

# REVISTA MÉDICA

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA DE BOGOTA

REDACTOR, DOCTOR PIO RENGIFO

SERIE I.

Bogotá, 5 de Setiembre de 1873.

NÚM. 3.º

## PARTE OFICIAL.

### EXTRACTO DE LAS ACTAS DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA.

SESION DEL DIA 6 DE ABRIL.

Presidencia del señor doctor M. Plata Azuero.

Asistieron los señores Aparicio, Bayon, García, Ospina, Plata A, Rocha Castilla, Rivas Federico, Rivas Librado, Rengifo, Sarmiento y Zerda Liborio.

Dejaron de concurrir con excusa el doctor Medina, y sin ella los señores Fajardo, Corredor, Sáenz Michelsen y Montoya.

Se leyó y aprobó el acta de la sesion del 20 de Marzo.

### Presentacion de trabajos.

El señor doctor García presentó una observacion clínica relativa á una efecion hepática poco caracterizada y acompañado este trabajo de un pedazo de hígado, sobre el cual podia hacerse el estudio anatómo-patológico correspondiente. Pasó al estudio del señor Rocha Castilla.

Como estuviera presente el señor doctor Bayon continuó la discusion sobre su informe relativo á la clasificacion botánica de un fruto; y dijo:

El fruto que se me ha pasado en comision para clasificar es, como se ve por la lámina que de él, de la rama y de las hojas he dibujado, el llamado por Lineo *anacardium occidentale*, y cuyo nombre vulgar es muy variado en los distintos países; así es que se llama *marañon* en Cuba, *mercy* en el Orinoco, *cajou*, *acajou*, *acaiaiba* y *caracoli* en el Brasil, *panji* en Puerto Rico y *casoy* en las Filipinas. En mi opinion, el árbol corpulento conocido en Colombia con el nombre de *caracoli* corresponde al *anacardium rhinocarpus*, y su fruto reniforme es mucho más pequeño que el del marañon ó *anacardium occidentale*.

Finalmente, el nombre comun de caoba viene del nombre científico dado por Goetner al marañon (*acajuba occidentalis*), y al cual por confusion del lenguaje se le ha venido llamando *cajú*, *acajú*, *acaiaiba*, *caivus*, *caoba*.

Doctor OSORIO. El *acajou* es un principio dado por diversas sustancias; lo dan plantas de la familia de las meliáceas, en la cual se encuentran los géneros *svetenia mahogonia*, *senegalensis*, *febrifuga* y otro todavía indeterminado que da el *curibali* ó *yuribali*; y lo dan tambien en la familia de las terebintáceas y en la tribu de los *anacardios* el *anacardium occidentale* (*cassuvium pomiferum*, caobo, marañon) arbusto de las islas molucas, y el *anacardium orientale*, *semecarpus anacardium*, árbol grande de las indias que segun el doctor Bayon no existe en nuestras regiones. Existe tambien otro género de *anacardios*, el cual sería el *caracoli* y prestaría caracteres diferentes al *semecarpus*, este sería el *anacardium rhinocarpus*.

Doctor ROCHA C. Despues de oír las explicaciones dadas por los doctores Bayon y Osorio, van desapareciendo las dudas que tenia respecto de la cuestion que discutimos. Permítame, sin embargo, el doctor Bayon,

que rectifique una de las aserciones emitidas por él que podria llevarnos á una nueva confusion. El dijo que la caoba que los ebanistas emplean proviene de una de las especies del género *anacardio*, familia de las terebintáceas, cuando en realidad, segun Guibourt, Dourvault y otros autores, la madera conocida en el comercio con el nombre de caoba, se saca, por lo ménos, la mayor parte de ella del género *svetenia* de la familia de las *melíáceas*. Las plantas pertenecientes á este género, poseen ademas propiedades tónicas y febrífugas importantes; y en la India se conoce con el nombre de *quina del Senegal* una especie, la *svetenia* ó *kaya senegalensis*, que por los indigenas de ese país se considera como más eficaz que la verdadera quina para las fiebres perniciosas.

Pasando ahora á la cuestion que más particularmente ha fijado la atencion de la Sociedad, creo que el acuerdo entre todos nosotros ha venido á ser casi completo. Bajo el nombre frances de *acajou* ó *pommes* se mencionan tres árboles de la familia de las terebintáceas, que contienen en su pericarpio una sustancia resinosa, cáustica, empleada en otro tiempo y abandonada despues, y á la cual se le ha dado últimamente una importancia extraordinaria en el tratamiento de la elefancia. Esos tres árboles son: el *anacardium occidentale* ó *cassuvium anacardium*, el *anacardium rhinocarpus* y el *orientale* ó *officinatum* ó *semecarpus anacardium* de Lineo. Estas tres plantas aunque consideradas por algunos como pertenecientes las dos primeras á un sólo género y la tercera á otro distinto, son, por lo que he alcanzado á comprender, tres especies del género *anacardio*.

Aceptando la opinion del doctor Bayon me inclino á creer que el *anacardium rhinocarpus* es el *caracoli* del Magdalena y de las otras tierras calientes pero aun no he podido convencerme de que nuestro *marañon* que se cultiva en las huertas de esos mismos puntos sea el *anacardium occidentale*, el cual segun Guibourt y Littré, es un árbol corpulento, mientras que el marañon es pequeño y nunca puede aplicársele semejante adjetivo. Ademas, Dourvault hablando del *anacardium orientale*, originario de la India dice que en las Antillas se cultiva en los jardines. Por consiguiente es probable que de allí haya pasado á nuestro país cultivándolo en nuestras huertas con el nombre de marañon.

Terminada la discusion, la sociedad pasó á ocuparse de la siguiente observacion, y del informe que sobre ella despachó la comision.

### EFFECTOS SEDANTES DEL FRIO EN UN CASO DE PERITONITIS.

En el año de 1870 recibí un jóven de 22 años de edad, robusto y sin enfermedad grave anterior ninguna: fué atacado por una *febre tyfoidea*.

Esta afeccion perfectamente caracterizada, recorrió sin accidente ninguno el primero y segundo septenario. Al principiar el tercero, y cuando se creía que la convalecencia no tardaría en aparecer, hizo el paciente un esfuerzo con el fin de levantar del suelo hasta la cama un objeto algo pesado, esfuerzo que fué inmediatamente seguido de un dolor puntilivo, fijo y limitado en un pequeño punto situado á dos centímetros de la izquierda y hacia abajo de la céntriz umbilical.

El dolor se hacía á cada momento más y más fuerte hasta el punto de volverse desesperante, y era, en concepto del paciente, el más fuerte que podria experimentarse. Sobrevino luego vómito de materias verdes, hipo constante, el pulso pequeño y filiforme se elevó á 120 por minuto, y tal descomposicion en la fisonomía que, dos horas

despues, la cara era verdaderamente hipocrática: *la peritonitis consecutiva á una perforacion intestinal estaba, pues, perfectamente caracterizada.*

Los desgraciados sucesos que en casos semejantes se han obtenido siempre, me hicieron renunciar á seguir el tratamiento generalmente aconsejado por todos los autores que pude consultar, y por mi cuenta hube de recurrir á la accion sedante del frio.

El accidente habia sobrevenido á las ocho de la mañana del dia 14 de Agosto, y á las diez empecé el siguiente tratamiento.

Por medio de un pequeño sifon, hecho con cañas de cebada, dirigí un chorro de agua enfriada por la disolucion de algunas sales, sobre el punto mismo del dolor.

Administracion de piloras de extracto gomoso de ópio, conteniendo cada una 5 centigramos y repetidas cada hora.

Suspension de toda clase de alimentos y bebidas; y la más completa inmovilidad.

Por la tarde del mismo dia, el pulso se encontraba lo mismo, el hipo desaparecia por intervalos hasta de 15 minutos, y el vómito ya no era tan continuado. Habia aumento de meteorismo; y el punto adolorido lo era tan sólo á la presion.

Insisto en continuar el mismo tratamiento, para lo cual acompañé al enfermo durante la mayor parte de la noche. En ella se presentó el vómito cuatro ocasiones únicamente: á las 8 y á las 11 de la noche; á las 2 y á las 6 de la mañana. A esta hora noto que el pulso habia bajado 10 pulsaciones, y ya se trascurria hasta una hora sin presentarse el hipo; declaro, pues, que hay un principio de mejoría.

En este estado dejo al enfermo para ocurrir á mis clases á la escuela de Medicina.

Durante mi separacion, alarmados los dolientes por la grande humedad en que estaba la cama y cobertores del enfermo, resuelven cambiarlos y con tal objeto suspenden la caida del agua.

Á las once de este dia (2.<sup>o</sup> del accidente) encuentro los mismos sintomas volviendo á aumentar, es decir, el vómito se habia presentado de las 6 á las 11 de la mañana 4 ocasiones y el hipo era continuado. El meteorismo en el mismo estado, y no habia habido deposicion ninguna desde que el accidente principió. Desde las 7 de la mañana hasta las once se habia suspendido, pues, la accion del frio y únicamente se le habia aplicado el ópio. Resuelvo entonces permanecer lo más que me sea posible al lado del enfermo con el objeto de aplicar rigurosamente el tratamiento iniciado, no interrumpiendo por ninguna causa la caida del agua.

