
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



COLECISTOSTOMIA EN UN CASO DE LITIASIS BILIAR.

La Sra. N. N., de 26 años de edad, sin antecedentes hereditarios dignos de mención, tuvo un niño hace cinco años. Desde la edad de 15 años empezó á sufrir de desarreglos en su digestión, pesantez al nivel de la región epigástrica, meteorismo y agrieras después de las comidas. Ha sido generalmente constipada. Hace dos años sufrió por primera vez un dolor muy fuerte al nivel del epigastrio, con irradiaciones hacia las regiones ilíaca y mamaria derechas. Este dolor fue acompañado de vómitos biliosos y seguido de dolores en el hombro y el muslo derechos.

Desde entonces empezó para la enferma una época de sufrimientos casi continuos, pues hasta el mes de Abril del presente año ha tenido diez cólicos semejantes al anteriormente descrito, y en el intervalo de ellos ha sufrido desarreglos digestivos, inapetencia, dolores al nivel de la región hepática, pérdida de fuerzas y enflaquecimiento. En el mes de Febrero del presente año sufrió un cólico más fuerte que los anteriores, que le duró seis horas y fue seguido de una ictericia generalizada con orinas biliosas, conjuntivas amarillas y materias fecales ligeramente decoloradas. Esta ictericia pasó en 10 días, merced á un tratamiento médico bien establecido;

pero siempre la enferma continuó sufriendo de malas digestiones, inapetencia y conservó la lengua muy sucia y un tinte subictérico de las conjuntivas.

El 1.º de Abril sufrió un nuevo cólico sumamente intenso, que obligó á su médico á ponerle, en 18 horas, 2 centigramos de morfina. El día 3 fui llamado en consulta á ver la enferma, que había pasado ya la intensidad de los dolores, y la encontré todavía adolorida en la región hepática, con 65 pulsaciones, profundamente ictérica; la orina muy oscura, encerraba gran cantidad de pigmentos biliares, é interrogada la enferma respecto á las materias fecales, dice que están completamente decoloradas. Al examen objetivo encontré, fuera del tinte amarillo intenso de la piel y de las conjuntivas, el hígado grande y doloroso á la presión al nivel de la vesícula. El diagnóstico de una obstrucción calculosa del canal colédoco se me impuso, dados los antecedentes de la enferma y su estado actual. Aceptado, pues, este diagnóstico, me puse en la tarea de adoptar un tratamiento que obrara sobre la causa de esta obstrucción, y aun cuando el primero que se me imponía á mi cirujano, era una intervención quirúrgica apropiada, quise antes de decidirme por ella, sacar del tratamiento médico clásico de la litiasis biliar, todo lo que éste pudiera darme, una vez que había tenido éxito en la ictericia anterior. En efecto, conseguí con él la desobstrucción del colédoco (que parecía completa al principio), pues seis días después las materias fecales comenzaron á colorearse, el tinte amarillo caoba de la piel y de las conjuntivas á disminuir, y la orina, aunque todavía conservó muchos pigmentos biliares, cambió su color amarillo oscuro por uno menos subido.

La mejoría que me produjo el tratamiento médico se hizo estacionaria, y como viera algunos días después que mi enferma, lejos de reaccionar favorablemente, perdía su salud día por día, pues enflaquecía notablemente, empezaba á tener ya signos de infección generalizada con temperatura y calorío vesperales y el hígado cada vez más doloroso al nivel de la vesícula, me creí en el deber de recurrir á una de las intervenciones quirúrgicas con que cuenta hoy la cirugía de las vías biliares. ¿ Pero cuál debía de ser ésta ?

La coledocotomía no era la operación indicada, porque si había obstrucción de los conductos biliares, seguramente no era del colédoco, porque los signos de obstrucción completa, que son los que producen estas obstrucciones, si existieron al principio, habían ya desaparecido. En la colecistectomía no podía pensar, pues sus indicaciones son hoy muy restringidas y sólo dependen del estado de la vesícula. Me quedaba la colecistostomía, que era la que llenaba las indicaciones del caso, pues me permitía avenar los conductos biliares, y, por consiguiente, desinfectarlos, llenando así una doble indicación, la causal y la sintomática; y por otra parte permitía también la extracción de los cálculos que tuviera la vesícula y la exploración de los conductos biliares.

Por ella me decidí, pues, pero antes de practicarla, era indispensable tener algún dato sobre mi pronóstico post-operatorio que debía dármele el estado de la célula hepática, y para ello debía conocer primero el estado de permeabilidad del riñón, y me serví con ese objeto de la reacción por el azul de metileno, conforme al método de Achard y Castaigne. Una vez hecha esta prueba, podía ya conocer el estado de la célula hepática por la reacción denominada "de la glicosuria alimenticia." Antes de proceder á estos experimentos, hice un análisis de la orina, que no me reveló nada anormal fuera de los pigmentos biliares.

Prueba del azul de metileno—El día 7 de Mayo á las once de la mañana, inyecté á la enferma un centímetro cúbico de una solución de azul de metileno al uno por veinte, y ordené á la enfermera de *El Campito* que hiciera orinar á la enferma y recogiera la orina separadamente en vasos ya numerados por un lapso, como se verá en el siguiente cuadro:

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1.ª Micción á las 11½ de la mañana | { orina apenas coloreada por el azul de metileno. Sin cromógeno. |
| 2.ª Micción á las 12 del día | { orina más coloreada por el azul. Aparición del cromógeno. |
| 3.ª Micción á la 1 de la tarde | { orina más coloreada de azul. Cromógeno. |
| 4.ª Micción á las 2 de la tarde | { orina más coloreada. Cromógeno. |
| 5.ª Micción á las 3 de la tarde | { orina completamente azul. Cromógeno. |

- 6.^a Micción á las 4 de la tarde { orina completamente azul. Cromógeno.
 7.^a Micción á las 5 de la tarde { Id. íd.
 8.^a Micción á las 6 de la tarde { Id. íd.
 9.^a Micción á las 8 de la noche { orina menos coloreada de azul que las anteriores. Existencia del cromógeno.
 10.^a Micción á las 6 de la mañana el 8 de Mayo { orina menos coloreada que la última. Cromógeno.

La eliminación del azul de metileno por la orina duró 36 horas. Por este cuadro se ve que la eliminación del azul de metileno por la orina empezó media hora después de la inyección, que el cromógeno principió á aparecer casi al mismo tiempo, siguiendo la misma curva del azul y que la eliminación del azul llegó á su apogeo á las tres horas y media y duró en este estado cuatro horas. Esta prueba me hizo concluir en la permeabilidad normal del riñón.

Prueba de la glicosuria alimenticia—Por no haber encontrado en el mercado la glucosa, tuve necesidad para esta prueba de servirme de la sacarosa. El día 8, á las seis de la tarde, di á la enferma 150 gramos de jarabe de azúcar y ordené se la hiciera orinar y se me recogiera la orina como lo indica el cuadro siguiente:

- 1.^a Micción á las 9 de la noche { Analizada por el reactivo de Fehling. No dio azúcar.
 2.^a Micción á las 12 de la noche { Id. íd. Sin azúcar.
 3.^a Micción á las 6 de la mañana del día 9 { Id. íd. Sin azúcar.

Conforme á esta prueba, podía, pues, concluir en la integridad de la célula hepática.

Operación practicada el 10 de Mayo en *El Campito*, con la colaboración de mis amigos Machado y Montaña E. Abertura de la cavidad abdominal por una incisión de 12 centímetros de larga al nivel del borde derecho del músculo recto anterior. Una vez abierto el peritoneo y reparados sus bordes por dos pinzas de Kocher, me impuse la tarea de buscar la vesícula, que si bien la creí pequeña como en realidad lo estaba, conforme á la regla de Corvisart-Terrier, no me imaginé me diera tanto trabajo el encontrarla. Estaba ad-

herida á la cara inferior del hígado y oculta por una serie de adherencias entre el epiplón gastro-hepático y el borde inferior del hígado. Esta laboriosa investigación duró más de media hora, y una vez aislada la vesícula, la abrí después de fijada por puntos de sutura. Vesícula pequeña que contenía apenas dos ó tres pequeños cálculos muy blandos que se desmoronaban entre los dedos. La exploración digital de los conductos biliares, no reveló la existencia de cálculos en ellos. Fijación de los bordes de la vesícula á la piel, avenamiento de la vesícula por una mecha de gasa yodoformada, sutura de la herida y curación.

