
REVISTA MEDICA DE BOGOTA

Organo de la Academia Nacional de Medicina

REDACTORES

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

TRABAJOS ORIGINALES

INYECCIONES VAGINALES EN LOS ESTADOS FISIOLÓGICOS

Parece que la comunicación de los órganos genitales internos con el exterior por un canal, como la vagina que se abre por una abertura como la vulva, los expusiera á contaminaciones muy frecuentes; de este temor ha surgido la perniciosa práctica del uso de las inyecciones vaginales, que, por evitar un peligro imaginario, causan un mal real; en una mujer normal, no sólo durante la inactividad sexual, sino también cuando sus órganos genitales están expuestos á contaminarse por el contacto de un órgano séptico, como es el pene, se encuentran la vagina y el útero prácticamente asépticos, no obstante que en la vulva abundan los microbios patógenos, en especial los piógenos, lo que prueba, como lo han demostrado las investigaciones de Doderlein, que en condiciones normales las secreciones de la vagina tienen el poder suficiente para purificarla, y, por consiguiente, para prevenir la infección; este poder bactericida del mucus vaginal es tal, que hasta los microbios patógenos virulentos introducidos en la vagina con un fin experimental por Koenig, Doderlein y otros, sucumben rápidamente cuando el canal está sano. Introducir un bitoque y una inyección de dudosa pureza con el objeto de desinfectar un órgano que tiene excelen-

tes medios de defensa, es exponerlo á una enfermedad, porque se lleva el agente infeccioso y se hace desaparecer la defensa natural, que siempre es la mejor; de aquí que las mujeres que las acostumbran diariamente estén más expuestas que las demás á las inflamaciones uterinas, porque ni aun el tapón mucoso del cuello es barrera suficiente para impedir la infección. En los casos en que por razón de la actividad sexual son abundantes las secreciones vaginales tampoco están indicadas las inyecciones en mujeres sanas, porque siendo la vagina una cavidad virtual, ellas no se acumularán en su interior, caso en que serían peligrosas, sino que llegarán á la vulva, que es el único lugar que debe ser objeto de cuidados higiénicos.

Si las inyecciones vaginales en mujeres sanas son tan perjudiciales, ¿cuánto no serán en las preñadas, próximas al parto, y en las que han pasado por ese acto fisiológico? Las inyecciones antes del parto quitan el moco vaginal y ponen, por lo tanto, el órgano en inferioridad para la defensa, dejándolo fácilmente accesible á los agentes patógenos que ella misma pudiera contener como saprofitos, de los de la vulva que puedan penetrar y de los que sean llevados con el bitoque y el líquido; además, si la inyección fuere aplicada inmediatamente antes del período de descenso de la cabeza, puede convertirse en un obstáculo mecánico, quitando un elemento importante para el deslizamiento de la cabeza; pero todavía es peor el uso de las inyecciones después del parto, puesto que á la contaminación que ellas pueden producir no se opone el tapón mucoso del cuello uterino, que aun cuando no es barrera infranqueable, como lo hemos visto antes, siempre es defensa muy importante. En los primeros momentos las cavidades uterina y vaginal se confunden de tal manera, que toda inyección en estas condiciones puede llamarse intrauterina, aun cuando no se use la sonda, que lleva tal nombre; más tarde empieza á cerrarse la abertura del cuello, pero siempre es tan amplia la comunicación, que el líquido pasa al útero, y esto aun cuando el pico de la sonda no penetre dentro del cuello, como sucede con frecuencia; si en estas condiciones las probabilidades de infección son grandes cuando las hace un partero inteligente y concien-

zudo, ¿qué será cuando quedan en manos de personas ignorantes y rutinarias, que hasta se burlan de precauciones que para ellas son pueriles?

El uso de las inyecciones vaginales como preventivas, al estado puerperal y fuera de él, se basa en el error de creer que la prevención de las enfermedades debe tener por fundamento la destrucción de los esquizomicetos en el organismo, cosa imposible de conseguir con nuestros medios actuales, que con más seguridad destruyen el protoplasma celular y los productos en que se transforma, que son los medios eficaces de defensa, que el protoplasma bacteriano y sus productos de desasimilación; poniendo al organismo en inferioridad notoria. Destruyamos con nuestros antisépticos cuantas bacterias podamos en el mundo exterior, para que sean menos las que nos invadan, evitemos por cuantos medios estén á nuestro alcance su penetración en nuestras cavidades naturales ó artificiales; activemos nuestro funcionamiento fisiológico, para que todas las potencias defensoras del organismo se mantengan á la altura de su deber; y no nos medicinemos para infecciones posibles; tanto vale poner duchas vaginales para una infección genital que no existe, como inyecciones uretrales, ó lavados rectales, nasales, oculares, auriculares, cuando no están afectados esos órganos. No dejaremos pasar esta oportunidad sin recordar que á un tifoideo, que era necesario sondear dos veces por día, era tanto lo que se le limpiaba el meato con licor de va Swieten, algodón fenicado, etc., que al fin se desprendió la epidermis y se desarrolló una supuración, no obstante lo antiséptico del traumatismo; prueba esto que mejor se defiende el organismo por sí mismo que por medios artificiales insuficientes, cuando no realmente perjudiciales.

La cavidad bucal en contacto amplio con el mundo exterior está siempre llena de microbios patógenos, al estado de saprofitos; su defensa local y la general del organismo dependen del buen funcionamiento de las glándulas que derraman su contenido en dicha cavidad; nada es tan eminentemente microbicida como las secreciones que la bañan, así lo demuestra la facilidad con que curan las heridas en esta región, sean producidas por el instrumento aséptico del ci-

rujano ó por cualquiera otra causa más ó menos séptica. En los ganados se observa que las heridas que pueden lamerse curan rápidamente; las que no se encuentran en estas circunstancias, se infectan y tardan en cicatrizarse.

Dejemos, pues, las duchas vaginales para cuando haya indicaciones especiales en el tratamiento de las enfermedades locales de los órganos genitales; y como medidas preventivas, sólo usemos aquellas que tiendan á vigorizar las defensas propias del organismo.

Las mismas inyecciones medicamentosas intrauterinas ó solamente vaginales, tienden hoy á desaparecer de la práctica obstetrical y ginecológica, porque se les han encontrado tales inconvenientes, que hasta empieza á considerárselas como eminentemente perjudiciales.

J. M. LOMBANA BARRENECHE

FECUNDACION ARTIFICIAL

La fecundación artificial es una operación que tiene por objeto remediar la esterilidad.

Aun cuando había sido practicada desde el siglo antepasado en algunas especies animales, su aplicación á la especie humana data de 1838, época en la cual el Dr. Girault hizo sus primeras tentativas, que fueron coronadas de éxito. Desde entonces los experimentos se multiplicaron, y Sims en América y Gigon, Lesueur y Delaporte en Europa publicaron observaciones de fecundación artificial practicadas por diversos procedimientos. No obstante, la operación fue condenada por algunos como atentatoria al pudor, pues efectivamente, varios de los procedimientos empleados podían considerarse como tales. Sin embargo, años más tarde fue preconizada de nuevo, y Pajot, que la había improbadado, no vaciló en practicarla y aun inventó un *fecundador* que lleva su nombre.

Indicaciones y contraindicaciones.

El Profesor Gaillard Thomas, de Nueva York, de quien

hemos extractado lo que antecede, se expresa como sigue al hablar de las indicaciones y contraindicaciones de la operación :

“ En suma, dice, para estar autorizado á practicar la fecundación artificial es necesario :

“ 1.º Que todos los otros métodos racionales de tratamiento hayan quedado sin éxito ;

“ 2.º Que la menstruación exista ó que síntomas manifiestos indiquen la existencia del molímen menstrual ;

“ 3.º Que no haya ningun vicio de conformación irremediable del basinete ó de los órganos genitales que se oponga á la concepción ó al parto ;

“ 4.º Que no haya en los cónyuges ninguna diátesis cancerosa ó tuberculosa ;

“ 5.º Que no exista ninguna afección inflamatoria del útero, de sus anexos, ó del peritoneo en el momento de la operación ;

“ 6.º Que se haya demostrado la existencia de los espermatozoarios.”

