordinario, pero salvando el peritoneo, y la curación sólo fue hecha con yodoformo, una gasa fenicada y un vendaje ordinario.

Los días consecutivos fueron en todo felices; sólo hubo de raro que la enferma orinó por la noche 10 gramos de orina oscura y sedimentosa, y que el termómetro bajó al día siguiente por la mañana, para por la tarde volver á su primer estado, 37°.2, en que poco más ó menos permaneció hasta la completa curación de la enferma.

## 2.º INVERSIÓN DEL ÚTERO CON ADHERENCIAS DE LA PLACENTA

Esta observación tiene puntos muy importantes, como la rareza de que se redujera la matriz, después de invertida, á un volumen relativamente pequeño, y que después de estar completamente invertida y de haber permanecido seis horas al contacto del aire y con la hemorragia propia de los desprendimientos parciales de la placenta, se hubiera podido penetrar en su cuello y hacer la reducción tan fácilmente. Además, en este caso debe llamarnos especialmente la atención el procedimiento de reducir la placenta, después de tenerla entre las

manos, desgarrando la parte no adherente, para extraer el resto treinta y seis horas después; durante las cuales sólo se hicieron algunas inyecciones de permanganato de potasa, sin que hubiera luégo ningún accidente grave, concluyendo todo, como dicen sus autores, por una terminación excepcionalmente feliz.

Desgraciadamente los autores del trabajo se olvidaron de indicarnos las causas de la inversión y el sitio de implantación de la placenta, lo cual podría también darnos alguna enseñanza para evitar accidentes de esta clase.

Tampoco se nos ha relatado cuál es la constitución médica de Rubio, de cuyo conocimiento podrían sacarse grandes ventajas.

Todos los puntos de que os he hecho mención en este informe, pueden ser sometidos á la consideración de esta Corporación, pues es fácil sacar de ellos muchas fuentes de luz y de trabajo; por lo cual os propongo:

1.º Déense las gracias á los doctores Cuervo y Araújo por los laboriosos trabajos que nos han enviado; y

2.º Nómbrase al señor doctor Abel Araújo miembro correspondiente de la Academia.

L. BARRETO.

Septiembre 30: 1891.

### ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN DEL DIA 30 DE SEPTIEMBRE DE 1891

En Bogotá, á 30 de Septiembre de 1891, se reunió la Academia Nacional de Medicina con el *quorum* reglamentario.

Concurrieron á las sesiones los señores doctores Aparicio, Buendía, Barreto, Coronado, Corredor, Esguerra, García Medina, Manrique, Putnam y Sáenz. En el curso de la sesión ocupó su asiento el doctor Michelsen.

Leída el acta de la sesión anterior, fue aprobada.

Se leyó un informe del señor doctor Pizarro, á cuyo estudio pasó el trabajo del señor Juan B. Montoya, titulado *Reducción de un bacinete raquíitico*. Terminada la lectura, el señor doctor Ospina propuso:

“Publíquese en la REVISTA MÉDICA el trabajo del señor J. B. Montoya con el informe de la comisión.”

Esta proposición fue aprobada.

El señor doctor Esguerra presentó un trabajo de los doctores Pantoja y Vengoechea, de Barranquilla, relativo á una resección del maxilar superior, en un caso de osteoma de las fosas nasales. El trabajo viene acompañado de una interesante pieza anatómica, y pasó al estudio del señor doctor Corredor.

El señor doctor Manrique devolvió, con su informe, el trabajo de los doctores Cuervo y Araújo sobre una kelotomía inguinal. Se aprobaron las siguientes proposiciones con que termina dicho informe.

“1.ª Déñse las gracias, por conducto de la Secretaría, á los autores de esta observación, y excíteseles para que continúen mandando á la Academia sus observaciones científicas.

“2.ª Insértese en el acta de este día la observación de los doctores Cuervo y Araúje.”

