
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.

SECCIÓN OFICIAL

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Presidencia del Dr. Juan David Herrera

En Bogotá, á 1.º de Marzo de 1902, se reunió la Academia Nacional de Medicina en uno de los salones del Club Médico, por invitación que hizo el Sr. Presidente de esta Corporación.

Concurrieron á la sesión los Dres. Barreto, Herrera Luis María, Gómez Proto, Corredor, Pardo Enrique, Osorio, Herrera Juan David, Calderón, Gómez Calvo, Sotomayor, Aparicio, Lombana Barreneche, Uribe, Durán Borda, Esguerra, García Medina y Amaya.

Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior, sin modificación.

Siendo el principal objeto de esta reunión, conocer el informe que presentan los Dres. Lombana B. y Luis María Herrera B., sobre la participación que tienen las aguas del Acueducto en las epidemias que se han presentado últimamente en esta capital, se procedió á leerlo; y la Presidencia ordenó, después de haber dado las gracias á los Dres. Lombana B. y Herrera por el buen desempeño de su comisión en tan brillante exposición, pasara sin modificación copia al Ministro de Instrucción Pública y al Redactor de la *Revista Médica*, para su publicación.

La lectura de este importante trabajo suscitó una discusión sobre la higiene de Bogotá, en la cual tomaron parte los Dres. Enrique Pardo R. y Corredor, el cual extractó los trabajos sobre acueductos que ha publicado en Bruselas su hijo el Sr. Julio Corredor, Ingeniero que actualmente estudia en esa ciudad. El Dr. Lombana habló especialmente de las malas condiciones en que se encuentran las habitaciones de la *Aguanueva* situadas á lo largo de la vía que trae las aguas del tanque á esta ciudad, y el Dr. Uribe dijo lo siguiente:

“Todas estas discusiones sobre higiene de Bogotá, me hacen ver que estamos exactamente como el avaro de Molière, que quería que su cocinero le diera bien de comer sin gastar dinero. Justamente lo que necesitamos para mejorar las condiciones sanitarias de Bogotá es dinero, y con él cambiaremos totalmente tan deplorable situación. La Junta de Higiene, el Congreso Médico y la Academia de Medicina han pedido que se mejoren las alcantarillas, que se funden Lazaretos, que se edifiquen buenos mataderos públicos, que se construya una plaza de mercado, que se asean las calles de la ciudad, que se funde un Laboratorio municipal para examinar las materias alimenticias y el agua que se usa para la alimentación y consumo de la población, y que el Acueducto nos suministre agua sana; pero todo queda en proposiciones, votos y deseos, por falta del elemento principal: el dinero.

“Concretándome á algo que decía el Dr. Lombana, creo que la contaminación del agua del Acueducto viene de más arriba, viene de las fuentes mismas del río, pues me han dicho que en sus cabeceras hay bastante población, y es claro que las deyecciones, que probablemente llevan el bacilo de *Eberth*, infectan el agua desde su origen.

“Tenemos, pues, que aplaudir y aprobar todas las conclusiones del informe presentado, para que se vea que la Academia trabaja, y que con la solicitud que el caso requiere, se estudian las cuestiones y se indica lo que debe hacerse desde el punto de vista higiénico.”

Se leyó el informe que presenta el Dr. Osorio sobre el trabajo del Dr. Enrique de Argáez (*Compresión del plexo braquial, parálisis del nervio mediano*) debido al uso prolongado de las muletas y á la mala construcción de éstas, en los individuos amputados por causa de heridas.

El Sr. Presidente puso en consideración de la Academia las conclusiones con que termina el informe, y que dicen:

“He hecho algunas consideraciones acerca del trabajo del Dr. Argáez, para demostrar que es un estudio interesante, de mérito y de actualidad. En tal virtud propongo á la Academia que se admita al Sr. Dr. Enrique de Argáez como candidato, por haber llenado las condiciones reglamentarias para ocupar este puesto.”

La Academia aprobó estas conclusiones, así como la proposición del Dr. Herrera Juan David, para que se publique el trabajo del Dr. Argáez en unión del informe del Dr. Osorio en la *Revista Médica*.

El Sr. Presidente presentó un trabajo del Dr. Guillermo Gómez, titulado *Histerectomía abdominal total é Histerectomía abdominal parcial*, con el objeto de ser admitido como candidato para miembro de número de la Academia; pasó en comisión al Dr. Luis Felipe Calderón.

El Dr. Antonino Gómez presentó un trabajo sobre *Fecundación artificial*, que no se leyó por ser avanzada la hora.

Los Sres. Santiago Cortés y Ricardo Lleras Codazzi enviaron á la Academia un cuaderno titulado *L.ª 1.ª Sección de la línea fronteriza con Venezuela desde el punto de vista de la Historia Natural*.

Siendo avanzada la hora, y no habiendo otra cosa de qué tratar, se levantó la sesión á las 8½ p. m.

El Presidente, J. DAVID HERRERA.

El Secretario, Ricardo Amaya Arias.

INFORME DEL DR. LUIS FELIPE CALDERÓN

Miembro de la Academia

ENCARGADO DE EXAMINAR EL TRABAJO QUE EL DR. GUILLERMO GÓMEZ PRESENTA Á LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sres. miembros de la Academia

El trabajo que os presenta el Dr. Guillermo Gómez es la historia detallada de dos importantes operaciones.

practicadas por él, con éxito completo, en el hospital de *El Campito*, de esta ciudad. La primera de ellas es una histerec-tomía abdominal parcial para un fibroma uterino subperito-neal, en una enferma que ocurrió á consultar al Dr. Gómez, quien decidió tan delicada intervención, en vista del des-arrollo exagerado del tumor, de los accidentes de compresión que producía y de la resonancia que sobre el estado gene-ral se hacía notar. El tumor era accesible á la palpación practicada dos dedos encima del ombligo, lo que permitía juzgar de su desarrollo y decidir, como al efecto lo hizo el Dr. Gómez, que fuera la vía abdominal la preferida en la operación la que practicó el día 5 de Diciembre de 1901, en asocio de los Dres. Pompilio Martínez y Eliseo Montaña, y previa esterilización al autoclave de todos los instrumentos y piezas de curación que debían servir en aquel momento.

Abierta la pared abdominal se pudo confirmar el diag-nóstico, al hallarse en presencia de un tumor fijado al fondo del útero por un pedículo de ocho centímetros de ancho en su parte más delgada, y ligado al intestino delgado por una ad-herencia muy firme y muy vascular, que el Dr. Gómez cortó entre dos ligaduras. Hecho esto, y luxado el tumor, pro-cedió á libertar el pedículo primero, á seccionarlo en se-guida, y afrontando toda herida, cubriendo cuidadosamente el *moignon* con el peritoneo, lo dejó al cuidado de un tubo de caucho que llevó por un extremo hasta el saco de Douglas, y que fijó por el otro á la herida parietal. Cerrando luego con un doble plano de suturas, fijó, como de costumbre, con un vendaje, las piezas de curación y dejó así terminada su primera operación.

Los resultados inmediatos fueron relativamente satis-factorios; pero el Dr. Gómez llama muy especialmente la atención hacia la serie de accidentes que vinieron á com-plicar la convalecencia. Nueve días después de la operación, al fin de un período de apirexia completa, cuando todo hacía esperar un fin favorable, tuvo que ausentarse el Dr. Gómez de Bogotá, y confiar la enferma á otro médico, quien, al vi-sitarla dos días más tarde, la halló en situación alarmante. La temperatura había subido á 38°, el pulso batía 140 veces por minuto, la lengua estaba seca, saburral, y la enferma se

quejaba de dolor abdominal; en resumen, un estado general grave, que hacía pensar desde el primer momento en una infección generalizada como causa del retroceso evidente que en la salud de la enferma se notaba. El vendaje se había desalojado hacia arriba, y dejaba ver la extremidad inferior de la herida que supuraba francamente. De ahí en adelante nada faltó en el cuadro de una peritonitis supurada.

