

REVISTA MÉDICA

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA DE BOGOTA

REDACTOR, DOCTOR PIO RENGIFO

SERIE I.

Bogotá, 31 de Enero de 1874.

NÚM. 10.

PARTE OFICIAL.

EXTRACTO DE LAS ACTAS DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA.
SESION DEL DIA 30 DE SETIEMBRE.

Presidencia del señor doctor Antonio Ospina.

(CONCLUSION).

DR. CASTAÑEDA.—El Informe del señor doctor Rocha me parece una excelente monografía de la degeneración ceruminosa, digno trabajo de tan robusta pluma, pero no estoy de acuerdo en considerar dicho trabajo como aplicable á las observaciones del doctor García.

Las razones en que me fundo son las siguientes:

Las dos primeras han sido anotadas ya por el doctor Aparicio, á saber:

1.º La ictericia, que es sumamente rara en esta afección, según las observaciones de Freirichs, pues en 23 casos solo ha encontrado dos veces este síntoma, y en las observaciones del doctor García ha existido en todos:

2.º La duración de la enfermedad que, según Freirichs, es de muchos meses, y el doctor García presenta un caso de 20 días, y el que más duró apenas alcanza á tres meses:

3.º Las reacciones químicas obtenidas, son completamente diferentes á las obtenidas por Virchow y Freirichs, pues estos solo consideran como característico el rojo que pasa al violado. No se puede admitir la observación del señor doctor Rocha, quien juzga que la presencia de los albuminatos ha podido oscurecer la reacción, porque estos tienen la misma que la materia amiloide, según lo indica Freirichs; y

4.º No se ha hecho el exámen microscópico por el señor doctor Rocha, hecho muy interesante, porque en esta afección las células hepáticas están completamente destruidas; y en una preparación de estos hígados hecha por el doctor Osorio que tuve ocasión de observar la célula se presentaba intacta.

Por estas razones no creo que pueda aplicarse el trabajo del doctor Rocha á las observaciones del doctor García.

DR. GARCÍA.—El tinte icterico, el dolor en la region hepática y los vómitos han existido en algunos casos, es verdad; pero en todos ellos la autopsia ha demostrado la existencia de una peritonitis tuberculosa miliar, ya general, ya limitada á la cara convexa del hígado, y esto explica suficientemente la existencia de aquellos síntomas y la marcha rápida de la enfermedad de una manera independiente de la lesion orgánica del hígado.

La duración de la enfermedad no se puede referir en todos los casos á una época precisa, ni ménos creer que ella principió en la fecha de entrada al hospital; porque es sabido que los pobres que recurren á este establecimiento, lo hacen despues de largos sufrimientos anteriores y cuando el mal ha avanzado mucho. Por otra parte, los datos que de ellos se pueden obtener, son vagos é inciertos en la generalidad de los casos, para deducir consecuencias exactas con relacion al tiempo en que principió lo enfermedad.

DR. OSORIO.—Pido la palabra para llamar la atencion

sobre las piezas anatomo-patológicas que he presentado esta noche.

El hígado tiene un color amarillo de tocino muy resistente, de bordes redondeados y al cortarlos con el escalpelo se experimenta dificultades, sin embargo no me ha dado la reaccion que indica Freirichs, como característico de la degeneracion amiloide, mientras que el bazo perteneciente al mismo individuo, sí dió la coloracion roja y luego azulosa tratado por el ácido sulfúrico y la tintura de yodo, reaccion á la cual no doy mucha importancia.

El exámen microscópico de este hígado nos demuestra que una gran parte de sus células habian desaparecido, y aunque pueden verse, se encuentran atrofiadas; no existe grasa, ni predomina el tegido fibroso. Si á estas alteraciones anatomo-patológicas, se añaden los síntomas que observamos en el enfermo, se puede considerar este hígado como tipo de la cirrósia amiloide.

En el primer hígado presentado por el doctor García, existe tegido fibroso en abundancia i en el segundo, la grasa predomina. Bien sabemos que la cirrósia amiloide puede presentarse con estos caracteres, pero creo que no está por demas hacer conocer este hecho.

DR. ROCHA CASTILLA.—Antes de entrar en el fondo de la cuestion, debo manifestar que al doctor Rengifo pertenece el honor de la iniciativa en esta importante materia. Él fué, quien no contento, como me sucedió á mí, con sospechar la degeneracion amiloide del hígado en el primer caso del doctor García, exigió á éste que recogiese y presentase á la Sociedad la observacion que ha sido el punto de partida del informe que os leí y de la luminosa discusion que se ha suscitado. Por mi parte, me complazco en tributar al doctor Rengifo los merecimientos á que es acreedor, á la vez que doy las más sinceras gracias á los demás señores que se han tomado el trabajo de estudiar la cuestion, prestándole toda la atencion y dándole toda la importancia que le corresponde. Menciono especialmente al doctor Osorio, investigador infatigable á quien los estudios médicos de nuestro país, deben ya interesantes servicios.

Creo, señores, que las objeciones que se han hecho á mi informe, ó más bien á las opiniones en él emitidas, provienen casi todas de no háberse podido dar cuenta exacta de todo lo que allí expreso.

Para el doctor Aparicio existe en el hígado de nuestra primera observacion una inflamacion difusa que, según él, está demostrada por la presencia en medio del parenquima hepático de cierta cantidad de tegido fibroso observado por el doctor Osorio al exámen microscópico. A esta inflamacion deberian atribuirsele, según el mismo doctor Aparicio, los síntomas agudos que presentó el paciente, y ella pudo haber sido la causa de la peritonitis que acompañaba la alteracion del hígado. A esta objecion contestó preguntando, ¿en dónde están los caracteres de una verdadera hepatitis?

Sabemos, en efecto, que normalmente existe en medio de la glándula cierta cantidad de tegido celular ó conjuntivo, proveniente de los prolongamientos de la cápsula de Glisson de los canaliculos hepáticos y de los vasos

arteriales y venosos. Por consiguiente no hay por qué sorprenderse y mucho ménos deducir consecuencias; á mi modo de ver erróneas, si el microscópio revela la existencia de tegido conjuntivo ó fibroso, aún en los hígados que conservan la normalidad de su estructura. Además, Freirichs y otros autores cuya autoridad respeto, porque ella se ha impuesto por la observacion, la ciencia y el talento incontestable del genio, dicen que la inflamacion difusa y aguda del hígado se acompaña, casi siempre, de la atrofia de este órgano y en todos los casos *sin excepcion* de la rápida destruccion de las células hepáticas, y sobre todo de un *reblandecimiento notable* debido probablemente á la infiltracion de una materia friable, y albuminosa. Es á esta especie de hepatitis que se refieren los síntomas que el doctor Aparicio menciona, (delirios, convulsiones, hemorragia é ictericia intensa) y que pertenecen á la ictericia-maligna.

Es cierto que para muchos patólogos la hipertrofia del tegido celular ó conjuntivo del hígado, ó la produccion anormal de este tegido que caracteriza la cirrósisis simple ó granulada de este órgano, sería una verdadera inflamacion crónica; pero entonces al lado de la hipermia en los puntos no invadidos por la degeneracion, es fácil á la simple vista percibir el tegido hipertrofiado ó de nueva formacion, á la vez que la glándula disminuye cada dia de volúmen, casi en relacion inversa de la cantidad de tegido patológico que ella contenga. Pero aquí, señores, en el caso especial que nos ocupa, el hígado estaba completamente exangüe, no se distinguian en su espesor ni restos de tegido conjuntivo ó fibroso y su excesiva dureza coincidia, lo repito, con un aumento de volúmen considerable. Vease, pues, que las deducciones del doctor Aparicio y las del doctor Castañeda que ha venido á apoyar la argumentacion del primero carecen de fundamento.

Para estos dos distinguidos compofesores sobran en caso de admitir una degeneracion amiloide, algunos síntomas, como la fiebre, el vómito, la ascitis y la ictericia. Pero recuerden que en mi Informe digo terminantemente, que estos síntomas, lo mismo que la excesiva sensibilidad del vientre y la pronta terminacion del mal, deben atribuirse á la peritonitis que complicaba la degeneracion ceruminosa del hígado. Y no se crea que esta complicacion es un hecho casual ó propio á las dos observaciones que examiné, pues Freirichs y Jacoud la mencionan como una de las más frecuentes.

Es indudable que si las reacciones químicas hubiesen sido enteramente idénticas á las que indican los autores, toda duda habria desaparecido de nuestro ánimo respecto de la naturaleza de la alteracion; pero téngase presente que con frecuencia esas reacciones son en realidad oscuras, sobre todo, cuando con la materia ceruminosa existen en abundancia sustancias albuminoideas, pues entonces, como en el segundo caso sometido á nuestro exámen, en vez de obtener con la tintura de yodo sola ó con esta y el ácido sulfúrico, una coloracion roja ó violácea ó más bien azul se produce un color azul verdoso ó enteramente verde. Por lo demas, si como lo han demostrado los últimos análisis elementarios de la sustancia ceruminosa, esta presenta los caracteres de una materia albuminoidea, nada de extraño tiene que el reactivo empleado hasta ahora no dé siempre resultados satisfactorios.