El señor doctor Barreto presentó su informe sobre los siguientes trabajos de los doctores Abel Araújo y Luis M. Cuervo Márquez, que pasaron á su estudio: *Parto rápido; inversión del útero; salpingo-ovariotomía para un quiste multilocular.*

*Doctor Barreto.*—“Me tomo la libertad de insistir sobre algunas observaciones del informe que acabo de presentar. En la primera observación, referente á la ovariotomía, se nota en primer lugar la facilidad con que hicieron el diagnóstico los doctores Cuervo y Araújo; bastó para ellos la presencia de un tumor piriforme en el abdomen; y entre los antecedentes la aparición de un flujo fétido de la matriz, lo cual á mí más bien me habría hecho pensar en la existencia de un tumor uterino. El diagnóstico de un quiste del ovario es en lo general difícil, y es sorprendente cómo esta sintomatología pudo darles el diagnóstico del quiste, faltándoles otros signos, como los obtenidos por el tacto rectal, que no practicaron. La punción vino á darles luz, pues obtuvieron un líquido color de chocolate, que les reveló la existencia del quiste. En el manual operatorio no noto ninguna particularidad, sino que se sustituyeron las esponjas por compresas; cambio desfavorable, pues las esponjas absorben mejor los líquidos.

En cuanto á la incisión, que fue de 10 centímetros, aunque es suficiente en lo general, me parece muy pequeña en este caso, si se tiene en cuenta el volumen del tumor; si la incisión



se hizo para la exploración, era entonces muy grande. Según se refiere en la observación, el tumor se presentó inmediatamente de la ruptura de la pared abdominal y del peritoneo, lo que me parece extraño, porque en primer lugar las adherencias en los intestinos eran muy considerables, de tal manera, que en una de ellas hubo de disecar una parte del tumor; y en segundo lugar porque el pedículo es muy corto cuando hay muchas adherencias, y en este caso es muy difícil que el tumor haga hernia.

Al pedículo lo ligaron y cauterizaron, y sería bueno pensar, en vista del resultado obtenido, si será conveniente hacer con el pedículo todas estas operaciones; en cuanto á la cauterización, yo no la haría, pues que la escara podría ser un inconveniente, siendo el tratamiento intraperitoneal; creo que la ligadura sola habría bastado.

Es de notarse también que en la sutura no comprendieron al peritoneo, y deberíamos fijarnos también si sería conveniente seguir esta práctica, ó si ella tiene inconvenientes. Finalmente, llaman la atención en la observación la anuria y la marcha de la temperatura, pues ésta no bajó sino hasta el día siguiente.

En la observación de una inversión del útero con adherencias de la placenta fuera del pequeño volumen de la matriz, creo que lo que más debía llamar nuestra atención, para ver si convendría adoptarlo, es la práctica de reducir la placenta con la matriz para hacer más tarde el desprendimiento.”

*Doctor Manríque.*—“Estoy de acuerdo con el señor doctor Barreto respecto á la facilidad con que se hizo el diagnóstico del quiste en la observación que discutimos. Es ciertamente bien difícil en lo general llegar á un diagnóstico preciso, aun teniendo cuidado de hacer un examen completo. A una de mis enfermas, la que quizá he estudiado con mayor interés, estuvimos examinándola durante un mes y medio sin llegar á poder mencionar siquiera la palabra *quiste*, pues que la macicez venía á confundirse hacia arriba con la del hígado; había también ascitis, lo que hacía oír un sonido mate á los lados y hacia atrás. Además el edema, la circulación suplementaria abdominal, la disnea, etc., hacían creer en una cirrosis ó en una afección cardíaca. Sólo la punción y la forma que tomó luego el tumor vinieron á aclarar el diagnóstico.

Llama la atención al señor doctor Barreto el hecho de que

el tumor hiciera hernia al terminar la incisión. He tenido la ocasión de observar que el tumor hace hernia cuando no hay ascitis, que es el caso de la observación. En este caso los intestinos menos densos, se dirigen hacia arriba y el tumor se presenta fácilmente. Cuando hay ascitis, sale en primer lugar el líquido, en seguida se presentan los intestinos que flotaban, y por último el tumor, que ha descendido.

La sutura practicada en este caso, merece que se discuta; los operadores dejaron libre de ella al peritoneo, hecho que merece estudio, pues que nada hay más penoso para el cirujano que, al deshacer la sutura, tirar un hilo que pueda llevar, al pasar, la infección á la cavidad abdominal. La sutura del peritoneo no es quizá muy necesaria, porque en los bordes de éste debe establecerse la adhesión, como sucede en las heridas del peritoneo por la exudación de linfa plástica que se observa ocho ó diez horas después. Esta práctica tiene, sin embargo, un inconveniente, y es la eventración, pues que la resistencia de la cicatriz deja mucho que desear. Pero si se tiene en cuenta el peligro de infección al quitar la sutura, creo que es importante este procedimiento y que debe ser discutido en la Academia."