A estas contraindicaciones creemos deber agregar otras, por considerarlas plenamente justificadas : queremos hablar de ciertas afecciones que sin ser diatésicas, son, sin embargo, eminentemente transmisibles por la vía hereditaria, tales como la epilepsia, la ataxia y la propensión á la locura. Igualmente hacemos notar otra condición, aunque de orden moral, pero que nos parece indispensable de parte del médico ; nos referimos al secreto profesional que se impone en estas circunstancias como de imperiosa necesidad.

La época más propicia para la fecundación artificial es la semana siguiente á la cesación de las reglas, y mejor aún inmediatamente después de éstas. Gaillard Thomas aconseja practicarla en los dos ó tres días que preceden al período, y en caso de que no dé resultado favorable, lo que se reconoce en la aparición de éste, se repite inmediatamente después.

De los procedimientos empleados no mencionaremos sino el de Marion Sims y el de Pajot, pues los demás nos parecen incompatibles con la dignidad profesional.

El procedimiento de Sims consiste en tomar por medio de una jeringa especial, cuya cánula es ligeramente curva,

el licor seminal que ha quedado depositado con alguna anticipación en la vagina. Una vez hecha la aspiración, se introduce en la vagina el dedo índice de la mano izquierda y por medio de él se dirige la cánula hacia el hocico de tenca, y se hace penetrar poco más ó menos tres centímetros, hecho lo cual se empuja el pistón con el pulgar de la mano derecha que sostiene la jeringa.

En el procedimiento de Pajot se hace uso de un espéculo y de un instrumento especial, el fecundador de Pajot, especie de tubo bivalvo, destinado á tomar en la vagina el licor fecundante y depositarlo en la matriz.

Cualquiera que sea el procedimiento que se emplee, debe convenirse con el marido una hora fija, *á fin de que el médico encuentre preparados todos los elementos necesarios*. El fecundador, una vez desinfectado, debe sumergirse en agua á 37° durante algunos minutos, y la mujer permanecerá acostada durante tres ó cuatro horas después de la operación.

Vamos á hacer conocer ahora dos observaciones de fecundación artificial, operación que, según creemos, se practica por primera vez entre nosotros.

1.ª La señora X, de 28 años, de buena constitución y bien conformada, contrajo matrimonio á la edad de 20 años. No ha habido antecedente digno de notarse. A la edad de 14 años apareció el período y ha sido siempre muy abundante. Los cuatro primeros años de vida conyugal transcurrieron concibiendo siempre esperanzas infundadas de maternidad. Desde entonces fue sometida por su médico á diversos tratamientos, que consistieron principalmente en cambios de clima, en tónicos y reconstituyentes, pero todo fue en vano.

En el mes de Mayo de 1898 fuimos consultados por la señora X para algunas manifestaciones histéricas, y obtuvimos los datos que anteceden, por lo cual nos atrevimos á proponer al marido la fecundación artificial.

No sin algunas vacilaciones fue aceptada, pero antes de proceder quisimos darnos cuenta de la situación.

Por el examen practicado encontramos: buena conformación de la pelvis; ningún signo que pudiera indicar afección alguna de los ovarios ni de las trompas, y con el espé-

culum se hizo visible una desviación á la derecha del cuerpo del útero, debido probablemente á la constipación habitual. La porción infravaginal del cuello era un poco alargada y había una ligera atresia del canal cervical, cosas ambas que pueden cuando son exageradas, producir la esterilidad.

Como ninguna de estas anomalías era una contraindicación formal para la fecundación artificial, antes bien, podían remediarse con el embarazo, y como además el marido no había sufrido enfermedad alguna que lo hiciera inhábil para la fecundación, no vacilamos en intentarla.

La primera tentativa se hizo el 15 de Junio, dos días después de la época menstrual, por el procedimiento de Sims; pero veintiséis días después, es decir, el once de Julio apareció la regla, lo que nos hizo comprender la inutilidad de la operación. El 8 de Agosto apareció de nuevo el período, que duró 4 días, y 2 días después, es decir el 13, hicimos de nuevo la fecundación, haciendo uso del espéculum como aconseja Pajot, pero empleando siempre el fecundador de Sims. Tuvimos la precaución, dada la longitud algo exagerada del cuello, de hacer penetrar la cánula unos tres ó cuatro centímetros en el canal cervical. Durante los tres primeros meses hubo vómitos tenaces, pero por lo demás el embarazo fue normal, y el parto se verificó el 28 de Abril, ocho meses y medio después de la fecundación.

2.^a Por insinuación de la señora de la observación anterior, la señora N., su amiga, nos consultó en el mes de Agosto de 1899. De 31 años, de temperamento linfático y débil constitución, la señora N. contrajo matrimonio á la edad de 23 años. Un año después tuvo un hijo, que murió á la edad de 14 meses por accidentes de la dentición.

Según los datos obtenidos, el parto fue en extremo laborioso y necesitó de algunas maniobras obstetricales. Desde entonces la salud se deterioró: había leucorrea, dolores lumbares é irregularidades en la menstruación. A estos fenómenos mórbidos se agregaron más tarde, como sucede casi siempre, manifestaciones histéricas. Así continuó con alternativas en bien y en mal bajo la influencia de las variadas medicaciones que recibió, y en este estado la hallamos en

el mes de Agosto de 1899. Debemos hacer notar que la señora N. tuvo su hijo en el año de 1892, y que en los siete años transcurridos no tuvo nuevo embarazo.

Al examinar la enferma encontramos, á más del estado de debilidad y de anemia que hemos mencionado, una hiperplasia aereolar del cuello uterino, y una endometritis con profusión de secreciones purulentas.

El objeto de nuestra llamada á casa de la señora N. fue, según nos manifestó su esposo, ver si se obtenía un embarazo por medio de la fecundación artificial, pues él atribuía el estado de depresión moral y las manifestaciones histéricas de su esposa, al abatimiento causado por la pérdida de su hijo.

Desde luego manifestamos que no era el caso de aplicar la fecundación artificial, y que si se obtenía la curación, el embarazo vendría por los medios naturales.

El tratamiento empleado consistió en reconstituyentes, buena alimentación y ejercicio moderado en pleno aire, y como medios tópicos la serie de medicamentos que según las indicaciones se usan en semejantes circunstancias.

Después de cuatro meses, el estado general había mejorado notablemente, y el estado local era satisfactorio, por lo cual suspendimos el tratamiento; pero como dos meses más tarde apareciesen de nuevo manifestaciones locales, reanudamos el tratamiento, y lo continuamos durante un mes, época en la cual la curación era completa.

Seis meses transcurrieron sin alteración en la salud, pero sin que se presentara síntoma alguno de embarazo, por lo cual hubimos de ceder á las insinuaciones del marido, y practicámos la fecundación el 12 de Septiembre, dos días antes de la época supuesta del período; la aparición de éste nos hizo comprender la inutilidad de la operación, que repetimos inmediatamente antes del período siguiente, sin que por esto hubiera dejado de aparecer la regla, por lo cual la repetimos dos días después de terminada ésta.

Al siguiente mes ya no se presentó el período menstrual, y los demás síntomas del embarazo empezaron á manifestarse. Durante la gestación hubo algunas tendencias al aborto,

que fueron felizmente combatidas, y el parto se verificó en el mes Julio de 1901.

De las dos observaciones que anteceden, consideramos la primera como más importante ó demostrativa, por la circunstancia de no haber habido jamás embarazo alguno. Respecto de la segunda, aun cuando es muy probable que el embarazo haya sido la consecuencia de la fecundación artificial, reconocemos que pudo ser el producto de un acto fisiológico.

Para terminar lo relativo á este asunto queremos entrar en algunas consideraciones: La fecundación artificial es una operación completamente inofensiva, pero que no debe practicarse sino únicamente en los casos en que, además de no haber contraindicación, hay imperiosa necesidad. Tiene para el médico el grave inconveniente de ser, por razones obvias, desagradable en la práctica, aunque no difícil en su ejecución, y por nuestra parte, podemos asegurar que sin el ejemplo de autores respetables no nos hubiéramos atrevido á practicarla.

En favor de la operación militan consideraciones de orden moral y social que nos deben inducir á ejecutarla. Dejamos á un lado aquellos casos en los cuales la cuestión pro-genitura es cuestión de intereses y nos referimos al sentimiento de la paternidad, tanto más intenso cuando la naturaleza se deniega más á conceder esta facultad, y matrimonios hay que rodeados de bienes de fortuna se consideran desdichados cuando después de esperar por largos años el fruto de su unión se convencen de su esterilidad.

Estas consideraciones son las que, en nuestro concepto, justifican plenamente la operación.