Á las 6 de la tarde de este dia el pulso se sostenia en 110 por minuto, el vómito se habia presentado desde las 11 de la mañana, hora en que se volvió á aplicar el frio, tres ocasiones únicamente; el hipo no se sostenia sino 6 ó 10 minutos y con intervalos de 30 á 40. Se habia conseguido una pequeña deposicion á beneficio de una lavativa ligeramente laxante, pero el meteorismo se habia disminuído. El enfermo pudo entonces reconocermé, hablar del estado de gravedad en que se hallaba, manifestar el frio que experimentaba y aun recibir los sacramentos.

Notando ya esta mejoría seguí con más esperanzas el tratamiento. Durante esa noche lo acompañé tambien; el vómito se presentó una sola ocasion, el hipo ya no era molesto, pero el pulso no decenia y el meteorismo aumentaba. Á la una de la mañana se le aplica una lavativa un poco más fuerte, teniendo cuidado de moverlo lo ménos que se pudiese.

Al dia siguiente á las 9 de la mañana, es decir, el tercero del accidente, el pulso habia descendido á 100, el vómito no se habia presentado; el hipo una sola ocasion, el meteorismo habia disminuído y el dolor á la presion, era poco. Continué, sin embargo, el tratamiento.

Por la tarde en el mismo estado; no habia habido vómito ni hipo, el pulso se sostenia en 100, y sigó todavia el régimen.

Por la noche siénte hambra el enfermo, se le administra una pequeña cantidad de leche. Viendo que al dia siguiente por la mañana no se habia presentado ninguno de los sintomas y que el pulso daba 90 suspendo el tratamiento.

Principió, pues, la convalecencia, y á beneficio de una dieta casi rigurosa no hubo accidente ninguno, salvo ligeros dolores extendidos por toda la region hipogástrica y que eran de poca duracion y frecuencia.

**CONCLUSIONES.** Estimar en un tratamiento combinado el valor terapéutico de cada uno de los agentes que lo han compuesto, es realmente muy difícil; más en un caso como el presente, sin negar la poderosa influencia del ópio, si creo puede reconocerse la superioridad del frio, porque el ópio administrado por sí sólo no ha sido sino excepcionalmente eficaz; y en la generalidad de los casos completamente insuficiente. Además, en el presente se notó que suspendida la accion del frio, aun cuando continuaba la del ópio, los sintomas volvieron á agravarse y no calmaron despues sino á favor de la nueva aplicacion del frio.

Bogotá, Abril 24 de 1873.

A. APARICIO. (Continuará.)

## REVISTA MEDICA.

### EL DOCTOR A. VARGAS REYES.

(ADOPTADO.)

La Ciencia médica acaba de perder en Colombia á uno de sus más conspicuos representantes: el señor doctor

ANTONIO VÁRGAS RÉYES murió en Villeta el 23 del presente á la edad de 57 años.

El dia 21 de Setiembre de 1816 nació el doctor VÁRGAS en la Villa de Charalá del Estado de Santander, de una familia distinguida pero escasa de bienes de fortuna, y desde temprana edad se consagró á la carrera médica, haciéndose notar entre sus compañeros por su clara inteligencia, su espíritu observador y su inclinacion á los estudios severos y poco cultivados en aquella época de la anatomía y la medicina operatoria.

Despues de una larga série de pruebas brillantes el jóven VÁRGAS recibió de la Universidad central de Bogotá el título de doctor en medicina y cirugía, y de entonces data la carrera de triunfos que como profesor y en el ejercicio de la medicina habian de ilustrar su nombre en el país.

Á su regreso de Europa, donde permaneció algunos años consagrado al estudio de las ciencias médicas, el doctor VÁRGAS RÉYES fué encargado del servicio de una enfermería en el Hospital de Caridad de esta ciudad y nombrado profesor de patología interna y medicina operatoria, y sus lecciones clínicas contribuyeron poderosamente á debilitar el crédito que aun conservaba en el país la doctrina de Broussais y á difundir las sanas doctrinas médicas que habia recibido en la Facultad de medicina de Paris.

En el puesto de médico del Hospital de Caridad trabajó con teson por mejorar en todos sus ramos el servicio de los enfermos; y la historia dirá que á sus inteligentes y constantes esfuerzos le debe en mucha parte aquel establecimiento la situacion próspera que tiene en la actualidad.

El doctor VÁRGAS RÉYES fundó, con la colaboracion de algunos jóvenes profesores, el primer periódico en Colombia consagrado exclusivamente al progreso de la ciencia médica y á la defensa de los intereses profesionales. *La Lanceta* fué favorablemente acogida por los médicos del país; pero murió en breve, como el *Semanario* de Cúldas, por falta de colaboracion y de apoyo. Incansable en el propósito de fundar el periodismo médico en Colombia cooperó, en 1865, para la fundacion de la *Gaceta Médica*, que si tuvo mayor número de suscriptores que *La Lanceta*, no alcanzó tampoco á sostenerse más allá de un periodo anual.

El sistema del "dejar hacer," que tan funesto ha sido para el progreso intelectual del país, acabó con las escuelas de medicina que habian existido hasta 1850, y obligó á muchos jóvenes, que no tenian recursos para costear su educacion en Europa, á renunciar á una carrera á que los llamaban su vocacion y sus talentos. El doctor VÁRGAS, que habia solicitado en vano la creacion de un instituto médico en Bogotá, apeló al patriotismo y desinterés de los médicos de la capital, y logró, con su apoyo, fundar, en Febrero de 1865 y como anexidad del Colegio privado del Señor Joaquin Gutiérrez de Celis, una Escuela de medicina, escasa de elementos de enseñanza, pero fuerte por la perseverancia y el celo de los profesores, por la fe inquebrantable de su fundador y por el entusiasmo de los alumnos. Este modesto instituto funcionó con regularidad hasta fines de 1867 en que se estableció definitivamente la Universidad nacional; y en él se formaron muchos médicos distinguidos que honran á su país.

Creada la Universidad, el doctor VÁRGAS RÉYES fué designado para el puesto de Rector de la nueva Escuela de medicina, á que lo llamaban sus capacidades y grandes merecimientos, y en ese empleo y en el de profesor de Patología externa permaneció hasta mediados del año de 1872, en que partió de nuevo para Europa.

En la cátedra de profesor y en los consejos, no lucía el doctor VÁRGAS por las cualidades que constituyen un brillante orador; pero su palabra era siempre escuchada

con respeto por sus colegas y discípulos, y en sus lecciones campeaban siempre la claridad, la sencillez y el método á la par que el buen sentido práctico y la sobriedad en las deducciones.

Como práctico, el doctor VÁRGAS RÉYES supo conquistar un puesto eminente, debido á la rectitud de juicio y á esa sagacidad de observación que constituyen los grandes clínicos. Sus diagnósticos eran casi siempre ciertos, y á la cabecera del enfermo se sentía á menudo iluminado por esas inspiraciones súbitas que salvan en ocasiones la vida de enfermos destinados, al parecer, á una muerte inevitable.

En la condición privada, el doctor VÁRGAS fué benévolo y generoso con los amigos de su predilección, y ejerció la caridad con un desprendimiento de que dan testimonio las manifestaciones de dolor de muchos desvalidos á quienes socorrió y de miles de enfermos indigentes cuyas dolencias alivió con mano generosa.

El doctor VÁRGAS lo debió todo á sus propios y perseverantes esfuerzos. Pobre, sin apoyos extraños y destituido de esos dones naturales que contribuyen siempre, y bastan muchas veces, para asegurar el suceso, supo con su tenaz energía conquistar la celebridad, los honores y el respeto. Pero si su reputación médica y su clientela no menguaron jamas, y la fortuna le sonrió al fin de su vida, también tuvo numerosas decepciones y terribles y largos días de amargura, y aunque su pecho estaba armado con el *es triplex* del poeta el dardo del infortunio tocó al fin su corazón y quebrantó los resortes de su vida.

Ocupado constantemente en los cuidados de una numerosa clientela y viviendo en un país como el nuestro donde faltan absolutamente los estímulos y los medios materiales de investigación científica, el doctor VÁRGAS RÉYES no dejó ni podía dejar obras numerosas que recomienden su nombre á las futuras generaciones; pero sus sábias lecciones, sus esfuerzos en favor de la instrucción y su ejemplo vivirán por largos años en la memoria y en el corazón de sus discípulos y amigos.—A. V. V.

La Sociedad de Medicina en sesión del 30 de Agosto, aprobó unánimemente la siguiente proposición.

“La Sociedad de medicina y Ciencias naturales de Bogotá, registra el día 23 del presente como fecha infausta para la ciencia, porque en él dejó de existir el señor doctor ANTONIO VÁRGAS RÉYES que con razón merece ser considerado como uno de los médicos más talentosos é ilustrados de cuantos han brillado en el profesorado colombiano. La Sociedad recomienda á la juventud médica la memoria del doctor VÁRGAS RÉYES como verdadero modelo de lo que debe ser el hombre que consagra sus talentos, sus desvelos y su existencia entera al progreso de la ciencia, á la instrucción de la juventud y al alivio de la humanidad.”

## TRABAJOS ORIGINALES.

### NUOVO PROCEDIMIENTO OPERATORIO

para la extracción de la catarata por incisión lineal de la córnea sin excisión del iris.