*Doctor Barreto.*—"La observación del doctor Manrique respecto á la sutura del peritoneo me parece muy juiciosa; pero tengo para mí que cuando se sutura el peritoneo, la adherencia se hace con más prontitud y no hay el peligro de la eventración yá apuntada por el doctor Manrique. Por otra parte, si se tiene en cuenta el modo como se efectúa la cicatrización, se verá que el hilo de la sutura no pasa, al retirarlo, por la cavidad peritoneal, cesando así el peligro de la infección."

En cuanto á la hernia del tumor al practicar la incisión, creo que debe llamarse la atención, pues que yá vaciado es más denso, tiene menor volumen y es más difícil que aparezca inmediatamente, pues que en esta circunstancia se va al fondo."

El doctor Coronado propuso, y la Academia aprobó, lo siguiente:

"Acútese recibo á los doctores Araújo y Cuervo de los trabajos enviados, y publíquense éstos en la REVISTA MÉDICA, junto con los informes respectivos y el acta de esta sesión."

El señor doctor García Medina propuso lo siguiente, que fue igualmente aprobado:

“Aplázase la consideración de nombramientos de miembros correspondientes de la Academia, hasta que el número de éstos haya sido fijado por el Reglamento.”

El señor doctor Esguerra, en su nombre y en el del señor doctor Roca, presentó el proyecto de Reglamento. El Presidente le acusó recibo, y se dispuso darle primer debate en la próxima sesión.

A las ocho y media p. m. se levantó la sesión

El Presidente, JOSÉ M. BUENDÍA.

El Secretario, *Pablo García Medina.*



## INDICE ALFABETICO DE AUTORES

DE LA SERIE XIV DE LA "REVISTA MÉDICA DE BOGOTÁ," DE  
MARZO DE 1890 Á ABRIL DE 1891

	Págs.
▲	
AMAYA ARIAS (RICARDO).—Lesiones que pueden simular el chancro sífilítico. Diagnóstico diferencial.....	394
— Observaciones sobre la transmisión de la sífilis por los instrumentos de cirugía, útiles de peluquería y de hoteles.....	143
ANGULO (CARLOS).—Sutura intestinal.....	262
APARICIO (ABRAHAM).—Auto-tifisación espontánea... 133	
— Bibliografía.—Diccionario de los medicamentos nuevos.....	63
— Catarro (El) epidémico de Bogotá.....	18
— Ciencia (La) y el Profesorado.....	305
— Crónicas.....	120 y 189
— Décimo Congreso Internacional de Medicina	97
— Dengue (El).....	9
— Epidemia de <i>grippa</i> ó <i>influenza</i> en Bogotá.	193
— Necesidades médico-legales.....	65
— Propagación de la lepra elefantiaca en Colombia.....	161 y 241
— Puerperio (El) y la fiebre puerperal... ..	98
— Revista de la prensa médica extranjera....	28
— Sociedad (La) de Medicina y Ciencias Naturales y la Academia Nacional de Medicina.....	377
— Trabajo (El) médico nacional. ....	1

## B

Págs.

- BARRERA (ANTONIO MARÍA).—Absceso del hígado operado por el método de grandes incisiones. 138
- BEHREND (D. G.).—Carta que dirige de Berlín al doctor Nicolás Osorio..... 69
- BUENDÍA (J. M.).—Observación. Hepatitis supurada. Disentería concomitante. Ancha incisión y *drainage*. Curación..... 320

## C

- CADENA (EUSEBIO).—Operación de *kelotomía* y curación radical de la hernia..... 368
- CAMACHO B. (I.).—Uso de la *motua* para curar la rabia. 105
- CARRASQUILLA H. (ANDRÉS).—Hospital Necker.... 324
- CARRASQUILLA L. (JUAN DE D.).—Fiebres del Magdalena..... 4
- CASTAÑEDA (GABRIEL J.).—Etiología y Patogenia de la fiebre tifoidea..... 129
- Estudio que presentó en el trabajo del doctor Ciro L. Urriola para optar el título de Miembro correspondiente de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales..... 284
- CASTRILLON (T. T.).—Caso (Un) de muerte en el curso de una estomatitis úlcero-membranosa. 115
- Lado izquierdo (El) como causa predisponente..... 397
- CLOPATOFSKY V. (CARLOS).—Ginecología. Un caso de ruptura espontánea del cordón..... 87
- Observación de adherencia total de la placenta..... 247
- Un caso de asfixia inminente producida por el bocio en el curso del embarazo..... 174
- CUERVO (JESÚS).—Matarratón (El). Carta que dirige al doctor Carlos Michelsen U..... 173