A. GÓMEZ CALVO

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA

La práctica de las grandes operaciones abdominales, iniciada hace algunos años entre nosotros por hábiles operadores, dio una mortalidad tan elevada, que someterse

Colección de la Sociedad de Cirujía de Bogotá
 FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA
 DEPARTAMENTO DE HISTORIA Y GEOGRAFIA MEDICA

á una operación de esa clase era casi lo mismo que firmar su propia sentencia de muerte. Varias fueron á mi modo de ver, las causas de tan desastrosos resultados, que creo pueden reducirse á las siguientes :

1.º El uso de los antisépticos, más eficaces para destruir los endotelios peritoneales, que las bacterias que hubieran sido introducidas en la cavidad peritoneal por las manos del operador, los instrumentos, ó los objetos de curación ;

2.º Los grandes lavados de la cavidad peritoneal que difundían los microorganismos en toda su extensión, generalizando una infección que sin ellos probablemente habría quedado circunscrita, y además quedando en parte en su interior el líquido usado, venía á servir de caldo de cultivo ;

3.º El manejo de las circunvoluciones intestinales que constantemente se presentaban en el campo operatorio, dificultando la operación y trayendo como consecuencia, por las manipulaciones de que eran objeto, un traumatismo muy considerable ;

4.º La desinfección incompleta de las compresas, algodones, ligaduras, sedas, catguts, etc., por falta de un autoclave, y de las manos y los instrumentos. Como en Europa, los inconvenientes apuntados en los tres primeros puntos eran los mismos, la diferencia de los resultados en esa época consistía principalmente en la mejor desinfección por el autoclave, y en una mayor habilidad en el acto operatorio que disminuía al *mínimum* los traumatismos peritoneales.

Hoy todas esas causas de mal resultado han desaparecido entre nosotros ; á los antisépticos se les mira con horror, y son reemplazados por la solución fisiológica de cloruro de sodio ; la cavidad peritoneal se enjuga con compresas asépticas, y no se lava con agua de dudosa asepsia, y reforma importantísima se ha prescindido en absoluto del uso de las esponjas ; el plano inclinado aleja eficazmente, los intestinos del campo operatorio, manteniéndolos libres de los traumatismos de las manos y del aire frío ambiente ; y el autoclave introducido en los últimos dos años, junto con los adelantos para la desinfección de las manos, aseguran una asepsia tan perfecta como es deseable.

Todos estos adelantos han dado su natural resultado, y á nuestra antigua aterradora mortalidad en las laparotomias, se ha sustituido el éxito casi constante como resultado de los esfuerzos de los cirujanos que entre nosotros se han dedicado á practicarlas.

Como no era natural que sólo aprovecharan los beneficios de la cirugía abdominal las personas acomodadas, se buscó donde operar á las menos afortunadas y se escogió para el efecto una casa de las Hermanas de la Caridad, llamada *El Campito*, situada al Oriente, en el principio de la falda del cerro Guadalupe; con la buena voluntad de estas Hermanas, se arregló una salita de operaciones, y ellas se hacen cargo de cuidar y de alimentar las operadas, bajo la vigilancia del cirujano; esta práctica quirúrgica en personas que precisamente más que las otras necesitan intervenir activamente en la lucha por la vida, ha ido aumentando y sugirió á los que habían operado en *El Campito* la idea de formar una sociedad. Al efecto los Dres. Eliseo Montaña, Diego Sánchez, Guillermo Gómez, Hipólito Machado L., Isaac Rodríguez, Juan E. Manrique, Julio Z. Torres, José María Montoya, Nicolás Buendía, Z. Cuéllar Durán, han formado una asociación con el nombre de Sociedad de Cirugía de Bogotá, con el fin filantrópico de continuar prestando sus servicios gratuitos en *El Campito* á las personas que no tengan recursos para subvenir á los gastos de una operación; gastos que deben ser cubiertos por la Sociedad, para lo cual han solicitado el apoyo del público en forma de donaciones voluntarias; habiendo empezado ellos mismos la suscripción con la suma de quinientos pesos cada uno y comprometiéndose á operar gratuitamente á los que merezcan serlo.

Las condiciones para que los enfermos sean operados haciendo la Sociedad los gastos, están especificadas en el § 1.º del artículo 4.º de la Escritura de asociación que dice:

“Para los efectos anteriores la Junta Directiva tendrá en cuenta las siguientes consideraciones:

- a) La cantidad de recursos con que cuenta la Sociedad;
- b) Que el enfermo sea pobre de solemnidad;
- c) Que padezca de una enfermedad que pueda curarse con la cirugía;

d) Que se someta á ser operado por uno de los miembros de la Sociedad.”

“ En igualdad de circunstancias serán preferidos para ser operados aquellos enfermos que vengan recomendados por alguna de las personas que hayan dado donaciones á la Sociedad.”

La Junta Directiva se ha constituido así: Presidente, Dr. Juan E. Manrique; Secretario, Dr. Guillermo Gómez; Tesorero, Dr. José María Montoya.

El escogido personal con que se ha fundado la Sociedad de Cirugía de Bogotá, y la filantropía de los habitantes de la ciudad, nos hacen esperar que por primera vez en el país tengamos una Escuela de Cirugía práctica en la que podrán instruirse objetivamente los jóvenes médicos que no tienen recursos suficientes para trasladarse á los grandes centros europeos. Abrigamos también la esperanza de que esto facilitará en el porvenir la creación de clínicas privadas, que son muy útiles para el adelantamiento y difusión de los estudios médicos. Sólo es de sentirse que por la constitución que se ha dado esta Sociedad se haya hecho casi imposible el ingreso de socios nuevos, porque se priva ella misma de valiosos colaboradores.

La organización de la Sociedad de Cirugía es el primer paso verdaderamente serio que se da entre nosotros para crear especialistas; quedando por este hecho fundadas las dos grandes especialidades de medicina y de cirugía, que á medida que las circunstancias lo exijan, se irán subdividiendo naturalmente. La necesidad de las especialidades, la sentimos tal vez más los médicos que el público, porque son tantos y tan vastos los estudios médicos que casi es un imposible abarcarlos todos concienzudamente; por supuesto que para que el especialista sea un hombre de verdadera ciencia necesita haber estudiado toda la medicina y haberla ejercido durante varios años como práctico general antes de especializarse. La especialidad debe ser el fruto sazonado del ejercicio general de la medicina y de la cirugía.

J. M. L. B.

FACULTAD DE MEDICINA

El día 23 de Junio se reunieron los Profesores de la Facultad de Medicina en el salón principal del Ministerio de Instrucción Pública, por convocatoria que les hizo el Sr. Ministro, quien les dijo que el objeto de la reunión era hacer saber al Cuerpo de Profesores, que según lo dispuesto por el Concilio Plenario latino americano reunido en Roma en años pasados, los Profesores de toda clase de enseñanzas, en los países católicos, estaban en la obligación de hacer profesión de fe católica, condición indispensable para continuar en sus puestos, y que próximamente fijaría el día en que debía tener lugar la ceremonia. Después de hacer presente algunos Profesores que no concurrirían á ella, terminó la reunión.

Desde el primer momento algunos Profesores resolvieron no someterse á la exigencia que se les hacía, lo que naturalmente los excluía de la Facultad; pero aun cuando una renuncia en ese caso era hasta cierto punto innecesaria, porque de hecho estaban removidos, sin embargo los Dres. Juan David Herrera, Eduardo Herrera, Luis Zea Uribe y J. M. Lombana Barreneche, la presentaron, y les fue aceptada inmediatamente.

El día 28 de Junio, el Sr. Rector de la Facultad puso en conocimiento de los Profesores la siguiente nota del Sr. Ministro:

*“República de Colombia—Ministerio de Instrucción Pública—
Sección I.ª—Número 1,181—Bogotá, 27 de Junio de 1902.*

Sr. Rector de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá.

La anunciada profesión de fe se verificará el domingo 29 de los corrientes, á las 8 de la mañana, en la Capilla del Sagrario, lugar de reunión, el atrio de esa misma iglesia, á las ocho menos cuarto. Sírvase citar escrupulosamente á los Profesores internos, haciéndoles saber que la no asistencia, salvo excusa legítima comprobada, será considerada como renuncia de la cátedra.

Dios guarde á usted.

JOSÉ JOAQUÍN CASAS.”