El tratamiento subsiguiente empleado por el Dr. Gómez fue el de inyecciones hipodérmicas de suero de Hayem, grandes lavados intraabdominales con el mismo suero, y más tarde con soluciones de bicloruro de mercurio; todo esto ayudado con la medicación habitual de desinfectantes intestinales, apiréticos, etc. etc.

Durante un mes la situación de la enferma se sostuvo como dejamos dicho, sin cambio alguno notable, sin reacción marcada en uno ú otro sentido. Al principio del segundo mes se inició la defervescencia de ese estado infeccioso, y continuando el tratamiento iniciado, la enferma llegó á encontrarse en un estado general satisfactorio, sin conservar como huella de lo anterior más que un ligero flujo proveniente de la matriz, el cual se presentó al cerrarse la fístula abdominal. Vinieron más tarde las reglas, y en una de éstas arrojó la enferma, mezclados con la sangre, los hilos de las suturas profundas, y el flujo desapareció.

El Dr. Gómez recomienda este caso por la enseñanza que deja en lo relativo al cuidado que ha de tomarse con todos los enfermos laparotomizados, y así á no perder de vista los detalles de las curaciones, cualquiera que sea la apariencia de gravedad que haga ver desesperada la situación de los operados. Recomienda fijar con submuslos para impedir el desalojamiento de las piezas de curación.

El atribuye á estas condiciones y á la perfecta asepsia de todos los elementos de su operación, el que contra toda complicación y todo evento tuviera el caso tan feliz resultado.

Tal vez omitió el Dr. Gómez en el análisis de este caso mencionar un elemento más importante, gran factor del éxito operatorio: la habilidad del cirujano, que, operando rápidamente, expuso por poco tiempo al aire un peritoneo, que debido á esa circunstancia y á la de no haber sido tracciona-

IACI
 Medicina
 ANATOMIA

do y frotado repetidas veces, pudo luchar con ventaja contra los gérmenes de una infección que atacó é invadió un organismo débil.

Fue también la habilidad del cirujano lo que mantuvo la permeabilidad de las vías naturales, para evitar que el pus huyera hacia las regiones superiores donde su presencia hubiera sido causa de muerte inevitable, y también fue la habilidad del cirujano lo que impidió por medio de afrontamientos exactos y fuertes suturas que se formaran adherencias viciosas en esos tejidos que sufrieron todo el proceso completo de una inflamación supurativa.

La segunda observación se refiere á una histerectomía abdominal total; según datos del autor, la primera practicada en Bogotá, y hecha para extirpación de un fibroma uterino. Refiere el Dr. Gómez que la enferma soportó su mal durante diez y ocho meses. Pasado este tiempo, el tumor, á la vez que crecía, causaba grandes perturbaciones, producía dolores por la compresión, y las hemorragias repetidas que había determinado colocaban á la enferma en un estado de languidez y de anemia, que la obligaron á consultar al Dr. Gómez, quien hizo el diagnóstico de fibroma uterino y precisó la indicación de una intervención quirúrgica, manifestando á la enferma que debía en esto someterse al dictamen de una Junta Médica. Así lo hizo, y reunida la Junta, recibió de ella un dictamen en todo acorde con las opiniones del Dr. Gómez: juzgó la operación necesaria y confirmó el diagnóstico hecho por él. La operación era urgente, porque el estado de anemia en que se hallaba la enferma se acentuaba cada día, debido á las metrorragias copiosas y frecuentes que venía sufriendo hacía ya algunos días. Así lo comprendió ella, y la operación fue practicada el día 25 de Julio.

Llenando todos los requisitos de una asepsia completa de instrumentos y piezas de curación, y ayudado por el Dr. Eliseo Montaña, empleó el método americano: sección de los ligamentos de derecha á izquierda y en semicírculo, sección de la vagina en contorno de la matriz y muy cerca de ella, para evitar herir los ureteres. Una ojeada sobre los ovarios le advirtió el estado de degeneración quística en que se hallaban, y resolvió extirparlos. Aseo del campo, hemostasis, ligadu-

ras de los vasos principales, arterias uterina y utero-ovarianas, arteria del ligamento redondo, afrontamiento y sutura con catgut de la herida peritoneal, sobre espesa mecha de gasa que hacía accesibles las superficies seccionadas profundamente, y, por último, colocado un tubo de avenar en el saco de Douglas y la herida parietal, sutura en dos planos de la pared abdominal.

La convalecencia no pudo ser más fácil ni regular en este caso. Sólo hubo un ligero ascenso de temperatura que cedió al tercer día, cuando se retiró el tubo abdominal. La gasa, cambiada desde el segundo día cada 24 horas, se retiró definitivamente al quinto día, las suturas al octavo, y á los veinte días la enferma se levantó ya curada.

Iguales observaciones á las que hicimos en el caso anterior pudiéramos hacer en éste, y aun cuando el Dr. Gómez lo considera sin importancia clínica, tanto éste como el anterior los recomienda vuestra Comisión por su originalidad é importancia científica, y ella os propone:

1.º Acéptase al Dr. Guillermo Gómez como miembro candidato de la Academia de Medicina, y

2.º Publíquese el trabajo del Dr. Gómez en la *Revista Médica*.

Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina.

Por vuestro respetable conducto solicito de la corporación que dignamente presidís, el ser admitido como socio activo de la Academia.

De acuerdo con el reglamento, os acompaño un trabajo inédito, que no me ha servido para ingresar á ningún otro cuerpo científico.

Consta este trabajo de dos historias clínicas: la primera referente á un caso de histerectomía abdominal parcial, para un fibroma uterino subperitoneal, y la segunda, á una histerectomía abdominal total, igualmente practicada para un fibroma uterino.

Dichas operaciones las verifiqué, respectivamente, el día 5 de Diciembre de 1900 y el 25 de Julio del año pasado.

Ambas enfermas gozan hoy día de completa salud, y aunque varios miembros de esa honorable corporación conocen personalmente los casos, no tendría inconveniente en presentar las enfermas á la Academia, si ésta así lo dispusiera.

Con sentimientos de consideración, soy del Sr. Presidente atento y seguro servidor,

GUILLERMO GÓMEZ

Bogotá, Julio de 1902.

HISTERECTOMIA ABDOMINAL PARCIAL

DE PEDICULO PERDIDO

El presente caso quizá no tiene otro interés que el haber sido la primera laparotomía que se practicó en *El Campito*, y habernos animado por sus buenos resultados á proseguir en el ramo de la cirugía.

Hoy casi todos conocen esta especie de *casa de salud*; muchos de nuestros cirujanos han practicado allí operaciones de la mayor importancia con excelentes resultados, y abrigamos la esperanza que sea ésta la escuela donde venga á familiarizarse la cirugía moderna entre nosotros.

Algún día se harán conocer en conjunto las ya numerosas intervenciones que allí han tenido lugar; bástenos, entre tanto, dejar constancia de este primer caso que abrió á la cirugía las puertas de un nuevo establecimiento donde sin duda popularizará su acción benéfica.

Nuestra enferma, natural de Bogotá, y de unos 35 años de edad, fue una mujer alentada hasta hace cuatro años; de entonces para acá varios desórdenes generales principiaron á molestarla, y poco tiempo después percibió que algo extraño se desarrollaba en su abdomen. Su estado general agravándose diariamente, la obligó á refugiarse en el Hospital de Caridad, donde se comprobó la existencia de un tumor abdominal; allí permaneció año y medio recibiendo un tratamiento sintomático y, más que todo médico; sin embargo, el desarrollo de una asitis considerable, que dificultaba la mar-

cha regular del corazón, obligó al cirujano encargado del servicio á practicar una paracentesis, que dejó escapar varios litros de líquido ; la naturaleza de este líquido confirmó á dicho cirujano en la idea de que se trataba de un tumor maligno, motivo por el cual él decidió no operarla. La punción alivió muy poco á nuestra enferma, el tumor tenía entonces un volumen considerable, y la presión que ejercía sobre los órganos del basinete al descender ya libremente en la cavidad pelviana le impedía la estación vertical. A pesar de esto, la reproducción rápida y cuantiosa del líquido asítico hizo necesaria de nuevo la punción, la cual hubo de repetirse algunos días más tarde. En este estado de cosas encontramos la enferma, en el mes de Noviembre del año pasado, notablemente enflaquecida, obligada á guardar la cama constantemente, y en vista de los síntomas que presentaba: dolores fuertes, crecimiento rápido del tumor en los últimos meses, mixión frecuente y dolorosa y constipación obstinada, no vacilámos en aconsejarle la operación, para lo cual se trasladó al *Campito*.