Infútil me parece añadir para contestar á una observacion del doctor Osorio que aunque el microscópio le haya demostrado en el hígado de la segunda observacion gran cantidad de vejiguillas adiposas, esto no excluye la presencia simultánea en el mismo hígado de la materia ceruminosa, porque nada más frecuente, por cierto, que la coincidencia de estas dos alteraciones; pero indudablemente, tanto en la primera como en la segunda observa-

cion del doctor García, la lesion primitiva ó aquella que predominaba en el hígado, era la degeneracion amiloide, ceruminosa ó lardácea.

DOCTOR VARGAS VEGA.—Las explicaciones verbales dadas por los doctores Rocha y García demuestran que se trata en realidad de una degeneracion amiloidea del hígado, no obstante que en la observacion presentada falta el exámen microscópico de la pieza anatómica, y que las reacciones con el yodo, que se mencionan, no satisfacen completamente. Sobre este último punto el profesor Virchow manifiesta que “es indispensable cierta *habilidad* para hallar las cantidades de yodo y ácido sulfúrico necesarias para producir la coloracion característica de la materia amiloidea; porque el ácido sulfúrico concentrado destruye rápidamente esta sustancia; y, si no se tiene mucho cuidado, la coloracion es dudosa.” Y agrega: “Hay necesidad, por consiguiente, de dejar obrar completamente el yodo *empleado en solucion acuosa muy debilitada*: se obtiene mejor resultado agitando el objeto con una aguja de preparacion, de modo que el yodo penetre con mucha lentitud; y hay que *aguardar muchas horas* para que se manifieste la coloracion característica!”

El nombre de materia *amiloidea* puede hacer creer que se trata, en efecto, de un depósito de granos amiláceos, con los cuales tienen mucha analogía de forma los granillos que constituyen el depósito amiloideo de las degeneraciones; pero debe tenerse presente que granulaciones de estructura idéntica y que dan igual coloracion con el yodo, se muestran normalmente en la prótata, en el hígado, en el bazo, en el aparato nervioso, en las mucosas de los órganos genito-urarios y en otros muchos órganos; y, según análisis modernos, estas granulaciones pertenecen por su composicion química á la clase de las sustancias albuminoideas.

Las recientes investigaciones del doctor W. Dickenson tienden á demostrar que la sustancia de que se trata es *fibrina* despojada del álcali necesario para conservarse en solucion con la sangre. “Privada así de su álcali la fibrina se depositaria, ó *asentaria* en el tejido, y engrosaria las paredes de las arterias finas, produciendo la apariencia de un desarrollo exagerado de sus fibras transversas.” Teniendo en cuenta la composicion química de este depósito y las condiciones en que se produce, el eminente patologista inglés propone la denominacion de *degeneracion fibrinosa*, para reemplazar la equívoca denominacion de *amiloidea*; y refiere, en apoyo de su opinion, muchos hechos de su práctica en que la degeneracion amiloidea de los riñones, del hígado y del bazo, han reconocido por causa las supuraciones prolongadas, la albuminuria, el impaludismo y la caquexia mercurial.

Las observaciones del doctor Dickenson están de acuerdo con las del profesor T. G. Hervart, de Edimburgo, quien ha observado con suma frecuencia la degeneracion amiloidea del hígado y del riñon en los cadáveres de los soldados que mueren en el antiguo fuerte Pitt, por consecuencia de la albuminuria, de la caquexia sífilítica y del mercurialismo.

No debe extrañarse, por consiguiente, que esta degeneracion sea tan frecuente en los enfermos que mueren en el hospital; y si ántes no se habia observado tal hecho, débese á las pocas disecciones que se hacian y á que los médicos no habian fijado la atencion en esta clase de lesiones. Los señores García y Rocha han hecho, por tanto, un servicio señalado á la ciencia con la presentacion de piezas anatómicas y de observaciones en que se pone de manifiesto lo comun de esta enfermedad.

El señor doctor Rengifo ha señalado como una de las causas probables de la frecuencia de la afecion amiloidea en los enfermos que entran al Hospital de Caridad de esta ciudad, el impaludismo. Yo me permito llamar la

atencion de los miembros de esta Sociedad á otras causas productoras que no me parecen ménos activas: á la caquexia sífilítica, tan comun y en los enfermos que buscan asistencia en este hospital; y á la miseria fisiológica, resultado del desabrigue, de la mala alimentacion, de las costumbres depravadas de los infelices que en él se asisten de ordinario, miseria que se agrava con el mal régimen hospitalario de aquel instituto. Si lo que aparece de la experiencia de los doctores Dio-Senkon y Sterran, es exacto las causas que dejo apuntadas, deben obrar poderosamente en el individuo para producir las enfermedades que se le atribuyen. En consecuencia, el Sr. Secretario me propone que se publiquen en la *Revista Médica*, así la observacion del doctor García como el Informe del doctor Rocha, que es un resumen bastante completo de lo que se ha escrito en esta materia.

Esta proposicion fué aprobada y se levantó la sesion á las diez y média de la noche.

El Secretario, A. APARICIO.

TRABAJOS ORIGINALES.

PAULLINIA O GUARANA.

Aunque bajo la denominacion de Paullinia se comprenden las varias especies de árboles que pertenecen á esta tribu, una de las tres que constituyen la familia de las sapindáceas, tambien se comprende bajo el nombre de Paullinia ó Guarana, la preparacion alimenticia que se usa en la higiene y el polvo empleado en la terapéutica. Algunos, sin embargo, restringen el nombre de guarana tan sólo al producto extraido de la paullinia sorbilis que crece en el Amazonas, la cual sirve á los indios del Guarani para la preparacion del compuesto llamado guarana. En cuanto al nombre de paullinia, le ha sido dado en honor al botánico Paulli, que fué el primero que la describió. Un artículo publicado en Abril de 1872 en el *Brit. Med. Jour.* por nuestro antiguo maestro el doctor Samuel Wilks, médico del hospital de Guy en Londres, y comentado por el doctor Latham, nos ha dado la idea de dar una corta noticia de la paullinia al punto de vista de la farmacia, la historia natural y la terapéutica. Nos ha confirmado, sobre todo, en nuestro propósito lo poco usado de la guarana en Colombia, á pesar de su indudable utilidad en ciertos casos. Nuestra tarea tiene, ademas, para nosotros, el halago de que las plantas que producen esta sustancia, crecen en nuestro país, en el Caquetá, en el Estado de Santander y probablemente en otros puntos de nuestra República. Por otra parte, la paullinia conocida en Francia desde hace muchos años, habiendo sido bien descrita por Merat desde 1822, y usada generalmente contra la jaqueca biliosa, apenas lo es en Inglaterra, y en Alemania, en donde su empleo comienza á generalizarse. Es probable, por consiguiente, que la guarana venga á ser con el tiempo un artículo de exportacion y su precio elevado en los mercados extranjeros merece que se estudie su explotacion.

La paullinia, como dejamos expuesto, pertenece en el órden natural á la familia de las sapindáceas; y en el sistema de Lineo á la octandria triginta.

Esta familia está compuesta de árboles, ó arbustos, á veces de plantas herbáceas con hojas alternas imparipinadas, con estípulas caducas. El cáliz tiene de cuatro á cinco sepalos libres, ó ligeramente soldados; es algo oblicuo y desigual en su base. La corola, falta algunas veces, cuando no, tiene de cuatro á cinco pétalos lisos, ó glandulosos hacia su parte média, en la que á veces llevan una lámina petaloida. Los estambres son el doble de los pétalos, hipoginos, insertados sobre un disco plano que ocupa el fondo de la flor. El ovario es trilobular, conteniendo cada celda dos óvulos superpuestos, adheridos al ángulo interno. El estilo, simple en su base, es trifido en su cima terminada por tres estigmas. El fruto es una cápsula con una, dos, ó tres celdas que contienen una sola semilla y se abren por tres válvulas. Las semillas contienen un embrión en su raicilla, encorvada sobre los cotiledones y desprovista de endospermo.

La tribu de las paullinias tiene pétalos con apéndices; un disco de glándulas distintas entre los pétalos y los estambres; y el ovario con tres celdas monospermas; y las plantas que la componen son arbustos, ó yerbas volátiles, con ganchos.

Las especies de paullinia son: paullinia sorbilis, p. cupana, p. pinnata, p. africana y p. asiática. Las que verdaderamente nos interesan son: la sorbilis y la cupana, que crece principalmente á orillas del Orinoco, porque es de ellas que se prepara la paullinia, ó guarana. El doctor F. Bayon ha tenido la complacencia de in-

dicarnos los nombres vulgares de estas dos especies. La primera se llama en Oúcuta *liana de sierra*; la segunda, *guarana* en el resto del Estado de Santander. Digamos de paso que la asiática se usa como febrífugo: que la africana, astrigente, contra la hemorragia, y finalmente, que la pinnata se echa en el agua para envenenar los peces (Trousseau).

Las partes usadas de la planta, segun Bouchardat, son las semillas y la raíz; pero las primeras son las que sirven, casi exclusivamente, para preparar la paullinia. Las semillas están encoradas en una cápsula coriácea de tres válvulas; son lenticulares, casi espinosas y rodeadas de un arillo color de carne, del cual es fácil separarlas cuando están secas.