Al día siguiente, la curación estaba empapada en bilis y la enferma muy sonriente, acusaba sólo 37° de temperatura axilar. Esta temperatura se continuó en línea recta hasta el duodécimo día, en que la enferma abandonó el lecho. La fístula permaneció abierta durante mes y medio, dando salida los primeros quince días á una gran cantidad de bilis, que fue disminuyendo poco á poco. El estado de la enferma mejoró rápidamente, pues un mes después de operada había engordado notablemente; el hígado disminuyó rápidamente de volumen sin ser doloroso á la presión, el tinte subictérico de las conjuntivas desapareció y la orina volvió á tomar su color normal.

De cuando en cuando la enferma me da el placer de verla en mi consulta, y me dice que todo malestar ha desaparecido en ella, que no ha vuelto á tener el más ligero asomo de cólicos, y últimamente me escribe de Fusagasugá diciéndome que su salud no deja nada que desear.

CONCLUSIONES

- 1.^a Los accidentes de la litiasis biliar benefician, en lo general, del tratamiento quirúrgico;
- 2.^a La principal indicación es la desinfección de las vías biliares por el avenamiento de la cavidad vesicular y secundariamente la extracción de los cálculos;
- 3.^a La colecistostomía es la operación que llena mejor estas indicaciones, y
- 4.^a La colectostomía es una operación benigna practicada asépticamente.

DR. CUÉLLAR DURÁN

EN CONTRA DE LA FECUNDACION ARTIFICIAL

Causas de la esterilidad femenina

(CONCLUSIÓN)

(Notas)

X

Numerosas causas de esterilidad, entre las mencionadas, las hay que son susceptibles de obrar individualmente haciendo imposible la fecundación; mas con especialidad las deformaciones, malas conformaciones, anomalías, etc.

Otras pasan por entrabar seriamente esta función, sin producir, con todo, un obstáculo ó impedimento absoluto. Por su asociación con otras, pueden producir la esterilidad, la cual viene á ser, tanto más persistente cuanto que los factores de producción son más numerosos.

En la práctica corriente, de ordinario se observa un *conjunto patogénico, verdadero y real*, cuyos elementos se apoyan entre sí hasta el punto que se podría afirmar, que es siempre la entidad responsable en la etiología de la esterilidad. Quienes lo padecen forman el mayor número en la estadística de las mujeres estériles.

Según Doleris y Lefevre está caracterizado por las siguientes afecciones:

- 1.^a Dismenorreas ;
- 2.^a Metritis y endocervicitis crónicas ;
- 3.^a Conicidad verdadera ó falsa del hocico de tenca ;
- 4.^a Estenosis del orificio externo del cuello ;
- 5.^a Anteflexión aguda ;
- 6.^a Colpocèle posterior profundo.

DISMENORREAS

Es sabido que en la pubertad un útero insuficientemente desarrollado ó afectado de desviación congénital é impotente, como tiene lugar en las mujeres linfáticas y estrumosas, se presta mal á la congestión fisiológica de que debe ser

sitio y las alteraciones que de allí resultan pueden prolongarse, durante varios meses, persistiendo á la larga en el intervalo de las reglas, lo que hace creer que en una metritis, cuando sólo se trata de una variedad no inflamatoria de dismenorrea. "Otras pierden en blanco," sólo por hábito de una exagerada hipersecreción grandular de origen uterino, debido á un estado general defectuoso.

Entre las verdaderas dismenorreas hay un número relativamente frecuente de flujos, cuya naturaleza es infecciosa, que datan desde el nacimiento ó han sido habidos por malas costumbres, los cuales impiden ó destruyen la fecundación, ya porque obran directamente sobre los gérmenes, á virtud del poder espermaticida que poseen, ya porque determinan con el tiempo defectos orgánicos que son verdaderos obstáculos para el cumplimiento normal de esta función.

Hacen parte del grupo de lesiones que los autores describen con el nombre de dismenorreas inflamatorias membranosa, pseudo-membranosa infecciosa, etc.

Para remediarlas, Sneguireff, preconiza el ácido láctico en la forma de inyecciones vaginales y uncciones sobre el cuello y en la cavidad uterina (*Diario de Medicina de París*). El autor se funda en que siendo ácida la reacción normal de las secreciones vaginales, por la presencia del ácido láctico, algunos autores admiten que este producto químico desempeña el papel de un antiséptico natural que impide el desarrollo de los saprofitos y los microbios patógenos desarrollados en la cavidad vaginal

En una sesión de la Sociedad Real de Ginecología de San Petesburgo, S. H. Kalinowsky (Vrateh, número 52, 1898), ha descrito los resultados obtenidos por él en el tratamiento de la dismenorrea y de la esterilidad, debidas á la estenosis del orificio interno del útero. Es á saber :

"A la enferma en posición ginecológica se le aplica el dilatador de Hegar, número 4 ó número 5. Una vez dilatado el orificio uterino, se practican dos incisiones de 3 centímetros de longitud por $1\frac{1}{2}$ á 2 de profundidad, con el cuchillo de Pott, sobre los dos lados del orificio; se introduce el número 9 ó 10 del dilatador de Hegar y se inyecta en la cavidad uterina una fuerte solución de yodo; las partes mortificadas

por el caterético son extraídas por raspado; se introducen tapones glicerinados que son mantenidos á permanencia por 48 á 60 horas.”

Afirma el cirujano ruso que los cien casos tratados de esta manera, todos han sido seguidos de resultados durables excelentes; en veinte de entre ellos sobrevino la preñez casi inmediatamente.

Ilkevitch y Dalché dicen haber aplicado también el mismo procedimiento y obtenido éxito completo.

METRITIS Y ENDO-CERVICITIS CRÓNICAS

Según la mayor parte de los autores modernos, la metritis es, ante todo, una inflamación séptica, en que la causa determinante, la *infección* obra siempre que se encuentra en presencia de causas predisponentes que favorecen su localización.

Entre las causas de orden infeccioso, productoras de la esterilidad femenina, está la blenorragia, por la facilidad con que se propaga de la vagina al cuello, al útero y las trompas; vienen en seguida la sífilis y el chancro blando, que, aunque raros, uno y otro, al ser inoculados, determinan del lado del cuello lesiones eruptivas ulcerosas y degenerativas, que impiden la penetración al útero del elemento esencial masculino, ó vician las propiedades vitales de éste. Ambas causas pueden ser adquiridas con el coito, pero es sobre todo la primera la de más fácil contagio, debido al descuido reprochable de los maridos, quienes antes de casarse no procuran asegurarse de la perfecta sanidad de sus órganos genitales, de ordinario infectados, resiente ó en período más ó menos lejano, por los gérmenes venéreos.

Además de estas causas existen otras del mismo orden: la infección puerperal en las mujeres que ya han dado á luz, las fiebres eruptivas, la fiebre tifoidea, la gripe, etc. Son, sin embargo, menos frecuentes.

Las metritis del cuello ó endocervicitis, constituyen, según la opinión más general de los especialistas, una de las causas de esterilidad femenina de mayor importancia. Presentan particularidades notables en razón de los caracteres anatomo-patológicos que las constituyen.

Su proceso puede considerarse como análogo al de las metritis en general; es ó proliferativo glandular ó escleroso-intersticial.

Dos maneras especiales á ella singularizan la dificultad que opone á la fecundación natural: la frecuencia de formaciones quísticas, que obstruyen el orificio de comunicación vagino-uterino y la participación constante del parenquima muscular en la inflamación y por la que el cuello pierde ó disminuye la tonicidad de que hubiera menester.

Sin que participemos de la opinión pesimista de Scanzoni, creemos con la generalidad de los ginecologistas en la gravedad que ofrecen, desde el punto de vista que nos ocupa, todas las metritis; pues aun cuando son curables, sucede muchas veces que, á pesar de minuciosos cuidados, pasa frecuentemente al estado crónico, ó no continúa revelándose sino por alteraciones funcionales ligeras, bajo las cuales pasan desapercibidas muchas y graves lesiones locales que son causa perenne de esterilidad.

En cuanto á las endometritis crónica y la metritis fungosa, ambas son aceptadas como causa principal, sea por la propiedad que tiene el líquido que secretan de destruir la vitalidad del zoospermo, ó porque el óvulo fecundado no puede fijarse en este caso á una mucosa enferma.

No hallamos de lugar reproducir aquí el gran número de tratamientos médicos y quirúrgicos de que la ciencia dispone para mejorar ó curar estas lesiones. Los preceptos generales de la terapéutica uterina, aplicables, son tan conocidos y frecuentados por nuestro cuerpo de profesores, que casi han llegado á ser de conocimiento banal.

