

---

---

# 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

---



### ABSCEOS HEPATICOS

La cirugía de los abscesos hepáticos no da en nuestra altiplanicie resultados muy halagadores, y sin embargo, diagnosticada la existencia del pus en el hígado, no queda otro recurso que extraerlo, escogiendo el método que dé mejores resultados. La causa de esto parece residir en la gran cantidad de pus que se saca de los abscesos; uno, dos ó tres litros no pueden formarse sino destruyendo una enorme cantidad de glándula que nunca se reparará; y, además, la salida permanente del pus mantiene sucias las curaciones y continúa debilitando el enfermo más ó menos agotado ya por una enfermedad que ha durado meses, y que lo ponen en situación de no poder defenderse contra las invasiones microbianas que aumentan la infección y que lo envenenan por las toxinas que, producidas en mayor abundancia en el foco hepático, son asorbidas proporcionalmente en mayor cantidad; de esta situación viene, como consecuencia lógica, el agotamiento cada vez más grande del enfermo, que por último sucumbe en el marasmo ó con fenómenos sépticos. Para remediar tan triste cuadro, sólo queda como remedio el reconocimiento precoz del absceso para evacuarlo antes que la supuración haya destruído el hígado, casi en su

totalidad, y consecuentemente se hayan debilitado las potencias defensivas del organismo; pero para hacerlo se tropieza con inconvenientes que no siempre es fácil vencer, pues los signos racionales pueden inducir en error y la punción misma, cuando su resultado es negativo, sólo prueba con evidencia que no se ha dado sobre el foco, pero no que no exista, y como aun cuando por otro lado la sintomatología dé la certidumbre de que hay un absceso hepático, nada se ha adelantado con eso, porque es el trócar explorador, cuando llega al foco, el que sirve de guía, sin lo cual ninguna intervención puede llevarse adelante.

Una vez encontrado el foco por la punción exploradora, se procede á evacuarlo por la aspiración con el aparato de Dieulafoy ó de Potain, ó por la amplia incisión sola ó acompañada de resección de una ó dos costillas, cuando la incisión debe hacerse por la pared torácica. La amplia incisión es hoy el procedimiento más generalmente usado; pero en cuanto á su ejecución, hay variedad de opiniones, y por consiguiente de prácticas fundadas en la posibilidad de la penetración del pus en la cavidad peritoneal, con sus terribles consecuencias; de aquí que unos sólo hayan hecho la incisión directamente cuando hay fluctuación evidente, único signo, según el Profesor Jaccoud, de que existen adherencias entre las superficies parietal y visceral del peritoneo; ó que se hayan servido de cáusticos para determinar una inflamación adhesiva; ó de que se haya cortado capa por capa la pared abdominal hasta descubrir el hígado, haciendo en seguida una curación que produzca una inflamación adhesiva para continuar y concluir la operación en una segunda sesión; ó que llegado al peritoneo se suturen las dos hojillas antes de seccionar el hígado; ó que se continúen los cortes desde la piel hasta llegar al foco, cuyos bordes, una vez abiertos, se cosen á los labios de la herida de la pared abdominal. Otros más audaces y con mejor conocimiento de cómo pasan y por qué suceden las cosas, abren directamente el foco, sin preocuparse de cerrar la cavidad peritoneal ni antes ni después de la operación; es así como Little ejecuta la operación que lleva su nombre; como es natural, no han faltado críticas al procedimiento del cirujano de Chang-Hai, y to-

davía vemos hoy que con el nombre de hepatostomía se describen largos procedimientos operatorios, todos para obviar á un peligro que sólo se presenta en condiciones especiales que pueden determinarse de antemano, y, por consiguiente, no hay razón para generalizar esa técnica á todos los casos, con grave perjuicio de enfermos agotados, que no tienen para qué esperar á que se hagan suturas, etc. etc.

La penetración del pus en la cavidad peritoneal sólo podría tener lugar en caso de que, abierto el absceso, no tuviera salida para el exterior, y que su tensión fuera mayor que la de la cavidad serosa; pero cuando se hace la apertura, el pus no encuentra oposición para correr al exterior; por consiguiente, siendo virtual la cavidad serosa, para penetrar en ella tendría que encontrarse á una tensión superior, lo que no sucede, porque por poco elevada que se la suponga, siempre excederá á la negativa del foco abierto; de tal manera que suponiendo la existencia de un derrame ascítico habría mayores probabilidades de que éste penetrase al absceso, que de lo contrario. Cuando la incisión se hace muy cerca del borde libre, ha sucedido que al vaciarse el foco, como es natural, con la disminución de volumen, ha desaparecido la superficie hepática del fondo de la herida parietal, quedando entonces abierto el foco en la cavidad peritoneal; pero aun en estos casos que se pueden prever y evitar, el suceso no reviste los caracteres alarmantes que á primera vista podrían temerse; primero, porque el pus siempre iría encaminado hacia los puntos en que la tensión de la cavidad peritoneal sea menor, es decir, hacia la herida cutánea, y segundo, porque el pus hepático es aséptico, como se ha comprobado por repetidos exámenes microscópicos y siembras en medios adecuados, y como podría suponerse *a priori*, porque no viviendo los microbios piógenos sino en tejidos con vida, no se conservan largo tiempo en un líquido privado de ella, como es el pus, y sucumben en aquellas enormes colecciones, lejos de las paredes supuratorias en donde se conservan en actividad, no obstante dos condiciones que les son desfavorables: la presión y la acumulación en el medio que los rodea de productos de desasimilación bacilar.

La pérdida natural é inevitable del paralelismo de las

heridas parietal y visceral, no es accidente que deba preocupar, pues aun cuando sea tal que se dificulte mucho restablecerlo, como sucedió á Peyrot (1891), que tuvo que cloroformizar al paciente, por lo dolorosas que se hicieron las maniobras, que exigió la busca de la incisión hepática, ni el traumatismo ni la difusión del pus dieron otro resultado que un ligero movimiento febril, sin reacción local; á propósito del caso anterior refiere Bouilly que en una ocasión no sólo se perdió el paralelismo entre las dos heridas, sino que el pus que penetró al peritoneo era de una fetidez extraordinaria, sin que hubiera habido peritonitis consecutiva. Se ve, pues, que el peligro de peritonitis por infección del pus hepático es poco temible, y que hasta puede considerársele nulo; por lo tanto, las suturas, cuando se las pone, llenan la indicación siempre importante de mantener un paralelismo más perfecto, asegurando tal vez mejor el vaciamiento de la cavidad; y cuando se raspan sus paredes con la cureta, como lo aconseja Fontan, desde 1901, y como tiende á hacerse hoy con más frecuencia, previene una infección casi segura, porque lo que se extrae con la cureta no es ya el pus aséptico de que antes hemos hablado sino, por el contrario, fracciones muy sépticas, y además, las manipulaciones que el curetaje requiere, cambian por completo todas las condiciones que antes mencioné, como que ponían un obstáculo eficaz á la penetración del pus en el peritoneo.

En cuanto á la punción, va desapareciendo cada vez más del tratamiento de las hepato-supuraciones, quedando circunscrita su aplicación á la determinación del sitio en que se deba operar, no obstante esto, quiero hacer el recuerdo de dos casos en los cuales la punción dio excelentes resultados.

En uno (1) se trataba de un señor de treinta y cuatro años, con un absceso del lóbulo izquierdo del hígado, perfectamente bien marcado; para asegurar más el diagnóstico se le hizo una punción exploradora, con la cual apenas se extrajo una cantidad mínima de pus. El enfermo residía en una de las poblaciones de la altiplanicie, y se le aconsejó que viniera á la ciudad para operarlo, cosa que ofreció hacer cuando

---

(1) Caso del Dr. A. V. Gutiérrez.

más tarde á los ocho días; pero se pasó un tiempo muy largo sin tenerse noticia de él; á su vuelta, contó que después de la operación que se le practicó (la punción exploradora), había seguido mejorando notablemente, hasta recuperar por completo la salud; efectivamente, al examen físico, el hígado había disminuído de volumen hasta tener aproximadamente el fisiológico, no había sensibilidad en la región epigástrica, como antes, y el estado funcional de su organismo era muy satisfactorio; todavía se le vio, meses después, gozando de muy buena salud.