El polvo de la semilla, mezclado con fécula de yuca y con chocolate, constituye la preparacion alimenticia que lleva el nombre de guarana, cuya composicion exacta los indios guardan secreta. Esta mezcla se usa como bebida, del mismo modo que nosotros usamos el chocolate; pero tambien usan los indigenas el polvo de paullinia sólo, el cual se obtiene rallando la semilla con un hueso ó trozo de un pescado de agua dulce, y del cual añaden cuatro á ocho granos á un vaso de agua. Como tanto el compuesto como el simple, llevan el mismo nombre, esto ha dado lugar á alguna confusion en el lenguaje y aun en la práctica. Debe, por consiguiente, en farmacia y terapéutica limitarse el significado de las palabras *paullinia*, ó *guarana* al polvo sacado de la semilla, y no á la preparacion alimenticia que se hace del modo siguiente, segun H. Martins: en Octubre y Noviembre se recogen las semillas, se ponen á secar al sol, y cuando están perfectamente secas, se frotan entre los dedos para quitarles la peluca.

Se muelen en un mortero, ó en una piedra de moler chocolate, previamente calentada, y el polvo se laumedece, ó bien exponiéndole á la accion del rocío, ó por la adiccion de una pequeña cantidad de agua. En este estado se le incorpora la fécula, el cacao, el arúcar y algunas semillas enteras, y finalmente, se divide la masa en cilindros que tienen un color rojo oscuro, una superficie áspera, y una fractura de aspecto jaspeado como mármol, cuando están secos, lo cual se obtiene por medio del humo, ó del calor del sol. Entónces adquieren una dureza considerable, se pulverizan con mucha dificultad, y el polvo oscuro tiene un sabor amargo y astrigente, y un olor semejante al del café tostado.

En el análisis de las semillas de paullinia, Martius encontró un principio cristalizabile al cual dió el nombre de guaranina; pero posteriormente Berthemy y Dechastellus descubrieron que esta sustancia es idéntica con la cafeína, ó teína.

El análisis de Fournier demuestra que la paullinia contiene: goma, almidon, un aceite fijo, un aceite concreto volátil, una esencia líquida, aromática, soluble en el agua adicionada de una pequeña cantidad de alcohol, y otra escasamente soluble; un principio particular, y ácido tánico con el cual esta combinada.

Como Wood y Atfield, oportunamente lo hacen notar, es un hecho sorprendente el ver que las bebidas alimenticias de la raza humana, contienen un principio activo idéntico, ó por lo ménos muy semejante en sus propiedades. Mucho ántes que la luz del análisis químico nos hubiese demostrado la existencia de este principio comun, una especie de instinto entre los diferentes pueblos, parece haberlos guiado en la eleccion caprichosa aparentemente, de estas bebidas, eleccion que nuestros conocimientos de la composicion elemental de ellas justifica completamente. En efecto, el café y el té contienen la teína ó cafeína; el té de Paraguay, bebida comun en Chile, bajo el nombre de mate, contiene el mismo principio; y con la paullinia sucede otro tanto; y la teobromina del cacao, es el homólogo de la cafeína. En cuanto á la coca, que tanto consumen los indios de la América Meridional, contiene la cacaína, que sino es idéntica con la cafeína, es como ella un principio alimenticio azoado, cuyos efectos fisiológicos son muy semejantes. La proposicion en que en estas plantas entra la cafeína, es segun el doctor Stenhouse, la siguiente:

| | |
|-----------------------------|--------------|
| Paullinia | 5,07 por 100 |
| El té negro | 2,13 id. id. |
| El café | 1,00 id. id. |
| El té de Paraguay | 1,2 id. id. |

Haremos notar como un hecho interesante que la nuez de Kola, (*Esterculus scimitaria*) usada en Africa como bebida, el doctor Daniell, en 1865, habiendo notado que un cocimiento de ésta le habia privado del sueño, tuvo la idea de analizarla y descubrió en ella la presencia de cafeína.

Las preparaciones farmacéuticas de la paullinia, son el extracto alcohólico administrado á dosis de 10 á 20 centigramos, tres á cuatro veces al día; las infusiones de la raíz, un chocolate y una pomada; el polvo que se administra á dosis de 50 centigramos hasta dos gramos, repetidos varias veces y en largos ó cortos intervalos segun el caso.

Terapéutica. — La paullinia ha sido poco usada, y en Europa, casi exclusivamente administrada contra la jaqueca. Lo poco conocido de este medicamento, nos explica el por qué no se ha ge-

neralizado, pues su composición nos justifica plenamente para pronosticarle en tiempo no lejano un empleo muy espaciado.

Para darnos cuenta de sus efectos terapéuticos, es necesario fijarnos en su composición química, analizando la cual encontramos la explicación de su eficacia en los casos en que se la usó, al mismo tiempo que ella nos señalará aquellos en que merece ensayarse.

La paullinia contiene esencias que le dan propiedades excitantes; una cantidad notable de tanino, por lo cual es astringente, y 5,07 por 100 de cafeína á la que debe sus efectos sedantes sobre el sistema nervioso. Este principio hace que su acción, bajo este aspecto, sea enteramente semejante á la del café, diferenciando solo en que la paullinia es más analéptica, y no contiene el principio amargo del café, purgante para algunas personas.

Los aceites esenciales producen, como los otros medicamentos de esta naturaleza, una excitación sanguínea, transitoria, análoga á la de los alcohólicos. Hasta ahora, la paullinia no ha sido usada como excitante; pero en rigor, podría usarse en la amenorrea, en la dismenorrea, en las afecciones hemorroidales y en las fiebres adinámicas.

Los fenómenos de excitación, desaparecen pronto despues de la administración de esta clase de agentes, de modo que son muy transitorios. En pos de ellos aparece la hipostenización: el pulso disminuye de frecuencia, adquiere plenura, la cara palidece, las secreciones se suspenden y hay una verdadera descongestión. Es entónces que se desarrolla ese estado de "erretismo, ó disposición espasmódica y vaporosa, que según Trousseau y Pidoux, Hoffman y Gorter han descrito bajo el nombre de motilidad." He aquí los fenómenos descritos como ocasionados por el café, á causa de la cafeína que contiene y que tiene que ser más marcada con la paullinia, que contiene cinco veces más cafeína ó guaranina que el mismo café.

A pesar de la fuerte proporción de este principio inmediato, es verdaderamente extraño el ver que la paullinia tan solo se ha usado con esta mira en los casos de esas "tempestades nerviosas," como el doctor Latham llama las jaquecas. Es sobretodo para la jaqueca biliosa que este medicamento ha adquirido una grande popularidad en Francia. El modo de administrarle en esta neuralgia, es administrar 50 centigramos y repetirlos al cuarto de hora, desleídos en un vaso de agua con azúcar. Esto es durante el acceso, el cual por violento que sea, muchas veces calma al cabo de cinco, ó diez minutos; pero el tratamiento preventivo para los casos en que los ataques son frecuentes, consiste en tomar una píldora de 10 centigramos de extracto de paullinia todas las mañanas, ántes del almuerzo. El profesor Trousseau admite la eficacia de este tratamiento, pero cree que esta disminuye gradualmente y que los accesos aunque menos dolorosos se vuelven más largos é incómodos.

En la jaqueca biliosa desde 1864, hemos empleado por nuestra parte, como preservativo y con buen éxito, la paullinia, consiguiendo si no la desaparición completa de ella, sí por lo menos la disminución de la frecuencia y de la intensidad de los accesos. Nuestro método es el siguiente: administramos de 0'40 á 0'50 centigramos de paullinia con igual cantidad de carbonato de soda, y 0'05 á 0'10 centigramos de ruibarbo, para un papel. El enfermo toma dos por día por la mañana y por la noche, durante seis ú ocho semanas, y una vez por semana, un purgante de aloe ruibarbo y masa azul, siendo las cantidades 15 centigramos de cada uno para dos píldoras, tomadas por la noche al acostarse. Los casos en que el resultado ha sido satisfactorio, son aquellos en que el acceso es precedido de inapetencia y acompañado de náuseas, ó vómito, y de un estado saburroso de las vías digestivas, siendo de notar que durante el ataque el vómito suele ser tan pertinaz, que el estómago no admite remedio alguno, á no ser las preparaciones opiadas contra las cuales hablan algunos autores.