El día cinco de Diciembre procedimos á operarla en compañía de los distinguidos colegas Dres. Pompilio Martínez y Eliseo Montaña. La altura del tumor (dos dedos por encima del ombligo) y la movilidad que presentaba nos decidió á escoger la vía abdominal para su extracción. Desinfectados previamente por medio del autoclave todos los instrumentos, compresas é hilos de que íbamos á hacer uso, principiámos la operación abriendo la pared abdominal, hecho lo cual pudimos precisar nuestro diagnóstico ; se trataba de un tumor duro, del tamaño de un melón, adherido al fondo del útero por un pedículo de unos ocho centímetros de ancho en su parte más delgada. Pretendimos inmediatamente bascular este tumor para sacarlo de la cavidad abdominal, pero no pudimos hacerlo, por la existencia de adherencias que lo sujetaban al intestino delgado. La naturaleza de estas adherencias era tan particular, que merece una ligera descripción : del vértice del neoplasma partían ocho ramúsculos de unos veinte centímetros de largo por medio centímetro de diámetro, ingurgitados de sangre de apariencia venosa, y simulando el todo un grueso cordón umbilical que hubiera

sido disociado; todos ellos iban á implantarse sobre la misma asa del intestino delgado, á poca distancia los unos de los otros; la tensión sanguínea en ellos era considerable, como lo prueba el hecho que seccionados después de la aplicación de un clamp al pedículo del tumor, y aislados por lo tanto de la circulación general, la sangre se escapó con la fuerza que lo haría de una arteria de mediano calibre; esto nos obligó á practicar una doble ligadura á nivel de cada ramúsculo; en seguida seccionámos entre las dos ligaduras, á distancia de un medio centímetro de la implantación intestinal; terminado lo anterior, procedimos á luxar el tumor colocándolo fuera de la cavidad abdominal, hicimos un decortezamiento peritoneal al rededor del pedículo, seccionámos éste en forma de cuña, afrontamos luégo las superficies cruentas por medio de una sutura en cadena, hecha con seda, y revestimos el muñón uterino con el peritoneo que habíamos descortezado, sirviéndonos para esto del catgut; colocámos un tubo de caucho en el fondo de Douglas, cuya extremidad externa fijámos á la parte inferior de la herida parietal, y, por último, cerrámos la cavidad sirviéndonos de un doble plano de suturas. La operación duró algo más de una hora; sin embargo, la enferma sorportó muy bien el cloroformo.

La parte instructiva de este caso, por la cual nos hemos atrevido á presentarlo, fue la convalecencia, tanto por su extrema duración como por la excepcional gravedad que presentó. Los primeros tres días los pasó la enferma, como los pasan la mayor parte de las laparotomizadas; ningún síntoma especial nos permitió formular un pronóstico preciso; la misma tarde de la operación el termómetro marcaba $37^{\circ}, 8$ y el pulso batía 100 veces por minuto; la enferma había vomitado y sufrió el malestar correspondiente á las grandes intervenciones; la situación continuó lo mismo con ligeras variaciones hasta el tercer día, en que la mejoría franca se estableció; el cuarto día le movimos los intestinos con una lavativa glicerínada, de ahí en adelante la temperatura fue siempre la normal, y el pulso, completamente regular, no pasó de 90 movimientos por minuto; la enferma dormía bien, ningún dolor la molestaba, el apetito había reaparecido, y

la sed, que la atormentó los primeros días, había calmado notablemente.

El 12 de Diciembre (séptimo día después de la operación) circunstancias especiales de familia me obligaron á ausentarme de Bogotá; tan sólo tuve tiempo para enviar una tarjeta á dos colegas, suplicándoles vieses á la enferma durante mi ausencia; ellos, por motivos independientes de su voluntad, no pudieron visitarla sino dos días más tarde; cuando fueron encontraron que el vendaje se había desalajado dejando descubierta la mitad inferior de la herida, los puntos de sutura á este nivel habían supurado, en tanto que los superiores, que habían permanecido cubiertos, se encontraban en buen estado; todos los hilos fueron retirados, el termómetro marcaba ese día, por primera vez después de la operación 38° , y los síntomas que acompañan la fiebre infecciosa principiaban á marcarse.

De ahí en adelante el estado de la enferma fue agravándose diariamente, y antes de diez días todo el cortejo sintomático de una peritonitis supurada se marcaba con claridad: vómito tenaz, meteorismo, dolores abdominales, sequedad de la lengua, pérdida del apetito, fiebre intensa (el termómetro llegó á marcar 40°), pulso frecuente (140 movimientos por minuto), supuración abundante y espesa por la extremidad inferior de la herida, y enflaquecimiento tan marcado, que creemos no exagerar al avaluar su peso de entonces en una tercera parte del que hoy tiene.

Como tratamiento le impusimos el siguiente: inyecciones subcutáneas de suero artificial á alta dosis, y frecuentemente repetidas (se le inyectaron 14 litros en el espacio de un mes); grandes lavados intraabdominales practicados al principio con suero Hayen, luégo con solución diluída de bicloruro de mercurio, la cual fue concentrándose hasta llevarla al 1 por 2,000, y fuera de ésto, los diversos medicamentos que la sintomatología fue indicándonos: antipiréticos, desinfectantes, purgantes, etc.

La gravedad que dejamos descrita persistió por el espacio de un mes, durante el cual la temperatura nunca fue inferior á $38^{\circ} 6$, ni el número de pulsaciones bajó de 104 por minuto. Pasado este tiempo los síntomas principiaron á mejorarse,

hasta el punto que un mes más tarde la enferma podía abandonar *El Campito* para entregarse de nuevo á sus ocupaciones. Su estado general, aunque satisfactorio, dejaba algo que desear: su fístula abdominal se cerraba temporalmente, pero la más ligera causa la hacía abrirse de nuevo; al través de ella solían entonces presentarse unos hilos de seda, que varias veces tratamos de extraer, sin poder lograrlo, por temor á una hemorragia, hilos que de repente dejaron de mostrarse; una ligera supuración se escapaba del cuello uterino, supuración que aumentaba cuando la fístula abdominal estaba cerrada, lo que nos hizo pensar que una comunicación franca existía entre la cavidad abdominal y la vagina al través del *moignon* uterino. Cada vez que la fístula se abría, se hacía la enferma lavados intraabdominales con agua hervida; la fístula se cerró definitivamente unos cuatro meses y medio después de la operación, desapareciendo al mismo tiempo los muy pocos dolores que hasta entonces la habían molestado. La enferma se dio por curada, engordaba visiblemente, recuperó la energía que tenía para el trabajo antes de su mal, y sólo le quedó de sus antiguas dolencias un flujo poco abundante, que no la molestaba en absoluto.

