

# REVISTA MEDICA.

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

REDACTOR, A. APARICIO.

SERIE IV.

Bogotá, 27 de Julio de 1878.

NUMERO 48.

## REVISTA MEDICA.

### UNA DISCUSION.

Hemos recibido una hoja que nos dirige el doctor J. M. Vengoechea, de Barranquilla, en contestacion al artículo que publicamos en el número 46 de este periódico sobre la polémica que él ha sostenido con el doctor Donado.

Nos ocupamos de este asunto con el objeto de llamar la atencion hácia un punto de moral médica que juzgamos de importancia, puesto que creemos que la unificacion del cuerpo médico depende de la manera como se acaten, respeten y cumplan los deberes que impone el comprofesorado, y trabajar por esta union es una de las primeras necesidades á que debe atender el periódico que dirigimos.

Por lo tanto, creemos haber cumplido con nuestro deber. La respuesta del doctor Vengoechea testifica la razon que nos movió a tratar de este asunto y la manera deferente como se ha atendido á la REVISTA MÉDICA. Damos, pues, las gracias al doctor Vengoechea y reproducimos con mucho gusto su escrito.

Señor doctor A. Aparicio.

Bogotá.

Muy estimado señor y comprofesor:

He tenido ocasion de leer en el número 46 de *La Revista Médica* que usted redacta, correspondiente al 26 de abril último, un artículo publicado por usted bajo el título de UNA DISCUSION, y que se contrae á la que me suscitó un médico de esta ciudad con motivo de la exploracion practicada por él en una herida del cráneo y del cerebro.

No puedo ménos que reconocer desde luego que usted, al ocuparse del asunto, lo hace con la circunspeccion debida y sin dar márgen á que pueda revocarse á duda la imparcialidad de sus conceptos. Si pues entre éstos aparecen algunos que me veo en el caso de rectificar, por juzgarlos erróneos, no vacilo en creer que debe atribuirse á que lo fueron así mismo los datos é informes en que ellos se fundan.

Convencido de esto, no dudo que llegue usted á modificarlos cuando haya leído el cuaderno que acabo de publicar en apoyo de mis opiniones, y de que tuve el particular cuidado de remitir á usted un ejemplar por el último correo, ántes de haber leído su escrito. Sin embargo, no quiero prescindir de dirigirme expresamente á usted con el objeto de hacer tal rectificacion, respecto de un punto que, aunque de mero detalle en la cuestion principal que se debate, me interesa aclarar.

As severa usted, al referirse a la  *censura*  de que fué objeto el médico citado, y en el supuesto naturalmente de que ella se le hubiese dirigido tal como á usted se le ha hecho entender, que "si se creyó sinceramente que aquél habia procedido mal, era otro el camino para hacérselo comprender: por medio de una acusacion en el seno de una corporacion de profesores, ó de una manera  *reservada* ."

Esta opinion envuelve contra mí, por lo mismo que es á todas luces fundada, un cargo que puedo y me apresuro á desvanecer, manifestando á usted, como lo hago en la introduccion del cuaderno citado, que no ha sido  *mio* , sino de mi adversario, el empeño tenaz de traer al dominio de la publicidad, por medio de la prensa, y prestándole así todos los alcances de una  *censura*  formal, la  *opinion*  que, á insistencia de dos amigos míos, hubé de emitir  *privadamente*  sobre la exploracion que se empleó en el caso de la herida de que se ha hablado, sin la mas remota mira de predisposicion; solo en el sentido de mis convicciones, y sin suponer siquiera que á aquél se le hiciera conocer esa  *opinion* , supuesto que fué más bien como amigo que como facultativo que se me pidió y la di.

Conozco y acato las consideraciones que impone el profesorado, y no existiendo, como no existia entonces, enemistad alguna de parte mia para con el médico en referencia, ningun motivo de resentimiento ó hostilidad pudo obrar en mi ánimo para no guardárselas á él.