Los insucesos que se sufren constantemente al practicar la operación de la catarata, y cuya explicación buscan los cirujanos en diferentes causas, mantienen en continuo estudio á los hombres que consagran su vida y su trabajo al servicio de la humanidad. Por esto vemos presentarse diariamente nuevos procedimientos seguidos de observaciones prácticas, modificando á los que anteriormente existían, reclamando lugar importante en el campo de las ciencias médicas y quirúrgicas y solicitando de todos la atención que se merecen: tales son las condiciones en medio de las cuales se presenta hoy, en el terreno de la oftalmología, un nuevo proceder de extracción lineal por la córnea sin incisión del iris.

La sección lineal de la córnea aceptada al principio como medio complementario de la operación de la catarata por depresión, y usada únicamente para dar salida á los restos del cristalino des-

pues de haberlo despedazado en el interior del ojo, fué más tarde elevada á la categoría de procedimiento, pero limitado á los casos de cataratas blandas ó semi-líquidas y para personas que no tuviesen más de 20 á 25 años de edad, y es hoy proclamado como método operatorio general y acaso exento de todos los inconvenientes de los demás procederes: hé aquí, en suma, su historia en la cual podemos ver condensado el mérito de un método que ha pasado sucesivamente de lo complementario á lo limitado y de lo limitado á lo general.

Los procederes empleados para poner en práctica este método han venido también modificándose. A la simple incisión de tres líneas hecha por Gibson y Jæger, quienes le dieron el nombre de lineal, sucedió, á mediados del presente siglo, el proceder de M. Desmarres extendido ya á las cataratas consistentes, pero á condición de despedazar el cristalino en la cámara anterior por medio de la cuchareta de Daviel y contra la cara posterior de la córnea. Más tarde y cuando se creyó que la incisión del iris debía emplearse no sólo como tratamiento en todas las afecciones que aumentan la tensión del globo ocular y favorecen las inflamaciones, sino también como medio profiláctico, inventó M. de Graefe su procedimiento combinando á la sección lineal de la córnea con la excisión del iris. Y hoy que hay motivos para creer que este método combinado es seguido de desgraciadas consecuencias, M. Notta ha presentado á la Sociedad de cirugía de París un nuevo proceder de extracción lineal sin excisión del iris.

M. Notta describe su proceder operatorio en estos términos: “El cuchillo de lámina estrecha de Graefe se introduce por la córnea á dos ó tres milímetros encima del ecuador del ojo, se dirige luego trasversal y paralelamente al iris, y tan pronto como se ha practicado la contrapunación en la unión de la córnea con la esclerótica, se vuelve el cortante del cuchillo hacia adelante y de tal manera que el dorso del instrumento se dirija al centro ideal del globo corneano, y por medio de un ligero movimiento de cierra, se divide la córnea.”

M. de Graefe practica su operación introduciendo el cuchillo que lleva su nombre, con su borde cortante dirigido hacia arriba, por un punto situado á un milímetro del borde de la córnea y á uno y medio de una línea horizontal y tangente á la cima de esta membrana. La punta del instrumento no va á buscar el lugar de la contrapunación, sino que se dirige de una manera oblicua á un punto de la parte inferior é interna de la córnea. Después de haber penetrado en la cámara anterior en una extensión de 7 á 8 milímetros, se levanta el cuchillo hasta volver á ocupar una posición horizontal; la punta se dirige luego, en línea recta al lugar de la puncción, por debajo de la abertura anterior de la esclerótica y practica en este punto la contrapunación. El corte se termina levantando un poco hacia adelante el filo del cuchillo y dando á éste ligeros movimientos de sierra. El iris se presenta entonces en toda la extensión de la herida, se le corta tan exactamente como sea posible; y calmada la hemorragia que sobreviene, se practica la incisión de la cápsula del cristalino por medio del cistitótomo, y por último, á favor de una suave presión ejercida con la cuchareta sobre la córnea y de los movimientos combinados que se imprimen con el objeto de ayudar la salida espontánea del cristalino, se termina la operación.

Como se ve, entre estos dos procederes se notan diferencias esenciales.

Por el procedimiento de M. de Graefe se obtiene una abertura que mide de ocho á nueve milímetros de extensión y siendo el diámetro del cristalino de esta misma longitud, resulta que éste apenas puede pasar por ella, pero no hallará una salida fácil sino en el caso de que haya una atrofia del cristalino, cosa rara, ó de que se hagan la puncción y contrapunación más abajo del lugar indicado, lo cual le haría entonces perder el carácter de lineal, porque se formaría un verdadero colgajo. Razon tiene, pues, M. Kuchler al decir que este procedimiento *no procura un parto fácil*.

Por medio del proceder de M. Notta se obtiene una abertura de doce milímetros, es decir tres milímetros mayor que el diámetro del cristalino al cual va á dar salida.

Al procedimiento de M. Graefe se le han presentado otros inconvenientes: la hemorragia; los pequeños prolapsos de iris que se efectúan hacia los ángulos de la herida y que tienen por efecto aumentar la sensibilidad del ojo y detener un tanto el trabajo cicatricial, favoreciendo las inflamaciones; la salida del cuerpo vítrio, cuya pérdida confiesa el mismo de Graefe haber sufrido en una serie de otros casos; y el desarrollo de las irido-corioiditis serosas y plásticas combinadas, y por último, el cambio en la forma de la pupila efectuado de una manera desfavorable para la visión.

Entre los oculistas alemanes que creen necesaria la absoluta prescindencia respecto del iris para evitar las inflamaciones consecutivas, el proceder de M. Notta hallará muchos aplausos, por que por medio de él, el iris no es cortado, ni desgarrado por tracción alguna, como tampoco violentado por el paso del cristalino.

La circunstancia de no haber hemorragia ninguna y no quedar por consiguiente coágulos en la cámara anterior del ojo, ni en los labios de la herida que obrarían más tarde como cuerpos extraños

capaces de desarrollar inflamaciones, es otra de las ventajas que presenta M. Notta en favor de su proceder.

La pequeña dimension de la herida que, comparada con la que se hace al formar un colgajo es realmente inferior, pues éste representa la cuerda y aquella el arco; la mayor perfeccion en la coaptacion de sus labios que hace difícil su union, aun por los movimientos del párpado, y el estado de las superficies de seccion que tienen en todas partes un espesor igual, son otras ventajas que M. Notta atribuye á su procedimiento, por medio del cual refiere haber practicado nueve operaciones seguidas todas de un completo éxito.

Las hernias del iris son muy raras, no ha tenido que luchar con ellas en ningun caso, y sólo en uno observó sinequias anteriores.

Para M. Notta su nuevo proceder está exento de todos los accidentes, y por tanto preferible á los demas. La seccion de la córnea no le ha dejado en ningun caso mancha alguna, y si esto sucediese, anade, alteraria en muy poco ó nada la vision. Pero á este respecto M. Lannelongue le hace observar que en un caso en que él empleó este proceder, sobrevino una opacidad en la córnea de dos milímetros que impedía la vision.

Por último, insiste en la pronta cicatrizacion de las heridas, de tal manera que del cuarto al duodécimo dia, sus enfermos han podido levantarse.

Desde luego salta á los ojos el indiscutible mérito que tendrá el proceder operatorio que se presenta ajeno á todos los defectos ó inconvenientes que existen hasta hoy para practicar la operacion de la catarata, y que sin el menor temor ni vacilacion: autorico al cirujano para asegurar el completo éxito, y es esto lo que al parecer cree haber hallado M. Notta en su nuevo método para la extraccion del cristalino. Gloria á él y fortuna para la humanidad si la experimentacion puede satisfacer sus esperanzas; y entre tanto séanos permitido hacerle algunas ligeras observaciones.

La estructura de la córnea nos sugiere algunas dudas: membrana casi sin vitalidad propia, desprovista de vasos sanguíneos que ayuden su nutricion, debe aguardar á que ésta se efectúe á beneficio del líquido trasparente que llena las células y tubos plasmáticos que la forman, y hasta los cuales no llega sino por imbibicion; más siendo ésta lenta y difícil á medida que se aleja de la red sanguínea, que le proporciona los materiales, tenemos que el centro de la córnea, es decir, el punto más distante del círculo periquerático, y por el cual pasa la incision, será por consiguiente el de más difícil nutricion, y por tanto el trabajo cicatricial sin los elementos suficientes para efectuarse será lento, y la gangrena hallará aquí condiciones aporósitas para su desarrollo. Es, pues, de temerse la opacidad del centro de la incision hecha en la córnea, y tal vez en sus partes laterales, porque éstas se acercan más y más al círculo periquerático donde hallan más fácil y rápida nutricion. Ahora bien, estas manchas centrales oponiéndose al paso de una parte de los rayos luminosos que vienen á converger á la retina, disminuyen, segun M. Wecker, la claridad de las imágenes.

En cuanto al carácter de *lineal* que dá M. Notta á su incision, y á beneficio de la cual las superficies de seccion tienen en todas partes un espesor igual, ya se ha visto no es ejecutable en el ojo, porque se demuestra geométricamente que es una condicion necesaria para hacer una seccion lineal en una esfera, el que ésta sea perfectamente regular, la punction y la contrapunction se hagan en un meridiano de la esfera, y que el plano de este meridiano no sea cortante. No siendo, pues, el ojo una esfera regular, difícilmente podrán llenarse las otras condiciones.