Dos meses más tarde la enferma se nos presentó quejándose de dolores reumáticos; le aconsejamos unas cucharadas con yoduro de potasio; la semana siguiente vino de nuevo, sorprendida con el efecto que le había producido el medicamento; sus dolores habían desaparecido por completo, pero, lo que encontraba aún más extraño, su flujo menstrual que ella daba por terminado, pues desde el tiempo de la operación no le aparecía, le volvió con la segunda cucharada de yoduro, fue muy abundante y terminó al cabo de 7 días con la expulsión de unos hilos que me traía para el examen; en ellos pude reconocer fácilmente la seda que nos sirvió para la sutura del *moignon* uterino. Gran sorpresa nos causó el hecho de haber podido encontrar salida estos hilos al través de una vía tan estrecha como la que debía existir en un útero incompleto, cuyo interior debía estar separado de la cavidad abdominal, por lo menos, por el peritoneo con el cual cubrimos la parte cruenta del *moignon*, y aún fue mayor nuestra sorpresa al notar la consisten-

cia de esta seda, que había estado por varios meses en contacto con los líquidos corrosivos que nos habían servido para los lavados intraabdominales, y sepultada en un organismo vivo, donde era natural suponer que la humedad hubiera disminuído su resistencia.

Durante estos últimos seis meses la salud de la enferma no ha podido ser mejor; todas sus funciones se han desempeñado fisiológicamente, y es hoy una persona más que útil á la sociedad.

Conservamos aún la pieza anatómica; hoy no se puede apreciar justamente el volumen que tenía el tumor cuando la operámos, porque los líquidos antisépticos en que se ha conservado han producido la retracción de los tejidos. El neoplasma tenía una forma ovoide; fue seccionado en dos partes para averiguar su naturaleza; falta en él el pedazo de útero á que estaba adherido, desprendido por el Dr. Martínez, para su estudio y donde se vio que la cavidad de la matriz quedó abierta al hacer la sección del pedículo; aún se nota en la extremidad superior del ovoide el nacimiento de las adherencias que dejamos descritas, destruídas después de la operación por accidente, de la cara anterior se extrajo un pedazo para el estudio microscópico que tuvo la amabilidad de hacer nuestro competente colega el Dr. Luis Zea U.; las secciones que él practicó mostraron la naturaleza fibrosa del tumor.

Este caso nos deja como enseñanza:

1.º La importancia que tienen las tiras delgadas de género, que, pasando por entre los muslos, sujetan el vendaje abdominal adelante y atrás de manera de impedir su desalajamiento hacia arriba; á nuestra enferma se le aplicaron en los primeros días, pero luégo, por algún descuido involuntario faltaron durante los días que estuvimos ausentes; quizá con su presencia se hubieran evitado los peligros que corrió su vida;

2.º El que ningún caso operado asépticamente debe considerarse como perdido, por graves que sean los síntomas que haya desarrollado una infección post-operatoria, y que por lo tanto el cirujano debe luchar con fe hasta el último momento; nos parece que el presente, visto por muchos de

nuestros médicos cuando estuvo más grave, ilustra brillantemente nuestra opinión ;

3.º El tratamiento de estas infecciones secundarias. No podemos emitir una idea definida sobre cada una de las aplicaciones que se le hicieron, en realidad no sabemos cuál de ellas le convino más. Nuestra impresión, que no podemos sostener con pruebas concluyentes, es que la enferma mejoró, sobre todo debido á los cuidados extremados de las Hermanas de la Caridad y de las enfermeras que la rodearon, á la asepsia rigurosa con que se hacían todas las curaciones y á las inyecciones hipodérmicas de Suero Hayen tan aconsejadas por Lejars, en las peritonitis supuradas. En cuanto á los lavados intraabdominales, no hemos podido formarnos una opinión concreta ; quizá como muchos lo sostienen prolonga las supuraciones, pero sin duda las soluciones sublimadas diluídas no son tan tóxicas como algunos lo pretenden, ni aun en los casos de ser intraabdominales.

No terminaremos esta comunicación sin dar las más expresivas gracias á nuestros distinguidos colegas los Dres. Pompilio Martínez y Eliseo Montaña, por su importante cooperación en el presente caso, á la cual se debe en gran parte el éxito obtenido, y muy especialmente al inteligente joven Dr. Pedro I. Escobar, que con asiduidad, digna de todo encomio, cuidó á la enferma durante los tres meses de su permanencia en *El Campito*.

HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL

MÉTODO AMERICANO

La otra enferma, á que me he referido, la operámos á fines de Julio de este año. Su historia clínica es muy corta y de un interés más que todo histórico, pues por lo que hemos conversado con algunos de nuestros colegas, y por lo poco que hemos podido consultar en nuestros periódicos de medicina, enténdemos que fue éste el primer caso de histerectomía

abdominal total, método americano, practicada con éxito en Bogotá; sin embargo puede ser éste un error de nuestra parte, que estamos dispuestos á rectificar si alguno tiene á bien indicárnoslo.

Los prodromos del mal en nuestra enferma remontan ya á cinco años, época en la cual presentaba la sintomatología de una úlcera incipiente del estómago, para la cual se trató por algún tiempo, sin conseguir mejoría de importancia; más tarde sus desórdenes se localizaron en las regiones hipográstica y pelviana, y tres años después la enferma notó por la primera vez la presencia en su abdomen de un cuerpo extraño, duro y móvil; fácil fue á su médico de cabecera el formular el diagnóstico de un tumor uterino, y le recomendó á la enferma el tratamiento paliativo que se impone á dichos tumores, cuando por la benignidad de sus síntomas no está indicada una intervención quirúrgica.

El desarrollo del neoplasma fue lento los primeros diez y ocho meses de su evolución, luégo los síntomas que apenas se habían mostrado, se agravaron: el tumor aumentaba visiblemente de volumen, metrorragias abundantes fueron debilitando á la enferma, quien por temor á ellas y por los dolores que le producía el ejercicio, se veía obligada á pasar la mayor parte del tiempo en la cama. Vino entonces á nuestra consulta, y cediendo á sus deseos, citámos á los Dres. Juan David Herrera, Miguel Rueda y Eliseo Montaña para que la viéramos en junta y decidiéramos sobre la oportunidad de una intervención quirúrgica. Nos llamó sobre todo la atención el aspecto general de la enferma; aunque joven y robusta, tenía un tinte muy pálido, todo revelaba en ella una anemia pronunciada, y para confirmar nuestras sospechas, practicámos ese mismo día el análisis histológico de su sangre, sirviéndonos del hematómetro de Hayen: el número de glóbulos rojos sólo alcanzaba la cifra de dos millones y medio por milímetro cúbico. Los síntomas que nos refirió la enferma no dejaban de ser alarmantes; las hemorragias se habían repetido con frecuencia en los últimos tres meses, y su número y cuantía aumentaban de día en día, dolores intensos á lo largo de los muslos, mixiones frecuentes y dolorosas, constipación obstinada, cefalalgias persistentes la molestaban de tal ma-

nera, que habían llegado á hacer de ella algo menos que una inválida ; por otra parte, los signos físicos mostraban la existencia de un tumor abdominal duro y poco móvil, que alcanzaba entonces el ombligo.

La Junta sentó como diagnóstico el de un fibroma uterino subperitoneal, y teniendo presente la longitud y dureza del cuello uterino y la existencia de una masa en el fondo de saco posterior, se creyó más que probable la existencia de otros tumores intersticiales y mucosos ; como único tratamiento se aconsejó la histerectomia abdominal, la que se calificó de urgente dada la anemia que existía y la tendencia á las hemorragias.

La enferma se trasladó al *Campito* á principios del mes de Julio ; allí fue examinada por nuestro distinguido colega el Dr. Julio Z. Torres, quien estuvo de acuerdo con la opinión de la Junta, y fue aún más categórico en la afirmación de la existencia de otros tumores uterinos fuera del subperitoneal.

La operación se fijó para el 16 de Julio, pero hubo de aplazarse, por haberse presentado una hemorragia profusa, no obstante acabar la enferma de pasar su período menstrual.

El 25 de Julio practicámos la operación en compañía de nuestro estimado amigo el Dr. Eliseo Montaña ; tan pronto como se abrió el abdomen, pudo confirmarse el diagnóstico en todas sus partes ; para la extracción del tumor y la matriz, seguimos el método americano, es decir, practicámos una operación netamente abdominal, sin introducir instrumento alguno por la vagina, descortezando el peritoneo al rededor del útero, seccionando de derecha á izquierda y en semicírculo los ligamentos anchos y la vagina al nivel de su inserción á la matriz ; y como los ovarios estuviesen degenerados, resolvimos extraerlos con los ligamentos.