De los profesores sólo concurren á la cita del Sr. Ministro, los Dres. Nicolás Osorio, Rector; Rafael González Pardo, Secretario; Liborio Zerda, Wenceslao Sandino Groot y Agustín Uribe; en consecuencia, además de los cuatro antes mencionados, que habían renunciado las cátedras de Clínica de Patología interna, de Farmacia, de Histología y de Clínica de Patología general, respectivamente, quedaron excluidos de la Facultad los siguientes Profesores:

Dr. Luis María Herrera Restrepo, Catedrático de Química mineral y de Química orgánica.

Dr. Luis María Ribas M., Catedrático de Anatomía especial, curso segundo, y de Anatomía Patológica.

Dr. Pompilio Martínez, Catedrático de Cirugía y de Clínica infantil.

Dr. Francisco J. Tapia, Catedrático de Bacteriología.

Dr. Julio M. Escobar, Catedrático de Higiene y de Clínica de Sífilis y de enfermedades de la piel.

Dr. Luis Felipe Calderón, Catedrático de Patología interna.

Dr. Abraham Aparicio, Catedrático de Terapéutica.

Dr. Leoncio Barreto, Catedrático de Obstetricia y de Clínica obstetricial.

Dr. Gabriel Durán Borda, Catedrático de Patología externa.

Dr. Luis Cuervo Márquez, Catedrático de Medicina legal.

La Facultad de Medicina que se cerró el día 5 de Junio por Resolución del Sr. Ministro de Instrucción Pública (*Revista Médica* número 266, página 477), se abrió nuevamente de Profesores, que sólo se completó al fin del mismo mes, quedando constituido así:

Dr. Nicolás Osorio, Rector.

Dr. Rafael González Pardo, Secretario.

PROFESORES

CÁTEDRAS QUE ESTÁN A SU CARGO

Dr. Wenceslao Sandino Groot.	Botánica.
Dr. Liborio Zerda.....	Física médica.
Id. íd.....	Química orgánica.
Id. íd.....	Fisiología.
Sr. Santiago Cortés.....	Química mineral.
Dr. Luis María Ribas M.....	Anatomía especial, curso primero.
Id. íd.....	Anatomía especial, curso segundo.
Dr. Rafael González Pardo...	Zoología.
Dr. Luis de Roux.....	Histología.
Id. íd.....	Higiene.
Dr. Andrés Bermúdez.....	Farmacología.
Dr. Nicolás Osorio.....	Patología general.
Dr. Ismael Gallego B.....	Patología interna.
Dr. Pompilio Martínez.....	Cirugía.
Id. íd.....	Clínica de Patología ge- neral.
Dr. Epifanio Combariza.. ...	Bacteriología.
Id. íd.....	Anatomía patológica.
Dr. Abraham Aparicio.....	Terapéutica.
Dr. Antonino Gómez C.....	Obstetricia.
Id. íd.	Clínica obstetricial.
Dr. Julio M. Escobar.....	Clínica de Patología in- terna
Id. íd.....	Clínica de enfermedades de la piel y sifilíticas.
Dr. Gabriel Durán Borda ...	Patología externa.
Dr. José Ignacio Barberi ...	Clínica infantil.
Dr. Agustín Uribe.....	Clínica de Patología ex- terna.
Dr. Gabriel Camargo.....	Medicina legal.

Los internos Sres. Buenaventura Paz, Manuel Valencia, Fidel Regueros y Antonio Mesa, que renunciaron sus puestos, no han sido todavía reemplazados.

J. M. L. B.

CLUB MEDICO DE BOGOTA

La Asamblea general del Club Médico hizo, el 31 de Julio, el escrutinio de los votos depositados para elegir nuevos empleados para el período que termina el 21 de Julio de 1903. Fueron declarados elegidos los siguientes socios:

PARA MIEMBROS DEL CONSEJO SUPERIOR CONSULTIVO:
Dr. Juan David Herrera, Dr. Abraham Aparicio.

PARA MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA. *Principales*:
Dr. Hipólito Machado, Dr. Miguel Rueda A., Dr. Lisandro Reyes, Dr. Gabriel Camero y Dr. Guillermo Gómez.

Suplentes: Dr. Manuel Cantillo, Dr. Pompilio Martínez, Dr. Francisco A. Vélez, Dr. Luis Zea U. y Dr. Rafael Martínez N.

PARA PRESIDENTE, Dr. José M. Lombana Barreneche.

PARA SECRETARIO, Dr. Diego Sánchez.

PARA TESORERO, Dr. Roberto Sanmartín.

PARA BIBLIOTECARIO, Dr. José María Montoya.

La Junta Directiva nombró Designado al Dr. Hipólito Machado L.; Subsecretario al Dr. Rafael González Pardo; Subtesorero al Dr. Isaac Rodríguez; Subbibliotecario al Dr. Lino J. Molano y Segundo Subbibliotecario al Dr. Ricardo Azuero.

 EPIDEMIOLOGIA DEL MES DE JULIO

Varicela—Ha habido algunos pocos casos, sin importancia. Parece que esta enfermedad tiene muy poca tendencia á generalizarse.

Disentería—Esta enfermedad, junto con la enteritis, continúa siendo la que da una mortalidad más fuerte, sobre todo en el pueblo.

Fiebre tifoidea—La endemia tifoidea ha disminuído bastante, habiendo sido la mortalidad por esta causa inferior á la del mes pasado en un 34-44 por 100.

Viruela—El día último quedaron hospitalizados en Los Alisos 35 enfermos; han predominado las formas benignas; pero en este mes hubo 6 muertos por esta infección.

Influenza—Las afecciones pulmonares y pleurales, consecutivas á la influenza, han sido mucho más frecuentes y más graves, probablemente por lo variable de la temperatura y los vientos que han reinado durante todo el mes.

J. M. L. B.

UN GRAN MEDICAMENTO DEL PORVENIR

LA ADRENALINA

En 1883 llegó á Francia un medicamento que venía de Austria, dotado de un poder extraño. Tenía la propiedad de suspender momentáneamente la sensibilidad de las regiones que tocaba, sin alterarlas. Era la cocaína. Nuestro misoneísmo burlón no se fijó al principio sino en colocar su nombre en chistes más ó menos incorrectos. Lo que no impidió que esta droga adquiriera una fortuna inaudita: la cocaína revolucionó la cirugía y creó, por accidente, la rinología.

Han pasado veinte años, y como en terapéutica la historia no es sino una perpetua repetición, hé aquí que se levanta una nueva estrella sin que nos apercibamos, absortos como estamos siempre en la contemplación del ocaso de nuestro horizonte médico.

Así, en 1901, sin gran ruido, nos ha llegado de América, por Burdeos, un medicamento provisto de una cualidad rara. Tiene la propiedad de suspender momentáneamente la circulación en las regiones que toca, sin alterarlas. Se llama la adrenalina, nombre que hoy debe repetirse y que mañana será del dominio público. La carrera que le espera no es menos bella, sin duda, que la que hizo la cocaína.

Cuando sobre una superficie absorbente, como la mucosa nasal, que por su vascularidad y sensibilidad es un buen campo de prueba, se hace una unción con una solución concentrada de cocaína, no se siente nada desagradable. La mucosa se pone rosada y se deprime un poco, en tanto que la sensibilidad al dolor disminuye hasta desaparecer absolutamente. Diez minutos después de que la cocaína ha comenzado á obrar, se puede, sin que se experimente fastidio

alguno, pasear un galvano-cauterio en esa nariz que antes no admitía el cosquilleo de una pluma, y durante un cuarto de hora, las intervenciones más dolorosas pueden efectuarse, mientras que paciente y médico platican indiferentemente.

Cuando sobre una superficie absorbente, como la complaciente mucosa de la nariz, se hace una unción con una solución muy débil de adrenalina, no se experimenta ninguna sensación. Sin embargo, casi inmediatamente la mucosa se emblanquece, se retrae y parece desaparecer. Parece como si el hueso se hubiese despojado de lo que lo cubría, para mostrarse desnudo. Cinco minutos después de este contacto se puede cortar el tabique, quitar los cornetes, sin que dé sangre esa nariz, en donde antes habría bastado para producir una epixtasis, la introducción brusca de un dedo. Durante media hora y más, puede efectuarse sin hemorragia la medicina operatoria en las fosas nasales que se mantienen indiferentes, *perinde ac cadaver*.