El otro, el paciente era un joven de veintitrés años, con antecedentes sifilíticos y gastro-intestinales; el lóbulo afectado fue el derecho, la macices subía por delante al nivel de la tetilla y en la línea axilar, tres centímetros más; se trataba de un absceso de la cara convexa, que producía tos refleja y dolores en la espalda y el hombro; se esperaba que aquella colección se acercase á la pared costal para poder operarla, cuando se abrió por el diafragma y la pleura al pulmón y los bronquios, saliendo por la boca al exterior; pero como este trayecto se cerrase con frecuencia, dando lugar á fenómenos de retención y no se notara en el foco tendencia á disminuir, se procedió á la operación, que consistió en reseca cuatro centímetros de la séptima costilla, entre las líneas axilar y mamaria; al penetrar en la cavidad pleural salió una pequeña cantidad de un líquido transparente y puro, producido por exudación de la pleura inflamada por contigüidad; antes de proceder á cerrar la cavidad pleural por suturas, se quiso descubrir con el trócar el sitio de la colección purulenta; cinco punciones hechas por diversos operadores dieron resultados absolutamente negativos, siendo digno de recordarse que en la última debió quedar la punta del trócar en la cavidad de un vaso importante, porque salió por él un chorro grueso y rápido de sangre; extraído el instrumento cesó toda hemorragia, prueba de que el parenquima hepático conservaba su consistencia, que impide las hemorragias intersticiales, porque es mayor la tensión del hígado que la de la sangre contenida en sus vasos. Perdida la esperanza de encontrar el sitio del absceso, se llenó de gasa yodoformada la herida de la pared costal, que se mantuvo abierta cuanto

fue posible, tanto con la esperanza de que el pus viniera á buscar salida por allí, como para producir una revulsión. Salvo el estado de colapsus en que el enfermo pasó la mayor parte del día, las consecuencias operatorias nada tuvieron digno de recordarse hoy.

La acción terapéutica de la intervención se hizo apreciar desde el siguiente día, en que desaparecieron en absoluto los penosos y frecuentes quintos de tos que hasta la víspera, y el día mismo de la operación acompañaban á la expulsión del pus hepático; el hígado empezó á disminuir de volumen hasta hacerse normal; los accesos febriles se suspendieron; la herida de la pared costal, no obstante que se hizo todo esfuerzo para mantenerla abierta, cerró, y el enfermo entró en estado fisiológico veinte días después de terminado así una enfermedad que con cortos espacios de remisión había durado entre quince y diez y ocho meses. La curación hoy después de cinco años es perfecta.

Es indudable que en este caso, como en el anterior, la excitación que produjeron las punciones en la vitalidad de las células hepáticas despertó sus potencias defensivas adormecidas, activando la fagocitosis y probablemente la formación de sustancias de quimiotaxia negativa. Sea esta la explicación ú otra cualquiera, es bueno recordar hechos como éstos, que pueden tener consecuencias prácticas de importancia, las que deben estudiarse nó desde el punto de vista de la extracción misma del pus, sino de fenómenos de orden más elevado en la nutrición de las células epiteliales del hígado, ó de su trama conjuntiva.

J. M. LOMBANA BARRENECHE

## SOBRE UN CASO DE AUSENCIA COMPLETA DE ANO Y DE RECTO

El 29 de Noviembre de 1901, á las 12½ del día, fui llamado de urgencia á ver una señora que estaba en trabajo de parto desde el 28 por la mañana. En la madrugada del 29 la bolsa de las aguas se había roto dando salida á una gran

cantidad de líquido amniótico. Según los datos suministrados por la partera, el trabajo no había avanzado desde las 6 de la mañana del 29. Esta suspensión del trabajo fue causada, como lo pude verificar al tiempo de mi examen, por falta de contracciones del útero.

La parturiente, de 21 años de edad, primípara, tuvo sus últimas reglas en los primeros días del mes de Febrero, y se ha fatigado bastante durante su embarazo, sin que haya ocurrido en él accidente alguno digno de mención. Unos quince días antes de la fecha referida, había yo examinado ocasionalmente á la señora, é hice un pronóstico favorable de su trabajo, porque encontré su basinete normalmente conformado, no había albúmina en la orina y el feto acomodado ya en presentación cefálica con sus ruidos del corazón normales.

A mi llegada, el 29, á casa de la parturiente, encuentro á ésta muy excitada, bañada en sudor, y el examen obstetrical me reveló lo siguiente: dilatación completa del cuello, bolsa de las aguas rota y cabeza del feto en la excavación, sin haberse efectuado todavía la rotación y en posición izquierda y variedad anterior. El útero se contraía muy de tarde en tarde é insuficientemente. Por la auscultación practicada cuidadosamente repetidas veces, no pude oír los ruidos del corazón del feto. La inercia de la matriz y los sufrimientos del feto revelados por el estetoscopio, fueron las dos indicaciones á que obedecí para practicar una aplicación de forceps, que me dio por resultado la extracción de un niño (á las dos de la tarde menos cuarto) en estado de muerte aparente. Diez minutos después, conseguí, por las manipulaciones ordinarias, hacer respirar el niño; y una vez que ya vivía, lo entregué á la partera, para ocuparme de la madre, pues estaba completamente solo. Extraída la placenta (extracción vaginal) y terminada la *toilette* de la madre, esperé algún tiempo, hasta que el útero se contrajo produciendo el globo de seguridad de Pinard, que me tranquilizó completamente desde el punto de vista de la hemorragia, que era la complicación que yo temía en esos momentos.

En mi visita de la noche, el estado de la madre y del niño eran satisfactorios. En la mañana del 30, me hizo saber la partera que el niño no había arrojado su meconio, á causa

de una imperfección del ano. Acudo en el acto donde el paciente, y el examen de él me revela lo siguiente: en el pliegue interglúteo al nivel del orificio anal, encuentro un repliegue de la piel, en donde ésta es más delgada, con la misma coloración que en los otros puntos circunvecinos, semejando los de la mucosa anal. Al nivel de este repliegue ó depresión no se percibe por transparencia la mancha oscura del meconio, que se encuentra en los casos de estos vicios de conformación, cuando ellos son únicamente constituídos por la imperforación de la mucosa del ano. El vientre, ligeramente meteorizado y por la palpación sensiblemente doloroso, especialmente al nivel de la fosa ilíaca izquierda.

La falta de un repliegue claro al nivel del ano, la fácil depresibilidad en infundíbulo que tiene el que existe, y la ausencia completa de transparencia y de pigmentación de la piel á ese nivel, me hacen diagnosticar una imperforación completa ano-rectal, sin poder precisar el punto de terminación del recto. Aun cuando el estado general del enfermito era muy malo, porque tuve necesidad para mantenerle una temperatura normal, de calentarlo artificialmente, y que no tenía fuerzas para ejecutar los movimientos de succión, resolví operarlo de urgencia, con esperanzas de hacerlo vivir algunos días por lo menos.

A las 8 de la noche del mismo día 30, después de algunas consultaciones médicas, lo operé, previas las desinfecciones del caso, en compañía de mi colega el Dr. Barberi J. I., sin servirme de anestesia de ninguna clase. Puesto el niño en la posición de la talla perineal y desinfectada la región, comencé mi incisión en el ángulo anterior del pliegue interglúteo y la terminé al nivel del coxis. Cortada la piel, me impuse la tarea de buscar las fibras del esfínter externo del ano, para guiarme por ellas al recto ó á su terminación. Después de una laboriosísima disección, tuve que declararme vencido, porque no pude hallar la más pequeña huella de esfínter ni de mucosa, y sólo trabajaba en un tejido celular mezclado con algunos panículos grasosos, que se confundían con los de las fosas izquiorectales. Abandonada, pues, esta vía, y después de avenada la cavidad y suturada la herida, fue mi intento hacer una colotomía, con el propósito de ago-



tar los últimos esfuerzos en favor de la vida de mi enfermo, pero el estado de él se había agravado tanto, que me fue preciso desistir, temiendo terminar aquella operación sobre un cadáver.