El doctor Wilks en el artículo citado, se pronuncia muy en favor de los efectos de la guarana, tanto para aliviar los accesos como para disminuir su frecuencia; y el doctor Anstie en *El Practitioner* de diciembre de 1872, recomienda la guarana como eficaz en la jaqueca biliosa. El doctor Macdowall es muy partidario igualmente de la guarana para combatir esta neuralgia. Según él, 2 gramos repetidos con intervalo de una hora, si el dolor no minorra, en muchas ocasiones disminuyen en unos pocos minutos la intensidad, y en la generalidad de los casos, la duración del ataque. En apoyo de esto, cita seis casos en *El Practitioner*, correspondiente á setiembre de 1873. El mismo autor ha administrado este medicamento en los casos de excitación de los epilépticos y locos, y aunque su experiencia es muy limitada, cree que produce una acción notable en estos, precedida de palidez de la cara; pero la calma es transitoria. También ha experimentado los efectos fisiológicos de la paullinia, tanto en su propia persona como en dos individuos más. De sus observaciones resulta, que disipa la somnolencia, que estimula al trabajo, que no causa estrinimiento, que su efecto sobre la orina es casi nulo y, finalmente, que ni la temperatura, ni la frecuencia del pulso se redu-

cen bajo su influencia. Estos fenómenos léjos de ser extraños son naturales, puesto que Kiedel y los alemanes, Harnon y otros autores han reconocido la eficacia de la cafeína y de sus sales sobre la jaqueca biliosa, y han observado la modificación producida por ella, sobre todo en la masa encefálica, y ya hemos mencionado que el polvo de paullinia contiene 5,07 por 100 de este alcaloide.

La jaqueca, el delirio de la manía y la epilepsia, son, pues, los casos en que la guarana ha sido empleada para *descongestionar*, ó producir la depresión directa y mecánica de los órganos y los tejidos. Como esta propiedad depende de la cafeína que contiene, sin pretender que esta haga de la paullinia un agente idéntico en sus efectos con el café, la razón y la analogía nos permiten deducir que este empleo convendrá en los casos de *descongestión cerebral*, en las *tempestades nerviosas*, en el tratamiento de las *neuralgias estraboculares*, en el coma de las *fiebres graves*, y en algunas *neuralgias visuales*, como el asma y la tos ferina. También encontrará una aplicación en las *escrófulas*, en la *febre mesenérica*, en la *convalecencia* y *posturación* de las enfermedades largas. En este segundo género, la paullinia sirve de un verdadero alimento economizador, porque por su cafeína, como Lehman Boeker y Schultze lo han demostrado, disminuye la denutrición de los tejidos, ó en otras palabras, el movimiento de composición y descomposición, hecho del cual se deriva la disminución de la urea y del ácido úrico eliminados. La cafeína reduce además, la cantidad de la albumina y del azúcar en la orina, de modo que la guarana promete buenos resultados en la albuminuria, y sobre todo, en la diabetes, en la cual á su acción se añade la del ácido tánico que entra en su composición, debiendo ser por este motivo superior al café, con el cual se han obtenido algunas curaciones de melituria. La guarana debe, en fin, por su guaranina ó cafeína obrar *curativa* ó *antiperiódica*.

Aparte de la acción bajo el punto de vista terapéutico, la guarana debe considerarse bajo el higiénico. Creemos que la experiencia demostrará su utilidad como bebida usual en los viejos sanguíneos, de cuello corto, con tendencia á dormir y á congestiones cerebrales, así como en los que sufren de gota ó de areñillas.

La astringencia de la paullinia ha sido utilizada por Meyer en las colitis acompañadas de cámaras mucosas y sanguinolentas. En la disenteria, Trousseau aconseja el uso de uno á dos gramos á dosis refractas. Guibert la administra en la diarrea infantil, en la que tiene la ventaja de ser analéptica á más de astringente. Ritchie la recomienda en las irritaciones de las vías urinarias; y algunos autores en las *hemorreas* y *leucorreas*. Por nuestra parte creemos que en la diarrea de la fiebre tifóidea será sumamente útil, especialmente cuando exista sopor y fiebre intensa, por su triple acción descongestiva, nutritiva y astringente.

Repetimos, en conclusión, que el hecho de ser la paullinia un habitante de nuestras selvas, y el deseo vehemente de que se explore y se exporte, nos ha obligado á extendernos sobre sus propiedades; esto justifica al propio tiempo el empeño que hemos tomado en dar á conocer algunas de las nuevas aplicaciones que pueden hacerse de la paullinia, teniendo como excusa de lo incompleto de nuestro artículo, la escasez de datos, que se encuentra acerca de esta sustancia, comparativamente poco conocida.

PIO RENGIFO.

LECCION DE CLINICA HECHA POR EL DOCTOR NICOLAS OSORIO, el 26 de abril de 1873.

Hoy voy á llamaros la atención sobre el enfermo que ocupa la cama, número 1.º de nuestro servicio. El pronóstico en este enfermo es fatal, y os llamo la atención sobre él para que las lesiones anatómicas que encontréis en sus órganos os interesen.

Creo que tiene una enfermedad llamada *higado pigmentado*, que es una complicación que se presenta en individuos que han sufrido desde hace algun tiempo de fiebres intermitentes. Puede presentarse al mismo tiempo que la fiebre, pero esto no sucede sino en las periódicas.

Los datos de este enfermo, tomados por el alumno Florentino Angulo, son los siguientes: Pedro Ramirez, natural de Cipaquirá, soltero, su profesion, polvorero; entró al Hospital el día 10 de marzo de 1873.

El enfermo nos dice que desde el primero de marzo, poco más ó menos, se hallaba de convaleciente de las fiebres intermitentes, las cuales le habian durado más de dos meses. El 5 de marzo se sintió con mucho apetito é hizo uso de los alimentos que acostumbraba ántes de su enfermedad. Esto dió por resultado una indigestión. Pocos dias despues volvieron á presentarse las fiebres intermitentes aunque no con tanta intensidad como presentaban ántes. El día 10 de marzo, fecha de su entrada al Hospital, tenia evacuaciones abundantes y el día 11 un acceso de fiebre intermitente muy ligero. El hábito externo indicaba que, en realidad, Ramirez habia experimentado los efectos de la infección palustre. Se hallaba flaco y débil, la voz entrecortada, la piel de color amarillo terroso, la lengua pastosa, el pulso pequeño y filiforme,

pérdida completa del apetito, el hígado y el bazo aumentados de volumen.

El 11 de marzo se le prescribió extracto blando de quina. El día 12 el mismo tratamiento; la diarrea disminuida, el acceso no se presentó. El día 13 no se presentó un acceso de fiebre intermitente; se le prescribió quinina, sulfato, 50 centigramos en limonada sulfúrica. El 14 tuvo el mismo tratamiento, y el acceso no se presentó. El día 15 se presentó edema en las extremidades; se le ordenó tintura de escila, 20 gotas, con 10 gotas de láudano. Fue necesario suspender todo tratamiento por que se le presentó una diarrea sanguinolenta de tipo intermitente; además hacia que por otra sangría de color de grado. Se le ordenó un vaso de agua de limón con un pedacito de azúcar. El día 16 se presentó un acceso de fiebre intermitente; se le prescribió quinina, sulfato, 50 centigramos en limonada sulfúrica. El día 17 el mismo tratamiento; la diarrea disminuida, el acceso no se presentó. El día 18 se presentó un acceso de fiebre intermitente; se le prescribió quinina, sulfato, 50 centigramos en limonada sulfúrica. El día 19 se presentó un acceso de fiebre intermitente; se le prescribió quinina, sulfato, 50 centigramos en limonada sulfúrica. El día 20 se presentó un acceso de fiebre intermitente; se le prescribió quinina, sulfato, 50 centigramos en limonada sulfúrica. El día 21 se presentó un acceso de fiebre intermitente; se le prescribió quinina, sulfato, 50 centigramos en limonada sulfúrica. El día 22 se presentó un acceso de fiebre intermitente; se le prescribió quinina, sulfato, 50 centigramos en limonada sulfúrica. El día 23 se presentó un acceso de fiebre intermitente; se le prescribió quinina, sulfato, 50 centigramos en limonada sulfúrica. El día 24 la diarrea sanguinolenta terminó, pero vino a presentarse una diarrea biliosa ligeramente amarillenta, con frecuencia y en abundancia. Tratamiento: Agua blanca 200 gramos con 6 id. gotas negras. El día 25 a la diarrea se añadió vómito bilioso. Se le prescribió pocion de Rivière. El día 26, el mismo estado, el mismo tratamiento. El día 27, la postracion era grande; la piel tenia un color terroso muy marcado, un acceso de fiebre intermitente se presentó por la mañana, se le ordenó infusion de canela con vino tinto.

Se examinaron los orines despues del acceso: Contienen albúmina. Con una lanceta piqué la piel para extraer una gotilla de sangre, y examinada al microscopio, éste me hizo descubrir gran cantidad de pigmentum en la sangre. El día 28 el mismo tratamiento y estado. El día 29 se le presentó un nuevo acceso de fiebre intermitente: dominando aquí el elemento palustre, á pesar de la diarrea y de los vómitos, insistí en combatir su afeccion por el sulfato de quinina, y le ordené quinina, sulfato 1 gmo, polvo tebaico 5 centigramos, para mezclar y dividir en cuatro dosis y darle dos por día. El día 30 el mismo estado, el mismo tratamiento. Día 1.º de abril, la diarrea no disminua, se le ordenó, sulfato de quinina 1 gmo polvo Dover 50 centigramos para una dosis. Día 2 tuvo menos diarrea, el mismo tratamiento. Día 3 intolerancia por los medicamentos, los vomitaba apenas los recibia el estómago; tratamiento, polvo de opio 5 centigramos id. de rubarbo, 2 gms para el mismo estado y tratamiento. Día 4 el mismo estado, el mismo tratamiento. Día 5 diarrea muy abundante pero no sanguinolenta. Tratamiento agua blanca 200 gmos láudano 20 gts. Día 6 el mismo estado el mismo tratamiento. Día 7 a la diarrea se añadió un vómito tenaz y bilioso. Tratamiento: pocion de Rivière, y cocimiento de simaruba. Día 8 el mismo estado y tratamiento. Día 9 el mismo estado y tratamiento, tisana de simaruba. No habiendo observado mejoría alguna, resolví cambiar el tratamiento y lo ordené en los días 10, 11, 12, 13, y 14; tintura de percloruro de hierro, 10 gts en agua de manzanilla y tisana de quina.