No fue, en tiempo de nuestra juventud médica, una de nuestras menores admiraciones ver arrancar dientes, extraer pólipos nasales, enuclear cristalinos casi con la misma indolencia para el operado que para el operador. De día en día se complace la cocaína en aturdirnos con sus rarezas usuales.

No será menor sorpresa en nuestros futuros días poder hacer limpiamente en seco esta cirugía nasal, que hasta hoy, cruenta en exceso, merece el epíteto de "enlodante." Ya, más de una vez, solo, sin otros ayudantes que la cocaína y la adrenalina, he podido enderezar tabiques desviados, sin más efusión de sangre que la producida en un simple examen; he podido raspar sin hemorragia lupus de la pituitaria; ayer mismo ejecutaba sin otras compresas que el pañuelo del paciente una ablación del cornete inferior, excelente operación, en la cual la abundancia de la hemorragia nos dejaba muchas veces en la duda. Hoy todos los rinólogos participan de la misma admiración y de las mismas satisfacciones.

Es verdad que esto pasa en un pequeño rincón de especialidad, del cual poco se interesa la cirugía general;

ella no acostumbra pedir favor á los excelentes medicamentos de la rinología. Sin embargo, debe reconocerse que son las especialidades las que á menudo han enseñado á la cirugía sus medios de suavidad. Obligados á intervenir en orificios naturales, sin poderlos ensanchar, limitados en su evolución por la estrechez de los conductos que les dan asilo y prebendas, los especialistas han tenido que inventar mil medios para superar esas dificultades; son los ebanistas que cincelan los cofres de madera rara y se consagran á los pequeños detalles ingeniosos, desconocidos de los carpinteros cuya pesada hacha taja un nabo de encina. Así los oculistas han dado á la cirugía la cocaína; los rinologistas le han ofrecido agentes hemostáticos poderosos, como el agua oxigenada y la ferripirina, y hoy hacen más todavía: le llevan la adrenalina.

La cocaína es un producto del reino vegetal, un alcaloide extraído de las hojas de coca. Cuando se la inscribió en el Codex, ya la terapéutica empleaba hacía largo tiempo la tintura de coca en aplicación local, pero sin gran resultado, porque necesitaba extraer la quinta esencia para ver los efectos.

La adrenalina es un producto del reino animal: es el principio activo de las cápsulas suprarrenales (*adrenal glands* de los ingleses) aislada en 1901 por Takamine (de Nueva York).

Ya se nos habían ensalzado las propiedades locales del extracto de cápsulas, sin podernos convencer, por lo débiles que eran: así como en la tintura de coca, la dilución era demasiado extendida. Ahora, la cantidad de adrenalina que contiene una cápsula debe de ser mínima, porque actualmente esta sustancia cuesta doscientos mil francos el kilogramo. Se necesita, sin duda, un rebaño de bueyes para obtener el contenido de un frasquito. Pero poco importa, porque la adrenalina obra en solución al dos ó tres mil, y bastan algunas gotas para producir la isquemia en un campo operatorio limitado.

La adrenalina es de todos los vaso-constrictivos el más enérgico que se conoce. La inyección intravenosa de mínima cantidad de una solución al veinte mil, hace subir notablemente la tensión arterial. Para la medicina y la cirugía les será provechosa.

Sin duda que las tesis y las comunicaciones se multiplicarán más tarde; que del medicamento hoy desconocido harán la droga más popular de mañana y la elevarán evidentemente á la categoría de panacea universal é inofensiva. Pero de ella no quiero reservar hoy sino su prodigiosa propiedad isquemiante: al contrario de todos los hemostáticos conocidos que detienen la salida de la sangre, ella sola sabe prevenirla.

Cocaína y adrenalina son dos sustancias de fortuna semejante, que la cirugía hará gemelas.

Se asocian: la una complace al operado, porque suprime el dolor; la otra seduce al operador, porque anula la hemorragia.

Se ayudan mutuamente, porque la cocaína, que obra poco sobre las regiones inflamadas, anestesia fácilmente después que la adrenalina las ha puesto anémicas, al extremo de colocarlas en condición de tejidos normales.

Su empleo simultáneo se formula así: ni dolor, ni sangre. Posteriormente y más de una vez en el cuerpo de este diario, será la adrenalina objeto de estudios científicos más maduros. Hoy solamente he querido dar uno de los tres golpes que se acostumbran para fijar lo que va á pasar, y no lo haría mejor al presentar la adrenalina al mundo quirúrgico que diciendo que por su maravilloso poder de hemostasis preventiva merece llamarse "el alcaloide de la banda de Esmarch."

MARCEL LERMOYER

(Traducido de *La Presse Medicale*, para *La Revista Médica*, por L. J. M.).

EL SECRETO DE LA VIDA

El descubrimiento que á principios del año comunicó el Dr. Albert F. Mathews, Profesor de Química fisiológica en la Universidad de Chicago, á los miembros de la Sociedad Fisiológica americana en su reunión anual, parece tan extraordinario y tan maravilloso, que podría considerarse como

un cuento de periódico, más bien que como un hecho científico de la mayor importancia, si no estuviera confirmado y apoyado por hombres de reconocida autoridad, y si los principios en que se funda no estuvieran en estricta armonía con los hechos observados en física, química, fisiología y demás ciencias afines, y en las leyes que las rigen. No sólo pretende revelar el secreto de cuál es el estímulo del nervio y del músculo, incluyendo la explicación de muchos problemas relacionados con el proceso vital, sino que con su teoría va tan adelante, que acerca el fisiólogo al conocimiento del misterio de la vida. El Profesor Jacques Loeb, de la Universidad de Chicago, considera este descubrimiento como la generalización fisiológica más próximamente fundamental de los últimos cincuenta años, y que causará una revolución no solamente en medicina y fisiología, sino también en filosofía, á la que da bases científicas y sólidas para sus teorías sobre la vida y la muerte.

La siguiente abreviada recapitulación del descubrimiento, hecha por el Dr. Mathews en el *March Century*, dará mejor idea sobre ella que cualquier comentario.

“Se ha demostrado: 1.º, que el estímulo químico del protoplasma es en realidad un estímulo eléctrico; 2.º, que la acción venenosa de las sales inorgánicas se debe á las cargas eléctricas de las sales y probablemente á los movimientos de estas cargas; 3.º, que las cargas negativas estimulan el protoplasma, mientras que las positivas impiden el estímulo, y que cuando ellas no son anuladas por las negativas destruyen la vida; 4.º, que la contracción muscular es probablemente en su esencia un fenómeno eléctrico, y que la conducción de un impulso nervioso es casi ciertamente un fenómeno eléctrico; 5.º, por primera vez tenemos una explicación física que esté de acuerdo con los principales hechos conocidos, del impulso nervioso y de las variaciones de la irritabilidad; 6.º, hemos encontrado una explicación del modo como produce su efecto un anestésico; 7.º, nos inclinamos á la hipótesis de la identidad del estímulo por la luz y por los agentes químicos.”

Se ve fácilmente cómo con este descubrimiento muchos fenómenos fisiológicos no explicados hasta ahora, se hacen inteligibles. Para ilustrar tomemos como ejemplo el proble-

ma de la contracción muscular, del que da una explicación muy satisfactoria; sabiéndose que el músculo es de naturaleza coloide como el nervio, es evidente que la corriente negativa ó impulso motor, al entrar en él, precipita los coloides que se encuentran en su camino, y entonces se contrae el músculo. La explicación que da de la anestesia es por su sencillez bien calculada para llamar la atención de los médicos. Es sabido que la influencia de los anestésicos es directamente proporcional á su poder disolvente de las grasas. El Dr. Mathews ha demostrado que si se puede impedir la precipitación del coloide del nervio, no se transmite ningún estímulo por él, lo que se consigue "diluyendo" la solución en el nervio. Los anestésicos absorbidos en el pulmón y llevados por la sangre al cerebro, disuelven más los coloides de las muy sensibles células nerviosas, y hacen la solución más estable; mientras dure este estado no podrá pasar ninguna sensación por el nervio. Cualquier *ion* cargado positivamente obrará del mismo modo que un disolvente de la grasa; solamente que el éter es preferible para este objeto, porque se administra fácilmente en pequeñas cantidades, obra suavemente y se elimina pronto. La embriaguez es semejante, ó mejor, idéntica á la anestesia y puede explicarse de la misma manera; el alcohol, que lleva la sangre al cerebro, afecta, como el éter, las células nerviosas; haciendo la solución más estable, disminuye el poder del hombre para enviar corrientes motoras á los músculos, y además, extendiendo eventualmente su acción hasta ellos, les reduce la facultad de contraerse. De esta manera podemos también explicarnos racionalmente el uso del alcohol ó del *whiskey* contra la mordedura de culebra; según Darwin, la muerte por esta causa viene de la coagulación inmediata del coloide del nervio por el veneno inyectado, y como hemos visto que el alcohol disuelve esta sustancia, prevendrá la acción del veneno de la culebra, si tiene tiempo de llegar á las células cerebrales y á los nervios antes de que se haya producido la coagulación.