La mayoría de las metritis ceden de ordinario á la buena, metódica y prudente aplicación de los medios comunes; algunos casos ocurren, sin embargo, de cronicidad y forma grave en que es obligatorio operar para corregir el defecto que sostiene la enfermedad.

Reprobamos en absoluto el uso de las cauterizaciones practicadas dentro de la cavidad cervical para destruir ó modificar los tejidos anormales, como tratamiento exclusivo, esto es, no seguido de la dilatación, pues así la practican ge-

neralmente muchos, y en lugar de mejorar y curar, produce luego estrecheces infranqueables, endurece el cuello que, como veremos después, es entre las causas de esterilidad, la más difícil y más tenaz. Por nuestra parte, sostenemos que es la que hemos observado, en la generalidad de los casos de nuestra práctica, como causa á la vez de esterilidad y distocia.

Contra las endometritis cervicales ó endocervicitis agudas ó crónicas, está preconizado obrar, una vez agotados los otros medios, por la dilatación y el raspado, caso de predominio de las lesiones mucosas; la traquelorrafia, cuando el orificio externo del cuello es ancho, abierto y desgarrado; por las escarificaciones, si se presenta demasiado grueso, voluminoso, congestionado y violáceo; por la operación de Schroeder, cuando la abundancia de los quistes foliculares, es tal que toda ó parte bastante de la mucosa cervical ha sufrido la degeneración quística; por la amputación del cuello cuando las lesiones han profundizado la totalidad del tejido que el cuello ó su porción infravaginal se presenta deformada, hipertrofiada, esclero-quística.

CONICIDAD Y ESTENOSIS DEL ORIFICIO EXTERNO

Estas lesiones se presentan, lo más á menudo, asociadas y reconociendo causas diferentes: son congénitas ó adquiridas.

“Con bastante frecuencia, dice Lisfranc, el cuello uterino es esencialmente cónico. Su sima, que se dirige hacia abajo, ofrece apenas un diámetro de dos milímetros y medio; está atravesado en el centro por una pequeña abertura.

Tal disposición hace la concepción muy difícil y á veces del todo imposible; sobre un gran número de personas tocadas y examinadas con espéculum puede reconocer que esta forma de cuello uterino produce la esterilidad en la mujer 19 veces sobre 20.”

Mistler, en 1851, y Ramband, en 1855, Barnes, en 1865, hacen idénticas observaciones.

Comty, Beigel, Siredey y Danlos reconocen estas lesiones como principales en la etiología de la esterilidad.

Pajot insiste sobre el mismo punto. Rohrig, Gaillard

Thomas, Kich, Aug. Martín, Jomes, Spasmer, Doleris, Duges y Boivin, uniformemente todos, reconocen que la conicidad del cuello, unida á la estenosis del orificio externo, se acompañan con la anteflexión y la endocervicitis.

Grunewoalt y Schroeder señalan las deformaciones adquiridas por las mujeres que no han dado á luz como consecuencias á las flegmacías catarrales de la mucosa endocervical y el espesamiento del tejido uterino.

Hé aquí ahora cómo explican Doleris y Bonnet el mecanismo de las lesiones: " Cuando el proceso de ectropión es antiguo y se conserva intracervical, se producen alteraciones circulatorias y tróficas cuyo término toca en el alargamiento cónico del cuello.

" La hipertrofia puede afectar más un labio que otro, ordinariamente el posterior, en cuyo caso en lugar de un orificio estrecho situado en la sima del cono cervical, se tiene uno dirigido hacia atrás, debido al alargamiento del labio anterior."

Es la falsa conicidad á que se da el nombre de *cuello tapiroide*.

De todas maneras, sea que la estenosis reconozca por causa la hipertrofia de la mucosa con predominio de vegetaciones polipoides ó quísticas, que de la cicatrización de dichas vegetaciones resulta la formación de quistes obturadores; que por efecto de la inflamación sobrevenga la estenosis del orificio interno, ó sea simplemente espasmódica, debido á la sensibilidad exaltada propia del dicho orificio; sea ó no más frecuente la lesión adquirida que la congénita, como lo sostienen la escuela alemana, en presencia de una mujer que exhibe un cuello cónico con orificios y canal estrechos, puede asegurarse, sin temor de errar, que tal es física ó anatómicamente estéril, mas si se une á estas lesiones un colpocele posterior profundo.

Recordando lo que se sabe en fisiología sobre el mecanismo como tiene lugar la fecundación, fácil es apreciar la falta de relación normal que tales causas ejercen sobre ella.

El tratamiento debe consistir en restablecer la permeabilidad del conducto, procurando respetar en lo más posible la mucosa y los elementos del cuello. Varios medios han sido preconizados: dilatación lenta, dilatación rápida, divi-

sión, discisión bilateral, ligadura en masa, ablación de una parte de los tejidos, ó avivamiento circular, ablación de una parte de la mucosa, de la mucosa entera por operación de Schroeder, amputación bicónica de Simón.

El método que da los mejores resultados, que realiza todas las condiciones exigidas, es la dilatación completa con conservación del cuello, de su mucosa y de sus elementos musculares, es la *estomatoplastia* ideada y perfeccionada por nuestro maestro Pozzy (discisión bilateral con avivamiento comisural). La practicamos con éxito á raíz de nuestro regreso de Europa en la señora N. de N., de esta ciudad, para remediar, justamente, á una estenosis completa del cuello difícilmente dilatable. Entendemos que el objeto era lograr ser madre, lo ha realizado dicha señora á los ocho ó diez meses después de operada.

El Dr. Guillaume Livet (*Revista de Politécnica Médica*) propone, para remediar la estenosis del cuello, la siguiente operación: "después de dilatar el cuello con laminarias, cloroformizada la enferma y puesta en posición dorso-sagrada, se fija el útero con eriñas ó pinzas de Musseux; traído el útero al nivel de la vulva se divide el canal cervical con bisturí ó tijeras por cuatro incisiones en cruz; se disecciona estirpando en una profundidad de dos centímetros y medio sobre un ancho que varía con la forma del cuello las cuatro pirámides triangulares, limitadas entre las incisiones, pirámides que tienen la base dirigida hacia abajo y adelante, la sima hacia atrás y arriba. Queda una cavidad cónica del tamaño, en la base, como de una peseta (cocobola) cuya sima es el orificio interno, en el cual se introduce un dren de Championière, modificado y envuelto en gasa yodoformada; se taponan la vagina, se cura al tercer día y se suspende el dren al décimo."

Como se ve, este procedimiento, que es una amputación más ó menos modificada del cuello, tiene el peligro de la hemorragia secundaria, tanto más grave cuanto que las ramas uterinas y utero-ováricas son comprometidas por la sección, lo cual ha hecho precisamente que el profesor Bouilly evite en la misma operación, hacer colgajos laterales. El mismo Livet cita un caso de grande hemorragia post-operatoria que tuvo que cohibir con urgencia inmediata.

ANTEFLEXIÓN

Todos los cambios en la posición y situación normales del órgano uterino, sobre todo si son sostenidos y permanentes, tienden en mayor ó menor escala, á interrumpir la continuidad del canal vagino-uterino; hacen difícil, por consiguiente, la fecundación y producen la esterilidad.

Son á saber: las que se producen interesando el plano vertical en que el órgano bascula sobre su eje de suspensión; la anteversión, la retroversión, la lateroversión. Las desviaciones parciales en que el cuerpo sólo se desaloja y el cuello conserva su situación y dirección normales; la anteflexión, la retroflexión, la lateroflexión. Los movimientos de traslación en masa, siguiendo el plano horizontal; la elevación y descenso, la ante y retroposición, la láteroposición derecha é izquierda y, por último, las inversiones uterinas.

Siguiendo á Lefevre y Doleris, damos la preferencia en estas notas á la anteflexión, por ser entre todas las demás desviaciones, la más frecuente y que acompaña de ordinario á la conicidad y la estrechez del cuello y se complica con el colpocele posterior, traída en que reposa generalmente la etiología de las mujeres estériles.

Por primera vez, en 1853, fue reconocida por Curco como causa productiva de esterilidad debida al estrechamiento al nivel del ángulo de flexión.

Según Aran, Romband, Scanzoni, Nonal el espolón de flexión constituiría una barrera del todo infranqueable para los espermatozoides.

Para Holtz, la citada causa de esterilidad lo sería más por el catarro concomitante que produce la flección en la cavidad uterina, que por el hecho mismo de la deformación.