A las cuatro de la madrugada del 1.º de Diciembre, expiró el niño, y advertido á esa hora, pedí que se me permitiera hacer la autopsia, que la juzgaba de grande interés científico. Practicada en esa mañana, me dio el siguiente resultado: hecha una incisión desde el mentón hasta la sínfisis pelviana, me ocupé primero de los órganos contenidos en la cavidad abdominal. El hígado, el bazo, el páncreas y los riñones, no presentaban nada digno de mención. Cortado el estómago en su orificio superior entre dos ligaduras, lo desprendí con los intestinos, y estos órganos los hallé perfectamente normales hasta la S ilíaca izquierda, que terminaba el canal intestinal. Está representado este órgano por una ampolla llena y dilatada por el meconio y terminada por un delgado cordón fibroso que va á insertarse á la cara superior de la vejiga. El examen de la cavidad pelviana no reveló la existencia de la menor huella de recto ni de las fibras esfínterianas del ano, y el lugar de estos órganos estaba ocupado por tejido celulo-grasoso. El peritoneo sigue en este caso particular una disposición semejante á la de los órganos que tapiza; cubre la cara superior de la vejiga, envuelve el cordón fibroso que representa el recto y viene á terminarse en la S ilíaca.

Examinados cuidadosamente los órganos de la cavidad torácica, el encéfalo, los ojos, piel, testículos y pene, no encontré en ellos ninguna anomalía.

Me ha parecido interesante hacer la publicación de esta observación, por no ser frecuentes los vicios de conformación á que ella se refiere, y, además, porque encuentro en su etiología puntos interesantísimos, que vienen á confirmar una vez más, la teoría de la moderna escuela que con Fournier entre otros, á la cabeza, ha señalado dos causas principales como originarias de los vicios de conformación del organismo: la sífilis y la tuberculosis de los ascendientes. En efecto, en el caso de mi observación, el padre del niño es un hombre de unos 55 á 60 años de edad; antiguo sifilítico, que

fue mal tratado en su período secundario, y muy probablemente un tuberculoso, pues ha sufrido desde hace algunos años bronquitis repetidas, y últimamente, seis meses antes del nacimiento de su hijo, una pleuresía interlobar purulenta, que se terminó por una vómica abundante.

Dr. CUÉLLAR DURÁN

## EPIDEMIOLOGIA DEL MES DE AGOSTO

*Fiebre tifoidea*.—Tanto la forma abdominal como la septicémica aumentaron durante el curso del mes, habiendo sido también las muertes por esta causa algo más de un 100 por 100 sobre las del mes de Julio. Las complicaciones más frecuentes que hemos tenido que tratar han sido las del aparato respiratorio; congestiones con esputos sanguinolentos y pleuresías al iniciarse la convalecencia. En un caso la erupción fue netamente papulosa, no habiendo pasado el número de pápulas de veinte.

*Influenza*.—Las bronco-neumonías de origen gripal han sido más frecuentes que en Julio, localizándose principalmente en el lóbulo superior; siendo notables por la intensidad del dolor que se ha extendido á casi la totalidad del lado afectado, y por la ausencia de tos y de esputos. El guaiacol aplicado como barniz sobre la pared posterior del tórax del lado enfermo, por el procedimiento que aconseja Maldaresco de Bucarest, me parece que ha producido buenos resultados; es un método que conviene estudiar más. Llama la atención que las localizaciones del aparato respiratorio en la fiebre tifoidea y en la influenza hayan aumentado en ambas infecciones; es probable que en esto tenga alguna influencia el estado atmosférico, que debilitando por cualquier motivo la resistencia de este aparato, lo predispone á las localizaciones en él, de los equizomicetos que circulan en la sangre.

*Viruela*.—Con la llegada de la *División Colombia* ha aumentado la población del Hospital de los Los Alisos; en los últimos días había cuarenta enfermos. La mortalidad ha

sido más considerable; siendo principalmente los niños y los viejos los que más sucumben á esta infección.

*Difteria.*—Tres muertos ha habido por esta causa; pero no hemos tenido personalmente noticia de la existencia de ningún caso, ni del tratamiento que se ha seguido. El Profesor Carlos Michelsen U., ha dirigido á los socios del Club Médico una nota haciéndoles saber que los Sres. Hijos de Miguel Samper lo han provisto de suero antidiftérico de Roux, para que lo ponga á disposición de los médicos que tengan que tratar personas que por su pobreza no lo puedan comprar. Basta que el médico que lo necesite lo pida á la Superiora de las Hermanas de la Caridad del Hospital de San Juan de Dios, dando el nombre de la persona á quien se lo va á aplicar.

*Disenteria.*—Esta infección continúa siendo el azote de las clases sociales que buscan refugio en los Hospitales y Asilos, ellas han contribuído con un 70 por 100 á la enorme cifra de mortalidad por la disenteria. Seriamente debe preocuparse la autoridad, que tiene á su cargo el Ramo de la Higiene pública, de mejorar las condiciones sanitarias de esta ciudad. La Junta Central de Higiene dicta sus Acuerdos, indicando lo que debe hacerse; pero esto no basta, se necesita que sus disposiciones sean puestas en ejecución.

J. M. L. B.

## REPRODUCCIONES

### TRATAMIENTO MÉDICO DEL CÁNCER

De todas las medicaciones la quinina es la que mejores resultados ha dado al Dr. A Robín. Emplea el remedio tanto por ingestión bucal como por la vía subcutánea, así: ocho días de seguida, por la mañana y por la tarde, una inyección

intramuscular de la solución siguiente: Biclorhidrato de quinina, 25 gramos; agua destilada, 50 gramos.

La inyección es dolorosa, pero hecha profundamente en los músculos es mejor tolerada.

En los ocho días siguientes, el remedio se administra al interior en esta forma: una oblea de biclorhidrato de quinina antes del almuerzo y otra antes de la comida, y por la noche, un supositorio que contenga la misma cantidad de sesenta centigramos. Por todo un gramo con ochenta centigramos en el día.

Desde las primeras semanas, los dolores desaparecen y la masa mórbida se retrae.

Como adyuvante del tratamiento por la quinina, durante el período de las inyecciones, media hora antes de las comidas, una cucharada de la poción siguiente: Cloruro de oro, 0,05 centigramos; agua destilada, 300 gramos.

Y durante el período de ingestión, una inyección de arrhenal (solución al 5 por 100), comenzando por un centímetro cúbico. Ha inyectado hasta 20 centigramos de arrhenal sin accidente alguno.

(*Journal des Practiciens*)

#### TRATAMIENTO CIENTÍFICO DE LA SORDERA

Marage ha dado a conocer a la Academia de Ciencias un procedimiento curioso de tratamiento por medio de un masaje vibratorio ejecutado por una sirena, se sabe que las vocales, es decir, los sonidos esenciales, poseen cierto número de vibraciones fundamentales con armónicas, que justamente caracterizan el sonido. Según su agudeza auditiva, cada individuo necesita cierta presión de aire para percibir los sonidos de la sirena. El principio de Marage es el siguiente: se determina experimentalmente la presión que fija la acuidad auditiva de la persona, acuidad suministrada por la relación  $\frac{1}{N}$ . La normal es  $\frac{1}{4}$  y N representa la presión necesaria a la percepción del sonido de la sirena. Obtenida esta base, se hará regularmente el masaje del tímpano, produciendo una corriente de aire de la presión dada (por medio de un manómetro) y poniendo el oído en comunicación directa con la sirena por un tubo que la aisle de toda vibración acceso-

ria. Se hacen oír sucesivamente las diversas vocales, de modo que el oído sea influenciado durante más ó menos tiempo por la resonancia forzada de los sonidos que debe llegar á oír normalmente. Por ese procedimiento se llega á hacer volver la audición á personas que la habían perdido casi completamente desde algún tiempo.

(*Bull general de Therapeutique*)

#### CLOROFORMO EN LOS CARDÍACOS Y ACCIDENTES DE CLOROFORMIZACIÓN

De una larga comunicación del Profesor Huchard, que con este título publica *El Journal des Practiciens*, tomamos estas notas.

Se quiere saber, en resumen, si una cardiopatía constituye una contraindicación para la anestesia clorofórmica, y si ciertas cardiopatías, más que otras, exponen á accidentes por el hecho de la cloroformización. No solamente se buscan las causas de las muertes súbitas ó rápidas en el curso de la anestesia, sino los medios de evitarlas.

I. El acuerdo médico-quirúrgico ha sido casi unánime para la primera cuestión y se han adoptado con ó sin restricciones, las dos primeras conclusiones de la comunicación: 1.º, los accidentes imputables al cloroformo no son frecuentes, en la mayoría de los casos, en los cardiópatas ó los aórticos, como en los enfermos atacados de otras afecciones; 2.º, las afecciones cardiacas ó aórticas no son contraindicaciones para la anestesia clorofórmica, en las condiciones siguientes: que no sean infecciosas al estado agudo, y que no estén localizadas en un organismo muy debilitado; que las cardiopatías crónicas no hayan llegado á los períodos asistólicos ó disneicos, ni presenten síntomas evidentes de sinfisis pericárdica.