La diarrea y el vómito aumentaron de tal manera, que solo atendí á estos sintomas; y le ordené en los días 15, 16, 17, 18, 19, 20, pepsina, 20 centigramos en cada comida y un polvo por día de subnitrito de bismuto y colombo á 50 centigramos. Día 2 examiné de nuevo los orines, y dieron mucha albúmina. El color del enfermo que de día en día se oscurecia, habia tomado ya un color apizarrado muy marcado. La sangre examinada de nuevo, nos dió mucho pigmentum, y tenia un color moreno la gotilla que se estrajo por medio de la lanceta. El hígado á la percusion parecia haber disminuido de volumen.

En los últimos dias del mes de marzo, y en el resto de éste ha tenido ataques de fiebres intermitentes, no con la regularidad con que se presentaban al principio, pero siempre durante las primeras horas del dia. Tratamiento, tanino 30 centigramos, tintura de opio 30 gts, agua 100 gmos, jaraba, 30 gmos M. cucharadas. Día 22 el mismo estado y tratamiento. Día 23, la debilidad era tanta, la diarrea volvió á ser sanguinolenta y alternaba con diarrea color de adobe, el vómito que parecia haber disminuido en los dias pasados, se presentó de nuevo con tenacidad; se le ordenó solucion oficial de ácido fósnico, 5 gts en agua de azúcar, cuatro veces por dia. Día 25 id. Día 26 el mismo estado y tratamiento, tisana de simaruba.

Resumiendo: hé aquí un enfermo que ha sido atacado de fiebres intermitentes complicándose con diarrea y vómito tenaz; en quien la coloracion terrosa de la piel y la presencia de pigmentum en la sangre, nos hacen creer que existe aquí la melania ó pigmentacion que complica las fiebres intermitentes.

Hay otros enfermos en nuestro servicio con diarreas palustres más ó ménos intensas, que no dudo serán combatidas por el sulfato de quinina.

No hablo hoy de estas diarreas por no alegrarme del objeto de mi leccion, que es daros una idea sobre la melania ó pigmentacion que se observa en las fiebres intermitentes. Pero ántes de dar una descripcion detallada de esta complicacion quiero ocuparme, aunque ligeramente, de su historia.

Antiguamente se habia dado una importancia capital á las trasformaciones de la bilis, para explicar el origen de la sustancia negra que nos ocupa. Reil, anticipándose á las ideas que reinaban en su tiempo, demostró las contradicciones que habia en considerar esta sustancia como dependiente exclusivamente de la bilis. Varios otros autores habian encontrado ya órganos con pigmentum. Stall, Billard y Richard Bright, lo habian demostrado en el cerebro. Haspel, Stewardson, habian notado tambien la coloracion negruzca del bazo y del hígado en individuos que habian sido víctimas de fiebres intermitentes y remitentes. Pero fué Meckel en realidad, quien nos hizo conocer el modo de desarrollo y distribucion del pigmentum, demostrándolo en la sangre y como consecuencia de esto, su acumulacion en los órganos. Autores modernos, y entre ellos, Virchow y otros se han ocupado tambien de esta singular afeccion.

Para hacer más clara la sintomatología de la enfermedad que nos ocupa, tratemos del pigmentum, de su origen probable, del órgano en que con más frecuencia se desarrolla y de las partes del organismo humano donde se encuentra.

Al estado fisiológico, se observa en gran cantidad en la coroid. Al estado patológico se encuentra una sustancia negruzca que participa de las mismas propiedades que el pigmentum, y que en su presencia en ciertos órganos explica los desarreglos funcionales de estos. Si se llega á demostrar que la enfermedad de Addison tiene sitio en las cápsulas suprenales; no se podrá explicar el tinte broncoado que toman los individuos afectados de esta enfermedad, por la presencia del pigmentum en las cápsulas; pues lo que se ha encontrado en estos órganos para explicar la enfermedad, son depósitos tuberculosos.

Hoi se cree que el pigmentum es un producto de descomposicion de la sangre y sobre todo de la hematina. Siendo el bazo el órgano vascular por excelencia, teniendo una estructura especial por la cual disminuye el movimiento de la sangre, y por otra parte, siendo en este órgano donde mayor pigmentum se encuentra; es problemamente en él donde primero se forma. Y aunque se han presentado casos en donde el pigmentum existia en otros órganos sin encontrarse en el bazo, ¿no podria depender de que las granulaciones pigmentarias excesivamente pequeñas, saliendo del bazo y arrastradas por el torrente circulatorio fueran á depositarse en otros órganos?

En lo expuesto se vé que el pigmentum se encuentra en la sangre, como puede demostrarse haciendo un piquete con un alfiler y examinando la sangre por medio del microscopio, lo que constituye un signo importante para el diagnóstico. Arrastrado el pigmentum por el torrente circulatorio, se deposita en el hígado, en los capilares del cerebro, en el pulmon y en los capilares de los intestinos.

Examinemos los sintomas presentados por los órganos en donde he indicado la presencia del pigmentum.

Siendo el origen probable del pigmentum la descomposicion de la sangre, se observa al principio un estado de anemia y de clorosis confirmada. El bazo se encuentra aumentado de volumen. El hígado en el principio de la enfermedad aumenta tambien de volumen, pero si se examina en un periodo avanzado de ella se encuentra atrofiado. La atrofia se explica por el obstáculo que opone el pigmentum á la circulacion capilar hepática, y porque invade las células y se sustituye á ellas. Del lado del tubo gastro-intestinal se observan hemorragias intermitentes. La presencia del pigmentum en sus capilares y el obstáculo intermitente que éste puede presentar á la circulacion, nos explican estas hemorragias y el modo como se presentan. No diré nada de los sintomas presentados por el pulmon y el cerebro, por no encontrarse en el enfermo de que me ocupo. Sin embargo, debo hacer notar que no es raro observar varias parálisis y desarreglo de la inteligencia en las fiebres perniciosas, y que coinciden con la formacion del pigmentum. En los orines se encuentra albúmina y algunas veces, fibrina; estas sustancias aumentan generalmente despues del acceso febril. La fiebre es intermitente pero su tipo es muy variable. El objeto de mi leccion no me permite establecer las diferencias que existen entre esta clase de fiebres y el tifus; cuestion de suma importancia en nuestros climas calientes, en donde pueden presentarse casos de tifus al lado de fiebres perniciosas con pigmentacion.

En fin, siempre que encontréis un individuo que haya sido atacado por mucho tiempo de fiebres intermitentes, con diarrea más ó ménos tenaz, coincidiendo con un color pizarreo de la piel, bazo voluminoso y que se pueda demostrar la presencia del pigmentum en la sangre, estad casi seguros de que os hallais en presencia de un caso de melania palustre, como no dudo que sucederá en la observacion de que acabo de ocuparme.

Esta conferencia me llamó mucho la atencion y me propuse seguir observando el enfermo.

El día 28 de Abril se le ordenó agua blanca y tisana de simaruba.—Día 29. Nada cambiaba el estado de sus vias digestivas;

percutiendo al nivel de la región hepática, el hígado parecía que había disminuido. El edema de las extremidades no aumentaba; el vientre estaba retraído; el enflecamiento había hecho progresos, y el color de la piel era de un tinte muy subido. Su voz débil, apenas podía articular algunas palabras; el apetito era nulo y rechazaba toda especie de alimentación y de medicinas. Día 30, el mismo estado y el mismo tratamiento.—Mayo 1.º, lo mismo.—Día 2, la debilidad era tal, que puede decirse que comenzó su agonía. Se le ordenó pocion cordial.—El día 3 espiró.

AUTOPSIA.—Día 4 de Mayo. Procedí á hacer la autopsia en compañía del catedrático de anatomía patológica, y obtuvimos el resultado siguiente:

Después de haber levantado las paredes del abdomen y del pecho, por el método ordinario, comenzamos por examinar el hígado, el cual presentó estos caracteres: disminución de volumen, el color normal había desaparecido completamente, para tomar el del bazo, y en otros un tinte particular que puede compararse muy bien al color de una pasta de chocolate. La consistencia era muy dura á la presión.

El microscopio nos hizo ver que la mayor parte de las células normales habían desaparecido. Muchas habían sido invadidas por el pigmentum y otras completamente sustituidas por esta sustancia negra. Los capilares hepáticos presentaban también en su interior el pigmentum. La penetración del pigmentum en las células y la destrucción de éstas, hacia que se vieran al microscopio, grupos de materia pigmentaria.