Sims afirma que la anteflexión es la primera y principal causa de la esterilidad, *la causa jefe*, dice él.

De idéntica manera opinan los autores alemanes.

Cuando se examina una mujer afectada de cuello cónico, con un orificio externo esterilizado y colpocele posterior, el útero que de ordinario está en anteflexión, aparece como pegado ó adherido contra la pared anterior vaginal, for-

mando el techo de una cavidad más ó menos profunda, debajo de la cual se aloja el cuello; hacia atrás el vacío del fondo de saco es más profundo y dilatado; el cuerpo del útero dirigido hacia adelante conserva la situación normal.

La anteflexión obra en razón de la estenosis que provoca al nivel del orificio interior.

En el caso de que el útero conserve todavía paredes espesas y tónicas, la luz del orificio puede existir, aunque parcialmente; no sucede lo mismo si las dichas paredes son blandas y relajadas; entonces la codadura de la flexión compromete la permeabilidad.

De acuerdo con lo que enseña la fisiología acerca del mecanismo del acto generador, sabemos que durante ó en el momento que tiene lugar la excitación, la sangre afluye con abundancia hacia el sistema vascular del útero, las fibras longitudinales del órgano se contraen con más fuerza hasta producir el enderezamiento, el descenso y la abertura del hocico de tenca.

Cuando está rígido ó debilitado no puede contraerse con igual fuerza; el sistema muscular no puede vencer la resistencia opuesta por el ángulo de flexión; no alcanza la matriz á favorecer la vuelta á la posición rectilínea del canal intrauterino; el orificio interno, herméticamente cerrado, no se abre para dejar pasar el esperma, pues no existe esfínter, y si se agrega á todo la conocida del cuello, la estenosis del orificio externo y el colpocele posterior profundo se tiene una imposibilidad completa para la fecundación.

El tratamiento consiste en la dilatación y la gimnástica uterina.

La dilatación lenta y progresiva, como escribía en 1888 Doleris, tiene por fin el de volver al tejido uterino la suavidad y blandura al tiempo que agranda la cavidad de la matriz y permite al cirujano obrar sobre cualquier punto de la cavidad.

Al dilatar el útero se abre además sobre el extremo muscular del órgano obligando á las paredes á extenderse y retraerse un cierto número de veces, lo cual es precisamente lo que se verifica en todos los demás músculos de la economía.

Consiguiendo, por otra parte á la flexión, la dilatación

permite hacerse más fácil la circulación, por cuya virtud la mujer de útero débil y anemiado y de ismo que impide el fácil cambio circulatorio, con el hecho de restablecer el curso normal á la sangre, reobra poderosamente sobre la contractilidad uterina.

En suma, la dilatación asegura la armonía perfecta de la nutrición y de la contractilidad uterina; favorece el desarrollo de las paredes mal nutridas y facilita la circulación al nivel del ismo suprimiendo á la vez el dolor dismenorreico.

Se le corrige por la dilatación, por lo colponafia precervical ó retrocervical y excepcionalmente por los tallos intrauterinos.

E. C.

VARIEDADES

La Obstetricia y la moral cristiana—Termina la respuesta que sobre el feticidio da el Sr. J. Thoyer-Rozat á los Sres. Moureau y Lavrand, de esta manera: "Teniendo en consideración la reserva de la Santa Sede sobre esta cuestión (el Papa jamás ha decidido el asunto), muchos médicos, y no de los menos católicos, me han escrito después de mi artículo sobre la Obstetricia y la moral cristiana que adoptan plenamente esta conclusión; en los casos felizmente raros en que el feticidio terapéutico nos parezca científicamente indicado, no vacilaríamos después de habernos rodeado de las precauciones acostumbradas, en recurrir á él y en tranquilizar la conciencia de aquellos clientes, que por escrúpulos religiosos quisieran impedir nuestra intervención. Por las razones anteriores, juzgamos que sobre esta cuestión persiste todavía la duda, duda que tienen derecho de beneficiar los interesados cuando su vida está en juego."

Los gigantes—Dice M. Henry Meige, de París, que prescindiendo de las alteraciones del desarrollo óseo en los gigan-

tes y los acromegálicos, se debe convenir en que la identidad de los otros síntomas, acerca singularmente las dos enfermedades, la una á la otra. Es cierto que no todos los gigantes son acromegálicos, y que hay acromegálicos que jamás han tenido una alta estatura; pero sí son muy numerosos los casos en que se ve que el gigante es acromegálico; casi la mitad lo son, según la estadística de Sternberg.

Meige y Brissaud sostienen que el gigantismo y la acromegalia son dos etapas sucesivas de la misma anomalía de desarrollo; el gigantismo se desarrolla durante el período de crecimiento, la acromegalia cuando este período ha terminado; en efecto, la acromegalia sigue frecuentemente al gigantismo, pero el gigantismo nunca sigue á la acromegalia. Otro argumento en favor del parentesco y aun de la similitud de las dos afecciones, es que en un gran número de observaciones de acromegalia existe en los antecedentes la gran talla de los ascendientes ó de los colaterales. En fin, hay casos de herencia de acromegalia, como los hay de herencia del gigantismo.

Si se recuerda, además, que la gran mayoría de los gigantes presentan alteraciones tróficas, que tienen accidentes circulatorios, imperfecciones físicas de toda clase y frecuentemente desórdenes nerviosos y mentales, se convendrá en que las tentativas, como se ha hecho una recientemente para favorecer los matrimonios entre gigantes, no deben aconsejarse; sus consecuencias serían ciertamente contrarias al objeto que se tiene en mira, porque perpetuarían monstruosidades acompañadas de defectos poco envidiables.

Desinfección de los libros por las pulverizaciones de Formol. Barbe.

Empieza el autor por experimentar con los vapores de formalina, colocando un libro cuyas páginas han sido manchadas con esputos tuberculosos, en una caja en que se desprenden vapores de formol en la proporción de 5 gramos por metro cúbico; después de 24 horas retira el libro, corta las hojas infectadas en menudos pedazos, las hace macerar por algún tiempo en agua esterilizada, é inyecta después esta maceración á dos curies, que aísla convenientemente; sacrificados estos animales, dos meses después los encontró tuberculosos; este resultado demuestra que la desinfección con los

vapores de formalina es nula. En vista de esto varía el procedimiento, y en lugar de exponer el libro preparado como antes con esputos tuberculosos, á la evaporación lenta, pulveriza el formol en la misma proporción de 5 gramos por metro cúbico, con un pulverizador Richardson, cuyo pico introduce dentro de la caja, por un agujero practicado en la parte inferior, abertura que tapa cuando ha terminado la pulverización. Después de dejar el libro en contacto con los vapores de aldeyde fórmico durante 24 horas, prepara la maceración de las hojas contaminadas, como en el experimento anterior y la inyecta á dos curies que sacrificados tres meses después estaban perfectamente indemnes. Esto demuestra la influencia que tiene el modo de evaporación del antiséptico, brusca é instantánea en este experimento, lenta y paulatina en los otros. Una caja es suficiente para desinfectar pocos libros; cuando son muchos, como los que diariamente entran á una biblioteca, se usará un armario, con orificios á diferentes alturas, para introducir por ellos el pico del pulverizador, que siendo en este caso insuficiente el de mano, se reemplaza por un autoclave formógeno, que funciona fuera del armario.

(*Presse Médicale*)

Longevidad—No es probable que alguno de nuestros conocidos viva una vida tan larga como se supone que fue la de Matusalén, 969 años; ni como la de Jara, que se dice llegó á 962 años; pero sí es sostenible que la vida puede prolongarse mucho; en el siglo diez y siete, trece años fue el término medio de los que vivía la humanidad; en la primera mitad del siglo diez y nueve subió este promedio á treinta y tres, y en los comienzos del siglo veinte nos jactamos de que ha llegado á treinta y ocho años, incluyendo la mortalidad infantil, las pestes, las guerras, el hambre, los terremotos, etc. Se calcula en Inglaterra, que hoy de 1,000 personas cerca de 100 llegan á 75 años; 38 á 85; 2 á 90, y solamente se encuentra un centenario por cada 5,000. El hombre más viejo de los tiempos modernos, según *The Lancet* de Londres, fue Miguel Salís, que vivió en Bogotá (1) en 1873. El decía que su edad era de 184 años, y el Dr. Luis Hernández, viejo de 80 años

(1) Probablemente alguna población del Salvador. C. A.

que investigó el caso, lo conoció como centenario cuando era un niño; con fecha de 1712 existe la firma de Solís en un documento que se refiere á la construcción de un convento para franciscanos en el Salvador.