Esas conclusiones están apoyadas en las comunicaciones del Profesor Guyon, quien ha operado, bajo el cloroformo, viejos de 80 y 91 años, sin ningún accidente, y de M. Brouardel, quien en 25 observaciones médico-legales, no ha encontrado ninguna lesión valvular, ni miocárdica. En tres casos, el corazón estaba cargado de grasa.

II. Cuando se buscan las causas de la muerte por el cloroformo, deben considerarse tres agentes: *cloroformo, cloroformista y cloroformado*.

Desde 1878 se ha señalado el cloroformo impuro como causa de accidentes. Hoy este peligro parece ya muy lejano.

Con frecuencia se acusan el modo de cloroformización y el cloroformista. Se opina que los accidentes clorofórmicos son debidos, 90 veces sobre 100, más á la cloroformización defectuosa que al cloroformo mismo. Por esta razón, se considera de grande importancia la elección de los anestésistas entre los discípulos de los servicios hospitalarios, y de las necesidades de crear y de mejorar en la Facultad como en el hospital, la enseñanza de la anestesia. "La administración del cloroformo es uno de los elementos más esenciales de la educación médica," ha dicho el Profesor Guyon.

Si muchos accidentes son debidos al modo de cloroformización y al cloroformista, existen un gran número que provienen del cloroformado. La hipertrofia del timo, difícil de diagnosticar, es considerada como muy desfavorable para la cloroformización. Pero sin tal hipertrofia, se han presentado los accidentes tanto con el cloroformo como con éter, ya sea por idiosincrasia, ó por una muy variable susceptibilidad tóxica. La muerte por síncope puede ocurrir antes de la anestesia; en su principio, por espasmo glótico ó síncope, al fin, por intoxicación ó por asfixia debida á la retrocesión de la lengua. El mecanismo fisiológico, no es, pues, único: choque moral, traumático, clorofórmico.

Pero sin anestesia, han sucumbido muchos, cuyos ejemplos están citados, ya al tocar el sitio en donde debía ponerse el bisturí, ó al ir á hacerse una incisión de la piel, etc. etc. Todos los ejemplos demuestran que se puede morir antes y bajo el cloroformo, pero no siempre por él. El responsable no es aquí ni el agente anestésico, ni el operador, ni el cloroformista, sino el enfermo que interviene con sus reacciones nerviosas exageradas, sus reflejos sobreexcitados, su susceptibilidad tóxica, circunstancias que le son personales. Esta idea, largo tiempo há conocida, pero con frecuencia olvidada, ha encontrado eco en los Dres. Brouardel y Panas, en los dos pasajes siguientes, aceptados sin reserva: "El modo de ad-

ministración del anestésico no es el único factor que debe invocarse cuando ocurre un accidente: la personalidad del paciente, su susceptibilidad especial, son á menudo las causas principales de la muerte" (Brouardel).

"Las únicas personas que realmente corren peligro y merecen que se redoble la vigilancia al principio de la anestesia, son las nerviosas de reflejos intensos, fáciles de producirse y de prolongarse" (Panas). En una palabra, si debe contarse con el cloroformo y su administrador, debe contarse aún más, con el enfermo.

III. ¿Es preferible la anestesia por el éter á la del cloroformo? En el estado actual de nuestros conocimientos es difícil responder de una manera precisa á esta pregunta. Parecen perfectamente justificadas las conclusiones siguientes: la anestesia por el éter está absolutamente contraindicada en los pulmonares, los disneicos, y sobre todo en los disneicos por intoxicación, principalmente en los enfermos amenazados de edema agudo del pulmón, por la hipersecreción brónquica que en esos casos existe; y si bien es cierto que esta anestesia con su estrepitosa embriaguez, se hace á una dosis manejable más alejada del límite tóxico, también se le ha increpado el producir accidentes secundarios bastante graves en el aparato bronco-pulmonar. Puede añadirse con Finney, de Filadelfia, que la eterización es preferible en los nerviosos, los renales, los enfermos de tensión arterial muy baja, y que en razón de la acción excitante del éter está aún indicado como lo dijo Panas, en 1882, en todos los casos de anemia profunda y de depresión considerable del organismo. La cuestión de las indicaciones de los anestésicos no está resuelta todavía.

IV. M. Reynès indicó en un trabajo las ventajas de la anestesia con una mezcla de dos partes de cloroformo por una de alcohol absoluto y de éter anestésico, mezcla destinada á atenuar los inconvenientes respectivos del cloroformo y del éter, puesto que el alcohol desempeña el papel de un precioso y eficaz estimulante del corazón y del sistema nervioso. El porvenir decidirá de esas ventajas. Con el objeto de evitar los síncope que se producen en el curso de la anestesia y los accidentes reflejos que pueden sobrevenir desde

el principio, Richelot recomienda antes de la cloroformización, la inhalación previa de bromuro de etilo á pequeñas dosis para producir un entorpecimiento anestésico de la mucosa faringo-laringea. Ese procedimiento, inspirado por el estudio patogénico de los accidentes, ha dado buenos resultados en manos de su autor y merece la atención de los prácticos.

V. M. Laborde recomienda el empleo de una inyección hipodérmica previa, que constituye, como él lo dice, "el verdadero medio de modificación preventiva y generalizada de la *sensibilidad* nerviosa, que alcanza á la vez, la sensibilidad de los nervios *localmente* impresionados y la hiperexcitabilidad individual de la persona." Esta inyección de 1 centímetro cúbico se compone para 10 gramos de agua, de 10 centigramos de clorhidrato de morfina, de 5 miligramos de sulfato de atropina y de 1 gramo de sulfato de esparteína. Menciona los agentes locales analgésicos de las mucosas nasal y de la región faringo-glótica, y reconoce que el procedimiento de Richelot puede igualmente tener por resultado, la oposición preventiva á la producción del reflejo determinado por el cloroformo.

Sin duda no faltan objeciones á la práctica preconizada por Laborde: se dirá que para un accidente que sobreviene en 5,000 cloroformizaciones, sería necesario practicar más ó menos igual número de experimentos, para tener la convicción del éxito; se le responderá, también como lo autoriza **M. Routier**, que esas inyecciones provocan á menudo vómitos en los enfermos; se le criticará, en fin, la asociación medicamentosa de la morfina, la atropina y la esparteína.

En nombre de la fisiología deben condenarse esas asociaciones medicamentosas, de las cuales se abusa singularmente. Casi siempre son maridajes contra la razón y contra la naturaleza, que reúnen á menudo sustancias que deben estar separadas. En este caso, debe desecharse la atropina que no llena indicación alguna, y á la cual se muestran muy sensibles algunas personas. La morfina y la esparteína sí tienen sus indicaciones.

Sin duda nunca estará exenta de todo peligro la anestesia quirúrgica; y la cuestión de vida ó muerte se impondrá



cuando haya que recurrir á ella, pero en oposici3n á los partícipes del movimiento demasiado irreflexivo de Marion Sims, quien testigo de un solo accidente clorof3rmico, proponía ni más ni menos que abandonar por completo el uso del cloroformo; se dirá con un poco de más calma como Chassaigñac: Hay tanto peligro en respirar el cloroformo como en viajar en ferrocarril.

Compulsadas todas las observaciones, se experimenta el sentimiento de que los accidentes clorof3rmicos son en su mayor parte evitables, porque gran número de ellos son debidos sea al cloroformo mismo, del cual hoy se puede asegurar su pureza; sea al procedimiento de cloroformizaci3n, que se perfecciona de día en día; sea al cloroformista que deberá perfeccionarse más. No quedará pronto si3no un solo culpable: el cloroformado, con su demasiada y pronta susceptibilidad t3xica; con sus reacciones nerviosas á menudo exageradas, sus reflejos muy intensos. Se pregunta entonces, ¿por qué no se trata de poner un freno, con la insensibilizaci3n previa de la mucosa respiratoria, por medio de inhalaciones de bromuro de etilo ó de algunas unci3nes con cocaína? ¿por qué no se trata de *preparar* de alguna manera el operado por la inyecci3n preventiva de morfina ó de esparteína? En una palabra: si el cloroformo, si la cloroformizaci3n, si el cloroformista, son con raz3n el objeto de todas las solicitudes, ¿por qué el cloroformado no tiene el derecho de la misma atenci3n? Este asunto que se impone está casi resuelto.