## E

- ESGUERRA (CARLOS) y RODRÍGUEZ LUIS MARÍA.—Anuria histérica. Carta que dirigen á los Redactores de la REVISTA MÉDICA..... 171

ESGUERRA (CARLOS) y GARCÍA MEDINA PABLO.—  
Tratamiento de la tuberculosis por el Pro-  
fesor Robert Koch..... 336

G

GARCÉS (A.).—Fiebres de Patía.....285, 342 y 408

GARCÍA (EVARISTO).—Siringomielia..... 70

GARCÍA MEDINA (PABLO).—Congreso Nacional de  
Medicina..... 356

— Dengue (El) y la *grippe*.—Epidemias de  
*dengue* en Sur América.—Sintomatolo-  
gía.—Diferencias entre el *dengue* y la  
*grippe* ó *influenza*.—Naturaleza del *den-  
gue*..... 13

— Doctor (El) José Triana.—Transmite á los  
Redactores de la REVISTA MÉDICA una  
proposición honorífica de la Sociedad... 345

— Pólipos mucosos de los párpados. Comuni-  
cación á la Sociedad de Medicina y Cien-  
cias Naturales..... 109

GÓMEZ (JOSUÉ).—Heridas por armas de fuego. Historia  
de dos operaciones, seguidas de un ligero  
estudio crítico..... 177, 270 y 379

GÜELL (JOSÉ C.).—Absceso del hígado en una niña de  
veinte meses de edad. Tratamiento por  
medio de las grandes incisiones. Curación. 108

— y O. A. NOGUERA.—Comunicación so-  
bre tres laparotomías, practicadas con  
buen éxito.....56 y 84

H

HENAO (JOSÉ TOMÁS).—Abscesos hepáticos y largas in-  
cisiones.....22 y 78

— Cálculos en el canal de Wharton..... 8

HERRERA (J. DAVID).—Informe anual que presentó  
como Secretario de la Sociedad en la noche  
del 22 de Marzo de 1890 ..... 38

— Proceso Carreño-Sepúlveda.. .... 311

— Shock quirúrgico. Contribuciones para la  
Anatomía Patológica..... 167 y 245

HERRERA R. (ALEJANDRO), NOGUERA OSCAR A., PUTNAM CARLOS y ROCA ELBERTO DE J.— Histerotomía y ovariectomía.—Comunicación que dirigen á los Redactores de la REVISTA MÉDICA .....	103
— Tratamiento de la pulmonía por las inhalaciones de cloroformo .....	77

## M

MANRIQUE (JUAN E.).—Proceso Carreño-Sepúlveda. Respuesta al doctor J. David Herrera...	345
MICHELSÉN U. (CARLOS).—Estadística de tíficos del Hospital de San Juan de Dios.....	137
— Medicamentos nacionales.....	35
M. C. C.—Presente y porvenir climatéricos de Bogotá...	48
MONTAÑA (ELISEO).—Absceso del hígado curado por el procedimiento de las anchas incisiones	302
— Tratamiento de las hemorroides por las inyecciones de ácido fénico.....	372

## N

NAVARRO (RAMÓN).—Lepra. Notas enviadas á la REVISTA MÉDICA .....	4
NIETO (CARLOS S.).—Observación de un caso de ataxia locomotriz, tratada por la suspensión....	297
NOGUERA (OSCAR A.).—(Véase en este índice Güell José C.). Comunicación sobre tres laparotomías.....	56 y 84
— Bibliografía.—Revista general de Ciencias Médicas... ..	119
— y NOGUERA CARLOS.—(Véase en este índice Aparicio Abraham).—Epidemia de <i>grippa</i> ó <i>influenza</i> en Bogotá .....	193
— (Véase Herrera R. Alejandro). Histerotomía y ovariectomía.....	103

## O

OSORIO (NICOLÁS).—Hipnotismo. Lección clínica en el curso de Patología Interna de la Facultad de Medicina de Bogotá.....	329
--	-----

P

Págs.