De las investigaciones muy cuidadosas hechas en 1878 por *The Lancet*, resulta que en ese año la edad de Solís llegaba por lo menos á 180 años, y como todavía vivía en 1885, según lo averiguó en 1896 el Dr. Hernández, suponiendo que hubiera muerto en 85 apenas le habrían faltado dos años para completar dos siglos. Solís atribuía su extraordinaria longevidad á su vida metódica; sólo hacía una comida por día, compuesta de los elementos más fuertes y más nutritivos que conseguía, y la tomaba casi fría. Dos días en cada semana ayunaba, durante ellos solamente bebía grandes cantidades de agua.

Henry Jenkins de Yorkshire, Inglaterra, fue pescador durante 140 años y murió de 169; el hombre que en años le sigue en Inglaterra se llama Thomas Parr (Pan), que vivió durante los reinados de siete soberanos; durante 130 años fue campesino, y vivió desde 1483 hasta 1635, sean 152 años; se casó por segunda vez á los 120 años de edad, y tuvo de este matrimonio un hijo que vivió 110 años, este hijo tuvo un hijo que vivió 127 años.

La mujer más vieja de que tengamos noticia es probablemente Mrs. Nancy Hallifield, de North Carolina, es negra y tiene 121 años. En 1894 la Sra. Szathmary y su marido, celebraron en Hungría el centenario de su matrimonio. En 1772 Pat Stephens de 109 años y la Sra. Berry de 102 años, se casaron solemnemente en la ciudad de Dublín, Irlanda.

(*Pacific Medical Journal*)

La neurastenia y la separación de cuerpo—La Sra. L., casada con un neurasténico, le había soportado accesos repetidos de violencia, de brutalidad y de insultos. Cansada de sufrir, pidió la separación de cuerpo, que le fue negada por el Tribunal; después interpuso el recurso de casación contra la sentencia, que fue rechazado por la Corte Suprema en estos términos:

“Visto que aun cuando L. . . . se ha entregado á escenas de violencia y brutalidad sin gravedad seria, y ha dirigido

palabras injuriosas á su mujer, y que la sentencia apelada declara, apoyándose en los documentos de la causa, en el sumario, en las declaraciones y los certificados médicos, que estas escenas injuriosas ó violentas deben atribuirse únicamente al neurosismo enfermizo de L. . . ., quien desde 1888 sufría accesos cada día más fuertes de una neurastenia grave, que hizo necesario primero su completo aislamiento y después su partida de París en 1893 y los viajes que hizo consecutivamente durante muchos meses; que no hay, pues, lugar de considerar á L. . . . como responsable de actos imputables á la enfermedad que padecía y que era incapaz de dominar.

Vistos, que decidiendo por estas circunstancias, los perjuicios alegados por la demandante no son suficientes para conceder la separación de cuerpo en contra de su marido, la Corte de París resuelve, encerrándose en los límites del poder soberano de apreciación que le pertenece, que no ha podido violarse el artículo 231 del Código Civil, que no define los excesos, sevicias é injurias graves, y se refiere á este respecto á la prudencia de los jueces de primera instancia; que la sentencia ha hecho una justa aplicación del artículo 212 del mencionado Código, considerando que la obligación impuesta por este artículo de prestarse mutuo apoyo los dos esposos, imponía á la demandante el deber legal de soportar y de tolerar, como ya lo había hecho por largo tiempo, la situación que se originaba del estado de salud deplorable en que se encontraba su marido, por penoso que fuese. Por estos motivos la Corte rechaza. . . .”

Aun cuando la neurastenia está bien estudiada, ella evoluciona en límites que no son fijos, por esto es casi imposible saber en dónde comienza y en dónde acaba la verdadera neurastenia. Según los términos de la sentencia anterior, y siendo así que hay para uno de los esposos un deber legal que lo obliga á sufrir y tolerar la situación por penosa que sea, cuando se deriva del estado deplorable de salud del otro esposo, algunos (ó algunas) neurasténicos podrán abusar.

(P.—*Arsène Misnard*)

Contribución al estudio de la leche maternizada—La leche de vaca no puede darse á los niños, según dice *Laurent Six*, sino después de haber pasado por algunas modificaciones

que aproximen su composición á la de mujer, consistentes éstas en lo siguiente: se enfría la leche recientemente ordeñada y se mezcla con la mitad de agua para que el tenor en caseína baje al 18 por 100; después se coloca la mezcla en una desnatadora centrífuga que da cerca de 7,000 vueltas por minuto para separar la caseína del suero; la desnatadora está provista de un mecanismo especial para tomar muestras de la leche; una llave central da leche grasa, otra periférica da leche magra (suero y caseína); la operación se arregla de tal manera que por la llave central salga una leche tan rica en materias grasas como la de mujer, pero que contenga la mitad menos de caseína; el tenor en azúcar se restablece **agregando 20 á 25 gramos de lactosa por litro; la leche que se obtiene por este procedimiento se envasa en frascos de 150 á 500 gramos de capacidad; estos frascos se esterilizan á la temperatura de 105° durante veintisiete minutos. Por la centrifugación se desembaraza la leche fácil y rápidamente de todas las impurezas que ha podido recoger al ordeñarla. — (Presse Médicale).**

La adrenalina en la cirugía de las vías urinarias.—A. V. Frisch, *wien-klin-wochenschr.* (*Presse Medicale*).—Señala el autor algunos casos destinados á mostrar los servicios que el empleo de la adrenalina puede hacer en la cirugía de las vías urinarias.

En la cistoscopia, cuando la hemorragia vesical impide darse cuenta del estado de la vejiga, se detiene la hemorragia á los tres ó cuatro minutos inyectando dentro de ella 100 á 150 centímetros cúbicos de una solución de adrenalina al diezmilésimo. Vaciada la vejiga se practica la cistoscopia en condiciones particularmente favorables.

En la ablación de los tumores de la vejiga por la vía supra-pubiana, basta embadurnar la cara interna de la vejiga con una solución al milésimo de adrenalina, para que se puedan extirpar el ó los neoplasmas, sobre un tejido anémico, sin perder una sola gota de sangre; esta práctica es especialmente ventajosa en caso de papilomas múltiples, porque se evita el peligro de dejar algunos sin extraerlos.

Basta poner algunas gotas de la solución al milésimo, en la entrada de las estrechuras de la uretra, llamadas in-

franqueables, para producir una enjutez de la mucosa que permita el paso relativamente fácil de la sonda. Sucede lo mismo con el cateterismo difícil de las hipertrofias prostáticas en que la instilación de algunas gotas de la solución al milésimo, facilita el paso de la sonda sin hemorragia, aun cuando la próstata sea muy vascular.

En los prostáticos que tienen por primera vez retención completa de orina, la instilación en la porción prostática de la uretra de algunas gotas de solución de adrenalina al milésimo, permite á los enfermos emitir espontáneamente una pequeña cantidad de orina, y vaciar después más completamente su vejiga, cuando se repiten estas instilaciones en los días siguientes.

Sobre el tratamiento de la fiebre tifoidea.—(N. E. Norway. *British Medical Journal*).—Habiendo observado el autor, en numerosas autopsias de tíficos, que el contenido estomacal é intestinal nunca está digerido, y que parece que los enfermos han muerto de inanición, y juzgando que el enflaquecimiento proviene de que el alimento asimilado es insuficiente para compensar las pérdidas por eliminación de urea y de ácido carbónico, recomienda aumentar la resistencia de los enfermos facilitando la asimilación de los alimentos; para lo cual aconseja el siguiente tratamiento: Previene la constipación administrando pequeñas dosis de calomel, y obra sobre la temperatura con la fenacetina; si el corazón se debilita da algunas gotas de cloroformo en poción, si hubiere insomnio, recurre á pequeñas dosis de morfina. Como tratamiento para el tubo digestivo, da cada hora al enfermo esta mezcla: pepsina, 2 gramos; ácido clorhídico diluído, x gotas; glicerina, 1 gramo; agua, 15 gramos; esta mezcla se echa en un vaso de agua que el enfermo bebe en una ó dos porciones; al poco tiempo se empiezan á espaciar más y más estas dosis. Con este tratamiento, el autor ha obtenido la bajada progresiva, regular y constante de la temperatura, desde el segundo día de tratamiento. Los enfermos asimilan mejor y enflaquecen menos. En fin, en cuarenta casos, no hubo un solo muerto.