Hay, al practicar la operacion de la catarata, un escollo tal que raras son las ocasiones en las cuales puede evitarse; queremos hablar de la marcada tendencia del iris á presentarse al filo del cuchillo, tanto cuando éste atraviesa la cámara anterior para buscar el lugar de la contrapunction, como cuando se talla el colgajo ó se acaba la incision; y es este fenómeno tanto más pronto y seguro en presentarse cuanto más fija y rápida ha sido la extraccion del humor acuoso. Hé aquí un suceso desagradable por cierto y general á todos los procedimientos de extraccion practicados hasta hoy inclusive el de M. de Graefe. El de M. Notta nos parece que en este punto forma una excepcion única. Por medio de él haciendo la punction con todas las precauciones necesarias para que no se derrame el humor acuoso, y estando ademas la pupila perfectamente dilatada, la punta del cuchillo puede con facilidad llegar al lugar de la contrapunction sin que á su borde cortante se haya presentado el iris, porque marchando el instrumento en la mayor parte de su camino por los puntos más distantes del él, sólo se le acerca en los lugares de la punction y contrapunction, es decir en la region de sus inserciones donde naturalmente no hay ese relajamiento que se observa en el centro de una membrana sostenida únicamente á sus extremidades por puntos de apoyo. Avanzada hasta aquí la operacion y dispuesta ya la mano del cirujano para terminar la incision de la córnea, el peligro de la seccion del iris ha desaparecido por completo, por

que entónces el filo del cuchillo se vuelve hácia adelante y puede decirse *vuelve la espalda* al iris. Este equivale, pues, á decir que si para cualquiera de los demas procedimientos el momento de la seccion de la córnea es el más aporósito para que el filo del instrumento se presente el iris, para el de M. Notta es precisamente el en que se está seguro de haber salvado tal accidente. Y no se crea que esto deje de ser una positiva ventaja, porque aun cuando aceptemos que la seccion del iris no sea seguida de inconveniente alguno, en cuanto se la mire como causa de las inflamaciones, no se puede negar la influencia que al *modo* como aquella se haga tiene sobre el desarrollo de éstas; y claro está que toda seccion del iris hecha en estas condiciones, por más filo que tenga el cuchillo, siempre es acompañada de ligeras desgarraduras consecuenciales á la resistencia necesaria que para ser cortada presenta una membrana flotante, es decir un completo relajamiento.

No habiendo sido nuestro ánimo pasar revista á todos los procedimientos empleados para la operacion de la catarata, no írémos más adelante en las apreciaciones de éste, hasta tanto que la experimentacion no confirme ó niegue el éxito que en una série de pocos casos que se ha obtenido hasta ahora.

A. APARICIO.

Bogotá, Junio de 1873.

## REVISTA EXTRANJERA.

## EL CORNEZUELO DE CENTENO EN FRANCIA Y EN INGLATERRA;

discusion en la Sociedad Obstétrica de Dublin.

("Gaz. Hebdom." núm. 16, Abril 18 de 1873. Doctor Labadie-Lagrave.)

El autor se propone, no resumir todo lo que se ha dicho sobre el centeno, sino tan sólo exponer los resultados de las discusiones de la Academia de Medicina y de la Sociedad Obstétrica de Dublin, y poner de manifiesto los hechos nuevos que han resultado de los últimos trabajos.

Hace dos años que el doctor Holmes en sus estudios experimentales sobre esta sustancia, resumia los trabajos de sus antecesores y los resultados obtenidos por su mastro el doctor Sée en las siguientes conclusiones:

1. El cornezuelo de centeno y su principal preparacion, el extracto acuoso, hace contraer los pequeños vasos con túnica muscular;
2. La contraccion de las pequeñas arterias aumenta la presion arterial en los gruesos troncos;
3. Esta accion se extiende hasta los vasos pulmonares, cuya contraccion tiene por efecto hacer bajar momentáneamente la presion arterial cuando se inyecta la ergotina en la vena;
4. Estos efectos parecen manifestarse aun despues de la seccion de los nervios vaso-motores. Se ha demostrado, en efecto, que el extracto acuoso de centeno, produce constantemente una lentitud notable por pasajera de la circulacion, una regularizacion durable y manifiesta del pulso con pérdida completa de su fuerza y resistencia.

Brown Sequard dice que á dosis terapéutica, el centeno hace contraer los vasos de la médula espinal y de sus membranas; disminuye la accion refleja y la sensibilidad. A dosis tóxica congestiona éstos órganos, y aumenta la sensibilidad y el poder reflejo, efecto que exagerado produce convulsiones.

M. Baily en su excelente artículo en el Diccionario de Medicina y cirugía, (tom. 13—1870) ha precisado las indicaciones terapéuticas de este agente, las cuales reproducimos.

1. El centeno tiene propiedades ecbólicas (abortivas) por lo cual conviene durante el trabajo, ó despues de él, siempre que se necesite acrecentar el poder de las contracciones uterinas. La inercia uterina, por consiguiente, requiere en todas circunstancias el uso del centeno, que en obstetricia es preferible á la ergotina.
2. En la clínica interna las propiedades curativas del centeno mórbidos del útero; hemorragias, congestiones uterinas ó hipertrofias del cuello; á una accion quizá contestable en las hemorragias del pulmon, de los intestinos y de la vejiga; á una eficacia mediocre, pero reconocida contra las afecciones inflamatorias de la médula; y por último, á la accion sedativa que ejerce sobre el sistema circulatorio.

En cirugía la ergotina de Bonjean disuelta en agua es un hemostático seguro en las hemorragias externas capilares, ó de vasos tan pequeños que no exigen la ligadura.

Hemos presentado el estado de la ciencia acerca del cornezuelo de centeno hasta 1871. Veamos ahora los progresos hechos despues.

El doctor Tarnier en noviembre de 1872 resume así los puntos principales convenientes al uso del centeno: "Cuello dilatado ó fácilmente dilatable, y conformacion regular del basinete, son las condiciones indispensables que prometen el empleo del centeno cuando el trabajo es laborioso por causa de la insuficiencia de las contracciones uterinas." Más alla: "No debe emplearse este me-

diciendo sino en caso de necesidad absoluta, vigilando su efecto sobre la circulación fetal por medio de la auscultación frecuente: si los latidos del corazón disminuyen de frecuencia se podrá conjurar el peligro, aplicando el forceps.

El centeno es de utilidad real en las presentaciones de la pelvis; pues, la energía de las contracciones acorta la permanencia de la cabeza en el canal materno.

Ménos contestable aún es la utilidad del centeno despues de la salida del feto; pero no se crea, que pueda usarse impunemente. La retracción violenta del útero aprisiona á veces la placenta que se descompone allí y da lugar á accidentes gravísimos. Es en las hemorragias uterinas, como agente profiláctico ó curativo, que el empleo del centeno encuentra una indicación formal. Según Tarnier la acción en estos casos es doble. Minora la circulación uterina por medio de la contracción de las fibras uterinas, y tambien la circulación general en el corazón y en las arterias, por lo cual el centeno es excelente en las hemorragias que se producen en las diferentes épocas de la preñez, durante el parto y despues de la expulsión de las secundinas. Su eficacia es sobre todo notable en este último caso, en que la sangre corre á borbotones y la vida de las enfermas está en el mayor peligro. Es necesario administrarlo en este caso, sin la menor pérdida de tiempo, por lo cual el comadron debe llevar consigo algunas dosis de él. Algunos prácticos no aguardan la hemorragia para administrarlo, y lo hacen siempre que encuentran insuficiente la retracción uterina.

Habiendo visto el resumen de la práctica francesa examinaremos las opiniones de los tocólogos más nombrados en Irlanda.

El doctor I. Denham ha presentado recientemente un trabajo apoyado en las experiencias de Black y de Wright cuyo principal objeto es probar que la acción funesta del centeno sobre el feto es puramente mecánica, y que el centeno no es un agente tóxico ni delétere; pero advierte qué, su intención no es discutir la acción fisiológica de esta sustancia, sino presentar sus observaciones bajo un punto de vista puramente práctico. Como emenagogo, este medicamento ha dado resultados poco satisfactorios. En la leucorrea en pequeñas y frecuentes dosis es útil; pero tan ventajoso como él son el fierro á dosis elevadas, un régimen tónico é inyecciones astringentes. En las formas de hemorragia con útero flojo y algo dilatado, que sobrevienen algunos días ó algunas semanas despues del alumbramiento, produce excelentes resultados, así como en algunas hemorragias causadas por un pólipo uterino. En este caso, le ha parecido que aceleraba la expulsión del pólipo con el uso de este medicamento.

El doctor Denham despues de señalar las opiniones de muchos prácticos que atribuyen al centeno una influencia directamente nociva sobre el feto y sobre la madre, afirma que este medicamento administrado entre el sexto y el noveno mes de la gestación, no daña ni á la vida, ni á la salud del feto, y que su acción sobre el trabajo es nula, mientras que la gestación no haya llegado á su término. En prueba de esto, cita el caso de una mujer, que aseguraba no estar en cinta, y en la cual se oían perfectamente los ruidos fetales cardíacos. Tomó durante más de dos meses 21 gramos de centeno, y dió á luz un niño perfectamente sano. La elevación de la dosis tan sólo produjo náuseas violentas que hicieron suspender su empleo.

Sucede con frecuencia que parturientes entran al hospital con falsos dolores y sin estar de parto, aunque han llegado á término. El autor ha observado que en estos casos la administración continua del centeno, durante uno ó dos días, acelera generalmente el momento del parto, y cita un caso en el cual hizo tomar 10 gramos de licor de centeno en tres veces, el cual no habiendo producido efecto fué administrado de nuevo al día siguiente. La enferma tuvo en el mismo día un hermoso niño, á pesar de haber tomado en estos dos días 48 gramos de licor de centeno.