Terminada la extracción de esta masa, introdujimos por el abdomen una gasa yodoformada en la vagina ; por encima de ella suturámos, sirviéndonos del catgut, el peritoneo que habíamos descortezado, convirtiendo así en extraperitoneales todas las superficies cruentas que habíamos producido ; colocámos un tubo de avenamiento en el fondo de Douglas, tubo

que venía á abrirse en la extremidad inferior de la incisión parietal y cerrámos la herida con un doble plano de sutura.

La operación duró más de una hora; la enferma soportó muy bien el cloroformo, hábilmente aplicado por el Sr. José A. Mesa, notable interno del Hospital de San Juan de Dios; no hubo vómito ni durante la operación ni en los días que siguieron á ésta.

La convalecencia fue en extremo satisfactoria; el tercer día retirámos el *drain* abdominal; cesó con esto la ligera elevación de temperatura, 37.8 que había presentado la enferma por las tardes y desapareció todo malestar; la gasa vaginal fue cambiada, á partir del segundo día, cada 24 horas, y el quinto día se retiró definitivamente; el octavo se quitaron las suturas, la herida había sanado por primera intención; á los veinte días la enferma se levantó, y un mes completo después de la operación abandonó *El Campito*, por curación.

El estado general de la enferma no ha podido ser mejor en estos últimos cuatro meses. En efecto, las oleadas de calor y los sudores que suelen aparecer en estas operadas, fueron en el presente caso de muy poca importancia, y desaparecieron en el curso del tercer mes; su peso ha aumentado considerablemente y el examen histológico de su sangre, que practicámos en el mes de Septiembre, mostró que el número de glóbulos rojos había alcanzado la cifra de seis millones por milímetro cúbico.

Como lo decíamos al principio, es éste un caso que, si bien es en extremo satisfactorio para un cirujano que principia su carrera, en cambio deja muy poca enseñanza clínica; la operación no presentó accidente alguno; el diagnóstico fue confirmado en todos sus puntos, y la marcha de la convalecencia no se separó en absoluto de la descrita como típica en los mejores casos referidos en los libros.

Conservamos la pieza anatómica. Lllaman en ella la atención, el estado de los ovarios, cuya degeneración pone fuera de duda la necesidad que había de extraerlos.

Debemos á la galantería del Dr. Luis Zea U. el examen histológico que se practicó del tumor y que confirmó el diagnóstico de un fibroma uterino.

TRABAJOS ORIGINALES

CLUB MEDICO

CONVERSACIÓN CLÍNICA DEL 13 DE SEPTIEMBRE DE 1902

El Dr. Juan David Herrera hizo la siguiente exposición :

El Dr. Z. . . . abogado, de 30 años de edad, con costumbres intachables, sin antecedentes alcohólicos ni específicos ni hereditarios, de vida intelectual activa y laboriosa, salud buena hasta hace un año, que comenzó á sufrir accidentes dispépticos y para los cuales fue tratado por varios médicos de la capital. Pocos días antes de reducirse á cama le noté, al entrar á mi consultorio, una ligera titubeación en la marcha, semejante á la de un hombre ebrio. Un mes antes de morir, se redujo á cama por impotencia para caminar, y fue atacado de fuertes cefalalgias occipitales, que se irradiaban á la frente y se presentaban por accesos ; vómito frecuente de materias alimenticias que terminó por hacerse incoercible en los últimos días ; constipación obstinada ; micciones alejadas (orinas normales) ; ausencia de parálisis parciales y de hemiplegia y paraplegia ; ausencia de fenómenos ambliópicos y amauróticos y demás síntomas de compresión cerebral ; ligera astenia muscular ; coordinación de los movimientos estando acostado y persistencia del sentido muscular ; incoordinación de los movimientos y pérdida del equilibrio estando de pie, abandonado á sí mismo caía del lado izquierdo rotando ; facultades intelectuales intactas. Tres días antes de morir, los padres del paciente convocaron una Junta médica, y en ella sostuve el diagnóstico de un tumor del cerebelo (excluyendo el sífiloma), localizándolo de preferencia en el hemisferio cerebeloso derecho, comprimiendo su porción vermiforme, el bulbo y la protuberancia. Este diagnóstico fue confirmado por la autopsia, practicada tres días después por los internos del Hospital de San Juan de Dios, Sres. Meza, Iriarte, Salgar y Valencia, quienes encontraron un

neoplasma esquirrótico, del tamaño de un huevo de gallina, en la superficie de la cara inferior del hemisferio cerebeloso derecho con fuertes adherencias á las meninges y al hueso en la parte anterior y superior de la fosa cerebolosa derecha del occipital. Esta pieza es la que hoy tengo el honor de presentaros, y á propósito de ella y del caso clínico relatado, me permito hacer algunas consideraciones relativas á la posibilidad del diagnóstico de los tumores del cerebello durante la vida, en algunos casos, y á lo difícil y aun imposible de dicho diagnóstico, en muchos otros.

El síndrome clínico cerebeloso de los tumores que tienen su asiento en el *pequeño cerebro*, se puede sintetizar en el conjunto agrupado de los cuatro síntomas patológicos siguientes: 1.º, cefalalgia occipital localizada ó con irradiaciones, que se presenta por accesos, sobre todo en ocasión de esfuerzos ó cambios de posición; 2.º, vómitos de materias alimenticias, que se efectúan con gran facilidad, sin esfuerzos violentos, que revisten el carácter de regurgitaciones y que provocan el desarrollo de la cefalalgia; 3.º, la marcha del hombre ebrio, marcha cerebelosa, titubeación cerebelosa con tendencia á la caída, con propulsión del lado opuesto al del sitio del tumor y con rotación; 4.º, el vértigo; este síntoma, cuando existe, acompaña á la titubeación, pero ésta puede existir sin aquél.

La agrupación de estos cuatro síntomas ó de la mayor parte de ellos (el vértigo puede faltar), cuando no se hallan complicados ó mezclados con otros síntomas de origen central como parálisis (hemiplejias, paraplejias, etc.), puede hacer fácil el diagnóstico de un tumor del cerebello, y en muchos casos su localización exacta.

Al contrario, cuando el tumor del cerebello ha permanecido por algún tiempo reducido á pequeñas dimensiones, sin haber desarrollado el síndrome cerebeloso caracterizado por los síntomas indicados, en otros términos, cuando ha permanecido al estado latente y que repentinamente adquiere un gran desarrollo, de tal manera que, á la par del síndrome cerebeloso, desarrolla síntomas de compresión sobre los órganos vecinos y determina parálisis, sobre todo la hemiplejia, fenómenos amauroticos y ambliópicos, parálisis

labio-glosofaríngea, y en general los síntomas de la parálisis bulbar, junto con fenómenos de congestión venosa cerebral é hidropesía ventricular; entonces el cuadro clínico revisite el carácter de un misto patológico, en el cual se sospechará y aun se podrá afirmar una lesión central, pero será imposible discriminar en él, lo que pertenece á las lesiones cerebrales de lo que pertenece á las lesiones cerebelosas. En estos casos el diagnóstico preciso de tumor cerebeloso será imposible, y más aún, el de su exacta localización. Mas aun en estos casos los síntomas cerebrales predominan sobre los cerebelosos y velan y ocultan á éstos haciendo imposible el diagnóstico.

Por estas razones sostengo que el diagnóstico de los tumores del cerebello es posible y aun fácil en algunos casos; pero es un diagnóstico difícil é imposible en muchos otros, sobre todo en aquéllos en que no ha sido posible seguir al enfermo desde sus primeros accidentes y que no habiendo sido objeto de una observación metódica, inteligente y constante, cae bajo la inspección médica en una época avanzada de su evolución, cuando á los fenómenos netamente cerebelosos se unen los cerebrales determinados por la compresión del tumor cerebeloso sobre varias regiones del cerebro.