Tratamiento abortivo de las pústulas de la viruela por el aceite fenicado.—(Lucas Championnière. *Journal de Med. et de Chirurg.*).—Refiere el autor que principió sus ensayos, porque

LIBRERIA

FACULTAD DE MEDICINA

CARRER DE LA UNIVERSITAT 120

observó que en un virolento, á quien trataba una herida, ninguna pústula se desarrolló completamente en la parte cubierta por la curación fenicada; para sus ensayos usó el aceite fenicado al 10 por 100.

Aceite de olivas..... 100 gramos.

Fenol absoluto..... 10 —

Apenas aparece una pústula sobre la cara, la pinta ligeramente con un pincel impregnado del aceite fenicado; renueva todas las mañanas la misma aplicación tópica, sin otra curación, sin otra protección, sin lavado previo; todo esto facilita la aplicación, sobre todo en los hospitales.

Los ensayos con el aceite fenicado al 20 por 100 han dado resultados análogos; pero no cree el autor que haya buenas razones para exagerar una dosis suficiente.

Como resultado de estas aplicaciones, la pústula, en vez de desarrollarse, se atrofia muy rápidamente, evitándose así, sobre todo, las cicatrices viciosas de la cara, del cuello y de los senos en los virolentos; para que el resultado sea perfecto, debe tratarse la pústula desde su aparición, porque de lo contrario, el individuo quedará picoso.

El unguento mercurial en el tratamiento del acné y de la furunculosis. (Lucas Championnière).—Para el acné el modo de proceder es sencillo: Se lava la cara con una solución de bicarbonato de soda al 5 ó 10 por 1,000, y se aplica todas las tardes una pequeña cantidad de unguento napolitano que cubra completamente cada botón tan pronto como aparece; lo mejor sería dejar el tópico en su lugar sin lavarlo; pero ordinariamente las necesidades de la vida no permiten que se le conserve durante el día; prácticamente basta renovar esta pequeña aplicación muy local todas las tardes, para conservarla si fuere posible, durante las doce horas de la noche.

De esta manera se hacen abortar la mayor parte de los botones de acné, y los que por haber sido tratados muy tarde evolucionaren á pesar del tópico, no alcanzarán su desarrollo habitual ni dejarán cicatrices visibles.

Este tratamiento local y paliativo sirve mucho á los jóvenes, mientras que el general, los modifica suficientemente para que no se reproduzcan los botones de acné.

En los furúnculos la acción del unguento napolitano no es menos interesante, á la par que más completa y permanente. A la primera sensación que anuncie la aparición del furúnculo, debe cubrirse ampliamente la región con unguento napolitano de modo de exceder notablemente, lo que será área del furúnculo, se dejará sobre ella el tópico, que se renovará todos los días ó cada dos días, según sea necesario, pero sin abusar porque aun cuando es menos irritante que los esparadrapos y resinas de los emplastos que se aconsejan como tratamiento eficaz, sin embargo debe usarse con cierta moderación.

El resultado será: ó una resolución absoluta con prevención del furúnculo y hasta desaparición de las manifestaciones de la furunculosis, ó bien la limitación muy marcada del campo de desarrollo del furúnculo, con atenuación apreciable de los accidentes habituales. La continuación de la aplicación del unguento napolitano como tópico en el curso de la supuración, es un sistema muy bueno de curación que disminuye realmente la duración de la reparación; por último, los furúnculos tratados así se resiembran mucho menos á su alrededor.

Tratamiento médico del Prolapsus rectal—El Profesor Baumel de Montpellier dice en el *Montpellier Médical*: que la tos y la diarrea crónicas son las causas más habituales del prolapsus rectal permanente en el niño, favorecidas para determinarlo por la conformación anatómica del recto y del sacro en él; que su curación rara vez necesita la intervención quirúrgica, porque el prolapsus interesa solamente la mucosa, éntre ó nó la musculosa, el fondo del saco peritoneal ó cualquier otro órgano (intestino ovario), ó que la invaginación sea sencilla ó doble; y que el tratamiento médico es superior al quirúrgico.

Estas conclusiones concuerdan con las del Profesor Edmond Owen de Saint Mary's, Hospital, quien ha escrito esto: "Ni en los casos más graves me ha parecido útil recurrir al bisturí, al termocauterio, á las aplicaciones de nitrato de plata ó á cualquier otro medio radical, y creo que *estos métodos se justifican muy excepcionalmente.*"

El tratamiento médico, que es el de la gastro-enteritis y el de la bronquitis con adenopatía, debe ser severo y con-

tinuo. En un niño de tres años consistió, por ejemplo, en jarabe de rábanos iodado (30 gramos); tintura de digital (2 gotas); dirigido contra la adenopatía y el estado del corazón (insuficiencia bicúspide funcional); régimen lácteo absoluto (leche cada tres horas); bismuto (80 centigramos por día); pomada con extracto de ratania y con tanino, (a. a. 5 gramos por 30 de vaselina); jarabe de lactofosfato de cal (40 gramos, al 5 por 100) y jarabe de quina.

Ichthyol en el tratamiento de la lepra.—El Dr. De Brun ha informado á la Academia de Medicina de París que ha obtenido muy buenos resultados con la administración al interior de esta droga en la lepra tuberculosa; las dosis que ha empleado han variado de 2 á 10 gramos por día, sin efectos desagradables. En la lepra nerviosa no da resultados favorables, y su uso al exterior es inútil.

Bacteriología de las colecistitis.—De un estudio basado en el examen del líquido intravesicular en dos casos de colecistitis, creen los Sres. Gibert y Lippmann poder deducir las conclusiones siguientes:

1.º Cualquiera que sea la naturaleza de la colecistitis supurativa ó nó, el líquido intravesicular es fértil en todos los casos.

2.º Los gérmenes anaerobios son constantes, haya ó nó supuración.

Los gérmenes aerobios, poco abundantes y poco variados, en las colecistitis no supuradas, son muy frecuentes y más numerosos, cuando se hacen supurativas. Los anaerobios son por orden de frecuencia el colibacilo, el enterococo, el funduliformis, el estreptococo anaerobio, el perfringens y el radiformis; en los medios ordinarios se encuentra el colibacilo y el enterococo. Cualquiera que sea el medio de cultivo empleado, el colibacilo es, pues, “el grande invasor de las vías biliares.”

La mayor parte de estos gérmenes anaerobios al estado normal son huéspedes asiduos de la vesícula biliar de numerosos animales (perro, gato, buey, cerdo), los gérmenes aerobios se encuentran allí con una excesiva rareza. Habría, pues, en las colecistitis una infección de primer grado por los gérmenes “antóctonos,” y á un grado más marcado

por la asociación de estos mismos gérmenes, con los aerobios advenedizos.

Contribución al estudio de los anopheles del Istmo de Suez.
El Sr. Camboulin ha estudiado las varias clases de mosquitos que hay en el Istmo de Suez; y ha demostrado la existencia de tres especies de *anopheles*, que como sabe son los agentes de propagación del paludismo. Estas especies son: 1.º, *anopheles multicolor*, que comprende dos variedades; 2.º, *anopheles théobaldi*, y 3.º, *anopheles pharoensis*. Según las observaciones del Sr. Camboulin, los representantes de esta última especie, contrariamente á la opinión aceptada, pueden ser transportados en masa por los grandes vientos á 20 y 30 kilómetros de distancia. Las condiciones geográficas del Istmo de Suez explican esta particularidad, que hace que las medidas que se adopten en esa región para combatir el paludismo, sean muy difíciles, por lo menos en lo relativo á la destrucción de los insectos propagadores del mal.

Nueva solución de cocaína para la raquicocainización.— Los Sres. Guinard, Ravaut y Anbourg, vuelven á ocuparse en la *Presse Médicale* de la raquicocainización, no con el objeto, según dicen ellos, de principiar una nueva discusión sobre este procedimiento de anestesia, sino para dar á los que todavía lo usan una fórmula que evita muchos ó la mayor parte de los inconvenientes que lo han desacreditado, y por lo tanto para sacarlo de esta situación.

Hasta hace poco tiempo todos los cirujanos se servían de soluciones acuosas al 1 por 100, las que habiendo producido en muchos casos accidentes muy graves, detuvieron el vuelo de este nuevo método de anestesia é impresionaron desfavorablemente á los cirujanos que lo usaron.