El no cree que el centeno produzca el aborto, aunque haya habido amenaza de este accidente; pero si el trabajo ha comenzado le conduce rápidamente á su término. Opina en contra de Tarnier, pues no tiene gran confianza en la eficacia de este agente en las hemorragias post-partum, ántes ó despues de la expulsión de la placenta: ántes, porque impide la introducción de la mano en el caso posible de una intervención necesaria; despues, á causa de la acción depresiva del centeno sobre la circulación y el sistema nervioso. Hé aquí sus conclusiones:

1. A dosis repetidas el secale sólo tiene el inconveniente de producir náuseas y anorexia;
2. No ejerce ninguna influencia nociva sobre el feto;
3. Cuando el aborto ha principiado el centeno le acelera y activa;
4. Administrado en el 2.º período del trabajo acelera en general el término; pero si el trabajo no concluye prontamente este medicamento, pone en gran riesgo la vida del feto, no porque tenga propiedades tóxicas, sino porque suspende la circulación, y favorece contracciones uterinas continuas que le comprimen violentamente;
5. En las hemorragias post-partum despues de la expulsión de las secundinas cree tan poco en su influencia sobre el útero, que rara vez le administra.

Hay en todos los países una multitud de remedios á que se atribuye la propiedad de aumentar la energía de las contracciones uterinas. El doctor Whimper nos cuenta que en la Colombia inglesa es un remedio popular para ésto el polvo de cola de culebra cascabel. En Irlanda se sacude la desgaciada parturiente y se le hace arrollar de atrás hácia adelante nueve veces, y en seguida se le dan nueve granos (0,45 c.) de trigo ó de centeno. El doctor Denham hace notar juiciosamente que los americanos que reclaman el honor de haber descubierto las propiedades terapéuticas de centeno, han tomado la idea de usarle sólo de esta práctica comun entre los emigrados irlandeses.

El autor se ocupa en seguida del centeno como astringente y hemostático, de lo que nos ocuparemos, tratando tan sólo de las indicaciones obstétricas.

El doctor Ringland confirma la exactitud de las conclusiones de Denham. El ha administrado el secale en un número de casos muy reducido, cuando la cabeza habiendo llegado al periné sufre allí una demora por consecuencia de inercia uterina. En el 2.º período del parto, es muy ventajoso cuando la enferma ha tenido hemorragias anteriores que hagan temer este accidente despues de la expulsión del feto. En cuanto al uso del medicamento en el tercer período, tiene más confianza en él que el doctor Denham; pero, como al lado del centeno ha usado el masaje del útero, la presión sobre su fondo y recomienda la combinación de estos medios, es difícil saber el papel que ha desempeñado el centeno.

El doctor Thomas More Madden tambien entra en la discusión y presenta dos problemas importantes para resolver. 1.º ¿Cuáles son los casos en los cuales conviene la administración del centeno? 2.ºCuál es la preparación que debe preferirse? "Por grande que sea, dice, el peligro de abandonar las operaciones obstétricas á manos de novicios y de desmañados, vale más confiar á los estudiantes el forceps que el cornezuelo de centeno." En su práctica ha empleado este medicamento en tres clases de casos: 1.º inmediatamente ántes de dar cloroformo, para la aplicación del forceps, administra casi siempre una dosis de centeno para favorecer las últimas contracciones uterinas; 2.º cuando la parturiente es múltipara y ha tenido hemorragias en sus partos anteriores, dá el secale tan pronto como la cabeza sale de la vulva; 3.º en fin, emplea con éxito altas dosis de centeno en las hemorragias ligeras post-puerperales, pero jamas durante el trabajo, á ménos que tenga intención de aplicar instrumentos una hora despues de la administración del medicamento.

La preparación que prefiere es el polvo fresco á la dosis de dos granos, en agua caliente. En seguida, recomendamos el licor de secale del doctor Long del cual siempre vá provisto. En 46 casos que ha empleado el centeno sin aplicar el forceps, ocho niños nacieron muertos; de 17 veces en que sólo administró el centeno sin aplicar el forceps, hubo tres niños nacidos muertos. El primero murió tres cuartos de hora despues de la administración del medicamento; el segundo, dos horas diez minutos despues; y el tercero, á la média hora. Ha dado el secale en muchos casos de hemorragias post-partum, y en muchos de ellos, este medicamento ha restañado la hemorragia, mientras que en otros ha sido necesario recurrir á otros medios.

El doctor Atthill piensa como el doctor Denham que el centeno no ejerce influencia alguna tóxica sobre el feto. Jamas le administra sino en los casos en que teme una hemorragia despues del parto, y nunca le ha visto producir buenos resultados en las hemorragias post-puerperales.

Aconseja, siguiendo la indicación de M'Clintock que se dé por el recto, y tiene la costumbre de asociar á cada dosis algunas dosis de licor de estricnina con la esperanza de reforzar la eficacia del medicamento.

En resumen, pues, el centeno no merece ni los elogios ni los reproches exagerados que se le han hecho. En obstetricia, menajado por manos competentes es de incontestable utilidad para despertar la contractilidad uterina y ayudar al trabajo; empleado sin prudencia es una arma tan peligrosa como pérfida. En fin, la acción que ejerce sobre el feto es indirecta por el intermedio de la contracción uterina que despierta y aumenta.

### CENTENO, ACCION SOBRE LA VEJIGA.

El doctor Verlich llama la atencion sobre el efecto del centeno de cornezuelo en la vejiga. En individuos envenenados por este agente se ha encontrado con frecuencia la vejiga dilatada. Sabido es que el centeno obra sobre el esfínter de la vejiga por lo cual se usa en la enuréis, la incontinencia de orina en los viejos, la paraplegia &c. En numerosos experimentos con el centeno, apesar de haber vaciado la vejiga ántes de su administración, ésta se encontraba sumamente dilatada inmediatamente despues, lo que prueba que no sólo obra produciendo un espasmo del esfínter.

El doctor Verlich no pretende explicar este fenómeno sino tan sólo hacer una observación práctica sobre el uso obstétrico del centeno. Menciona dos casos en los cuales fué administrado para provocar los dolores del parto, en que atribuye á la dilatación de

la vejiga la falta de éxito. Insiste pues, en que se examine la condición de la vejiga no sólo antes de toda maniobra, sino en los casos en que la administración del contenido no produce efecto, para recurrir á la sonda en caso necesario. En su concepto la dilatación vesical, más bien, que la mala calidad del medicamento es la causa más general de la ineficacia del contenido, pues la distensión coexistente es un obstáculo á la parturición.

#### ASMA, POR EL DOCTOR C. J. B. WILLIAMS.

(Med. Tim. and Gaz. Junio 1873.)

Llamo la atención de ustedes á un grupo de enfermedades conocidas con el nombre de asma, palabra usada como sinónimo de disnea; aunque es más exacto y más práctico el aplicar este nombre á aquellos casos de respiración anhelosa acompañada de silbido. Esto la distingue de la disnea concomitante de la pleuresía, de la neumonía, de las enfermedades del corazón y de las de la sangre (anemia y toxemia), en las cuales no existe la inspiración ó la espiración prolongada y silbante que caracteriza el asma. El silbido pertenece especialmente al asma y á la enfisema pulmonar; pero hasta cierto punto acompaña la bronquitis grave y el catarro bronquial.

La variedad más característica de asma es la espasmódica. Al entrar á un cuarto cerrado y lleno de polvo, al fumar los vapores de un estable, absorber polvos de ipecacuana, ó oler ciertas sustancias sobre el ataque en los individuos predispuestos; sin embargo, es más común que despierten á media noche con una sensación de opresión, que refieren al epigástrico, al esternal, ó á la garganta, que les hace sentarse, apoyar los codos sobre las rodillas, levantar los hombros y bajar la cabeza, luchar por aire en medio de estroñidos inspiratorios y espiratorios. La lucha puede durar de unos pocos minutos á muchos días, y cuando el espasmo cede, sobreviene en general la tos y la expectoración.

Los esfuerzos violentos de los músculos inspiratorios y espiratorios, hicieron que los escritores antiguos atribuyesen á su acción convulsiva los ataques de asma. Laenec fué el primero que describió la verdadera patogenia del asma, dándole por causa la contracción espasmódica de los tubos bronquiales que producen la disnea y los sonidos característicos del proximo. Esta opinión combatida por algunos que, niegan la existencia de fibras musculares bronquiales, y por consiguiente la posibilidad de contracciones espasmódicas, es exacta; y mis experiencias han demostrado inequívocamente la existencia de estas fibras circulares en los bronquios, las cuales se contraen bajo la influencia de la corriente galvánica, se relajan lentamente y pierden su contratilidad por medio de la repetición del estímulo.

Aunque casi todos los autores admiten la existencia de estas fibras, no convengo en que los bronquios muy pequeños posean un movimiento peristáltico, principal agente en la expulsión de los líquidos. Es probable que la acción circular contribuya á este efecto; pero en mi concepto es la aceleración que sufre el aire al pasar de las células pulmonares al árbol bronquial más estrecho la que produce la expulsión, durante la espiración de los líquidos que encuentra en su camino. En la traquearteria y en la glotis á este mecanismo se añaden los esfuerzos de tos y de expectoración, ayudados por las contracciones que acompañan el esfuerzo muscular y por las que son propias á los bronquios. Pero si los músculos bronquiales se contraen convulsivamente estrechan demasiado el calibre de los tubos y son un obstáculo serio á la espiración que se hace lenta y difícil, así como á la expectoración: esto es casualmente lo que sucede en el acceso asmático.