El bazo era pequeño, su volumen menor que de ordinario, color semejante al que presentaba el hígado. Por el microscopio, observamos que existía gran cantidad de pigmentum. No fué posible distinguir los corpúsculos de Malpighi.

Los intestinos presentaban en varios puntos de su extensión, y en la membrana mucosa, placas equimóticas. El pigmentum existía en sus capilares, como lo demostró el microscopio.

Las cápsulas suprenales no ofrecían sino granuleciones de naturaleza tuberculosa. Las mismas granuleciones encontramos en los pulmones.

NOTA.—Las piezas microscópicas forman parte de la coleccion del doctor Nicolas Osorio. Conservo fragmentos del hígado, bazo, riñon y de los intestinos. No me fué posible conservar estos órganos enteros, por haberse dañado con suma rapidez.

ISAÍAS SAAVEDRA.

REVISTA EXTRANJERA.

LA HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS COMO CAUSA DE PESADILLAS.

J. W. Haward hace notar que entre los inconvenientes atribuidos á la hipertrofia de las amígdalas, algunos son más imaginarios que reales. Habiendo observado varios ejemplos de pesadilla molesta en niños, se le ocurrió que podía referirse al estado de las amígdalas. El primer caso que le llamó la atención es muy notable.

Una niña de trece años, inteligente y nada nerviosa, hacia varios meses sufría de ataques de pesadilla, cuya frecuencia y severidad iban en aumento. Poco después de acostarse, en general después de una hora, la niña se despertaba dando un grito agudo, y al entrar los padres al cuarto, la encontraban sentada en la cama, con la mirada fija y una expresión de terror pánico. Entonces suspiraba, decía que algo la había asustado, pero que no sabía qué, y volvía á quedarse dormida. Estos ataques se presentaban á veces dos ó tres ocasiones en la noche, y por varias noches consecutivas, después de lo cual desaparecían por algunas semanas, repitiéndose de nuevo al cabo de este intervalo. La niña era robusta y los padres estaban muy angustiados por estos síntomas, que interpretaban como presurosos de una afección cerebral grave.

Habia sido tratada sin beneficio por diversos medicamentos, hasta que la vió el autor para una estomatitis, y los padres accidentalmente mencionaron las pesadillas que la atormentaban. Examinando la boca notó que las amígdalas estaban muy hipertrofiadas, y se presentó á su imaginación la idea de que el obstáculo á la respiración producido por el aumento de volumen de las tonsillas, y la consiguiente dificultad de la hematosis, podían ser la causa de congestión cerebral. Esta congetura fué confirmada con el dicho de la madre de que la niña roncaba mucho, sobre todo siempre que le deba catarro. Tan pronto como sanó de la estomatitis, cortó parte de las amígdalas y á partir de este momento la niña pronunció libre de su desagradable ataque.

Desde entonces tres casos más, semejantes, se han presentado al señor Haward, de niños en los cuales, después de la destrucción de las amígdalas, no hubo repetición de las pesadillas. Recomienda, por consiguiente, que en estas circunstancias, siempre que un niño sufra de estos ataques de terror nocturno, se explore el fondo de la garganta para ver el estado de las tonsillas.

Esta especie de pesadilla difiere de la que tiene su origen en la irritación gástrica, ó en la dentición. La principal diferencia es,

(segun el doctor West, que ésta aparece en general solo una vez en la noche, durmiéndose tranquilamente el niño en seguida; mientras que la pesadilla de origen tonsillar repite varias veces en la misma noche y se agrava cada vez que el niño se refria. (*British Medical Journal*, Junio 7 de 1873.)

INYECCIONES DE ESPÍRITU DE VINO EN LOS TUMORES ADIPOSOS.

El doctor Hasse recomienda la inyección de alcohol en la sustancia de los tumores adiposos, ó lipomas. Cita el caso de una mujer con un lipoma, que se extendía desde el hombro hasta la axila. En cuatro sesiones, con un intervalo de quince días, inyectó alcohol en el punto de la inyección, haciendo tres partes del tumor. Algunos días después observó un gran enflecamiento que comenzó por el cuello, pero pronto se redujo á lo ordinario, haciendo en varios puntos la sensación de fluctuación. Al cabo de tres semanas se hizo una incisión en el tumor, del cual, por la compresión, salió la materia grasosa líquida. En otro caso, en un niño de trece años el mismo tratamiento produjo un resultado idéntico. (*Med. Press and Circular*, Mayo 21, 1873.)

ALCALINOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS.

El doctor D. B. Dalzell dice que examinando los manuscritos póstumos de un amigo, que era muy buen químico, encontró algunas observaciones sobre la aplicación local de los alcalinos en el tratamiento de las quemaduras, de las escaldaduras y de las contusiones. Desde 1841 aplicaba el agua de potasa en estos casos. Siempre que la aplicación se hacia desde temprano quitaba el dolor de un modo sorprendente en pocos minutos. Dejaba la superficie expuesta al aire mientras estaba dolorosa; pues habia observado que el abrigo del aire prolonga el dolor y retarda la curación. Cita el ejemplo de una escaldadura por agua caliente en que la potasa no se aplicó sino algunas horas después, cuando la piel estaba cubierta de regigas, muy colorada y adolorida. Teniendo tan sólo una escasa provision de álcali para aplicarle á mayor superficie empleó paños empapados en la solución; el dolor persistió por seis horas, siendo éste el único caso en el cual debe aplicarse con una pluma, dejando la parte descubierta. El agua de potasa empleada es la de la farmacia. *

La explicación racional de estos efectos es la siguiente: las escaldaduras, quemaduras y contusiones descomponen la sangre de la parte afectada. De toda descomposición animal, especialmente de la de la sangre á la linfa, coagulable se desprende ázoe que, combinado con el oxígeno, quizá forma ácido hiponitroso, del cual depende el dolor. Si un alcalino se aplica, activa la formación del ácido nítrico, con el cual se combina. De aquí resulta un azoto de potasa refrigerante, que disminuye el calor, y este efecto, unido á la acción antiséptica de los alcalinos sobre los tejidos animales, contiene eficazmente la descomposición y deja que la naturaleza sane la herida. El doctor Dalzell cree que esto explica el beneficio obtenido en muchos casos por la aplicación del alcohol y de la trementina á las quemaduras, y se pregunta si la acción del ácido carbónico no puede explicarse del mismo modo. Cuando una superficie extensa ha perdido la epidermis, cuando la parte es muy vascular, conviene diluir el alcalino y aplicarle en forma de jabon, mezclando dos partes de agua de potasa con una ó dos de aceite. (*Med. Times and Gazette*, Mayo 17 de 1873.)

BROMURO DE POTASIO COMO FÉBRIFUGO.

El doctor Maclean, de Apptecross, cita el caso de una mujer de cuarenta años, robusta, atacada de fiebre icterica el 6 de Enero. El 10 la vió por primera vez, y encontró el pulso 140 por minuto y la temperatura 105, 2 F. La respiración estaba acelerada; habia estertores sibilantes en ambos pulmones; el semblante lleno de ansiedad; la lengua colorada en los bordes con un barniz blanquecino en la mitad; las evacuaciones alvinas, frecuentes, con una pequeña cantidad de sangre; sensibilidad á la presión en la fosa ilíaca derecha. Una dosis de mezcla de creta preparada con dos gotas de tintura de opio, fué ordenada, al mismo tiempo que veinte granos de bromuro de potasio, tres veces por día. Tres días después la mejoría era notable, y la administración del bromuro se continuó por tres días más. Hubo una recaída tan pronto como se suspendió, pero la repetición del bromuro mejoró de nuevo la condicion de la enferma; la que al fin del mes estaba en completa convalecencia. El autor cree que el bromuro obra produciendo la constricción de los capilares, que tonifica directamente, combatiendo así radicalmente la fiebre y sustituyéndose al sistema nervioso vaso-motor; oponiéndose de este modo á la inevitable tendencia á la congestión consecutiva al periodo premonitorio de la enfermedad, el cual está marcado por el calor y la excitación. Creó, por consiguiente, que el uso del bro-

* Contiene 5.84 por 100 de hidrato de potasa, segun la farmacia británica. (Nota del traductor.)

muro de potasio en el tratamiento de la pterixia está más acorde con los principios fisiológicos que la aplicación directa del frío. Por útil que sea el tratamiento por el agua fría, no debe perderse de vista que no estamos tratando el calor — indicación útil, sin duda, del grado de daño y de oxidación que los elementos están sufriendo en el organismo — porque la temperatura elevada es tan solo un sintoma de la enfermedad. (*Brit. Med. Jour.* Julio, 73.)

ADMINISTRACION DEL PERCLORURO DE FIERRO.

La administración de la tintura de esta sal produce un sabor astringente metálico que queda en la boca por algún tiempo después, por lo cual algunas personas delicadas rehúsan tomarla. El jarabe de espesante cloriformo como generalmente se prescribe apenas corrige este inconveniente. El doctor H. Snow, dice que la sustitución de media onza de glicerina á igual cantidad del jarabe para una porción de ocho onzas disfraza completamente el mal sabor (*Ibid.*, Junio 28.)