En los trabajos que publicaron los autores en el año pasado, demostraron que los accidentes consecutivos á la raquicocainización hecha con soluciones acuosas, están en relación con una reacción meníngea más ó menos íntensa, caracterizada por la presencia de elementos celulares (polinucleares y linfocitos) muy numerosos á veces, en el líquido céfalo-raquídeo, y en una enorme hipertensión del mismo líquido. En los casos extremos son tan intensas estas reacciones, que el líquido céfalo-raquídeo sacado por una se-

gunda punción, cuando los accidentes son más fuertes, es turbio y deja por el depósito ó la centrifugación un residuo de pus; cuando el líquido es claro se demuestra la presencia de elementos celulares en mayor ó menor número por el citodiagnóstico. La hipertensión considerable del líquido es tal, que se alivian la mayor parte de los enfermos, extrayéndoles por una segunda punción 25 á 30 centímetros cúbicos de este líquido turbio.

Con estos conocimientos buscaron los autores las causas de los accidentes, y llegaron á la conclusión de que el agua es el verdadero agente nocivo, por la falta de isotonia entre la solución acuosa de cocaína = $-0,15$ y el líquido céfalo-raquídeo = $-0,60$; por esta razón pensaron en utilizar como vehículo de la cocaína el líquido céfalo-raquídeo del mismo enfermo, porque la crioscopia ha demostrado la existencia de diferencias á veces muy considerables entre diversos líquidos céfalo-raquídeos, por esto es preferible reinyectar á cada enfermo su mismo líquido con el anestésico en disolución, lo que se consigue agregándole 4 gotas de una solución concentrada al 1 por 10 que contiene los 2 centigramos suficientes para la anestesia. Pero como este procedimiento era susceptible de algunos perfeccionamientos para suprimir el uso del cuenta-gotas y del recipiente en que se hacía la mezcla de la solución de cocaína y del líquido céfalo-raquídeo, prepararon con ese objeto una solución de cocaína que llenara las dos indicaciones siguientes: primera, que tuviera un título que permitiera apreciar fácilmente la cantidad de cocaína que se inyecta, y segundo, que su tensión osmótica se acercara lo más que fuera posible á la del líquido céfalo-raquídeo; la solución siguiente llena estas indicaciones:

Clorhidrato de cocaína.....	2	gramos.
Cloruro de sodio.....	0,15	—
Agua destilada.....	50	—

Cada cuarta parte de centímetro cúbico contiene un centígramo de cocaína, siendo fácil apreciar en una jeringa el medio centímetro cúbico que contiene los 2 centigramos que se necesitan para la anestesia; además, por medio del cloruro de sodio se aproxima su punto de congelación á

—0,60 que es poco más ó menos el punto de congelación media del líquido raquídeo. Esta solución se conserva en ampollas esterilizadas de 1 centímetro cúbico.

Para hacer la inyección se aspira todo el contenido de la ampolla en una jeringa esterilizada, de 3 centímetros cúbicos de capacidad, que después se pone vertical para arrojar todo el aire que contenga y el exceso de solución, hasta que sólo quede $\frac{1}{2}$ centímetro cúbico, que es fácil apreciar en el tallo de la jeringa; en seguida se hace la punción lumbar y se dejan salir unas 10 gotas de líquido céfalo-raquídeo, que equivalen casi al volumen de la solución que se va á inyectar; después se ajusta la jeringa á la aguja y se aspira tan lentamente el líquido céfalo-raquídeo que equivalga esta operación á que se le dejara correr naturalmente; mezclados el líquido que entra á llenar la jeringa, y la solución se rechaza el todo lentamente en el espacio sub-aracnoideo-premeriano.

Para hacer penetrar el líquido de la ampolla á la jeringa, lo más sencillo es adaptar á su extremidad un pequeño tubo de caucho que se esteriliza con ella, y que llegado el momento se pone en comunicación con una extremidad de la ampolla previamente rota, después se rompe la otra, y haciendo la aspiración con el émbolo, penetra el líquido fácilmente en el cuerpo de bomba. El Sr. Collin ha fabricado, para el mismo objeto, una jeringa especial con un pequeño embudo metálico en la parte lateral de su extremidad, para derramar por él el contenido de la ampolla, al propio tiempo que se hace el vacío; para hacer después la inyección se tapa el orificio herméticamente con la pulpa del dedo.

Con este procedimiento se mide con más precisión la cantidad de solución que se debe inyectar, haciéndose todas las operaciones al abrigo del aire, con un instrumental muy simplificado, puesto que solo se necesitan una jeringa común y una aguja para la punción lumbar.

A todo trance se evitará reinyectar un líquido sangüinoso, aun cuando sólo esté ligeramente teñido de sangre, porque pueden presentarse accidentes más ó menos intensos; mucho cuidado debe tenerse con el aire que haya podido penetrar á la jeringa por un mal ajuste; por último, para hacer la solución, sólo se utilizará una cocaína, previamente

analizada, porque las del comercio no tienen todas el mismo poder anestésico.

Dice el autor que los resultados obtenidos con esta nueva solución son superiores á los anteriores, porque la anestesia ha sido más rápida y más profunda, y apenas ha habido ligeros vómitos un cuarto de hora después de la operación en más de setenta enfermos anestesiados por este procedimiento; casi todos han pedido de comer inmediatamente después. Consecutivamente á la operación no ha habido cefálea, y la hipertermia ha sido casi nula; exceptuando dos enfermos, que doce y veinticuatro horas después tuvieron una viva cefálea sin hipertermia; en el uno un purgante hizo desaparecer este accidente, y en el otro desapareció después de haber persistido un día.

Para terminar, dicen los autores que creen poder afirmar que con su solución y su técnica, se reducirán á un *mínimum* insignificante los incidentes post-anestésicos.

Cordón umbilical muy largo—En un parto que tuve recientemente ocasión de atender, me llamó la atención el cordón, por su extremada longitud, pues midió un metro cuarenta y dos centímetros; estaba casi completamente desprovisto de gelatina de Wharton, era lo que se llama un cordón magro, y tenía, además, tres nudos situados en la mitad más próxima á la criatura. El niño no tuvo, al nacer, el menor síntoma de asfixia y pesó seis libras, no obstante la longitud del cordón y los nudos, circunstancias que pueden considerarse como desfavorables para una buena nutrición intrauterina. El término medio de la longitud del cordón es de 54 á 59 centímetros; pero los ha habido de 1 metro 53 y hasta de 1 metro 75; el caso que anoto, aun cuando no alcanza á estas cifras extremas, siempre es digno de recordarse.

J. M. L. B.

Nueva contribución á la fisiología de los leucocitos.—El Sr. Giard presenta á la Academia de Ciencias una comunicación de los Sres. Stassano y Billon, en que estos autores resumen dos series de experimentos y de observaciones, relativos, la primera á la participación de los leucocitos en el mecanismo fisiológico de la eliminación por las vías digestivas y por el tejido dérmico, y la segunda á la ayuda que dan los leu-

cocitos á la mucosa intestinal, llevándole un principio que ellos contienen y que favorece la digestión trípica.

La conclusión de la nota de los Sres. Stassano y Billon es la siguiente: "El aumento del poder favorable de la mucosa entérica sobre la digestión trípica que hemos observado durante los períodos de actividad digestiva en el organismo normal ó después de inyecciones de sales de mercurio ó de hierro, debe atribuírse al aumento de la diapedesis leucocitaria, que continuamente existe en el intestino. Por lo tanto la significación de esta diapedesis es doble, es un mecanismo de eliminación y un ayudador real de los actos digestivos. Se convenía en considerar los leucocitos como que ofrecían entre las numerosas variedades de células de los tejidos el ejemplo mejor caracterizado de la digestión primordial intracelular. Su participación en los procesos digestivos extracelulares que las observaciones de M. Delzenne y las nuestras acaban de descubrir, es, sin duda ninguna, un hecho biológico de especial importancia."

PERSONAL

El Dr. Juan E. Manrique ha salido al campo con el objeto de convalecer de una enfermedad que lo mantuvo por algún tiempo reducido á la cama.

El Dr. Julio Z. Torres ha perdido á sus cuñados los Sres. Daniel y Juan Manuel Herrera Umaña, muertos el día 14 el primero, de un acceso de angina de pecho, y el día 8 el segundo, de un acceso de fiebre perniciosa en los llanos de San Martín.

El Dr. Gabriel Camero está enfermo, y parece que este estado se prolongará por algún tiempo.

El Dr. Epifanio Combariza se casó en Zipaquirá con la Srita. Francisca Romero; reside temporalmente en Chía.