De seguro que si él, apelando á otro camino, y no al de un abierto y ruidoso rompimiento, se dirige á mí  *privadamente*  y me pide explicaciones acerca de mis conceptos, ó me propone, por conducto de algun amigo, que la cuestion se dirima por el muy respetable cuerpo médico de esta ciudad; si bien habria tenido que satisfacerla, de acuerdo con las convicciones que tengo formadas á este respecto, no hubiera asumido por cierto las proporciones que quiso darle, obedeciendo solo á un sentimiento de amor propio.

Por lo que hace á las razones en que dichos conceptos se apoyan, vuelvo á referirme al cuaderno en que las he consignado extensamente, y en que encontrará usted, ademas, hechos suficientemente comprobados que los justifican.

Por otra parte, me es en sumo grado satisfactorio poder hacer constar, que respecto del punto principal de la cuestion, el principio que sirve de fundamento á mis opiniones es el mismo que usted preconiza en su escrito, al sentar que:

"Los peligros que apareja la exploracion de una herida hecha en un órgano importante suelen ser, en ocasiones,  *más graves que los que se originan de la herida misma* ."

Estamos pues, perfectamente de acuerdo, como lo estamos igualmente en este otro principio que usted invoca:

"Explorar una herida del cerebro ocasionada por arma de fuego, con el objeto de saber si el proyectil pue-

de extraerse, no lo prohíbe en absoluto ninguno de los cirujanos cuya práctica y conocimientos científicos han erigido sus opiniones y procederes como preceptos y enseñanzas."

Yo no he negado en absoluto, como podrá usted persuadirse si se toma la molestia de leer mi cuaderno, la exploracion de las heridas del cráneo y del cerebro. Admito, por el contrario, con Larrey Sedillot, Legouest y otros cirujanos igualmente autorizados, que tales exploraciones, pueden, y en ocasiones hasta deben practicarse cuando el proyectil no ha ido á situarse en el centro de órganos esenciales á la vida, como el corazon, el cerebro y el pulmon, porque en este caso, los medios de exploracion y extraccion pueden desarrollar accidentes tan funestos y terribles como la lesion misma que se trata de remediar. Mi improbacion se contrae, de consiguiente, al caso especial y concreto que se discute, y se refiere á un procedimiento asaz aventurado y peligroso, y que á medida que han ido esclareciéndose los hechos aparece ménos justificable. Ahora, si el proceder observado por mi adversario en la herida consabida, puede ser clasificado entre "los hechos prácticos de que usted habla, como *circunstancia atenuante*, y que, llevados más allá de las prescripciones que formulan los clásicos, determinan adelantos que hacen época en el progreso de la cirugía," entónces, pero solo entónces, tendré forzosamente que reconocer mi error.

Hasda dónde pueda esto ser cierto, no entra en mis miras averiguarlo aquí. Basta, por lo pronto, á mi propósito, que para aprobarse aquel procedimiento, haya que clasificársele "entre los adelantos y descubrimientos llevados *mas allá*" de las prescripciones de los clásicos y que forman época en los progresos de la cirugía." Y aun cuando esta suposicion pase á la categoría de hecho comprobado, quedará siempre evidenciada la razon de mis opiniones, por las enseñanzas y práctica "de los cirujanos cuyos procederes han sido erigidos en preceptos," vigentes hasta la fecha en que me ha tocado sostenerlos.

Ústame agregar en conclusion, que considero muy plausibles, á la par que beneficiosas para los intereses de la ciencia á que está consagrado el acreditado periódico que usted redacta, las indicaciones que hace usted en el sentido de la conveniencia que habria en establecer en cada localidad una sociedad científica. Vivamente penetrado de las dificultades y sinsabores consiguientes con que, en el ejercicio de su profesion, tropieza el médico á cada paso, lo estoy igualmente de la necesidad que existe de aminorar por aquel medio unos y otros, propendiendo así al progreso de la medicina en el pais, y formando al propio tiempo una sancion científica, que se hace tanto más imperiosa cuanto que entre nosotros las polémicas rara vez se mantienen en la region de las ideas, sino que degenerando en altercados enojosos caen casi siempre en el terreno de las *personalidades*. Pudiera yo contribuir de alguna manera á la realizacion de aquel laudable propósito en esta localidad, y crea usted que no me excusaria de prestarle el débil pero decidido contingente de mis esfuerzos y cooperacion.