NOTA SOBRE LA ETIOLOGÍA Y EL TRATAMIENTO DE LA ADENITIS INGUINAL CRÓNICA, POR M. MARCANO.

Las adenitis inguinales son manifestaciones sintomáticas de otra enfermedad, por lo cual es necesario buscarlas la causa no solo porque esta les imprime una variedad de caracteres, sino porque es la base de las indicaciones terapéuticas. En presencia de una afección ganglionar el primer impulso del clínico es atribuirle á una afección venérea, y en los casos en que existe un chancro, la adenitis lleva el nombre de bubon; en el caso contrario hay que indagar las causas locales ó generales que la producen. Establecida la existencia del bubon, importa cerciorarse de la naturaleza del chancro; pero la marcha de aquel nos suministra la clave de si es ó no infectante. Sucede, sin embargo, que en un periodo avanzado de la adenopatía los caracteres que deriva del chancro son ménos claros, ó bien que ella siga una marcha anormal, ó presente caracteres múltiples que impidan el reconocer la enfermedad primitiva. Así, por ejemplo, puede complicar la inflamación estrumosa, ó ser el resultado de una blenorragia. La inflamación ganglionar, producida por causas tan diversas produce alteraciones que dan lugar á tumores múltiples generalmente, que se encuentran situados, ó bien arriba ó abajo del ligamento de Falopio, invadiendo la region superior del muslo y algunas veces hasta los ganglios iliacos. En estos casos las enfermedades primitivas que han provocado estas alteraciones desaparecen y la adenitis se convierte en una lesion independiente que reclama un tratamiento apropiado.

Estas adenitis cambian al chirujano ya porque no puede descubrir su causa como porque, por falta de un tratamiento formulado para combatir las, las trata como agudas, y las ve progresar gradualmente hasta que supuran. La piel se desprende hácia los bordes y da lugar á una pérdida de sustancia, á fistulas y á una supuración que debilita al enfermo.

Presentaré un ejemplo general de esta forma de adenitis. Un chancro blando engendra un bubon del lado derecho, el cual se resuelve parcialmente dejando una induración. Algun tiempo después sobreviene una nueva adenitis del mismo lado producida esta vez por un chancro duro. En fin, una blenorragia determina por tercera vez la induración del lado derecho. Supongamos ahora que la profesion de este enfermo ó sus hábitos le expongan á ejercicio violento y á excesos y que á esto se añada una constitución escrofulosa, y tendremos el conjunto de causas que se presentan en estos casos.

Si se hace una incision en la piel que cubre el tumor ganglionar así formado puede, ó no, salir pus, pero en ámbos casos el tejido celular que la rodea está rojo y reblandecido; en medio de él los ganglios se presentan como cuerpos redondos irregulares en la superficie de volumen variable, pero más pequeños de lo que parecían á juzgar por el tamaño del tumor. Cuando la supuración existe tiene su asiento en el tejido celular y al cortar el ganglio se encuentra en su centro una gota de pus.

Cualquiera que sea el tratamiento empleado, puede modificar el aspecto de la herida, contener la supuración por algún tiempo y aún hacer que cicatrice la piel. La menor fatiga, sin embargo, renovará la inflamación y para la curación radical es necesario que desaparezca el ganglio que endurecido ó hipertrofiado, hace el papel de un cuerpo extraño y mantiene la irritación de los órganos que le rodean.

Los diferentes tratamientos empleados tienen por objeto el evacuar el pus cuando el ganglio ha supurado ó de resolver el ganglio inflamado. Estas indicaciones se aplican á las adenitis agudas, pero no combaten el elemento principal que existe en las crónicas. Es necesario extirpar el ganglio, pero todos saben la gravedad de la operación hecha con el cuchillo y es para evitar estos

accidentes que M. Demarquay ha preconizado el uso de los cáusticos, que aplica del modo siguiente:

Hace una incision de la piel paralela á la direccion del pliegue inguinal de suficiente extension para que deje á descubierto todos los ganglios enfermos, cubriéndolos con cataplasmas emolientes durante dos ó tres dias. Después introduce flechas de pasta de Canquoin debajo de cada ganglio y en su interior. Como la inflamacion es algunas veces considerable y no permite distinguir todos los ganglios inflamados es necesario hacer una segunda aplicacion para destruir las que han quedado.

Del segundo al quinto dia se quita el cáustico que se desprende confundido con los tejidos sobre los cuales ha ejercido su accion. Si quedan eminencias ganglionares se tratan de nuevo con la pasta. La herida ahora se encuentra en condiciones favorables para la cicatrizacion y el enfermo pronto se cura. Se pretende que estas cicatrices producidas por el cáustico son deformes, pero como el cloruro de zinc no ataca la piel la cicatriz es lineal como la de una incision simple.

El dolor que produce la aplicacion del cloruro de zinc es en los casos de adenitis crónica soportable; y aun si fuese intenso no seria este motivo para abandonar una práctica tan feliz en sus resultados. Las flechas por otra parte circunscriben perfectamente cada ganglio, y en cuanto á la posibilidad de una intoxicacion, ó reabsorcion del cloruro, Maisonneuve y Pollin jamas la han visto, y Demarquay tan solo ha observado un caso despues de la aplicacion de las flechas al cuello uterino.

En resumen las causas que producen ciertas adenitis hipertrofiadas los ganglios, que á su turno causan la supuracion del tejido periganglionar. El único tratamiento eficaz es la extirpacion de los ganglios enfermos para lo cual el método descrito nos parece el más á propósito.

LA ACUPUNTURA EN EL TRATAMIENTO DE LAS NEURALGIAS.

En ninguna clase de enfermedades se ha empleado mayor número de métodos curativos que en las neuralgias. Casi todos los agentes de la materia médica han sido usados, y á todos se les atribuyen algunos sucesos. Semejante abundancia de remedios es una prueba de pobreza, que explica perfectamente los ensayos diarios, más ó ménos aventurados, para combatir enfermedades tan terribles por los dolores que causan. La experiencia ha establecido la falta de éxito de los medicamentos más activos como el sulfato de quinina, la belladona, el opio y sus alcaloides; y el suceso que ha acompañado el empleo de medios extraños; Valleix y Maligne han triunfado de ciáticas rebeldes por medio de la cauterizacion de la parte anterior del hélice.

El medio de que nos ocupamos conocido con el nombre de *acupuntura* tiene alguna analogía con la cauterizacion, pues determina un dolor extremadamente súbito y de corta duracion; pero difiere de ella porque se aplica loco dolenti, y porque despues de su aplicacion queda cierta cantidad de agua en las mallas del tejido celular.

El aparato necesario para esta medicacion consiste en una bomba en la cual se mueve verticalmente un piston por medio de una palanca poderosa. La extremidad inferior se continúa con un recipiente contenido en el pié del aparato lleno de agua filtrada ó destilada. A la extremidad superior está atornillado un tubo de estano de 1/2 ó 3/4 de 0,60 centímetros de largo, terminado por un apéndice de cobre puro cuyo centro pasa un canal filiforme. El agua pasa por esta extremidad cuando el aparato funciona y su fuerza de proyeccion es tal, que este hilo de agua perfora á un centímetro de distancia un pedazo de cuero de varios milímetros de espesor.

Para hacer funcionar el aparato se extrae el aire del tubo flexible haciendo mover el piston hasta que el chorro de agua sea continuo. En seguida se coloca la extremidad libre del tubo flexible á un centímetro de distancia del punto en que se quiere practicar la acupuntura y se hace mover con una mano la palanca mientras que la otra mantiene inmóvil la extremidad del tubo hasta que aparezca una ampolla blanquecina en el punto en que el líquido hiere y penetra la piel.

Segun la parte del cuerpo afectado se hacen 4, 8, 10 ó 12 picaduras.

Inmediatamente despues de la operacion en el punto en que el líquido ha penetrado se levanta una pequeña ampolla que por su color blanco contrasta con la piel roja vecina. Del centro de esta ampolla por un pequeño orificio sale un líquido incoloro y á veces teñido de sangre. Al cabo de algunas horas el tumorcito se eleva y al día siguiente no se ve más que un agujero, terminado por un apéndice por la sangre que se ha secado al nivel de la picadura.

El dolor de la operacion es tan agudo que arranca gritos á los enfermos. Sin embargo, los buenos efectos que se derivan de ella les hace exigir una nueva aplicacion. En muchas ocasiones la disminucion considerable y aun la desaparicion completa de la neu-

ralgia se presentan despues de la repetición por algunas veces de la acupuntura.

Hemos empleado la acupuntura principalmente en la ciática, en las neuralgias intercostales ó ileolumbares. El doctor Servajan cita casos notables de curación de neuralgias faciales.

Desde 1870 el autor ha comenzado sus experiencias en el hospital de San Antonio, continuándolas despues en el de Lariboisière, y durante todo este tiempo sólo una vez ha observado una linfangitis consecutiva á la acupuntura practicada á la parte posterior de la pierna izquierda, que puso en peligro por algunos dias la vida del enfermo.

El autor cita varios casos en prueba de la eficacia del tratamiento por la acupuntura. (Extracto del trabajo del doctor Sideroy publicado en el *Bulletin général de Théraputique*, Mayo 30 de 1873.)