Puede concluirse así: el cloroformo puro y regularmente administrado sobre un enfermo bien preparado para recibirlo, no mata *casi* nunca.

---

#### ELECCI3N Y RÉGIMEN DE LAS NODRIZAS

Las condiciones que debe llenar una buena nodriza, según H. Gellet son múltiples, pero el médico encuentra dificultad en que se cumplan, por que es engañado por la mujer que examina. En provincia ó en el campo pueden obtenerse datos más seguros.

*Edad.*—Una nodriza no debe tener menos de 20 años ni pasar de 35. De 25 á 30 es buena edad.

*Epoca del parto.*—Se ha dado como regla, elegir una nodriza que su parto date de 3 á 6 meses.

*Número de partos.*—Una múltipara es preferible á una primípara. Pero no se rechazará una *primípara vigorosa*.

*Antecedentes patológicos.*—Debe indagarse: la tuberculosis, la sífilis, la epilepsia, la histeria y toda otra enfermedad.

*Examen directo. Examen local.*—(*Serra*). Se verán ambos senos porque uno puede estar atrofiado.

Se fijará su elección sobre los senos *bien destacados* del pecho, *llenos de nudosidades* y no henchidos de grasa, *firmes, de venas desarrolladas, de mamelones bien salidos*, no hundidos, *perforados de orificios múltiples*; á la presión deben salir chorros como de una regadera, *sin grietas*, etc.

*Examen de la leche.*—Puede hacerse el análisis químico, pero en lo general el examen clínico basta, sea por el procedimiento del cuenta gotas de Helot de una jeringa de Pravate, sea por el procedimiento diafanométrico de Hénocque con ayuda del hematoscopio. A menudo se contenta con el examen á la vista.

*Examen general.*—El público médico está prevenido contra las nodrizas blondas.

No deben tener mal olor.

Se terminará el examen por la revista de los principales órganos, en busca de una sífilis ó de una tuberculosis posible.

El mal estado de la dentición puede provocar dispepsia.

*Nodrizas regladas.*—No se puede resolver de una manera absoluta la cuestión de las nodrizas regladas. Sólo el niño sirve de reactivo. Ciertos niños tienen al momento de las reglas de sus nodrizas, perturbaciones digestivas que se prolongan. En este caso debe cambiarse la nodriza.

En otros hay una ligera detención en el aumento del peso, nada más. En estos puede dejarse la nodriza.

*Régimen de las nodrizas.*—Base del régimen. La madre ó la nodriza, debe no solamente subvenir á su mantenimiento vital, algunas veces aun á su crecimiento, si es muy joven, sino tomar los alimentos necesarios al buen funcionamiento de la glándula mamaria. Tiene, pues, necesidad de un régimen substancial y variado.

*Composición. Ración.*—Según Constantin Paul:

*Bebidas* : Vino con agua ó cerveza, medio litro al *máximu* en 24 horas de bebida alcohólica ligera. Bebida acuosa á discreción.

*Pan*, 450 á 600 gramos.

Desayuno Leche..... 125 grs.

Almuerzo { Sopa sin grasa..... 0 lit. 30.  
Carne cocida..... 100 grs.  
Feculentos..... 0 lit. 15.

Comida { Sopa grasa..... 0 lit. 30.  
Legumbres feculentas ó 2 huevos 0 lit. 15.  
Arroz..... 0 lit. 30.

*No permitir* repollo ó coles y bebidas alcohólicas fuertes.

*Desconfiar de* acedera, berros, almejas.

1.º Conservar su modo habitual tanto para los sólidos como para los líquidos, pero la bebida alcohólica debe siempre tomarse en cantidad *muy mínima*;

2.º Corregir las faltas de higiene alimenticia que pueden cometer antes.

*Medicamentos que no debe prescribirse á las nodrizas.*

Según Boissard no debe permitirse que las nodrizas tomen los medicamentos y substancias siguientes: drásticos, emenagogos, digital, pilocarpina, purgantes salinos, podofilin, rui-barbo, arsénico, antipirina, opio, sulfato de quinina.

Entre las substancias alimenticias: espárragos, alcohol, régimen lácteo absoluto salvo albuminuria; pero es mejor cambiar la nodriza aunque se hayan citado niños alimentados sin inconvenientes por albuminúricas.

Respecto al alcohol, Lancereaux y Vallin han insistido sobre los efectos deplorables de los abusos del alcohol cometidos por la nodriza, sobre la salud del niño. (1)

(*Bull. Gral. de Thérapeutique*)

(1) Es mucho mejor suprimir en absoluto el uso de toda bebida alcohólica en las nodrizas, sobre todo de la *chicha* que entre nosotros se acostumbra darles, y reemplazarla por igual ó mayor volumen de leche, que tiene, además, la propiedad muy importante de ser galactógena.—J. M. L. B.

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

UN TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LAS ÚLCERAS  
DE LA PIERNA

El Dr. Gaudin publicó (*Bull. Med.*, 3 de Mayo 1902) el procedimiento siguiente: he llegado á constituir un modo de curación de las úlceras de la pierna, que conduce á una curación rápida y que permite á los enfermos seguir en sus ocupaciones. Además, el *modus faciendi* es sencillo. Esta terapéutica constituye un progreso real sobre los tratamientos habituales. En todos mis casos se trata de úlceras varicosas, pero es probable, por no decir cierto, que se obtendrán los mismos resultados en las úlceras de los países cálidos.

Hé aquí la manera de proceder: se comienza por lavar todo el miembro con agua de jabón; después se unta en toda su extensión, á excepción de la úlcera, una cola al traumatol, análoga á la de Unna, y cuya fórmula es:

Traumatol .....	}	a. a. 10 gramos.
Gelatina pura .....	}	a. a. 10 gramos.
Glicerina .....	}	a. a. 40 gramos
Agua destilada .....	}	a. a. 40 gramos

Se deja fundir la cola al baño María y se extiende en capa espesa por medio de un pincel.

La úlcera se espolvorea con polvo de traumatol. El traumatol, combinación de yodo y de ácido cresílico, es un antiséptico tan poderoso como el yodoformo, pero carece del olor desagradable de éste, y además no irrita la piel.

Cuando se ha puesto el traumatol en polvo á la úlcera, se la cubre con gasa impregnada de esta sustancia y después se coloca una capa de algodón hidrófilo.

Antes de que la cola extendida en la pierna se haya secado, se aplica en el punto opuesto á la úlcera, una banda de tarlatana, almidonada, previamente reblandecida en agua caliente; los dos cabos de esta banda se cruzan en seguida á los dos lados de la úlcera, de manera de aproximar sus bordes y de disminuir su extensión. La maniobra se continúa hasta la terminación de la banda y se obtiene así cierta compresión. Se enrolla entonces, á partir de los dedos del pie una banda que reforzará la primera y asegurará la compresión del miembro á partir de su raíz.

Esa primera curación debe permanecer en su lugar

2 á 3 días, según la cantidad de secreción producida, secreción que el traumatol desinfecta y desodoriza. Las curaciones siguientes pueden mantenerse por más tiempo. He dejado en su lugar, una más de 15 días.

Nada más sencillo que quitar la curación. Basta sumergir la pierna en agua tibia hasta el reblandecimiento de las bandas.

Tal es la curación, que invito á mis colegas que ensayen, porque los dolores disminuyen en seguida, el mal olor desaparece y la curación se obtiene en 3 ó 4 semanas, sin que el enfermo interrumpa sus ocupaciones.

(*Bull. Gral. de Therapeutique*)

L. J. M.

## PSIQUIATRIA

### CUADRO SINÓPTICO DE LOS ESTADOS Y VARIEDADES DE DEGENERACIÓN MENTAL

SEGÚN MAGNAN

**I—Idiotismo — Imbecilidad — Debilidad mental.**

**II—Desequilibrados. ANOMALÍAS CEREBRALES. FALTA DE EQUILIBRIO DE LAS FACULTADES MORALES E INTELECTUALES.**

**III—Sindromas episódicos de los hereditarios:**

1.º *Locura de la duda* ;

2.º *Temor del tacto. Aicomofobia.*

	}	1.º Investigaciones angustiosas de nombres y palabras.
		2.º Obsesiones de la palabra, que se impone, é impulsión inevitable á repetirla.
3.º <i>Onomatomanía</i> ...		3.º Temor de la palabra comprometedora.
		4.º Influencia provocadora de la palabra.
		5.º Palabras tragadas que cargan el estómago.