Aprovecho, por tanto, con gusto la oportunidad que se me presenta para manifestárselo así, á la vez que para suplicar á la imparcialidad de usted, se sirva dar cabida en su apreciable *Revista* á estas líneas, á que pongo fin, suscribiéndome de usted atento seguro servidor y comprofesor.

JOAQUIN M. VENGOECHEA.

Barranquilla, junio 11 de 1878.

## EL ACIDO SALICILICO Y LOS SALICILATOS.

Cuarenta años hace que el ácido salicílico fué descubierto por M. Piria, discípulo del sabio maestro Dumas. Sus aplicaciones fisiológicas, hechas por primera vez en 1855 por Bartagnini en su propia persona, dieron apenas á conocer que dos ó tres gramos, tomados diariamente, no producian efecto alguno, pero que á la dosis de seis ó siete, continuados por dos dias siquiera, se producía una sensacion de estupor y ruido en los oidos. Una hora despues de la ingestion de este ácido, se le encontró en la orina, notando, además, que en ella existia un ácido azoado, al cual dió el nombre de *ácido salicilúrico*.

Estos hechos, aunque perfectamente exactos, quedaron olvidados hasta el año de 1874 en que Kolbe, en una serie de memorias, estableció la analogía de este producto con el ácido fénico, é hizo conocer sus propiedades antisépticas.

Entró, pues, en el campo de la observacion médica y quirúrgica, y de su empleo en las enfermedades debidas á los fermentos y á los parásitos, surgieron sus variadísimas aplicaciones de que daba cuenta la prensa científica de Alemania, Inglaterra, América é Italia, elogiando las virtudes de esta nueva panacea.

En medio del entusiasmo que despertara este nuevo producto, que para todos los observadores satisfacia su aplicacion en la septicemia, en las fiebres específicas, tíficas &c. &c., emprendió el profesor See el trabajo de someter todos estos hechos á una crítica juiciosa y severa, sujetando todas las aseveraciones emitidas á la contraprueba de la experimentacion clínica y fisiológica. Y es de este importante trabajo, que sometió luego á la consideracion de la Academia de Medicina, de donde tomamos las notas para la redaccion de este artículo.

Se prepara el ácido salicílico disolviendo fenol en su equivalente de legía de soda concentrada; se somete á la evaporacion y se calienta el residuo hasta que la masa quede pulverulenta. Obtenido por este medio el fenato de soda, se calienta á 100 grados y se hace pasar una corriente de ácido carbónico seco; se continúa elevando gradualmente la temperatura hasta que, bajo la influencia de la corriente de ácido carbónico, no se produzca el fenol. Se encuentra entónces formado el salicilato de soda bajo el aspecto de un polvo moreno que se descompone por el ácido clorhídrico. El ácido salicílico en estado libre, queda mezclado con ácido fénico, se presenta en una masa cristalina, que se purifica luego por cristalizaciones sucesivas. Para obtenerlo más puro hay otros varios procedimientos, sobre los cuales no insistiremos.

Poco soluble en el agua, mejor en el alcohol, la glicerina y el éter; el agua apenas disuelve 3 gramos por litro, y el alcohol 5. La disolucion en el alcohol presenta algunos inconvenientes, segun lo hace notar el doctor Félix Bremond; porque cuando á esta solucion se agrega agua ú otro líquido de menor poder disolvente, el ácido se precipita, formando una *magna* espesa.

Para conocer si en un líquido cualquiera hay ácido salicílico, basta derramar en él una gota de percloruro de hierro, y si lo hay, una coloracion violeta aparece instantáneamente.

Se combina fácilmente con las bases, como la soda

y el amoniaco, y forma sales muy solubles que no son cáusticas.