El hecho más interesante que resulta de mis experiencias, es el modo tan decisivo como la contractilidad bronquial responde á diferentes agentes, medicinales ó tóxicos. Así, el ácido cianhídrico no la afecta; el opio y la morfina muy poco; la cicuta y el aconito algo más; pero la belladona y el estramonio casi la destruyen, al punto que en los animales envenenados por estos dos agentes es casi imposible despertar por medio de estímulantes la contractilidad. En cambio la estricnina causa una contracción permanente y excesiva, nueva prueba del antagonismo de la estricnina y la belladona. Es importante, además el notar la diferencia de estos medicamentos sobre los bronquios y sobre el exófago y el canal intestinal. En animales envenenados con la belladona el exófago conserva toda su irritabilidad; mientras que, en iguales circunstancias, el opio casi destruye la contractilidad del canal alimenticio: esto me hace preferir la primera al segundo en caso de cólico intestinal con estreñimiento.

Hay, pues, una contracción ó espasmo tónico de las fibras musculares bronquiales en el asma. Esta contracción está sujeta al sistema nervioso como lo demuestran algunos de los fenómenos del asma: por ejemplo, la agitación mental, ó la irritación del estómago por materias indigestas, que despiertan los accesos por acción refleja. Sin embargo, el elemento nervioso es poco aparente en la observación clínica del asma, y en mis experiencias la irritación del octavo par produjo más efecto sobre la contractilidad bronquial que la irritación directa; pero puede ser, que esta contractilidad esté más bien bajo el dominio del gran simpático.

La constricción de los tubos impide el ingreso y la salida del aire, que es difícil y ruidosa, los músculos de la respiración se contraen violentamente y la lucha continúa hasta que sobreviene la relajación. Cuando esto sucede rápidamente, todo vuelve al estado normal. Empero, si el espasmo se ha prolongado la membrana bronquial y

las otras partes del pulmón se congestionan, lo cual produce aumento y alteración de las secreciones. Es por esto que la expectoración catarral y la tos acompañan frecuentemente ó suceden al paroxismo de asma. Igualmente la repetición frecuente de los ataques expone á la congestión permanente y al espesamiento de los tubos aéreos, condiciones que persisten en el intervalo de los ataques y que convierten el asma proximal ó intermitente en asma más ó menos constante ó habitual, asociada casi siempre con la dilatación más ó menos general de las células pulmonares, á la cual Laenec ha dado el nombre de enfisema pulmonar.

Además de las causas que pueden producir el asma espasmódica, como el catarro bronquial á saber: exposición á los efluvios de un campo de heno, de un estable, de un cuarto lleno de polvo, ó á la aspiración de partículas de ipecacuana, ó de otra naturaleza, hay otras causas como la impureza del aire en ciertos lugares, las indigestiones, la presencia de materias irritantes en la sangre, la gota y las emociones mentales que pueden originarla. Cualquiera que sea su origen, es muy propensa á repetir, y en general mientras más frecuentes los ataques, mayor es su duración y más probable el que la respiración quede embargada en los intervalos.

“Una irritabilidad especial de los músculos ó de los nervios que los animan,” es la expresión del hecho, más bien que la explicación de por qué las causas mencionadas despiertan la contracción de los músculos bronquiales, en lugar de producir los efectos que generalmente resultan de la acción de estas causas. Creo por mi parte, “que hay una bronquitis hipertrofiada, ó un espesamiento en la raíz de los pulmones, ó ceras de ella” alteración ó estructura que hace los músculos muy susceptibles de contraerse espasmódicamente. En un número considerable de casos aunque los ataques sean distantes en el intervalo de ellos he encontrado estertores silbantes ó un soplo tubario en los espacios infra-escapulares. Esto puede provenir de glándulas bronquiales hipertrofiadas, que acompañan con frecuencia en los niños la hipertrofia de las amígdalas; ó de depósitos intersticial submucosa en la bifurcación de la traquea, ó de alguna lesión tuberculosa limitada. Por pequeñas que sean estas alteraciones pueden aumentar la irritabilidad de los bronquios tanto por irritación mecánica como por la obstrucción parcial de la circulación, que congestiona las fibras musculares y la membrana mucosa. Que esta causa patogénica es cierta, lo prueban los ataques graves y frecuentes que existen cuando estas alteraciones adquieren alguna extensión. En casos inveterados de asma habitual, la vascularidad y el espesamiento anormales de la mucosa y tejidos subyacentes son evidentes, y estas modificaciones tienen gran parte en la producción del enfisema pulmonar que tan frecuentemente se las asocia.

El asma espasmódica, común en la niñez, se complica en esta edad con erupciones exmatosas de la piel. En el adulto se encuentra con la gota y la psoriasis, bajo la dependencia de materias morbosas en la sangre.

Los resultados del tratamiento del asma son muy variables. Algunos casos se curan pronto y permanentemente, mientras que otros burlan toda medicación. El tratamiento es simple como sucede según la naturaleza de la enfermedad. La belladona y el estramonio casi siempre triunfan del espasmo bronquial. Cuando este es el único elemento patológico bastan para curar la enfermedad. La preparación preferible es el extracto en dosis de 0,01<sup>gm</sup> á 0,02<sup>gm</sup>, cada 3, 4, ó 6 horas mientras dura la tenencia al espasmo. La sequedad de garganta que producen estos medicamentos se mitiga sorbiendo frecuentemente pequeñas cantidades de agua de linaza ó de cebada; pero á veces esta sequedad es útil porque modera el flujo catarral consecutivo.

Con frecuencia existe algun catarro que requiere salinos y revulsivos; y es posible convertirse en una bronquitis verdadera que exija pequeñas dosis de iátarro. En los casos crónicos cuando los ataques son frecuentes ó de larga duración, la mejor combinación es la del yoduro de potasio en dosis de 0,10 á 0,15 c con 0,50 centigramos de bicarbonato de potasa al mismo tiempo que el estramonio ó la belladona. He curado ó por lo menos mejorado centenares de casos con esta combinación. La eficacia del yoduro alcalino depende de su acción climatizante y desobstruyente que aumenta la secreción de los riñones y de la membrana bronquial, y favorece la absorción de los depósitos de los bronquios. La acción diurética de estos medicamentos se aumenta con ventaja en algunos casos con la adición de la escla, el celiébio ó la tintura de cantháridas, indicadas sobre todo cuando coexiste la gota, ó alguna erupción cutánea. En estos casos llenan las mismas indicaciones las aguas sulfurosas de Eauxbonnes y Caunterets, en los Pirineos y las de Vichy y de Ems.

Hay en uso otros remedios inferiores á estos contra el asma; pero útiles cuando se muestran ineficaces los mencionados. La tintura etérea de iobelia inflata en dosis de 20 á 60 gotas tiene muy buen efecto algunas veces, aunque en general produce náuseas y malestar. El cáñamo indio (cannabis indica) en dosis de 0,05 centigramos del extracto sule ser muy útil; pero en general, perturba el cerebro y el corazón. Los cigarillos de estramonio, ó de data tálula, la inhalación de cloroformo y para mayor seguridad una mezcla de éste y de óter sulfúrico, y la aspiración del humo de papel nitrado quemado son medios que en casos particulares producen alivio. Gato aliv, aunque menos completo y permanente que el de los primeros remedios, debe buscarse para combatir ataques ligeros y para dar tiempo á la operación de los remedios más eficaces.

Rara vez son tan tenaces los proximos de asma que resistan á toda medicación; pero hay casos que se agravan con los remedios de eficacia general. También sucede que el enfermo se cansa de

tomar medicamentos. En estas circunstancias el cambio de temperamento conviene y aunque el asma es caprichosa, en general debe recomendarse un lugar seco y una ciudad grande, mas bien que al campo. El afechado debe hacer sus ensayos y permanecer el mayor tiempo posible en el lugar en que por experiencia se encuentre mejor.

TRATAMIENTO DE LA VIRUELA por la vacuna y por la inyeccion de linfa vaccinal.

(Extracto de tres artículos y apreciación del traductor.)

1.º TRATAMIENTO POR LA VACUNA.

La vacuna es no sólo profiláctica de la viruela, sino curativa. El doctor Marshall (Lancet, Junio 15 de 1872) ha publicado concienzudas observaciones que demuestran el poder que tiene la vacuna para contener la viruela. Ellas se extienden á un período de cinco á seis años, y le han hecho adoptar las siguientes conclusiones. Para apreciar debidamente la influencia de la vacuna sobre la marcha de la viruela, es necesario recordar que la incubación de ésta es de 13 días; que la vacuna es una enfermedad local hasta el undécimo día; que sólo entonces se completa la absorción de la linfa que contienen las vesículas maduras, y se afecta la constitución. En prueba de esto puede aducirse que el vacunado puede tener la viruela en los ocho primeros días de la inoculación; y pero pasados los once días esto no es posible. La vacuna prende de nuevo en el mismo individuo durante los ocho primeros días, pero no después del undécimo de la primera inoculación. De aquí se deduce que si un individuo no vacunado se expone á la infección variolosa, y se vacuna en tiempo para que las vesículas adquieran su completo desarrollo, que su linfa se absorba, y que ellas se sequen antes de la invasión de la viruela, no la tendrá; ó lo que es más común tendrá síntomas generales graves, sin manchas, ó con unas pocas. Si las vesículas no han tenido tiempo para su completa evolución, la viruela será grave; pero la modificación es palpable, pues no habrá fiebre secundaria.