El Dr. Agustín Uribe siguió el día once para el Havre, en donde desempeñará las funciones de Cónsul; va acompañado de su señora esposa.

El Dr. José María Rodríguez P., ha regresado al Socorro, lugar de su residencia, después de pasar algunos días en esta ciudad.

El Dr. Jorge E. Calvo ha seguido para Girardot, en donde piensa fijar su residencia.

Facultad de Medicina. Para obtener el título de Doctor en Medicina y Cirugía se presentaron las siguientes tesis: Noviembre 27, Antonio Mesa, *Histerectomía abdominal*; Diciembre 1.º, Pablo Julio Barón, *Influencia del alcoholismo en las afecciones pulmonares*; Diciembre 1.º, Aristides Medina C., *Cura radical de las hemorroides*; Diciembre 6, Salvador Pérez, *Contribución al estudio de la etiología y tratamiento profiláctico del aborto producido por la sífilis*.

Club Médico. Han sido admitidos como socios permanentes de este centro, los Dres. Anselmo Gaitán, Manuel María Aya, Abraham Salgar y Ciro Morcillo.

Los Sres. Carlos Tirado y Tomás Olivos, alumnos de la Facultad de Medicina, han estado gravemente enfermos, á consecuencia de la fiebre tifoidea.

Nacimientos :

En Noviembre: Hombres.....	137
Mujeres.....	115

Que dan un total de.....	252
--------------------------	-----

En Diciembre: Hombres ...	132
Mujeres.....	133

Que dan un total de.....	265
--------------------------	-----

Matrimonios :

En Noviembre.....	76
En Diciembre.....	10

❁ DROGAS NUEVAS ❁

Tanato de creosota.—El creosol, combinación molecular de una parte de tanino con tres partes de creosota de haya (Dubois), es un polvo amorfo, color castaño obscuro, higroscópico, soluble en agua, alcohol y glicerina, insoluble en éter.

Según Albert Robin, Kestner, Bœckel, Nogné, Balland y Bind, que han experimentado el tanato de creosota, es eficaz en la tuberculosis, como remedio sintomático; gracias á su acción aumenta el apetito, se secan los bronquios y disminuye con rapidez la tos. Se administra en solución acuosa al $\frac{1}{2}$ en obleas y en píldoras á la dosis de dos á seis gramos por día.

Tano-creosoforno.—Combinación de aldeide fórmico de creosota con tanino. Es un polvo sin olor, ni sabor, no tóxico, insoluble en agua y glicerina, soluble en alcohol, y en soluciones alcalinas. Contiene 4 por 100 de aldeide fórmico, 48 por 100 de creosota, y 48 por 100 de tanino. Los usos terapéuticos del tano-creosoforno resultan de las propiedades de cada uno de sus tres componentes, un astringente, el tanino y dos antisépticos, la creosota y el formol. Su primera indicación terapéutica es para la antisepsia intestinal; ejerce sobre la mucosa intestinal, una acción anticatarral sin irritación, pasando por el estómago sin descomponerse; al exterior por su poder desecante y antiséptico, se ha aconsejado en la ocrea, el córiza y la hiperhidrosis. Al interior se usa á la dosis de 1 á 3 gramos por día, en porción emulsiva ó en obleas; al exterior se emplea espolvoreando la herida ó en insuflaciones.

Tiopirina.—Este compuesto es la misma antipirina, en la que se ha reemplazado el oxígeno por el azufre; se le prepara como la antipirina, pero en lugar de hacer reaccionar la potasa cáustica sobre el clorometilato de 1—phenyl—4—methyl—5—cloropyrazol, se usa el sulfidrato de potasio; en la práctica se usan soluciones alcohólicas que contienen partes iguales de los dos componentes, los que al mezclarse producen una elevación considerable de temperatura, desprendiéndose al mismo tiempo hidrógeno sulfurado; el exceso de sulfuro se descompone por el ácido carbónico, se filtra la solución, se la evapora, y se cristaliza varias veces la tioantipirina, que se obtiene en placas cristalinas, incoloras, bastante solubles en agua fría, muy solubles en agua caliente y en alcohol; funde á 166°. Esta sustancia posee las propiedades terapéuticas de la antipirina; pero los ensayos que se han hecho hasta ahora, no son ni suficientemente numerosos ni concluyentes, para clasificarla todavía entre los sucedáneos de la antipirina.

Triferrina.—Esta nueva forma farmacéutica del hierro, es la combinación de un producto fosforado ácido extraído de la caseína (ácido para-nuc éinico) con el hierro; contiene 9 por 100 de ázoe, 25 por 100 de fósforo y 22 por 100 de hierro. De los experimentos que se han hecho en los animales resulta que la triferrina aumenta considerablemente la cantidad de hierro del hígado y de los demás órganos. La grande actividad de este nuevo producto viene probablemente de que esta asociación del fósforo al hierro favorece la asimilación de la allúmina. Tendría, además, la ventaja de ser perfectamente tolerado aun por los estómagos más delicados, sin producir disminución del apetito. Se prescribe á la dosis media de 30 centigramos tres veces por día.

Tiratol.—Carbonato de timol. Se prepara haciendo pasar una corriente de ácido carbónico por una solución de timol sodado, mientras persista su alcalinidad. Es un polvo blanco é insípido. Se recomienda el tiratol como vomifugo, á la dosis de dos gramos diarios en cuatro veces. Este tratamiento, que debe proseguirse por cuatro días consecutivos, se completará al terminar este tiempo con un purgante. Se toman por día 4 á 8 obleas de 0,25 gramos cada una.

(Del Formulario Bocquillón Limonsin)

CUADRO de la mortalidad de Bogotá en Noviembre de 1902

ENFERMEDADES					TOTAL															
	HOMBRES	MUJERES	NIÑOS	NINAS		LA CATEDRAL	LAS NIEVES	LAS CRUCES	LAS AGUAS	SAN VICTORINO	SAN FABIO	SANTA BÁRBARA	EGIPTO	CHAFINERO	HOSPITAL DE CARIDAD	HOSPITAL MILITAR	ASILLOS	PANÓPTICO	HOSPICIO	LA MERCED
Tifo.....	10	5	1	1	16			3			2	1		2	5					3
Fiebre tifoidea.....	15	6	3	1	25		1				1		2	11	9					1
Fiebre amarilla.....	1				1										1					
Gripe.....		1			1						1									
Erisipela.....			1		1								1							
Viruela.....	5				5										4	1				
Paludismo.....	3	1	1		5		1							3	1					
Tuberculosis.....	7	10	1		18	2	2		2	1	1	1	1	7			1			
Cáncer.....		5			5			1						3						
Atrepsia.....			4	5	9		2	2	1									1	1	
Miseria fisiológica.....	1	2		1	4			1						3						
Sífilis.....			2	1	3	1								1						
Icteria.....			1		1			1												
Insuficiencia mitral.....	2	4			6									4	1	1				
Afección cardíaca.....	3	7			10	1	1	2	1	1			3		1					
Arterio-esclerosis.....	1	2			3			1	1											
Bronconeumonía.....	10	6	8	2	26	1	4	2	1	2				6	7				1	1
Neumonía.....	12	2	3	3	20	2	2		1	3		1	3	1	2					
Congestión pulmonar.....	1		1	1	3				1	1					1					
Pleuresía.....	2				2							1								
Bronquitis.....			3		3		1			1			1							
Extranguilación intestinal.....	1				1															1
Gastroenteritis.....			4	6	10		4		2	1				3						
Enteritis.....	5	5	2	4	26	2	3	5	4	1	1	4		4	2					
Disentería.....	17	17	4	2	40		2	4		4		1	2	12	10	4				1
Peritonitis.....	2	2			4					1			3							
Hepatitis.....	2	2			4		1	1							1					
Parálisis.....	1				1		1													
Hemorragia cerebral.....	2	1			3		2		1											
Congestión fd.....	1	1			2		1			1										
Meningitis.....	1		2		3			1				1							1	
Epilepsia.....		3			3															
Quiste del ovario.....		2			2														3	
Nefritis.....	6	4		1	11									2						
Asfixia.....			1	1	2	1	1						1	2	4	3				1
Parto prematuro.....				2	2	1	1													
Nacidos muertos.....			3	1	4					2										
Heridas.....		1			1										1					
Totales.....	110	89	54	33	286	11	29	23	15	18	4	16	10	15	75	49	8	3	2	8

Bogotá, Noviembre 30 de 1902.

Dr. R. SANMARTÍN.