4.º *Aritmomania.*

5.º *Ecolalia.*

6.º *Amor exagerado de los animales.*

7.º { *Dipsomanía.*  
 { *Litiomanía.*

8.º { *Kleptomanía.*  
 { *Oniomanía.*

9.º *Manía del juego.*

10. *Piromanía. Pirofobia.*

11. *Impulsiones homicidas y suicidas.*

12. *Anomalías, perversiones y obsesiones sexuales:*

A. Espinales.. { Reflejo simple.  
 { Centro génito-urinario de Büdger.

B. Espinales cerebro-posteriores (reflejo cordeal posterior).

C. Espinales cerebro-antteriores (reflejo cordeal anterior).

D. Cerebrales anteriores (erotómanos, extáticos).

13. *Agorafobia. Claustrobia Fotofobia.*

14. *Abulia.*

IV.—A—**Mania razonante.** Locura moral (perseguidos, perseguidores).

<p>B.—<b>Delirio primario multiple, polimorfo,</b> rápido ó algunas veces de larga duración, pero sin sucesión evolutiva determinada.</p>	}	<p><i>Delirio ambicioso.</i>          „ <i>hipocondríaco.</i>          „ <i>religioso.</i>          „ <i>persecutorio, etc.</i></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

C.—**Delirio sistematizado,** único, fijo, con tendencia evolutiva (análogo á la idea asediante).

D.—**Excitación maniaca.—Depresión.—Melancolía.**

---

## VARIEDADES

---

*Las serpientes emblema de la medicina*—APOLO que, entre otras deidades, era la de la medicina en el paganismo griego y romano, dio muerte en Delfos á la serpiente Pitón, hazaña que ninguno de sus contemporáneos había podido

realizar. La estatua de *Apolo sauróctono*, que existe en el Vaticano, lo representa en actitud de exterminar un lagarto. Era dios de la medicina y de la adivinación, y sabido es que á la serpiente, especialmente á Pitón, se ha tenido siempre por concedora del porvenir: la PITONISA ó Sibila no era otra cosa que una sacerdotisa de la famosa serpiente.

ASCLEPIOS ó ESCULAPIO, hijo de Apolo y de la ninfa Coronis, es también dios de la medicina, ciencia que aprendió del centauro Chirón. A este dios se le erigieron templos en Epidanro y Atenas: y se le representa con una copa en la mano izquierda y el brazo derecho apoyado sobre un tronco ó basto por el cual sube una serpiente. Hé ahí por qué la copa, el caduceo y las serpientes, atributos de Esculapio, constituyen hoy el emblema de la medicina.—L. DE R.

*Tratamiento de la bromidrosis por el tanoformo.*—M. Grumme (de Meiningen), médico del ejército alemán, ha ensayado en grande el tanoformo contra los sudores de los pies; los hace lavar previamente y poner dos de pares medias espolvoreadas con tanoformo que se conservan durante 24 horas. En todos los casos fue sorprendente el resultado; la piel tomó una coloración morena y la transpiración se contuvo rápida y completamente; la coloración desapareció en los días siguientes poco á poco, y en cuanto á la secreción del sudor que reapareció á las tres ó cuatro semanas, desapareció definitivamente con una nueva aplicación de la droga.

La mezcla de tanoformo con talco, hecha por economía, es menos activa; los unguentos y las soluciones son ineficaces.

*El alcohol desde el punto de vista médico y científico.*—Las opiniones del Dr. Woodhead sobre este asunto, tal como él las emite en un artículo publicado en el *Edimburg Medical Journal*, pueden resumirse así: el alcohol es un veneno narcótico, cuyos efectos perniciosos se ven en todo tiempo y á cada paso; es una droga que en algunos casos es preciosa, pero es también un medicamento peligroso en manos que no sean las de un médico, y aun en manos de un médico ó de un cirujano, es más peligrosa que cualquiera otra droga de la Farmacopea; estos peligros no sólo son mora-

les, sino también físicos, por la acción que el alcohol tiene sobre los tejidos en general y en especial sobre el sistema nervioso. Su valor alimenticio en las condiciones ordinarias es prácticamente *nil*; considerándolo desde el punto de vista más favorable, apenas es temporal y de un carácter muy ligero y dañoso.

*Nueva fruta.*—Es el *mangosteen*, originario de las Molucas, muy cultivado en Java y Ceilán, y últimamente introducido en Jamaica y en otras posesiones inglesas de las Indias Occidentales. Es del tamaño de una naranja pequeña, de forma redonda, y cuando se le quita la cáscara aparece una pulpa jugosa, blanca y soluble como la nieve, de aroma delicioso parecido al de una especie de ciruela, mezclado con el del madroño y la piña. Esta fruta, que promete reemplazar en el favor del público la naranja, se está aclimatando en los Estados del Sur de Norte América.

*El Voandzou.*—Tal es el nombre de una planta que ha presentado el Sr. Balland á la Academia de Ciencias de París, parece que es la única que contiene, en proporción conveniente, todos los elementos necesarios para la alimentación del hombre. Es nativa del Africa tropical, donde la cultivan mucho los negros; es muy común en Asia; y en América, sólo crece en el Brasil, en donde se llama "Mandubide Angola." La parte alimenticia está formada de grandes masas contenidas en una vaina como la de las habas, cuyo sabor tiene cuando está cruda; cocida sabe á castañas. Su composición es la siguiente: agua, 10 por 100; sustancias nitrogenadas, 19 por 100; grasas, 6 por 100; almidón, 5 por 100 con 4 por 100 de celulosa. Falta saber si este nuevo alimento que contiene mayor cantidad de ázoe, que todos los otros vegetales comibles, lo tiene en una forma que sea asimilable. Las sustancias vegetales que contienen gran cantidad de nitrógeno son generalmente de difícil digestión.

*Moneda de aluminio.*—Dice el Dr. A. L. Benedict en una correspondencia para el *New York Medical Times*, que el desaseo del papel-moneda es muy repugnante, y que es imposible decir cuántas enfermedades se transmiten por ese



medio, sobre todo por la costumbre muy inconveniente de contar los paquetes de billetes sucios humedeciendo los dedos en los labios ó la lengua; apunta después las ventajas de las monedas metálicas, que se consideran antisépticas, sobre todo las de plata; pero que por su volumen y peso no llenan las condiciones comerciales necesarias, y termina aconsejando la fabricación de papel-moneda en hojas de aluminio, en los siguientes términos: La reciente introducción del aluminio para reemplazar el papel de tarjetas y su adaptabilidad para recibir, todas las impresiones conocidas hoy en el arte gráfico, así como en el grabado y estampado de las superficies metálicas, sugiere la idea de que este metal pudiera reemplazar la actual circulación fiduciaria; casi universalmente se doblan en cuatro los billetes corrientes; una hoja de aluminio de este tamaño no sería más voluminosa ni más pesada que ellos, y el uso que se hizo de billetes fraccionarios durante la guerra civil, prueba que no hay inconveniente en que tengan tan pequeñas dimensiones; con el uso de estas hojas que no se doblan ni se desdoblan, se economizaría mucho tiempo y se evitarían muchas pérdidas al contarlas. Las hojas de aluminio no se pegan unas á otras, pueden perforarse cuando sea necesario para evitar ó descubrir fraudes, no se alteran con el agua, y resisten temperaturas que destruirían el papel-moneda; el aluminio no sólo presenta una superficie para el grabado, sino que puede ser estampado y cortado como una moneda. El aluminio resiste los golpes, y con una liga conveniente puede impedirse casi por completo su natural deterioro.

*Los periódicos americanos* dicen que por haber muerto de fiebre amarilla dos individuos picados por zancudos, se han suspendido los experimentos que se estaban haciendo, porque se creía que siempre eran benignos los ataques.

*Influencia del agua destilada sobre el café*—La diferencia entre el café preparado con agua destilada y el preparado con agua ordinaria es verdaderamente notable, según lo asegura un importante periódico médico de Lyon.