Para concluir, hago notar que en los casos de tumores cerebelosos que me ha sido dado observar y que han sido corroborados por la autopsia, si bien es cierto que las facultades intelectuales de los pacientes han permanecido intactas, he notado en ellos un sello especial de apatía y de taciturnidad que contrastaba con su aspecto vivo, inteligente y activo que era su característica al estado de salud.—J. D. H.

El Dr. Lombana Barreneche refirió en seguida el caso de un enfermo con antecedentes sifilíticos, en el cual el síndrome que se presentó fue el del vértigo estomacal; el enfermo había sufrido de fuertes dolores de cabeza en la región occipital, pero sin vómitos ni vértigos; cuando una mañana se le presentaron éstos estando acostado; el movimiento, aun conservando la posición horizontal le daba el vértigo, y el vómito era tan constante, que al fin se notaron en las materias expelidas estrías de sangre; no obstante los antecedentes, el tratamiento fue el del vértigo estomacal, que pasó en

dos días ; pero cuando el enfermo se levantó, se observó algo de la vacilación del hombre ebrio al caminar, y una perlesía bastante acentuada del miembro inferior izquierdo ; este cuadro sintomatológico no dejó duda sobre el origen cerebeloso de los fenómenos observados antes ; y como los antecedentes del paciente eran claramente sifilíticos, se procedió á tratarlo con inyecciones subcutáneas de un centigramo de biyoduro de mercurio cada 48 horas ; con varias decenas de inyecciones, convenientemente espaciadas, desaparecieron la cefalalgia, el titubeo de la marcha y la perlesía del miembro. Por su sintomatología, este caso se acerca al que acaba de referir el Dr. Herrera, no habiendo duda de que se trataba de un tumor cerebeloso, que por fortuna no hubo ocasión de confirmar con la autopsia.—J. M. L. B.

Dr. J. E. Manrique. Para completar el cuadro clínico de los tumores del cerebelo diagnosticables, me permito referir, en resumen, la historia de un tumor del cerebelo, diagnosticado cuatro años antes de la muerte. Con este caso habremos completado en esta sesión la historia clínica de los neoplasmas cerebelosos, pues el Dr. Herrera nos ha relatado un caso de curso rápido y mortal ; el Dr. Lombana uno curado, en el cual las manifestaciones sintomáticas aparecieron, como en casi todos los casos de sífilomas intracranianos, insidiosamente, y cedieron á la medicación específica, y en el caso que voy á relatar, el neoplasma se desarrolló lentamente y sólo al cabo del tiempo se constituyó definitivamente el síndrome cerebeloso.

Era mi enferma una distinguida dama de 45 años de edad, sin antecedentes hereditarios de ninguna clase y entre cuyos anamnésticos sólo figura una gravísima infección puerperal en el último de sus partos que tuvo lugar tres años antes de las primeras manifestaciones de su enfermedad cerebelosa. La enfermedad principió por crisis violentas de cefalalgia, que ofrecían estas particularidades : el dolor principiaba siempre en la región occipital derecha ; de ahí se irradiaba al bregma y la región temporal derecha ; tenía por momentos exacerbaciones que le arrancaban gritos, después de las cuales la enferma quedaba somnolente por algunos minutos. Durante las crisis, el pulso se retardaba notablemente,

hasta llegar á 33 y 40 pulsaciones por minuto, de tal suerte que en el curso de su larga enfermedad pude siempre anunciar á la enferma la desaparición del dolor, cuando el pulso volvía á su frecuencia habitual, 68 á 72 pulsaciones. Desde el principio de las crisis cefalálgicas, siempre hubo retención de orina, y apenas cesaba el dolor, la enferma orinaba abundantemente. Estas crisis dolorosas se reproducían con una frecuencia variable, cada doce ó quince días, y con el transcurso del tiempo se fueron acortando los lapsos de mejoría, durante los cuales la enferma no presentaba ningun síntoma morboso. Ordinariamente cada crisis duraba de doce á veinticuatro horas.

Dos años después de estar sufriendo, estos dolores se hicieron sumamente agudos y se acompañaron de un vómito incoercible con sensación de vértigo, que impedía á la enferma levantar la cabeza. Tanto el dolor, como el vértigo y el vómito desaparecían con una inyección de morfina. Desde que principió el vómito se notó una notable disminución de la agudeza visual, y bien pronto el examen oftalmoscópico reveló los signos de neuroretinitis bilateral más marcada del lado izquierdo. Entonces se notó, por todos los que tratábamos íntimamente á la enferma, un cambio substancial en su carácter. Ella, que había sido la imagen de la discreción, se volvió indiscreta hasta el punto de ponerse en muchos trabajos para averiguar asuntos ajenos que en otras épocas le habrían sido indiferentes. Ella, que había sido retraída, entró en fiebre de distracciones sociales y se preocupaba inmensamente por recibir invitaciones y por figurar en comunidades ó asociaciones religiosas, en las cuales aspiraba á los primeros puestos. Con estos cambios en el carácter moral, se presentaron otros en el ademán y en la movilidad. Al andar, la enferma inclinaba hacia atrás y hacia la derecha la región cervical y dirigía la mirada directamente hacia adelante; cuando se le hacía mirar hacia los lados, la marcha se volvía titubeante y después de tres ó cuatro pasos rápidos y cortos hacia adelante, daba dos hacia la derecha y hacia atrás y se iba al suelo, de suerte que llegó el momento en que la enferma sólo podía caminar asida vigorosamente del brazo de una persona. El semblante de la enferma adquirió cierta inmovilidad de estatua, que contrastaba con su insólita locuacidad.

Durante el curso de la enfermedad no hubo verdadera parálisis, sino paresia muscular generalizada é incoordinación motriz. La escritura de la enferma fue haciéndose más y más trémula y sacadía, hasta que llegó á ser ilegible.

Durante esta larga enfermedad, la enferma siempre pudo caminar, aun cuando en el último año le era imposible cruzar una pierna sobre la otra sin ayudarse con las manos. La evolución de la enfermedad duró cinco años, durante los cuales la menstruación se presentó regularmente, á pesar de la edad de la enferma, y la nutrición general no sufrió alteración alguna. La reacción eléctrica de los músculos se conservó intacta y una corriente de más de cinco miliamperes siempre le produjo vértigo con palidez y vómito. En una crisis dolorosa, la enferma cayó en estado de coma vigil, y sucumbió después de tres días de agonía.

El diagnóstico de tumor del cerebelo, hecho cuatro años antes de la muerte, fue confirmado por la autopsia, que permitió extraer un tumor que llenaba la fosa cerebelosa derecha, y que, por consiguiente, había destruído el lóbulo cerebeloso y gran parte del pedúnculo correspondiente. Este tumor lobuloso, duro, provisto de vasos propios que ofrecían una disposición idéntica á la de los vasos propios del cerebro, tenía un volumen igual al del lóbulo sano del cerebelo y medía cinco y medio centímetros en su mayor diámetro, por un prolongamiento celuloso estaba adherido al vértice de la roca. La masa cerebral estaba pálida, y los ventrículos literalmente distendidos por una inmensa cantidad de líquido cefalo-raquídeo, claro y trasparente. El tumor era un gliosarcoma en que dominaban las células redondas.

La evolución y la sucesión cronológica de los síntomas han sido, en este caso, un factor importante para establecer el diagnóstico de la lesión cerebelosa:

Cefalalgias violentas con punto occipital predominante, vómitos, vértigo, incoordinación y paresia musculares, retardo del pulso, retención de orina, neuro-retinitis, cambio fundamental en la actitud, el ademán y la manera de ser moral, tales fueron los fenómenos que poco á poco se fueron acentuando, y que después de cinco años de indecibles padecimientos llevaron á mi enferma al epílogo de todo este drama cerebeloso, á la apoplejia cerosa.—J. E. M. (Continuará)

EPIDEMIOLOGIA DEL MES DE SEPTIEMBRE

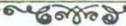
En el estado sanitario de la ciudad no ha habido variación que merezca mención especial; sin embargo, el número de muertos por fiebre tifoidea fue 21 por 100 menor al del mes anterior; la mortalidad por neumonía y bronco-neumonía reunidas, aumentó el 30 por 100; la mortalidad por inflamaciones del tubo intestinal es, con aproximación de una unidad, la misma de Agosto.