TRATAMIENTO DE LA FARINGITIS GRANULOSA POR EL DR. A. COUSIN

El catarro faríngeo en sus formas agudas y crónicas, y especialmente en la variedad denominada granulosa ó glandulosa, es una afección rebelde, que sin peligro inmediato para la vida, es fuente inagotable de molestia para el enfermo y una amenaza perenne para los órganos que, como la nariz, el oído y la laringe, están en comunicación con la mucosa faríngea. Independientemente de esta causa frecuente de hipocondría; y si tan graves consecuencias no siempre resultan, conviene recordar que ellas pueden tener su origen en una enfermedad tan ligera en apariencia.

Una variedad grande de tratamientos, tanto tópicos, como generales, ha sido recomendada. Algunos autores han considerado la faringitis granulosa como una manifestación local de una predisposición constitucional, que han combatido por remedios específicos, sin dejar por esto de emplear algunos tópicos que, como la tintura de yodo, tienen cierta eficacia. Otros, como el doctor Mandl, rechazan la relación de la faringitis granulosa con el herpetismo, ó el artritismo. Por nuestra parte adoptamos la primera opinión, y aunque el tratamiento tópico domine nuestra terapéutica, jamás dejamos de asociarle, segun los casos, el arsénico, los alcalinos, los sulfuros y los yodados.

Se concibe fácilmente la importancia de desenbarazar á los enfermos de esta enfermedad incómoda, si se considera que el catarro faríngeo, que se inicia bajo la influencia de un resfriado, del humo de tabaco, del uso del rapé, del contacto de ciertos condimentos y de licores fuertes, de la acción de hablar en voz alta ó de cantar, &c. &c. con tanta frecuencia se propaga del mismo modo á las mucosas auditiva, nasal y laríngea: un número grande de sorderas, de laringitis y de rinitis reconocen este origen.

El tratamiento local de la faringitis granulosa consiste en duchas faríngeas y naso-faríngeas practicadas con líquidos diversos; en pulverizaciones de aguas minerales diversas, ó de soluciones medicamentosas apropiadas, y en aplicaciones catécticas y aun cáusticas, segun la gravedad de los casos. Nos proponemos exponer el empleo de estos diferentes medios y sus indicaciones.

La ducha faríngea tiene por objeto el reemplazar con grandes ventajas las diferentes gárgaras usadas. Se practica por medio de un irrigador de un litro de capacidad, el cual se carga con una solución medicamentosa. El enfermo inclina la cabeza sobre una jofaina colocada sobre una mesa, abre la boca bien, introduce la cánula del instrumento á cierta distancia y abre la llave más ó ménos segun la fuerza con que se desea impulsar el líquido. Este baña las paredes laterales de la faringe, la cara anterior del velo, los pilares, las amígdalas y cae por el canal que forma la lengua en la jofaina. El enfermo debe, durante esta operación, espirar lentamente, y evitar la inspiración antes de cerrar la llave. Ninguna gárgara, segun el modo de gargarizar como las duchas; pues en general las gárgaras solo bañan el istmo, los pilares anteriores, la parte más prominente de las amígdalas, la cara interior del velo del paladar y la base de la lengua. La ducha es aplicable no solamente á los adultos, sino también á los niños que no pueden gargarizarse y que aprenden con facilidad á usarla.

Estas duchas emolientes, deservivas, ó astringentes convienen á todas las anginas agudas ó crónicas; no solamente limpian las superficies enfermas sino que ejercen una acción mecánica, especie de masaje, cuando están bien hechas. En la forma crónica, única de que nos ocupamos conviene usar el agua de brea, las aguas sulfurosas y sobre todo, el agua salada mezclada con una cantidad variable de glicerina inglesa; estas últimas duchas son las que usamos con el entusiasmo.

En cuanto á las soluciones astringentes, en general, deben abandonarse, observación que se aplica sobre todo á las de alumbre que alteran el esmalte de los dientes. Este tratamiento sin cura radicalmente, prepara el camino para el buen éxito de la aplicación de otros tópicos.

La angina glandulosa principia en general por la porción bucal

ó digestiva, pero á la larga puede extenderse á la porción respiratoria de M. Peter que comprende las fosas nasales posteriores, el origen de las trompas, la apófisis basilar, &c. La faringitis, es, pues, consecutiva en esta region, y cuando los fenómenos acusados por el enfermo y el exámen rinoscópico nos hacen sospechar que existe, es necesario emplear las duchas naso-faríngeas. En este caso las soluciones medicamentosas deben ser ménos concentradas porque la mucosa de Schneider es más sensible.

Poco tenemos que decir de la pulverización de líquidos, sino que sus beneficios han sido exagerados y que necesitan aparatos, especiales que todo el mundo conoce. Estas nieblas medicamentosas convienen sobre todo á las formas de faringitis que tienen tendencia á extenderse del lado de la laringe, pero son de poca utilidad cuando se trata de la forma naso-faríngea. Los líquidos empleados para ellas son aguas balsámicas, arsénico-alcalinas naturales, sulfurosas, ó cocimientos emolientes, narcóticos ó astringentes.

Los agentes tópicos empleados en el tratamiento de la angina granulosa son igualmente numerosos. El nitrato de plata sólido ó en soluciones más ó ménos concentradas es de los más empleados, pero aun usado con reserva, tiene el grande inconveniente de producir la esclerósís de los tejidos. En seguida vienen el sulfato de cobre, el sulfato de zinc, el alumbre, el azúcar, la tintura de yodo pura, ó mezclada con glicerina, el percloruro de hierro, &c. Menos conocidos entre otros remedios, la glicerina yodo-yodurada al 1 por 100 con la curación de Mandl toca las granulaciones una ó dos veces por semana. Nosotros empleamos la glicerina para barnizar varias veces al dia las paredes de la faringe. Esta sustancia tiene la ventaja de modificar la sequedad, la rigidez y aun la vascularización que acompaña á la angina glandulosa. Finalmente, hay un medicamento con el cual hemos obtenido muy felices resultados en casos rebeldes á todos los demas agentes; hablamos del ácido crómico. La solución que empleamos habitualmente contiene partes iguales de ácido crómico cristalizado y de agua; es más bien un astringente que un cáustico y puede usarse con dos ó tres partes de agua. Para usarla nos servimos del porta-cáustico de Trouvé que contiene una bolita de algodón ó de amianto que hace las veces de un hisopo con el cual se toca una de las partes de la faringe que parecen alteradas habiendo previamente deprimido la lengua por medio de una espátula; despues de esto el enfermo se gargariza para lavar el exceso de solución y para arrastrar la gran cantidad de mucosidades que se forman en abundancia despues de la operación.

El dolor es nulo, y la única sensación que acusan los enfermos es la de un gusto metálico nauseabundo del cual se impregna el aliento, y que es fácil percibir á la distancia. Los puntos tocados adquieren un tinte amarillo-pálido que persiste por algunas horas y algunas mucosidades estan teñidas de amarillo; la vascularización de la mucosa disminuye notablemente. A veces cuando la aplicación ha sido repetida con demasiada frecuencia, la mucosa gútural presenta un color rojo encendido, está lisa y seca, y la deglución es dolorosa. Las duchas tibias de agua salada con glicerina, triunfan fácilmente de este estado.

En los intervalos de las aplicaciones, que deben variar segun la intensidad y la tolerancia del paciente, usamos de diferentes colutorios de los cuales la glicerina nos sirve casi siempre de excipiente, y con las cuales el enfermo baña las partes enfermas varias veces por dia.

Es necesario no desentenderse de las indicaciones que suministra el estado del enfermo. El aceite de bacalao conviene á los escrofulosos flacos; las preparaciones yodadas á los escrofulosos gordos; el arsénico á los dispépticos; los alcalinos y los sulfurosos á los artríticos. Es necesario prohibir los condimentos el fumar tabaco, los licores fuertes, y restringir en lo posible el uso de la palabra y del canto. Aconsejamos al mismo tiempo las prácticas hidroterápicas, y á las personas delicadas el uso de un respirador aplicado á la boca. Es necesario recomendar á los hombres que se dejan crecer la barba y que respiran exclusivamente por las narices. Debe escogerse, un clima suave y seco para pasar una larga temporada. (Extracto de Bulletin Général de Thérapéutique, 15 de Junio de 1873).

PIO RENGIFO.

CORRESPONDENCIA.

Enero 31 de 1874.

SR. DR. FELIX DIAZ: *Yarnaval*—Recibido el valor de tres suscripciones.
SR. DR. JUAN BAPTISTA CORCOBACHO: *Pielmay*—Entregaron el valor de su suscripción. El periódico irá bajo la cubierta del señor V. Noguera Maza.
—Están al corriente de su cuota. La primera serie de la *Revista*, se publica á los señores agentes que aún no lo hayan hecho, ó avisar el recibo de los fondos de las suscripciones que hayan colocado.

—A los señores médicos de Bogotá que aún no hayan cubierto su suscripción, ó bien al agente general, ó avisen los que no quieren continuar recibiendo el periódico.

B. MEDINA.