El café obtenido por medio del agua destilada tiene una fineza y una delicadeza de gusto y de perfume incontestable.

blemente superiores; sus calidades gustativas, muy desarrolladas, se presentan en esas condiciones, en su mayor perfección. Este resultado parece depender de que los carbonatos terrosos contenidos en todas las aguas potables destruyen una parte del tanino del café, con el cual forman un producto insoluble y sin sabor, al paso que el agua destilada deja el tanino intacto y permite al café conservar todo su sabor y sus propiedades tónicas cuya acción es tan notable sobre las vías digestivas. Persuadirnos de la veracidad de este aserto es cosa tan sencilla como interesante, y nos permitimos invitar á nuestros lectores á darnos cuenta de los experimentos que hagan sobre el particular.

Se nos ocurre que siendo el agua de Padilla muy superior al agua del Acueducto de Bogotá, por razones de todos conocidas y que no es del caso expresar—el café, preparado con una y otra, pudiera muy bien presentar diferencias notables, tanto en su sabor como en sus propiedades tónicas.

E. DE A.

*Cordón umbilical*—El Dr. Budberg dice que el mejor modo de tratarlo, es envolverlo en algodón mojado en alcohol, que es un antiséptico eficaz, que al mismo tiempo lo hace secar.

*El Dr. J. W. Edgar*, que era el médico más viejo de Inglaterra, murió á la edad de 99 años; tuvo dos hermanos médicos también, de los cuales uno murió de 94 y otro de 93 años; un tercer hermano murió de 80 años.

*El permanganato de potasa*, que se ha empleado últimamente como antídoto de la morfina y de otros venenos vegetales, puede ser reemplazado por el permanganato de soda igualmente eficaz; tiene, además, la ventaja de no ser venenoso sino á dosis enormes.

*Una locura hipocondríaca* se apodera de los individuos, que habiendo sido grandes bebedores por muchos años, y que habiendo dejado el vicio, sufren algún revés de fortuna ó la pena de la pérdida de algún pariente muy querido. El choque nervioso que experimenta su debilitado cerebro, lo desequilibra por completo, siendo la melancolía que se posesiona de ellos generalmente incurable.

*La jovialidad excesiva*, después de los grandes traumatismos es más bien signo *de schock* que de vitalidad; en estos casos debe contarse el pulso y apreciarse la temperatura de la piel, porque en estas circunstancias están generalmente indicadas las aplicaciones de calor y el uso de estimulantes.

*La lepra en Francia*—Según el Dr. Besnier, se estaba haciendo esta enfermedad tan frecuente en algunas circunscripciones, que fue necesario adoptar medidas severas para suprimirla. En Saboya y en Bretaña hubo en algunos distritos focos endémicos; en el Hospital San Luis había catorce leprosos en tratamiento.

*La muerte de Napoleón*—Según lo que ha publicado el Dr. Baudouin en la *Gazette Médicale de París*, el Emperador Napoleón murió de una perforación del estómago consecutiva á una úlcera, y no como se creía, de cáncer de la misma viscera.

*El calzado llamado racional*—(Revue d'Hygiene). A pesar de los esfuerzos que vienen haciendo los higienistas desde los tiempos de Broca, se continúa fabricando el calzado contra toda noción de anatomía; tal vez esto dependa de la falsa concepción del calzado, llamado racional, que propuso Meyer (de Zurich) en 1858. La forma de este calzado se basa en la idea de que el eje del pie pasa por el dedo grueso, y de que éste continúa exactamente la dirección del primer metatarsiano, dando, por lo tanto, una forma asimétrica á la suela, cuando según Berthier la verdadera forma del pie, conduce á tomar un empeine simétricamente cortado. El calzado fabricado según las indicaciones de Manouvrier, que es el adoptado por algunos fisiólogos, responde exactamente á las indicaciones lógicas de la anatomía.

*Acido fénico para las quemaduras*.—Otto L. Mninch, ha empleado, con muy buenos resultados, el ácido fénico en el tratamiento de las quemaduras, hasta en los casos en que sean extensas; se aplica la solución ordinaria al 95 por 100, que se lava inmediatamente con alcohol; este tratamiento no sólo quita el dolor inmediatamente, sino que aseptica la superficie de la quemadura, y sierra las puertas á la infección.

## PERSONAL

*El Dr. Juan David Herrera* ha perdido á su cuñado el Sr. *Januario Salgar T.*, que murió de una afección de muy pocas horas de duración. *(Delirium tremens)*

*El Dr. Lisandro Reyes* perdió un niño de pocos meses, á consecuencia de una afección del aparato digestivo.

*El Dr. Jesús M.<sup>a</sup> Pulecio* ha venido del Guamo, lugar de su residencia, á pasar una temporada en esta ciudad.

*El Dr. Manuel Cantillo* ha visto sucumbir á su hermano, el Dr. *Justino Cantillo*, bajo la influencia de una bronconeumonía.

*El Dr. Federico Laverde*, residente en Miraflores (Boyacá), se encuentra transitoriamente en la ciudad.

*El Dr. Manuel María Aya* se encuentra en esta ciudad, después de haber hecho larga y peligrosa campaña en la región oriental de Cundinamarca. *(Es un bandido)*

*El Dr. Luis Eduardo Villar* regresó el día 15 de este mes, después de haber permanecido varios meses en Honda, sin su voluntad y en muy malas condiciones higiénicas.

*El Dr. Jorge E. Calvo* regresó también el mismo día 15; viene de Los Llanos de San Martín, después de haber hecho, como médico, una campaña cuya duración se cuenta por años.

*El Dr. Belisario Castro* ha venido á pasar una temporada de recreo.

*El Dr. Roberto Sanmartín* ha salido á pasar algunos días de descanso en una de las poblaciones circunvecinas.

*Nacimientos.* No se ha podido obtener el dato relativo á los nacimientos en el mes de Agosto, porque parece que el Sr. Cura de la Parroquia de Egipto está con tifo. Se publicará en el próximo número.

*El Dr. Ismael Gallego* ha sido nombrado para la Cátedra de Clínica de Patología interna durante la ausencia del Dr. Escobar.

*Los Dres. Indalecio Camacho y Agapito Uribe* han llegado de Medellín.

*El Dr. Julio M. Escobar* ha seguido como médico, con el Ejército que va á hacer campaña á Panamá.

*El Dr. Rafael Uerós* reemplaza temporalmente al Dr. Agustín Uribe en la Cátedra de Clínica de Patología Externa.

*El Dr. Esteban Tobar*, que ha llegado á esta ciudad, procedente de San Martín, se encuentra gravemente enfermo.

*El Dr. Gonzalo Mesa* recibió su diploma de Doctor en Medicina y Cirugía el 17 del presente mes. La tesis sobre que versó el examen se titula *Estenosis Rectales*. El día 25 siguió con el Ejército del Gobierno á hacer la campaña de Panamá, como médico militar.

*El Dr. Luis María Ribas M.* ha quedado reemplazando al Dr. Julio M. Escobar, en la Clínica de enfermedades de la piel y sifilíticas.

*El Dr. Luis de Roux* ha pasado á algunos médicos de la ciudad, una circular poniendo á su disposición el Laboratorio de Histología, que debido á sus esfuerzos ha logrado reunir en el edificio de Santa Inés, antiguo local de la Facultad de Medicina. Los trabajos que se hagan allí serán de grande utilidad práctica para el diagnóstico, y, por consiguiente, para el tratamiento de las enfermedades.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

### LECONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE

par FELIX LEGUEU, chirurgien des Hopitaux, Professeur agregé à la Faculté de Médecine de Paris. 1 volume grand in 8.º de 455 págs. avec 23, figures dans le texte, 12 fr. (Paris, Félix Alcan, editeur).

El Profesor Legueu ha reunido en un volumen las treinta y dos lecciones que dio en los ocho meses del año de 1901 en el Hotel Dieu, como sustituto del Profesor Duplay

Estas lecciones, están clasificadas con los siguientes títulos, *Patología general—Miembros—Cabeza, cuello, pechos—Abdómen y hernias—Aparato genito-urinario. Ginecología*, y van acompañadas de fotografías, trazados termométricos y planchas histológicas, y de otros datos que contribuyen á completar la historia de los enfermos y á hacer la enseñanza más viva y más instructiva. M. Legueu ha revisto á muchos de sus operados después de su salida del Hospital, y á otros los ha seguido por algún tiempo, lo que le ha permitido agregar á su observación, la mención del resultado lejano, y por lo menos dar á algunas de sus intervenciones, la consagración de la prueba del tiempo. En fin, ha agregado á estas clínicas la estadística completa de las operaciones hechas en el servicio del 1.º de Marzo al 31 de Octubre de 1901, época de su sustitución.