La relación que sigue es concluyente. En una familia numerosa, murió un niño de viruela, que no habia sido vacunado. Se recomendó que se vacunasen los otros. Cuatro fueron vacunados por segunda vez y ninguno tuvo la viruela. De los tres restantes, que jamás habian sido inoculados, vacuné á uno, el cual tuvo la viruela cuando comenzaban á secarse las vesículas. La cara se cubrió de cinco botones; y pero el enfermo no guardó la eama un solo día. El segundo se enfermó el mismo día de la inoculación; y el tercero, á quien le sucedió otro tanto no fué vacunado. Ambos sufrieron un ataque violento pero con notable diferencia. En el inoculado la vacuna y la viruela progresaron pari-passu, sin modificarse recíprocamente. El décimo día comenzó la desecación en ambas erupciones y la enfermedad terminó.

No tuvo fiebre secundaria, y estaba levantado y muy bien, en el mismo cuarto con su hermano no vacunado, quien poseyó y delirante "batalaba por la vida". A este caso, dice el doctor Marshall, tengo que añadir muchos posteriores que me demuestran la influencia curativa de la vacuna. El único inconveniente que tiene este método es la necesidad de emplearle algunos días antes de la invasión, para que las vesículas puedan desarrollarse y afectar el organismo benéficamente. El método del señor Furley obvia esta desventaja: puede aplicarse en cualquier período de la viruela con fundadas esperanzas de buen éxito.

2.º TRATAMIENTO DE LA VIRUELA POR INYECCIONES HIPODÉRMICAS DE LA LINF A DE LA VACUNA.

El señor Furley considera como errónea la opinión que sostiene que la vacunación es inútil después del 5.º día de la inhalación del germen varioloso. Hace tiempo que tiene la costumbre de practicar la inoculación de linfa vaccina en la viruela, con resultados que prueban que la vacuna no sólo es profiláctica sino curativa de esta enfermedad.

El procedimiento ordinario de insertar la linfa bajo la epidermis, suficiente en los niños es ineficaz en los adultos. Por esta razón él usa la goringuilla de Wood (igual á la de Pravaz) é inyecta la linfa bajo la piel; pero observando que la cánula á veces la retiene, de modo que el objeto no se llena, ha hecho fabricar una aguja hueca, por la cual introduce uno ó dos tubos de vacuna y vacía su contenido en el tejido celular por medio de la insuflación. Por este método ha tenido cinco muertes en un total de 60 casos. La eficacia de la linfa es mayor en el niño que en el adulto, pues parece que éste necesita mayor cantidad, por lo cual inyecta el contenido de 2 tubos.

El doctor Furley cita como ejemplos 3 casos: en un recién nacido; en un niño de 13 años y en un adulto de 84. En estos casos se puso en práctica la inyección, y en ellos, como en la generalidad de los casos, se observó que las dimensiones de las vesículas eran menores que en la enfermedad abandonada á sí misma; que algunas veces no se convirtieron en pústulas y que la desecación fué más pronta.

3.º TRATAMIENTO DE LA VIRUELA POR LAS INYECCIONES HIPODÉRMICAS DE LA LINF A VACCINAL.

(Grieve, Lancet Junio 29 de 1872.)

El doctor Grieve ha sostenido que el cow-pox (viruela de vaca) requiere ser inoculada antes del sexto día de la incubación si se quiere que ejerza alguna influencia sobre la viruela. Un número considerable de observaciones apoyan su opinión; pero desearo de cerciorarse del valor de ella ha comenzado una nueva série de observaciones.

nes. Inoculó seis enfermos con la linfa. Como eran adultos para los cuales, según Furley, la inoculación es insuficiente por no introducir la cantidad necesaria de linfa para neutralizar la enfermedad, practicó la inyección en siete casos de los cuales menciono los resultados en tres de ellos. En todo se ciñó estrictamente al método del doctor Furley; é inyectó el contenido de dos tubos de vacuna en la parte externa del brazo.

En el primer caso la linfa se tomó de un niño á los ocho días de vacunado, y la inyección se hizo el quinto día de la enfermedad. El enfermo hombre de 25 años, tenia una erupción vesicular confluyente, 120 pulsaciones por minuto, 102,8 Fah, lengua saburrosa y una bronquitis. Los síntomas se agravaron; y se presentaron la prostración, el delirio y un flegmon en el sitio de la inyección que dió dos onzas de pus. Las convulsiones y el coma terminaron la escena en el noveno día. No se hizo la autopsia; pero se supo que el difunto habia tenido una salud delicada. El doctor Grieve considera éste como una viruela grave complicada de bronquitis y de las consecuencias de la inyección vaccinal.

El segundo caso es de una mujer de 22 años, á la cual se le hizo la inyección el cuarto día de la enfermedad. La viruela se presentó con benignidad desde el principio y no influyó de un modo particular sobre ella el tratamiento. Tampoco la hizo abortar, pues al duodécimo día hubo una elevación de temperatura sin causa apreciable.

El tercer caso, una mujer de 23 años, fué de una viruela maligna con erupción confluyente, ataxia y hemorragias vaginales, complicada de una congestión pulmonar que arrebató la enferma en el octavo día. La inyección se hizo el primer día de la enfermedad.

El doctor Grieve insiste con razón, en que se le debe expresar, si las personas en las cuales se ha inyectado la linfa han sido ó no vacunados previamente; y sin esto es imposible juzgar de la eficacia de este tratamiento. Para éi hay ademas una dificultad insuperable que nos impide formar un juicio decisivo: la imposibilidad de saber en los vacunados antes del sexto día cual será el curso de la enfermedad abandonada á sí misma. Muchas veces la viruela se presenta con síntomas graves en los cuatro ó cinco primeros días, y estos desaparecen sin tratamiento alguno.

Los artículos que preceden son de esos ejemplos frecuentes de observadores que quienes el estudio de la misma clase de casos han llegado á opiniones diversas. Es pues necesario examinar rápidamente sus razones para formarse una opinión, sino exacta, por lo ménos probable del valor de la vacuna ya inoculada, ó inyectada, como método preventivo y curativo de la viruela. La cuestión se divide naturalmente en dos partes; propiedades profilácticas y propiedades curativas de la vacuna.

Que la vacuna empleada suficientemente temprano es preventiva casi siempre de la viruela, ó por lo ménos la modifica de la manera más favorable, es un hecho que demuestra la experiencia de casi un siglo y sobre el cual es inútil insistir.

Al ver la vacuna excluir la viruela, nada más racional que considerar este antagonismo como prueba de incompatibilidad. Pero esta incompatibilidad no se muestra sino después de un período de cinco á siete días según algunos y de once según Marshall, autor del primer artículo. Es por esto, que un individuo expuesto al contagio varioloso antes de esta época, contrae la viruela, la cual continúa su marcha sin impedir el desarrollo de la vacuna. Woodville ha puesto esto fuera de toda duda. Leroux después de inocular los dos virus separadamente, ha visto un boton de vacuna incrustado, por decirlo así, en uno de viruela.

La vacuna es una enfermedad local y necesita de cierto tiempo para que su linfa se absorba y modifique el organismo, poniéndolo al abrigo de los efectos del virus varioloso. El momento de esta absorción y de esta modificación generales, comienza con la manifestación de la incompatibilidad entre la viruela y la vacuna. Estos son hechos á los cuales todos los médicos prestan su apoyo; conviene sin embargo, ver cuales son las opiniones acerca de la influencia mútua que ejercen el uno sobre el otro.

En el siglo pasado la práctica de la inoculación de la viruela ha permitido fijar con alguna aproximación la duración de la incubación de ella, que es, según algunos de ocho á diez días, y según Marshall de trece días. De aquí se deduce que es necesario vacunar lo más pronto posible, después de la exposición al contagio de la viruela, para que el virus de la vacuna llegue á su completo desarrollo, no tanto con la intención de evitar la viruela, cuanto de modificarla en lo posible.

La generalidad de los autores cree que la vacuna y la viruela semejantes á dos semillas sembradas en el mismo terreno, se desarrollan sin modificarse. Esta es la opinión Woodville, de Bousquet, de Mar-d'Espine y de Trousseau; pero Zandyck, Rayer, Herard y Tardieu creen que la vacunación practicada durante la incubación variolosa, modifica la viruela y lo convierte en varioloido. Tardieu cita un caso en que la vacuna produjo buenos resultados á pesar de no haberse inoculado sino después de la aparición de la erupción variolosa. El mismo Trousseau menciona el caso de un niño de once meses en el cual la vacuna se desarrolló normalmente, y la viruela fué modificada y muy benigna, la inoculación vaccinal habiéndose practicado durante la incubación de la viruela. Las observaciones del doctor Marshall demuestran que si las vesículas de la vacuna han llegado á su completo desarrollo antes de la invasión, ó bien se evita el ataque, ó el será de poca gravedad; y que si el desarrollo de ellas no es completo, la modificación producida por la

vacuna se nota por la ausencia de fiebre secundaria. Hay pues, *hechos suficientes para adoptar la inoculación vacinal durante la incubación variolosa*, no como preventivo, sino como modificadora de la viruela. Por esta razón recomendamos se siga el juicioso concepto de Zandyck de *vacunar durante la incubación de la viruela en todos los casos*.