La aplicación de estos estudios á la resolución del problema de la vida y de la muerte puede conducir á conclusiones inesperadas. (*Medical Times*, 1902, pág. 108).

T E R A P E U T I C A

Acido pírico en el tratamiento de la gonorrea.—El Dr. H. de Brun, aconseja introducir en la uretra una solución de ácido pírico al 2 por 100; esta inyección se retendrá por tres minutos, y se repetirá dos ó tres veces por día si causare poco dolor, limitándose á una aplicación diaria en el caso contrario. El autor asegura que se cura radicalmente con este tratamiento la gonorrea aguda en cuatro ó cinco días, y que en las crónicas, que han resistido á los otros tratamientos, se obtienen curaciones rápidas y definitivas.

El cloretone como anestésico local.—El Dr. Rasely ha usado el cloretone para abrir abscesos, amputar dedos y hasta extraer dientes, sin efecto depresivo. Operó también una fístula completa en un hombre de 74 años, con degeneración grasa del corazón, sin que sintiera dolor y sin que se deprimiera aun cuando se le inyectó jeringazo tras jeringazo de la solución saturada en la línea de la incisión.

Rasely considera el cloretone un anestésico local ideal, seguro en sus efectos. é inocuo en sus resultados; cree también que puede reemplazar la cocaína en la anestesia sub-aracnoidiana.—(*Intern. Jour. of surgery*).

Orina albuminosa. Para descubrir pequeñísimas cantidades de albúmina en la orina, aconseja Praum el método siguiente: en un tubo de ensayo se mezclan cuidadosamente unos pocos centímetros cúbicos de orina filtrada con unas pocas gotas de ácido sulfo-salicílico en solución concentrada; después de algún tiempo se agregan otros centímetros cúbicos de orina filtrada, dejándola correr lentamente por las paredes del tubo; de esta manera queda una capa de orina clara en la parte superior, que sirve de punto de comparación, formando un contraste capaz de hacer aparentes cantidades mínimas de albúmina.

Para combatir los efectos de la cal en los ojos, láveseles con muchísima agua, y después con una disolución de azúcar en agua; este tratamiento es mucho mejor que el que consiste en usar el vinagre ó los ácidos diluídos, porque la cal forma un compuesto insoluble con la azúcar.

REPRODUCCIONES



Teoría del Dr. Schenk sobre el sexo—La teoría del Dr. Schenk sobre el sexo es que este depende de la cantidad de materias albuminoides que tome la madre; el Profesor principió por experimentar en los gusanos de seda, que cuando se alimentan insuficientemente producen mayor número de machos; luégo trabajó con otras especies de animales, lo que le llevó al convencimiento de *que el sexo es determinado, principalmente por la dieta.*

Gerhardt Rohlf, famoso viajero africano, á quien interesó en sus investigaciones, observó que durante las épocas de grandes privaciones, hay en las tribus salvajes un aumento anormal de los nacimientos de varones. El Profesor Schenk ha obtenido quince éxitos completos en experimentos hechos en su propia familia y en la de sus amigos. En este estado, el Profesor transmitió su secreto á sus colegas de Viena; pero las discusiones que se suscitaron lo revelaron prematuramente; en los experimentos posteriores que se cuentan por cientos, los resultados han sido casi siempre favorables; después en el Congreso dijo que cuando quiera que se había puesto su régimen en práctica, el resultado había sido positivo.

Etiología del cáncer—Dice el Profesor Ziegler: “Las formas que se han descrito como protozoa y blastomiestes, son: ó núcleos degenerados, ó figuras nucleares degeneradas, ó productos del protoplasma celular, tales como sustancias mucosas, coloides, hialinas ó heterohialinas; ó células, por ejemplo, células cancerosas, que han absorbido leucocitos ó los productos de su desintegración. El número de los que sostienen la teoría parisataria de los tumores, disminuye realmente todos los días, no sólo porque no se demuestra la existencia de parásitos en ellos, sino también porque todos los caracteres biológicos de los tumores, hablan en contra de su naturaleza parasitaria.”

Estaso-basofobia—Síndrome clínico caracterizado por la imposibilidad de mantenerse de pie y de caminar, únicamente provocado por la idea emotiva de la imposibilidad de esta doble función.

Hay un caso tipo: la forma pura, variedad continua. Existen dos clases de síntomas: físicos y psíquicos. Los primeros siguen lógicamente á los segundos. Los síntomas psíquicos consisten al principio en la idea fija y dominante de la impotencia de los miembros inferiores, idea acompañada siempre de terror y angustia, con el estado mental de la ansiedad y la sensación del desfallecimiento, y en seguida, en la resonancia de esta angustia en el dominio orgánico, de donde resultan alternativas de palidez y de enrojecimiento, temblores, sudor, aceleración del pulso y de la respiración.

Los síntomas físicos consisten en una imposibilidad más ó menos grande de la marcha, y de la estación de pie que produce una actitud en el andar, ya paralítica, ya espasmódica, y una ataxia, mixta ó completa que contrasta con la integridad sensitivo-motora del aparato locomotor.

Tal es ese caso tipo cuyo principio, brusco en ocasiones, pero en lo general lento y progresivo, se anuncia algunas veces por accesos de agorafobia, que cesan cuando la estaso-basofobia se halla en su período de estado.

La duración del síndrome es larga, puesto que puede prolongarse muchos años. La curación se hace lenta y progresivamente, entrecortada por los mismos accesos de agorafobia, que no sobrevienen sino á intervalos más y más alejados.

Al lado de la estaso-basofobia de forma pura continua, deben colocarse otras dos variedades que no son raras: la variedad por accesos y la variedad asociada (asociación con el tabes, la hemiplegia orgónica, la esclerosis en placas, etc).

La etiología de la estaso-basofobia reconoce dos grandes causas; la predisposición hereditaria ó adquirida, que se traduce (con frecuencia á los 50 años) por el desequilibrio de la impresionabilidad y la causa ocasional, la representa una afección ó un accidente que interesa el aparato locomotor; que hace que este aparato llame la atención más ó menos consciente del sujeto, organiza el síndrome y lo especifica en su naturaleza y su sitio.

La patogenia es la siguiente, para M. Paul Delarme, quien ha hecho (Tesis de París, 1901) la crítica de las diversas opiniones emitidas á este respecto: La estaso-basofobia no reconoce el mismo mecanismo de la astasia abasia histérica, que es una amnesia sistematizada de los movimientos de la marcha consecutiva á la estrechez del campo de la conciencia y no se acompaña de ninguna perturbación de impresionabilidad. Es, por el contrario, una de esas perturbaciones psíquicas que caracterizan clínicamente la mentalidad de los degenerados, y cuyo mecanismo revela un estado anormal de la impresionabilidad, continuamente exagerada é inestable en su equilibrio.

El diagnóstico debe hacerse con cierto número de afecciones del sistema nervioso. Los síntomas primordiales de la estaso-basofobia son: 1.º, imposibilidad de la estación de pie y de la marcha; 2.º, la idea que tiene el enfermo de que no puede ni caminar ni sostenerse de pie; 3.º, el terror y la angustia moral que acompañan esta idea, y 4.º, los fenómenos orgánicos correlativos: palidez, enrojecimiento, sudor, temblor, disnea, aceleración del pulso.

La paraplegia se reconoce fácilmente por la investigación de la motilidad, en la cama.

La astasia-abasia es un síndrome psíquico que no se acompaña de ninguna idea fóbica. Es una amnesia histérica de la marcha que parece no inquietar mucho al enfermo.

La astasia-abasia generalizada, que proviene de perturbaciones intelectuales mas generales, se reconoce por la causa provocadora (v. g. puerperalidad).

La akinesia dolorosa es una inmovilización voluntaria de los miembros, cuyos movimientos provocan dolor.