En Girardot la disentería, la fiebre amarilla y la viruela, se han generalizado mucho; la disentería, sobre todo, ha revestido caracteres de malignidad alarmantes. Las demás poblaciones de la hoya del río Bogotá, están muy malsanas.

J. M. L. B.

•••

VARIEDADES



El uso del corsé tiene el inconveniente de cambiar de lugar los órganos abdominales, y de exagerar en la mujer el tipo torácico de la respiración; por esto debe el médico aconsejar que los que se lleven sirvan para sostener y no para comprimir; que marquen el talle en su nivel normal, nivel que varía con el tipo del tórax; que el tejido que se use para fabricarlo sea bastante elástico y extensible, para que no impida el movimiento regular de las falsas costillas durante la respiración, y que la compresión que principalmente se ejerce sobre la cintura no sea circular, sino que cece completamente al nivel del hueco epigrástico, con esta modificación en la fabricación del corsé, desaparecerán muchas epigastralgias tan frecuentes hoy en las mujeres.

En las mujeres deformadas por el uso de un corsé mal comprendido, ó con laxidad ó eventraciones abdominales, el corsé cubrirá también todo el abdomen, bajando hasta el contorno óseo del basinete, para que comprima fuertemente el

hipogastrio. Un corsé fabricado de esta manera reemplazará el uso de las fajas abdominales que de tan mala gana aceptan las mujeres.

Embreadura de las vías públicas para evitar los polvos. Según Guglieminetti, cada día se hace más general en América, la práctica de regar las vías públicas con aceite de petróleo; se gastan 8,000 litros, por kilómetro, que valen 400 francos en los países en donde es barato el petróleo. Para que amalgame mejor el aceite con el polvo, se le calentará hasta la ebullición, así se obtiene una clase de relleno bastante resistente, muy estimado por cocheros y ciclistas, en el cual no se forma ni barro ni polvo. Como en Francia el petróleo es caro, se ha ensayado con buen éxito por M. Christophe, ingeniero de una fábrica de gas en Sainte-Fage-la-Grande, la brea caliente, que forma una especie de barniz muy resistente. Próximamente se ensayarán el aceite de brea, que tal vez impregne mejor, y los petróleos franceses y extranjeros.

En los concursos para la agregación, en París y Provincias las pruebas que deberán sostener los candidatos serán, según las modificaciones que se proyectan, una *prueba de admisibilidad*, que consistirá en la presentación pública de todos los títulos delante de toda la Facultad reunida, y una *prueba definitiva*, que consistirá en una lección oral de cuarenta y cinco minutos de duración, después de tres horas de preparación sin libros en una sala cerrada; tres temas se someten al candidato, quien escoge el que prefiere para tratarlo en público. Después de cada prueba se renne la sección para nombrar una comisión que presente su informe á la Asamblea general de Profesores. El voto y el escrutinio son secretos.

Las operaciones conservadoras por la vía abdominal para fibromas del útero intersticiales submucosos, son consideradas por Abuladse como preferibles. La miomectomía conservadora da una mortalidad menor que la hysteromiectomía; el útero puede funcionar después normalmente, y antes de practicar esta última operación, debe tratarse de enuclea primeramente el tumor. El empleo de miomectomía conservadora, está íntimamente unido á nuestros conocimientos sobre la patología del mioma del útero.

M. Polailon, miembro honorario de la Sociedad de Cirugía de París, murió el 23 de Mayo.

Educación del pueblo en cuestiones médicas.—Dice el Dr. W. J. G. Dawson, que hace treinta años el Dr. Shradly se quejaba en un editorial publicado en el *New York Medical Record*, de que el público era suficientemente instruido para distinguir en asuntos científicos lo verdadero de lo falso, siempre que no se tratara de medicina; y aconsejaba, para remediar este mal, que se le enseñaran algunos principios generales que lo habilitaran para discriminar la verdad y la ciencia, de la falsedad y la charlatanería. Decía que nada sería tan eficaz para quitar á un curandero su atrevimiento, como hacerle comprender los peligros con que puede tropezar en su camino, apoyando su aserto con la siguiente anécdota: “Habiendo llamado mucho la atención á un distinguido cirujano francés, un herrero de aldea, que sin ningún conocimiento de la cirugía, practicaba en sus vecinos algunas operaciones atrevidas, resolvió proporcionarle las ventajas de una educación médica. El ofrecimiento fue aceptado; pero después de haber pasado algún tiempo estudiando prácticamente la anatomía, desapareció repentinamente el herrero; un año ó dos más tarde volvió el cirujano á la misma aldea, en donde encontró á su discípulo trabajando en su taller, y habiéndole preguntado por qué lo había abandonado le contestó: ‘Oh! querido amigo mío, tan pronto como supe cuantos grandes vasos están diseminados en el cuerpo, especialmente en aquellas partes en que acostumbraba cortar, no me atreví á seguir adelante. Ahora soy un simple herrero y jamás volveré á operar.’” El Dr. Shradly pedía que se enseñara en las Escuelas y Academias anatomía, fisiología é higiene elementales, y que se adoptara el sistema de las conferencias populares como medio directo para llevar esta clase de educación al público; pero hoy, después de treinta y tres años, aun cuando se enseña fisiología é higiene en las escuelas y se dan conferencias libres, todavía, como antes, la gente está dispuesta á escuchar el consejo del charlatán; no obstante esto, aun cuando se pasee tres veces, treinta y tres años para que la gente distinga la verdadera medicina de la falsa, no debemos desmayar en nuestros esfuerzos para instruir al público, porque toda reforma se establece lentamente.

Influencia de los dientes cariados sobre la salud. Dr. W. B. Keys, de Londres.

I. El pus de un hueso cariado es el peor y el más virulento de todos, como lo ejemplifican los terribles casos de piemía que seguían á las operaciones sobre huesos necrosados antes del advenimiento de la cirugía aséptica.

II. Por lo tanto es de suponerse que el pus de los dientes enfermos tenga las mismas propiedades. Los dientes no son verdaderos huesos, pero sus raíces tienen una cubierta ósea, que con las paredes alveolares que los rodean, llenan las mismas condiciones sépticas que se encuentran en cualquier parte del cuerpo, en las heridas en relación con huesos necrosados.

III. El jugo gástrico destruye una parte de los gérmenes patógenos que se mezclan con él, pero no todos.

IV. Durante una gran parte de las veinticuatro horas del día, el estómago no contiene jugo gástrico.

V. La resistencia del cuerpo humano á las toxinas que se le introducen, varía con cada individuo, y puede disminuir por una salud general delicada, por una mala higiene y por cansancio intelectual ó corporal; explicándose así fácilmente por qué unas veces desarrollan síntomas tóxicos los gérmenes patógenos introducidos al estómago, y otras veces no sucede lo mismo.

Tratamiento de los pies escaros graves, por ablación sistemática de la totalidad de los huesos del tarso, sin aparato enderezador y sin secciones tendinosas. (Por el Dr. Lucas Championnière). Extracto.

Apoyándose en el hecho paradójico de que la supresión de la totalidad de los huesos del tarso no es, en definitiva, un obstáculo para caminar; y que sin ellos se camina mejor cuando son de mala clase ó están deformados, y en que después de su supresión, todas las partes fibrosas que se han respetado, se retraen y se hacen sólidas y resistentes, formando una masa central, especie de bóveda fibrosa del pie, que le da un sostén tan perfecto que parece que el pie se reforma por sí mismo, aun cuando queda corto y con una bóveda muy elevada y sin movimientos de lateralidad.