PEREZ O. (ANTONIO). Antisepsia quirúrgica.....	360
PRADOS O. (MANUEL).—Escorbuto. Observación clínica tomada en Tolú .....	112
PUTNAM (CARLOS).—(Véase Alejandro Herrera R.). Histerotomía y ovariectomía ... ..	103
— Hipemánia (La) y el delirio de persecución en los tabéticos.....	266

R

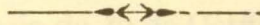
ROCA (ELBERTO DE J.).—(Véase Herrera Alejandro R.). Histerotomía y ovariectomía.....	103
RODRIGUEZ (LUIS MARÍA).—(Véase Esguerra Carlos). Anuria histérica .....	171
ROLDAN (ANTONIO), Ministro de Relaciones Exteriores.—Nota al Presidente de la Sociedad.	89

U

URRIOLA (CIRO L.).—Neurología. Enfermedad de Morván. ....	279
---	-----

V

VIAULT.—Efectos de la presión atmosférica. Informe que presentó á la Academia de Medicina de Lima.....	89
--	----







## INDICE ALFABETICO DE MATERIAS

DE LA SERIE XIV DE LA "REVISTA MÉDICA DE BOGOTA," DE  
MARZO DE 1890 A ABRIL DE 1891

	Págs.
<b>A</b>	
Abscesos del hígado .....	22, 78, 108, 138 y 302
Acta de la sesión solemne de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, de 22 de Marzo de 1890.....	117
— de la sesión ordinaria de 22 de Febrero de 1890.....	92
— de la sesión ordinaria de 1.º de Marzo de 1890. ...	93
— de la sesión ordinaria de 26 de Abril de 1890....	152
— de las sesiones ordinarias de 10 y 24 de Mayo de 1890.....	185 y 187
— de las sesiones ordinarias de 7 y 21 de Junio de 1890.....	188 y 257
— de las sesiones ordinarias de 12 y 26 de Julio de 1890.....	257 y 273
— de las sesiones ordinarias de 16, 23 y 30 de Agosto de 1890.....	215, 221 y 228
— de las sesiones ordinarias de 6, 9 y 12 de Septiembre de 1890 .....	238, 274 y 375
— de la sesión ordinaria de 4 de Octubre de 1890.....	400
— de la sesión ordinaria de 25 de Octubre de 1890....	402
Antisepsia quirúrgica.....	360
Anuria histérica. Carta de los doctores Carlos Esguerra y Luis María Rodríguez.....	171
Auto-tifisación espontánea.....	133

## B

Bibliografía .....	63, 154 y 185
— Revista General de Ciencias Médicas.....	119

## C

	Págs.
Cálculos en el canal de Wharton.....	8
Caso (Un) de muerte en el curso de una estomatitis úlce- ro-membranosa.....	115
Caso (Uu) de asfixia inminente producida por el bocio en el curso del embarazo.....	174
Catarro (El) epidémico de Bogotá.....	18
Ciencia (La) y el Profesorado .....	305
Comunicación sobre tres <i>laparotomías</i> .....	56 y 84
Congreso Nacional de Medicina.....	356
— de Berlín.....	243
Contagiosidad de la lepra .....	165
Crónicas.....	120 y 189

## D

Décimo Congreso Internacional de Medicina en Berlín...	97
Dengue (El) .....	9
— y la <i>grippe</i> . Epidemias de <i>dengue</i> en Sur América. Sintomatología. Diferencias entre el <i>dengue</i> y la <i>grippe</i> ó <i>influenza</i> . Naturaleza del <i>dengue</i> .....	13
Doctor José Triana. Proposición honorífica hecha á su memoria por la Sociedad.....	345

## E

Efectos de la presión atmosférica sobre la fisiología hu- mana.....	89
Enfermedad del cabello. — Carta del Profesor D. G. Behrend.....	68
Epidemia de <i>grippa</i> ó <i>influenza</i> en Bogotá.....	193
Escorbuto. — Observación clínica tomada en Tolú.....	112
Etiología y patogenia de la fiebre tifoidea.....	129