La astenia neuro-muscular es una inmovilización voluntaria de los miembros por temor de un dolor que no existe ó por lo menos que es extremadamente débil.

La variedad de la estaso-basofobia por accesos, se distinguirá de la astasia-abasia por accesos; de la disbasia abúlica; del calambre de los caminadores; de la claudicación intermitente, de la meralgia parestésica y de la enfermedad de Thomsen.

El tipo espasmódico no se confundirá con las diver-

sas variedades de paraplegia espasmódica; la enfermedad de Friedreich.

El tipo atáxico se distinguirá del tabes, de la ataxia cerebelosa y de la ataxia histérica.

En fin, en la basofobia asociada á una lesión orgánica del aparato locomotor, se tendrá como punto de partida la lesión orgánica y superpuesta la fobia.

El pronóstico, nunca grave en cuanto á la vida, debe ser siempre reservado en razón de la larga duración posible de la afección.

El tratamiento físico consistirá en la reeducación metódica de los movimientos con el concurso de la hidroterapia, de la electroterapia, del masaje y la suspensión. El tratamiento psíquico en las sugerencias repetidas al estado de vigilia, y si hay necesidad al estado hipnótico. Deberá llamarse la atención del enfermo hacia otro sujeto, y si lo permite, se recurrirá al aislamiento.—L. J. M.

Tratamiento quirúrgico de la nefritis crónica—Si hay una afección que parezca del dominio esencialmente médico, es ésta. Sin embargo según las conclusiones de un artículo publicado por M. G. Edebohls en *El New York Medical Review*, el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad, daría muy buenos resultados. El autor ha operado sistemáticamente los enfermos atacados de nefritis crónica, fundándose para hacerlo en la mejoría notable observada en muchos casos de ectopia renal que habían necesitado la nefropexia.

La primera operación practicada por Edebohls con el objeto de tratar la nefritis, data del 10 de Enero de 1898. La estadística reposa sobre 18 casos, que se descomponen así: 2 de nefritis parenquimatosa; 13 de nefritis intersticial, y 3 de nefritis mixta. En todos los casos, el diagnóstico del mal de Bright estaba basado en el estado anterior del enfermo, el análisis químico y el examen microscópico de las orinas y más tarde, en la inspección y la palpación del riñón al momento de la operación y, en fin, en dos casos, en el examen histológico de pedacitos de tejido renal, obtenidos por el operador.

En todas las intervenciones, excepto una, los riñones fueron completamente libertados y los asistentes pudieron

apreciar las lesiones macroscópicas de los órganos: deformación, boseladuras, cápsula adherente, estado granuloso de la superficie infra-capsular, quiste de la nefritis intersticial. El aumento de volumen, el aspecto liso blanquecino ó manchado de la nefritis parenquimatososa, en fin, las variaciones en la densidad, la dureza del tejido del órgano. En dos casos se quitaron dos pedacitos de ese tejido que fueron examinados por el Profesor Brooks. Se trataba de nefritis crónica difusa.

Hé aquí en qué consiste la operación: habiendo sido completamente desprendido el riñón y sacado fuera de la herida, se hace la incisión de la cápsula propia, sobre una sonda acanalada en toda la longitud del borde externo. Después, con el mayor cuidado, á fin de no quitar tejido, se separan del riñón las dos mitades de la cápsula que se cortan en seguida tan cerca al hilo como sea posible. Cuando el riñón no ha podido ser desprendido, este descortezamiento es más difícil. Se le hace lentamente con los dedos, en el fondo de la herida, se corta la cápsula tan lejos como se pueda y el resto se rechaza hacia el hilo.

Después de desnudado así el riñón, se vuelve á colocar en su celda, y la nefropexia termina la operación. Para este descortezamiento renal, Edebohls ha encontrado el nombre de nefrocapsectomia.

En todos los casos las consecuencias inmediatas de la operación fueron excelentes.

Hacia el décimo día, se podía observar ya un aumento bastante considerable de la cantidad de orina emitida.

Los resultados definitivos fueron los siguientes: en tres casos no hubo éxito; en uno, mejoría; cuatro, no volvieron á verse, y diez, curaron. En estos diez casos, la vuelta de las orinas á la normal se efectuó en un término que varió de un mes á un año después de la operación. La desaparición de los cilindros y de la albúmina se ha hecho más larga en proporción á la época más lejana de la nefritis.

¿Cómo puede esta operación producir la curación ó por lo menos la mejoría? El autor cree encontrar la respuesta en los hechos siguientes, que tuvo ocasión de comprobar en el curso de tres operaciones sobre riñones nefropexiados. En cada uno de esos casos observó: 1.º, la formación de adheren-

cias muy fuertes del tejido conjuntivo, que une el riñón á las partes vecinas; 2.º, la existencia en esas bandas de tejido conjuntivo, de numerosos y voluminosos vasos; 3.º, el predominio en esos vasos de nueva formación de las arterias sobre las venas, predominio que también existe tanto sobre las dimensiones como sobre el número, y 4.º, el hecho muy significativo de que en todas las arterias, la dirección de la corriente sanguínea se hace hacia los riñones.

Edebohls cree que esta vascularidad, arterial extraordinario y nueva del riñón, es la base y el principal factor de la curación. Apoya su opinión en el pasaje siguiente del *Tratado de Anatomía Patológica* de Ziegler: "Cuando una porción del epitelio renal ha sido destruída por un proceso mórbido que ha dejado libre la estructura intersticial, la pérdida es en general pronto compensada por la proliferación regeneradora de lo que queda, y si la circulación es suficientemente mantenida, el nuevo epitelio no tarda en recuperar sus funciones."

En los casos observados por Edebohls, no solamente era suficiente la circulación, sino que considerablemente acrecentada, produciría, según él, una absorción gradual de los exudatos y productos inflamatorios intertubulares é intersticiales. Los tubuli y los glomerulos se libertarían también de toda compresión y se restablecería una circulación normal que permitiría esta proliferación epitelial de que habla Ziegler. Un hecho que parece en favor de esta teoría es que la desaparición completa y permanente de los cilindros y de la albúmina ha tardado por lo menos un año después de la operación y que esta desaparición ha sido tanto más rápida, cuanto más reciente era la nefritis.—L. J. M.

El permanganato de potasa en el envenenamiento agudo por la morfina.—Como antídoto de la morfina y del opio, el permanganato de potasa fue preconizado desde 1877 por Barker Smith. En 1894 W. Moor confirmó con sus experimentos los de Smith. El permanganato precipita la morfina *in vitro*.

Por su gran poder oxidante, esa sal reduce y transforma la morfina en óxido-morfina, que es inofensiva.

Puede administrarse el permanganato por la boca ó en inyecciones hipodérmicas y es más recomendado por su eficacia y rapidez este último método.

Colegio Mayor de Medicina, Cirujía y Farmacia
 Facultad de Medicina
 Biblioteca

Ingerido, W. Moor aconseja administrar cincuenta centigramos á un gramo de permanganato disuelto en doscientos gramos de agua y repetir esta dosis 3 á 4 veces de seguida, de media en media hora. En inyecciones, puede emplearse de 8 á 10 centímetros cúbicos de una solución al 4 ó al 5 por 100. Weber cita un caso de envenenamiento agudo, con detención de la respiración y pulso filiforme tratado con pleno éxito, inyectando un poco más de un centigramo de permanganato cada diez minutos, hasta completar diez centigramos.

No se observó ninguna consecuencia desagradable.

L. J. M.

(Del Journal Des Practisiens)

PERSONAL

El Dr. Marco A. Iriarte Rocha siguió, en los últimos días del mes de Julio, para la Mesa de Juan Díaz, en donde piensa fijar temporalmente su residencia.

El Dr. Anastasio del Río se encuentra accidentalmente en esta ciudad; dentro de poco tiempo regresará á Barranquilla, lugar que ha escogido para residir. El Dr. del Río ha estado durante tres años en Alemania.

El Dr. Enrique de Argáez, Cónsul de la República del Perú, con motivo del aniversario de la Independencia nacional de ese país, recibió en su casa de habitación, el lunes 28 de Julio, al Cuerpo Diplomático y Consular y á muchos amigos personales. Los concurrentes fueron obsequiados espléndidamente por el Dr. de Argáez y su señora.

El Dr. Rafael Ucrós llegó á esta ciudad el día 7 de Agosto, después de haber permanecido en París cerca de cinco años, dedicado al estudio de la medicina y de la cirugía.