En cuanto á la inoculación de la vacuna despues de la aparición de la viruela, parece insuficiente según la opinión del señor Furley, quien recomienda la inyección por el método mencionado. Las conclusiones de este autor acerca de la modificación favorable de la vacunación ya citada de Tardieu y por una que otra que se encuentra en sobre la forma de la viruela, que niega la influencia de la vacuna lina pareció aumentar la gravedad de la enfermedad. Nótese, sin embargo, que en este caso el mal desde su principio fué muy grave y complicado de bronquitis. El flegmon que se presentó, como complicación, per sé no podía causar la muerte. En nuestro concepto no debe atribuirse el flegmon á la inyección de la lina, sino más bien á la mala elección del líquido inyectado. En efecto, el fluido se tomó comenza y disminuye rápidamente la actividad de él. No encontrando, por consiguiente, prueba positiva de los malos efectos de la inyección de la lina en el curso de la viruela, y habiendo algunos hechos que demuestran su utilidad, creemos que la inyección de lina vacinal, ó por lo ménos, la vacunación, debe ensayarse, en todos los casos de viruela, sin que por esto se descuide el llenar las indicaciones terapéuticas del caso. Claro es, que sea la inoculación ó inyección la que se emplee, conviene practicarla lo más pronto posible despues de la invasion, pues así, tendrá más probabilidades de buen éxito.

Bogotá, Agosto de 1873.

#### TRATAMIENTO DE LA TOS FERINA POR EL DOCTOR W. MACCALL.

(Glasgow. Med. Journ, Agosto de 1872).

Nuestro primer cuidado en un caso de tos ferina simple es el impedir las complicaciones. El niño debe estar bien abrigado y en cuanto sea posible debe evitarse la exposición á variaciones repentinamente de temperatura. El alimento debe ser menor en cantidad frecuente, ordeno una pequeña cantidad de un alimento farináceo ligero, ó de té de carne inmediatamente despues de él; pues entónces, hay tiempo para que el alimento se digiera en parte, ó totalmente antes del 2.º acceso de vómito. Las complicaciones deben tratarse según los principios generales sin adoptar medidas debilitantes, porque la tos puede continuar despues de subyugada la enfermedad intercurrente.

La expectación conviene en los casos leves; pero cuando los paroxismos son graves y nos amenazan con peligros del lado del sistema nervioso, tenemos por fortuna remedios capaces de disminuir la intensidad y la duración de la enfermedad. La estadística nada nos enseña sobre la duración de esta enfermedad á causa de su fisonomía tan variable. Observando los caracteres de cada caso, y la eficacia del remedio que empleamos, suspendiéndole para ver si la modificación depende de él, podemos llegar á conclusiones útiles y definidas.

A la vanguardia de los remedios empleados colocó decididamente el ópio y la belladona. El 1.º le doy bajo la forma de polvos de Dover solos, ó mezclados con el alcanfor, y un grano (0,05 centigramos) para un niño de un año, calma los ataques y la irritabilidad general que con frecuencia los acompaña. Tiene el inconveniente de producir estreñimiento, y cuando la expectación es abundante es mejor no darle.

La belladona es el medicamento más eficaz y constante en su solución. En general uso el polvo de la hoja y algunas veces una solución de sulfato de atropina. La tolerancia es muy variable y comienzo por esto con pequeñas dosis como un cuarto de grano de polvos de la hoja, dos ó tres veces por día para un niño de un año, aumentando con cautela la dosis hasta que modifique los paroxismos. Es innecesario producir el atropismo, y cuando éste se presenta debe suspenderse la dosis por algunos días. La belladona ejerce una acción suave sobre el canal intestinal.

El bromuro de potasio es de eficacia menos constante, y en algunos casos inútil. Tiene la ventaja de no necesitar mucha vigilancia en su administración; pero á veces es mal tolerado por el vómito. La dosis es de dos granos para un niño de un año, cada cuatro horas.

El cloral me ha surtido buenos efectos; debe administrarse en dosis elevadas, como un grano por cada año del niño, y repetirse cada cuatro horas. En los casos graves conviene darle de modo que produzca el sueño. Es muy útil en casos de convulsiones.

No tengo bastante experiencia para hablar decididamente sobre otros remedios como el ácido cianhidrico, el sulfato de zinc, el cloroformo, las aplicaciones locales &c. Cuando la secreción del moco es abundante en el último período, el ácido acético extendido es muy útil, disminuyendo la secreción y ejerciendo una acción tónica y anti-espasmódica; pero no

debe olvidarse su efecto sobre los dientes de los niños. El amoniaco es un agente precioso si hay prostración.

Los vomitivos son adyuvantes útiles en todos los períodos de la enfermedad. Uso el polvo de ipecacuana, y si la prostración es grande, prefiero el sulfato de cobre.

Cuando la enfermedad se prolonga y vá acompañada y seguida de emaciación, el aceite de bacalao es el medio más poderoso que tenemos para restablecer la salud é impedir las malas consecuencias, sobre todo las de naturaleza tuberculosa.

#### TRATAMIENTO DE LA DISENTERIA.

El doctor Amelung trata la disenteria, partiendo del hecho anatómico-patológico de que la enfermedad es una difteria del intestino grueso, por medio del ácido carbólico, que ha usado en una reciente epidemia en Alemania. Cuando el instestino grueso contiene materias fecales duras, ordena una emulsión, seguida al otro día por el uso del ácido carbólico. Cuando las cámaras contienen moco y sangre y van acompañadas de tenesmo administra el ácido sobre la marcha. De 2 á cinco días bastan para que las deposiciones sean acuosas, y entónces administra el ácido tánico com ópio, ó la tintura de catecú si la diarrea persiste. La solución empleada es una parte de ácido en 200 de agua con adición de una pequeña cantidad de tintura de ópio. El autor (Berlín. Klin. Wochenschrift) no avanza ninguna explicación sobre la acción del por la muerte. (Lancet, 31 de Mayo de 1873).

#### REMEDIO CONTRA EL CATARRO.

El doctor Brand recomienda la fórmula siguiente como el olfatorio anti-catarral del doctor Hagner: R. Acido carbólico 5 partes. Espíritu de uino rectificado 15 id. Solución fuerte de amoniaco 5 partes. Agua destilada 10 id. Póngase en una botella, tapada al esmeril y de color oscuro. Cuando el catarro comienza se colocan unas pocas gotas sobre 3 ó 4 capas de papel secante, y el enfermo cerrando los ojos inhala con fuerza los vapores hasta que deje de percibir el olor. El efecto de esto es el cortar el período agudo del catarro, el evitar el flujo y el catarro bronquial y laringeo; todos los otros síntomas desaparecen. El remedio debe usarse cada dos horas.

#### ACCION DEL AGUA FRIA SOBRE EL BAZO.

En un número reciente de los archivos de Virchow el profesor Mosler menciona la disminución del tamaño del bazo, que producen las duchas frías. Este efecto se produce tanto en los casos de fiebre palúdica como en los de fiebres recurrentes. Cuando no tiene lugar debe considerarse éste como un mal síntoma que demuestra el carácter grave de la enfermedad. (Lancet, Mayo 31 de 1873).

Pio RENGIFO.

#### CORRESPONDENCIA.

- SR. DR. JESUS MARIA GÓMEZ G: *Marinilla*—Fué pagada la letra por valor de 5 suscripciones.
- SR. DR. CAYETANO LOMBANA: *Ambalema*—En nuestro poder el valor de 16 suscripciones.
- SR. DR. JOSÉ RAMON FONTAL: *Cartago*—Recibida la suscripción de usted á dos séries. Estimariamos se encargase de la agencia en esa ciudad, y se sacen los periódicos del correo, puesto que el nombrado está ausente.
- SR. DR. PRÓSPERO CERVANTES: *La Mesa*—Recibido el valor de la suscripción de usted y del señor doctor Gómez.
- SR. DR. CÉSAR TORRES: *Citiquirú*—En nuestro poder el valor de 2 suscripciones.
- SR. DR. ANTONIO MARTÍNEZ RECAMAN: *Ambalema*—Cubierto el valor de su suscripción.
- SR. DR. JOSÉ JOAQUIN JARAMILLO: *Sonson*—El valor de las suscripciones puede usted remitírsela á nuestro nombre al doctor A. Posada en Medellín.
- SR. DR. M. M. CARRISOZA: *Espinal*—Nos fué entregado el valor de su suscripción.
- SR. DR. ANTONIO M. CALDERON: *Sootá*—Recibido el valor de seis suscripciones.
- SR. DR. MODESTO GUERRERO: *Cali*—Recibido el valor de cinco suscripciones.
- SR. DR. SANTIAGO QUINTERO: *Cartago*—Por el correo se recibieron cuatro pesos por su suscripción á la 1.ª y 2.ª série.
- SR. DR. AFARICIO RÍVEZ: *Bucaramanga*—Recibido el valor de cuatro suscripciones.
- SR. DR. FAUSTINO SIERRA: *Bucaramanga*—En nuestro poder el valor de su suscripción.
- SR. DR. ABRELIANO POSADA: *Medellín*—En el correo se encuentra una encomienda de dinero para mí; pero no he recibido la libranza correspondiente.
- A todos los señores á quienes nos dirigimos en la presente correspondencia le damos las más cumplidas gracias.

BERNARDINO MEDINA.