## F

Fiebres del Magdalena.....	4
— de Patía.....	285, 342 y 408
Formularios.....	32 y 64

## G

Ginecología. — Un caso de ruptura espontánea del cordón.	87
--	----

## H

Heridas por armas de fuego. — Historia de dos operacio- nes, seguidas de un ligero estudio crítico .177, 270 y 379	
---	--

	Págs.
Histerotomía y ovariectomía.....	103
Hipnotismo.—Lección clínica en el curso de Patología Interna de la Facultad de Medicina de Bogotá.....	329
Hospital de San Juan de Dios.—Estadística de tíficos....	137
Hospital Necker.....	324

I

Informe anual del Secretario de la Sociedad.....	38
--	----

L

Lado izquierdo (El) como causa predisponente.....	397
La Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá y la Academia Nacional de Medicina.....	377
Lepra.—Notas enviadas á la REVISTA MÉDICA.....	4
Lesiones que pueden simular el chancro sifilítico.—Diagnóstico diferencial .....	394
Lipemania (La) y el delirio de persecución en los tabéticos.	266

M

Matarratón (El).—Carta del doctor Jesús Cuervo.....	173
Medicamentos nacionales.....	35

N

Naturaleza parasitaria del <i>dengue</i> .....	60
Necesidades médico-legales.....	65
Neurología, enfermedad de Morván.....	279

O

Observación de adherencia total de la placenta.....	247
— de un caso de ataxia locomotriz, tratada por la suspensión.....	297
— Hepatitis supurada. Disinteria concomitante. Ancha incisión y <i>drainage</i> .....	320
— sobre la transmisión de la sífilis por los instrumentos de cirugía, útiles de peluquerías y de hoteles.	143
Operación de <i>kelotomía</i> y curación radical de la hernia...	368
OFICIAL.—Nota del señor Ministro de Relaciones Exteriores sobre un estudio referente á la presión atmosférica.....	89

P

Pólipos mucosos de los párpados.—Comunicación á la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales.....	109
---	-----

	Págs.
Presente y porvenir climatéricos de Bogotá.....	48
Propagación de la lepra elefantiaca en Colombia....	161 y 241
Proceso Carreño-Sepúlveda.. . . . .	311 y 345
Puerperio (El) y la fiebre puerperal... . . . .	98

## R

Revista de la prensa médica extranjera... . . . .	28, 94 y 155
---	--------------

## S

Shock quirúrgico. —Contribuciones para la Anatomía Patológica. . . . .	167 y 245
Siringomielia. . . . .	70
Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales.—Premios acordados por la Sociedad para los alumnos de la Facultad de Medicina que presentaron piezas anatómo-patológicas en el último concurso.....	33
Sulfonal (El).—Conclusiones del D. John Gordon.....	95
Sutura intestinal.—Curación... . . . .	262

## T

Trabajo (El) médico nacional.....	1
Tratamiento de la pulmonía por las inhalaciones de cloroformo . . . . .	77
— de la tuberculosis.....	336
— de las hemorroides por las inyecciones de ácido fénico.	372

## U

Uso de la <i>motua</i> para curar la rabia.... . . . .	105
--	-----



## INDICE ALFABETICO DE AUTORES

DE LA SERIE XV DE LA "REVISTA MÉDICA DE BOGOTÁ," DE  
ABRIL DE 1891 Á MARZO DE 1892

	Págs.
<b>A</b>	
ANONIMO.—Relación de las tesis trabajadas y sostenidas por los alumnos de la Escuela de Medicina, para recibir el diploma de doctores, desde el año de 1887.....	617
ALGANDONA (MANUEL S.).—Contribución al estudio de la Higiene. Historia sucinta de la lepra en Paipa.....	619, 692 y 725
APARICIO (ABRAHAM).—Bibliografía.....	567
— Doctor (El) Luis María Rodríguez.....	465
— Facultad (La) de Medicina de Bogotá....	473
— Relación de la sesión solemne de la inauguración de la Academia Nacional de Medicina.....	409
— Lepra (La) y los Lazaretos .....	506
<b>B</b>	
BUENDIA (J. M.).—Observación clínica.....	652
<b>C</b>	
CADENA (EUSEBIO).—Histerotomía vaginal, practicada con buen éxito.....	502 y 566
CASTAÑEDA (GABRIEL J.).—Siringomielia y lepra nerviosa.....	633
CASTRILLON (T. T.).— <i>Bacillus</i> (El) de Koch á veces simula un aneurisma.....	586
CLOPATOFSKY V. (CARLOS).—Contribución al estudio de las hemorragias <i>post partum</i> ....	713
COMBARIZA (EPIFANIO).—Procedimiento para contener algunas hemorragias..	548