Practica el autor una operación muy sencilla, que consiste en hacer en el dorso del pie una incisión oblicua externa que vaya de la mitad de la articulación tibio-tarsiana á la extremidad posterior del quinto metatarsiano, incisión que es perfectamente suficiente para la extirpación de todos los huesos y que debe ir afuera de los tendones extensores de los dedos. En la generalidad de los casos, comienza por el astrágalo que es el hueso más difícil de quitar, por el ligamento tibio-astragaliano posterior que opone grandes dificultades, lo que no sucede con el ligamento en Y calcáneo astragaliano, fácil de encontrar y de cortar; después se extirpan el cuboide y el escafoide, y en seguida los cuneiformes. Siguiendo los huesos con el bisturí no hay dificultades reales. La ablación complementaria del calcáneo es muy fácil, porque por la herida abierta, se llega sin dificultad hasta él, se le corta con tijeras y una pinza cortante.

Hecho esto, el pie debe quedar blando y maleable en todo sentido, de modo que se pueda enderezar por completo y hasta colocar en flexión muy fuerte para exagerar la corrección de la reducción; su blandura lo deja conservar esta posición, sin aprisionarlo en aparatos inamovibles; con un tubo de caucho se hace el avenamiento y se cierra la herida con suturas; una curación ordinaria y la envoltura en una capa espesa de lana de turba, lo mantendrán derecho sin ayuda de aparatos.

No solamente debe quedar el pie derecho y blando, sino que debe conservar estas cualidades; para esto se quita el tubo á los cuatro días y se comienza á movilizarlo, imprimiéndole movimientos de flexión muy suaves que no sean dolorosos; á cada curación nueva movilización, y á poco tiempo movilización sobre la envoltura; por lo general, á la sexta semana, y algunas veces antes, se puede sentar el pie en el suelo y empezar los ensayos para caminar; algunos jóvenes han caminado muy bien á las seis semanas; para estos ensayos debe usar el operado botín de contrafuertes sólidos, que sostengan bien el pie lateralmente, que es cuanto se necesita para caminar con seguridad.

Así sin presión, sin esfuerzos y sin aparatos, pueden caminar los operados, haciendo progresos diarios á medida que el pie se hace más sólido y se acomoda á su situación y á su

nueva forma; la planta del pie, por ejemplo, tarda bastante para acostumbrarse á presiones que jamás había sufrido; se necesita también tiempo para que con la supresión de la presión desaparezcan los callos y callosidades que tenía el pie deformado.

Es necesario llamar la atención sobre un punto de técnica muy importante, que es la conservación de todos los tendones, cuya integridad, lo mismo que la de los músculos, es indispensable para la perfección de los resultados, ellos conservan la fuerza y los movimientos del miembro.

Esta operación es un poco larga y laboriosa, pero de una técnica regular é invariable que no expone realmente á peligros operatorios, ni á complicaciones posteriores cuando se sabe aplicar correctamente la antisepsia; á nadie aconsejaría que hiciera la operación contentándose con las precauciones llamadas asépticas. Habitualmente se aplica, después de un lavado cuidadoso con agua fenicada fuerte, gasa iodoformada, lana de turba y un vendaje; el desagüe debe ser efectivo, y prolongado por más de cuatro días.

El buen éxito de esta operación ósea tan sencilla, aun cuando tan radical, permite mirar la terapéutica del pateta, de un modo diferente al acostumbrado, porque aun cuando la deformación sea muy grande, los recursos de la terapéutica son muy satisfactorios; por lo tanto no hay inconveniente en abandonar los niños un poco á sí mismos; los muy tiernos, ó bien curan fácilmente con el sobado y una terapéutica sencilla que no los atormenta mucho, ó nó; en este caso es absolutamente inútil martirizarlos con aplicaciones prolongadas de aparatos ortopédicos, y con secciones tendinosas múltiples que junto con las presiones atrofian los músculos; limitándose á esperar la edad en que se pueda ejecutar una operación importante sobre los huesos, porque entonces la operación radical se ejecuta con mayor facilidad que en el adulto. Aun cuando la operación se ha hecho en niños muy jóvenes, es mejor esperar hasta los seis ó siete años para tener la seguridad de una buena resistencia de parte del niño y de la aplicación de una antisepsia quirúrgica efectiva.

Higiene de la alimentación—“Si un rico quiere estar alentado, debe vivir como un pobre.” ¡Qué cosas mejores po-

CUADRO de la mortalidad en Bogotá en Septiembre de 1902

ENFERMEDADES					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																
Tifo	8	2	..	..	10	1	..	..	..	..	..	1	..	..	3	4	..	..	..	1
Fiebre tifoidea	12	11	..	1	24	..	1	1	..	1	..	3	..	..	11	5	..	..	..	2
Fiebre amarilla	1	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..
Gripe .....	..	1	2	..	3	..	1	..	..	..	..	..	..	1	1	..	..	..	..	..
Difteria	1	..	1	..	2	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..
Paludismo .....	..	..	1	1	2	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..
Tuberculosis	6	8	..	..	14	..	..	..	..	..	..	1	2	..	7	2	1	..	..	1
Cáncer	3	2	..	..	5	..	..	..	..	1	1	..	..	..	3	..	..	..	..	..
Atrepsia .....	..	5	2	..	7	..	2	1	1	2	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..
Miseria fisiológica .....	..	8	..	..	8	..	1	..	1	..	..	..	..	..	6	..	..	..	..	..
Sífilis .....	..	..	..	2	2	..	..	1	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Alcoholismo	2	2	..	..	4	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Septicemia	1	1	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	..	..	..	..
Uremia	1	..	..	..	1	..	..	..	1	..	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..
Acetonemia	1	..	..	..	1	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Insuficiencia mitral .....	..	5	..	..	5	..	..	..	..	..	..	..	1	..	4	..	..	..	..	..
Afección cardíaca	7	11	..	..	18	..	3	1	3	..	1	2	..	..	6	..	1	..	..	1
Arterio-esclerosis	2	..	..	..	2	..	..	..	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Bronco-neumonía	13	11	7	8	39	..	7	3	4	1	3	2	4	1	11	2	..	1	..	..
Neumonía	14	6	6	3	29	..	2	3	6	5	2	1	2	..	6	3	..	..	..	..
Congestión pulmonar	1	..	4	..	5	..	..	..	2	1	1	..	..	1	..	..	..	..	..	..
Pleuresía .....	..	2	2	..	4	1	..	1	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Extranguación intestinal .....	..	1	..	..	1	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Gastroenteritis .....	..	2	6	5	13	..	5	1	1	1	1	2	..	1	2	..	..	..	..	..
Enteritis	2	2	9	8	21	..	5	3	1	3	1	2	..	1	5	..	..	..	..	..
Disentería	17	21	1	4	43	..	1	1	1	1	..	1	2	22	10	3	..	..	..	1
Peritonitis .....	..	..	1	1	2	..	..	..	..	..	1	..	..	1	..	..	..	..	..	..
Hepatitis	2	6	..	..	8	..	2	2	1	..	1	..	..	..	1	..	..	..	..	..
Hemorragia cerebral	1	2	..	..	3	..	1	..	1	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..
Congestión id.	2	..	..	..	2	..	1	..	..	..	..	..	1	..	..	1	..	..	..	..
Meningitis	2	2	2	5	11	..	2	1	..	2	..	3	..	..	3	..	..	..	..	..
Epilepsia	1	1	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..	..
Nefritis	3	1	..	2	6	1	1	..	..	..	..	..	1	..	1	1	..	..	..	1
Asfixia .....	..	..	2	2	4	..	..	3	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Parto prematuro .....	..	..	1	4	5	1	2	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Nacidos muertos .....	..	..	6	6	12	..	2	5	4	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..
Heridas	2	1	1	..	4	..	..	1	..	..	..	..	..	2	1	..	..	..	..	..
Totales	105	108	54	55	322	5	35	34	29	23	13	19	14	4	96	32	10	1	..	7

Bogotá, Septiembre 30 de 1902.

R. SANMARTÍN.