El Dr. Manuel Antonio Pineda presentó su examen de tesis para el Doctorado, el día seis de este mes; el título de su tesis es *Tratamiento de las Hidropesias*.

El Dr. Enrique Gómez A. escribió su tesis para el Doctorado sobre la *Raquicocainización*. El examen respectivo tuvo lugar el día trece de este mes.

El Dr. Manuel Ruiz regresó á Sogamoso, lugar de su residencia.

Banquete. El día diez de los corrientes se dió un banquete en el salón principal del Club Médico, con motivo del primer aniversario de la fundación de este centro; la mayor parte de los socios tomaron parte en la fiesta; y á la hora del champaña hablaron el Presidente del Club y los Dres. Rocha, J. D. Herrera, Manrique, Uribe, Michelsen, Angel, Mancini, García Medina y G. Gómez.

Los Dres. Manuel Rueda A. y Oyden Corrales han llegado á esta ciudad, procedentes de Chiquinquirá y Neiva, respectivamente.

El Dr. Ramón Alvarez D. siguió el día trece para Barranquilla, en donde va á fijar su residencia.

Relación de los nacimientos ocurridos en el mes de Julio de 1902:
 Hombres..... 197
 Mujeres..... 104 301

Bogotá, Julio 30 de 1902.

DROGAS NUEVAS

Glycosolvol—Se prepara haciendo obrar simultáneamente el ácido oxipropiónico sobre peptona químicamente pura, y una combinación de teobromato de soda sobre el zimógeno de la tripsina. Posee la propiedad de transformar en productos de separación asimilables los hidratos de carbón; es también un buen medicamento estomacal, y en su presencia son utilizados, por los diabéticos, en mayor proporción los alimentos que contienen materias albuminoides, sucediendo lo mismo, en proporción relativamente elevada con los hidratos de carbón. Los Dres. Dahne y Steimberg no dan detalles suficientes sobre el uso del medicamento; el último dice que en los diabéticos sometidos al Glycosolvol la azúcar ha bajado del 4,6 por 100, al 2,7 por 100 y la densidad de 1032 á 1029.

Hermophenyl—Es un compuesto órgano-metálico, que químicamente se llama mercurio-fenoldisulfonato de sodio. Polvo blanco, amorfo, soluble en agua (15 á 22 por 100); contiene 40 por 100 de mercurio. Un centígramo inyectado en la sangre de un conejo ó de un perro, mata un kilogramo de animal; por la vía hipodérmica, doce centigramos producen el mismo efecto. Es un bactericida enérgico que en solución al 1 por 100 destruye en pocos minutos los principales microbios patógenos; al 1 por 1,000 su acción es más lenta. El *hermophenyl*, no tiene propiedades irritantes y puede aplicarse sobre las mucosas. El Dr. Bérard ha experimentado un jabón antiséptico al 1 por 100 preparado con esta sustancia para la desinfección de las manos de los cirujanos, sin que produzca eritemas, como las soluciones de ácido fénico y de percloruro de mercurio; conserva su solubilidad en el jabón, lo que no sucede con el sublimado que se transforma inmediatamente en un compuesto insoluble. Los objetos de curación (algodón y gasa) impregnados con esta sustancia, pueden esterilizarse á 120° y tienen las mismas aplicaciones que la gasa yodoformada y el algodón salicilado. Las soluciones al 1 por 100 y hasta el 1 por 50, pueden utilizarse para las curaciones húmedas. Bérard ha usado una solución al 1 por 30 para lavar los ojos de los niños recién nacidos, en lugar del nitrato de plata y del protargol.

Ictoforno—Se obtiene por reacción del formaldeyde sobre los productos de sulfurización de los hidrocarburos sulfurados. El Dr. Aufrecht ha demostrado que el ictoforno es un antiséptico relativamente benigno, con un poder desinfectante superior al del iodoformo, con propiedades para usarlo como antiséptico intestinal. Los Dres. Rabon y Rochaz creen que el ictoforno puede reemplazar al iodoformo para aplicaciones externas. Los Dres. Schafer, Goldmann y R. Polacco, están de acuerdo en considerar el ictoforno como un antiséptico de primera clase para uso interno, recomendándolo vivamente en las enfermedades infecciosas del intestino, en las diarreas intensas, especialmente en las fermentaciones anormales y, sobre todo, en las diarreas rebeldes de los tísicos. Se prescribe á los niños por dosis de 0,25 á 0,50 gramos, tres á cuatro veces por día, y á los adultos 1 á 2 gramos, tres á cuatro veces por día.

Iodopirina—Combinación directa del iodo y de la antipirina, introducida en la materia médica como antipirética por E. Muenzer. Según Tuukers, este producto es un buen antipirético, un antireumático y antineurálgico, cuyo empleo puede aconsejarse en la tuberculosis pulmonar, el tifo, el reumatismo agudo y crónico, la gota, la influenza, la ciática, las neuralgias intercostales, la cefalalgia, la odontalgia, los cólicos menstruales, el tabes, la sífilis de los huesos y el asma brónquica. La iodopirina tiene el inconveniente de producir efectos accesorios incómodos, como el coriza iódico; pero la recomienda su insipidez, y su acción antiséptica muy característica. En el adulto se administra la iodopirina á la dosis de 1 gramo, que se repite cada tres ó cuatro horas; en los niños de uno á diez años, se da á la dosis 0,1, 0,5, 0,75 gramos según la edad, tres veces por día, al estado seco en polvo, después se hace beber un trago de agua ó de leche.

(Del *Formulario Bocquillon Limousin*).

CUADRO de la mortalidad en Bogotá en el mes de Julio de 1902

ENFERMEDADES					TOTAL															
	HOMBRES	MUJERES	NIÑOS	NIÑAS		LA CATEDRAL	LAS NIEVES	LAS CRUCES	LAS AGUAS	SAN VICTORINO	SAN PABLO	SANTA BÁRBARA	EGIPTO	CHAFINERO	HOSPITAL DE CARIDAD	HOSPITAL MILITAR	ASILOS	PANÓPTICO	HOSPICIO	LA MERCED
Tifo	7	1			8				1				1							
Fiebre tifoidea	4	6	2		12		1							2	4					
Fiebre amarilla	2				2		1							6	2					
Gripe	1				1				1						1					
Viruela	2	2	1	1	6									6						
Paludismo	1				1	1														
Tuberculosis	17	5		1	23		3	2		4		1		7	2	1	1			2
Cáncer	3	5			8		1		1				2	3		1				
Atrepsia			2		2				1					1						
Miseria fisiológica	3				3		1		1					1						
Sífilis	2		3		5		1		1					2		1				
Alcoholismo	3	2			5		1		1							3				
Septicemia		2			2				1											
Uremia		1			1				1											
Insuficiencia mitral	3	2			5	1			1					2	1					
Afección cardíaca	8	7	1	1	17	4	2	1	1	4		2	1	1	1					
Arterio-esclerosis	3	6			9		3		1	2				3						
Endocarditis	2	2			4	1	1						1		1					
Bronconeumonía	4	7	3	4	18		1	3	2			4	3	5						
Neumonía	11	4	4	3	22	1	4	4	3			2		3	3				1	1
Congestión pulmonar		4	1		5	1	2		1	1										
Atelectasia pulmonar			3	2	5	1	1		1	2										
Pleuresía	3	1			4		1					1				2				
Gastritis		1			1				1											
Estrangulamiento intestinal		1			1					1										
Gastroenteritis			4	6	10		3	3		2			2							
Enteritis	2	4	10	10	26	1	6	6	1	3		3	1		4	1				
Disentería	16	13	2	1	32		1	2	1		2	1		2	9	12	1		1	
Peritonitis	2	4			6		1				1			4						
Hepatitis		7	1		8		1	1	1			2	2	1						
Hemorragia cerebral	2	1			3					1					1	1				
Meningitis				2	2			1			1									
Nefritis	9	6	1		16	1	2	1	1			1		9	1					
Asfixia			3	1	4		1	2	1											
Parto prematuro				2	2					1		1								
Nacidos muertos				3	3		1							2						
Heridas	6				6		1	2		1			1	1						
Quemadura		1			1					1										
Totales	116	95	43	35	289	12	41	30	18	25	6	19	15	57	22	32	8	1	2	3

Bogotá, Julio 31 de 1902.

R. SANMARTÍN