E		Págs.
<b>ESGUERRA (CARLOS).</b> —Discurso reglamentario, pronunciado en la sesión solemne de la inauguración de la Academia Nacional de Medicina.....		439
<b>FLOREZ (José R.).</b> —Estrecheces orgánicas y espasmódicas de la uretra....		496
<b>G</b>		
<b>GARCÉS (A.).</b> —Fiebres de Patía. (Continuación de la serie anterior).....		469
<b>GARCIA (EVARISTO).</b> —Higiene. Policía bromatológica. Las carnes.....		656, 706 y 774
— Siringomielia. Enfermedad de Morvan y lepra anestésica en Colombia .....		512
<b>GARCIA MEDINA (PABLO).</b> —Informe anual que presentó como Secretario de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, en la sesión del 25 de Abril.....		417
— Doctor (El) José Ignacio Quevedo.....		706
<b>GOMEZ (PROTO).</b> —Informe sobre el Lazareto de Agua de Dios.....		614
— Informe sobre construcción de Lazaretos..		599
— Midriasis refleja.....		655
<b>GÜEL (José C.).</b> — Estrechez uretral. Cuerpo extraño de la vejiga.....		486
<b>GUTIERREZ (ARISTIDES V.).</b> —Observaciones que pueden tener interés en el estudio de las enfermedades de los ojos.....		490
<b>GUTIERREZ Y ARANGO (DANIEL).</b> —Observación de lepra tuberculosa .....		519
<b>H</b>		
<b>HERRERA (J. DAVID).</b> —Informe sobre un trabajo del doctor Carlos S. Nieto..		580
— Proceso Carreño-Sepúlveda.....		668 y 787
<b>L</b>		
<b>LOMBANA BARRENECHE (José María).</b> —Contribución al estudio de la retención de la placenta. Observaciones.....		480

M

Págs.

MANRIQUE (JUAN E.).—Proceso Carreño—Sepúlveda	
537, 591, 717 y.....	720
—    No más hueso hioides .....	591
MOLANO (LINO J.).—Cáncer papilar ó vegetante.....	555
MONTOYA F. (JUAN B.).—Gran reducción de un bacinete raquíptico.....	581
MUÑOZ (G.).—Caso de trofoneurosis diseminada .....	545

N

NIETO (Carlos S.).—Herida de la cabeza en un feto al nacer.....	576
---	-----

O

OSORIO LOZANO (IGNACIO).—Estudio físico-químico de la resina del centeno cornezuelo.....	532
--	-----

P

PEREZ (MANUEL ANTONIO).—Cirugía de las vías biliares	683
PIZARRO (POLICARPO).—Informe sobre un trabajo del doctor Juan B. Montoya.....	584
POSADA ARANGO (ANDRÉS).—Caparrapí (El) y sus clasificadores.....	697 y 763
— <i>Posadwa</i> . Descripción de un nuevo género de plantas que descubrió.....	479

R

ROCA (ELBERTO DE J.).—Diátesis artrítica en la altiplanicie de Bogotá, bajo las influencias atmosféricas de esta altura. Una de las formas que se observan.....	638
—    Doctor (El) Bernardo Pereira.....	505

S

SANDINO GROOT (WENCESLAO).—Cuestión (La) Caparrapí .....	731
—    Doctor (El) Andrés Posada Arango y el Caparrapí... ..	569
—    Fruto (El) del Caparrapí.....	637
SOLANO R. (ZENÓN).—Cálculo vesical extraído al través de la uretra.....	575

T

TOBAR A. (ESTEBAN).—Proceder quirúrgico para la extracción de los pólipos naso-faríngeos... ..	553
--	-----