*Traité de l'intubation du larynx dans les sténoses laryngées aiguës et chroniques de l'enfant et de l'adulte*, par le Dr. A. BONAIN, chirurgien-adjoint de l'hôpital civil de Brast, chargé du service des maladies du nez, des oreilles et du larynx. 1 vol. in-16 de la *Collection médicale* avec 46 figures, cartonné à l'anglaise, 4 fr. (Paris, Félix Alcan éditeur).

Este tratado se publica cuando es más necesario. La cuestión de la intubación en la clientela, preocupa con razón á muchos médicos franceses, que desean la generalización de un método tan útil y tan práctico en el tratamiento de las laringo-estenosis agudas de los niños. Por otra parte, la cura de las estrecheces crónicas de la laringe en los niños y los adultos por el método de O'Dwyer, es relativamente poco conocido y poco extendido. El autor no se ha limitado á estudiar la cuestión solamente desde el punto de vista del crup en el niño, se ocupa también de todas las estenosis en que se puede aplicar la intubación tanto en el adulto como en el niño, y estudia en particular la fisiología de la laringe en sus relaciones con ella. En efecto, es imposible comprender bien y aplicar con éxito el método de O'Dwyer, cuando no se tiene conocimiento exacto de la conformación de la laringe, que en el niño tiene particularidades que están en relación con la forma del tubo y con las perturba-

ciones fisiológicas que éste determina en su función ; siendo así que la teoría de la fijación del tubo tiene consecuencias prácticas de la mayor importancia.

Una de las partes más notable de la obra es indudablemente la que se refiere á la práctica de la intubación en la clientela. Apoyándose en numerosos documentos, demuestra el autor : 1.º, que la intubación en la clientela, en casos de crup, da resultados, cuando menos tan buenos como en los hospitales ; 2.º, que adoptada en el Extranjero, va extendiéndose en Francia, salvando muchas vidas que sin ella se extinguirían ; 3.º, la traqueotomía en la clientela es cada día más excepcional. 46 láminas ilustran este tratado, que condensa en un pequeño volumen cuanto es útil que sepa, no sólo el especialista, sino también todo médico que se preocupe del cumplimiento de sus deberes profesionales.

---

## DROGAS NUEVAS

*Ichtargane*—Thiohidrocarburo-sulfato de plata. Combinación del ácido iectiosulfónico con la plata. Polvo amorfo, moreno, inodoro ; soluble en agua, glicerina y alcohol débil ; insoluble en alcohol fuerte, éter y cloroformo. Contiene 30 por 100 de plata (E. Merck). Tiene, según Aufrecht, un poder tóxico menor que el del nitrato de plata, y un poder bactericida mayor. Según los Dres. Leistikow y Lohnstein, el ichtargane puede hacer grandes servicios en el tratamiento de la blenorragia ; porque no solamente es un buen agente para matar los gonococos, sino que tiene la ventaja de moderar y suprimir los fenómenos inflamatorios. Se usa para inyecciones y lavados en soluciones acuosas de 0.02 y de 0.20 gramos por 100.

*Iodolene*—Compuesto de albúmina y iodol. Polvo amarillo, inodoro, insípido, amorfo, insoluble en los vehículos ordinarios, encierra 36 por 100 de iodol. Los Dres. Laquer y W. Simmerfeld, lo consideran como un antiséptico que puede reemplazar al yodoformo. Especialmente indicado en el tratamiento de las heridas operatorias, de las úlceras, de las linfadenitis supuradas y del chancre blando. Las pápulas sifilíticas secretantes curan en pocos días bajo la influencia del iodolene. Dosis hasta de 30 gramos, introducidas en heridas profundas, jamás han dado lugar á fenómenos tóxicos. Al interior se usa un iodolene que solamente contiene 10 por 100 de iodol, y se le emplea para reemplazar los ioduros alcalinos. El polvo de iodolene se aplica directamente, espolvoreando las heridas con un pincel ó con un pulverizador.

## CUADRO de la mortalidad en Bogotá en el mes de Agosto de 1902

ENFERMEDADES	HOMBRES				MUJERES				TOTAL	LA CATEDRAL	LAS NIEVES	LAS CRUCES	LAS AGUAS	SAN VICTORINO	SAN PABLO	SANTA BÁRBARA	EGIPTO	CHAPINERO	HOSPITAL DE CARIDAD	HOSPITAL MILITAR	ASILOS	PANÓPTICO	HOSPICIO	LA MERCED
	HOMBRES	MUJERES	NIÑOS	NIÑAS	HOMBRES	MUJERES	NIÑOS	NIÑAS																
Tifo .....	12	6	..	..	18	..	3	..	..	..	..	..	..	2	..	2	..	..	5	3	..	..	3	
Fiebre tifoidea .....	17	5	2	1	25	..	2	1	..	..	..	..	..	1	1	1	..	..	10	3	..	..	6	
Gripe .....	..	..	1	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	
Viruela .....	5	1	4	..	10	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	9	..	..	..	..	
Difteria .....	..	..	2	1	3	..	1	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
Paludismo .....	3	..	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	2	..	..	..	
Tuberculosis .....	4	8	2	1	15	1	3	..	..	..	..	..	1	1	1	..	1	6	1	..	..	..	..	
Cáncer .....	3	3	..	..	6	2	..	1	..	..	..	..	..	1	2	..	..	..	..	..	..	..	..	
Atrepsia .....	..	..	7	2	9	1	4	1	..	2	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	
Miseria fisiologica ..	1	2	1	1	5	..	1	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	1	..	..	..	
Sífilis .....	..	1	3	1	5	..	1	..	2	1	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
Alcoholismo .....	4	..	..	..	4	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	1	..	..	..	
Uremia .....	1	..	..	1	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	1	..	..	..	
Insuficiencia mitral ..	3	4	..	..	7	1	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..	3	1	..	..	..	
Afección cardíaca ..	6	6	..	..	12	1	1	1	..	2	..	..	..	..	1	..	1	..	4	1	..	..	1	
Arterio-esclerosis ..	..	3	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	2	..	..	..	..	
Bronco-neumonía ..	9	6	4	6	25	1	6	3	1	1	..	..	1	1	1	2	..	..	7	2	..	1	..	
Neumonía .....	10	8	4	5	27	1	5	2	..	4	1	7	1	..	..	..	..	..	5	..	..	..	1	
Congestión pulmonar ..	3	1	..	2	6	1	..	..	2	1	..	..	1	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	
Atelectasia pulmonar ..	..	..	2	1	3	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
Pleuresia .....	2	1	..	..	3	..	..	1	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	
Gastroenteritis .....	1	2	5	4	12	..	3	..	2	2	..	..	..	2	..	..	1	2	..	..	..	..	..	
Enteritis .....	6	2	8	7	23	..	8	..	1	..	..	..	..	..	1	..	1	..	4	3	4	..	2	
Disentería .....	17	16	3	5	41	1	2	3	2	1	2	..	..	..	..	..	..	1	17	5	2	..	5	
Peritonitis .....	2	1	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	1	1	..	..	..	
Hepatitis .....	3	2	..	..	5	..	2	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..	..	
Hemorragia cerebral ..	2	2	..	..	4	..	..	1	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	2	..	..	..	..	
Congestión íd. ....	2	5	..	..	7	..	..	1	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..	4	..	..	..	..	
Meningitis .....	1	..	2	5	8	..	1	..	2	..	..	..	..	..	1	1	2	1	..	..	..	..	..	
Parálisis .....	1	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	
Nefritis .....	4	5	3	..	12	1	3	2	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	2	2	..	..	..	
Parto prematuro .....	..	..	4	3	7	..	2	2	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..	1	..	..	..	..	
Nacidos muertos .....	..	..	6	..	6	..	2	1	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..	1	..	..	..	..	
Heridas .....	3	..	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	1	1	..	..	..	..	
Totales .....	125	90	63	46	324	11	49	21	20	20	11	29	10	..	..	..	..	692	26	10	..	3	16	

Bogotá, Agosto 31 de 1902.

R. SANMARTÍN.