## INDICE ALFABETICO DE MATERIAS

DE LA SERIE XV DE LA "REVISTA MÉDICA DE BOGOTÁ," DE  
ABRIL DE 1891 Á MARZO DE 1892

	Págs.
<b>A</b>	
Acta de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, correspondiente al 15 de Noviembre de 1890....	465
— de 3 de Febrero de 1891.....	467
— de 16 de Febrero de 1891.....	557
— de 28 de Febrero de 1891.....	561
— de 7 de Marzo de 1891.....	564
Academia Nacional de Medicina. Acta de la sesión inau- gural.....	626
— correspondiente al 16 de Mayo de 1891.....	628
— correspondiente al 23 de Mayo de 1891.....	631
— correspondiente al 27 de Agosto de 1891.....	756
— correspondiente al 3 de Septiembre de 1891.....	761
-- correspondiente al 17 de Agosto de 1891.....	805
<b>B</b>	
<i>Bacillus</i> (El) de Koch á veces simula un aneurisma.....	586
Bibliografía.....	567
<b>C</b>	
Cálculo vesical extraído al través de la uretra.....	575
Cáncer papilar ó vegetante.....	555
Carta del doctor Manrique sobre la cuestión médico-legal del proceso Carreño-Sepúlveda....	717
Caso de trofoneurosis diseminada.....	545
Cirugía de las vías biliares.....	683
Contribución al estudio de la retención de la placenta. Ob- servaciones.....	480
Contribución al estudio de la Higiene. Historia sucinta de la lepra en Paipa.....	619

	Págs.
Contribución al estudio de las hemorragias <i>post partum</i> .....	713
Caparrapí (El) y sus clasificadores.....	697 y 763
Cuestión (La) Caparrapí.....	731

D

Diátesis artrítica en la altiplanicie de Bogotá, bajo las influencias atmosféricas de esta altura.....	638
Discurso reglamentario del doctor Carlos Esguerra, pronunciado en la sesión solemne de la inauguración de la Academia Nacional de Medicina.....	439
Doctor (El) Andrés Posada Arango y el Caparrapí.....	569
— Luis María Rodríguez.....	495
— Bernardo Pereira.....	505
— José Ignacio Quevedo.....	706

E

Estrechez uretral. Cuerpo extraño de la vejiga.....	486
Estrecheces orgánicas y espasmódicas de la uretra.....	496
Estudio físico-químico de la resina del centeno cornezuelo.....	532

F

Facultad (La) de Medicina de Bogotá.....	473
Fiebres de Patía. (Continuación de la serie anterior)....	469
Fruto (El) del Caparrapí.....	637

G

Gran reducción de un bacinete raquíico.....	581
---	-----

H

Herida en la cabeza de un feto al nacer.....	576
Higiene. Policía bromatológica. Las carnes...656, 706 y 774	
Histerotomía vaginal, practicada con buen éxito....502 y 566	

I

Inauguración de la Academia Nacional de Medicina. Relación de la sesión solemne, de los discursos reglamentarios y de la distribución de premios.....	409
Informe anual del Secretario, doctor Pablo García Medina, presentado en la sesión solemne del 25 de Abril de 1891.....	417
— del doctor J. David Herrera, sobre un trabajo del doctor Carlos S. Nieto.....	580

Informe del doctor Policarpo Pizarro, sobre un trabajo del doctor Juan B. Montoya.....	584
— del doctor Proto Gómez, sobre construcción de Lazaretos.....	599
— del mismo, sobre el Lazareto de Agua de Dios.....	614

## L

Lepra (La) y los Lazaretos.....	506
---------------------------------	-----

## M

Midriasis refleja .....	655
-------------------------	-----

## N

No más hueso hioides.....	591
---------------------------	-----

## O

Observaciones que pueden tener interés en el estudio de las enfermedades de los ojos.....	490
Observación de lepra tuberculosa.....	519
Observación clínica.....	652

## P

<i>Posadæa</i> . Descripción de un nuevo género de plantas, descubierto por el doctor Andrés Posada Arango....	479
Procedimiento para contener algunas hemorragias.....	548
Proceder quirúrgico para la extracción de los pólipos nasofaríngeos.....	553
Proceso Carreño-Sepúlveda.....	537, 668, 720 y 787

## R

Relación de las tesis trabajadas y sostenidas por los alumnos de la Escuela de Medicina, para recibir el diploma de Doctor, desde el año de 1887.....	617
---	-----

## S

Siringomielia. Enfermedad de Morvan y lepra anestésica en Colombia .....	512
— y lepra nerviosa .....	633