La insolubilidad del ácido salicílico en el agua, aun procurándola por medio del bórax, del citrato de amoniaco y del fosfato de soda, ha dificultado su empleo terapéutico; y aun ha habido quien señale las erosiones de la mucosa faríngea y estomacal, y aun las hemorragias, como ocasionadas por la accion inmediata del ácido cuando se le administra en polvo; razon poderosa para buscar su solubilidad en alguno de sus compuestos, y por esto es el salicilato de soda el que reúne hoy las ventajas terapéuticas del ácido.

La accion del ácido salicílico sobre los fermentos y las fermentaciones, es de las más notables. La glicosa no fermenta en contacto con la levadura cuando se le agrega este ácido: una fermentacion principiada se detiene rápidamente por medio de esta sustancia. El ácido salicílico se opone tambien al desarrollo de los hongos en la superficie de la cerveza. La carne fresca impregnada de este ácido puede resistir durante varias semanas sin entrar en putrefaccion, lo mismo que los alimentos, las legumbres y frutas, con la circunstancia de que no es en nada dañoso para la salud.

La accion fisiológica del ácido salicílico, estudiada en los animales, no ha dado seguros resultados, por las dificultades en su manera de administrarlo. En el hombre, su estudio ha sido perfecto.

Las vias digestivas no son en manera alguna afectadas por él, salvo ligeros accidentes de náusea y vómitos de poca duracion. El doctor Stricker, sabio médico alemán, habla de 136 casos en que lo ha empleado sin alterar las vias digestivas, y no teme hacer tomar 40 gramos en ocho dias á personas de robusta constitucion.

El efecto más seguro en el empleo de estas preparaciones salicílicas es el ruido en los oídos. Apénas se han administrado 5 ó 6 gramos, aparece el fenómeno, pero sin que lo acompañe turbacion alguna intelectual, ni alucinaciones, ni ilusiones en la vista.

Los fenómenos cerebro-espinales no se han observado en el hombre sano, aun cuando la dosis de ácido se haya elevado á 10 y 12 gramos.

El pulso y la temperatura no han ofrecido nada notable en las personas sanas que se han sometido, por via de experimentacion, al uso diario del ácido salicílico.

La eliminacion de las preparaciones salicílicas se hace de una manera rápida por la orina. Pocos momentos despues de la ingestion se reconoce la presencia del ácido salicílico en la orina por medio del percloruro de hierro, que produce una coloracion violada. Indica el profesor See que en algunos casos aumenta la secrecion urinaria; en otros ha notado una falsa diuresis, tenesmo, pero sin aumento real de la cantidad de orina. Cree que en el trabajo de eliminacion experimenta varias modificaciones este ácido, y que obra sobre los riñones, sobre la secrecion urinaria y sobre la constitucion misma de la orina.

En los individuos atacados de gota, el ácido salicílico aumenta notablemente la eliminacion del ácido úrico, sobre todo en los casos en que accesos agudos vienen sobre la gota crónica. Señala el profesor que citamos un enfermo en quien la cantidad de ácido úrico eliminada normalmente era de 8 decigramos por litro, y que vió elevarse á tres gramos durante tres dias continuos, bajo la influencia de esta medicacion.

La urea no experimenta modificacion apreciable, así en el estado normal, como en el patológico.

En casos de nefritis intersticial y parenquimatosa, ha visto M. See ocurrir algunos accidentes, la hematuria, con el empleo del ácido salicílico. Balz habla tambien de la albuminuria, pero añade que este accidente no lo ha vuelto á observar desde que ha sustituido el salicilato al ácido salicílico.

M. Gubler está de acuerdo con el profesor See en cuanto á que por medio de esta medicacion, la secrecion urinaria es aumentada cuando el riñon está sano y disminuida cuando se halla enfermo.

El doctor Stricker cree en la pronta eliminacion del medicamento por la orina, y la considera como terminada 48 horas despues de tomada la última dosis. El doctor Bremont asegura haber notado la presencia del ácido en la orina (por el percloruro de hierro) una semana despues de terminado el tratamiento.

En cuanto á la accion sudorífica del ácido salicílico, los observadores están de acuerdo en considerarla como muy poca, notándose desde el primer dia del tratamiento y como un síntoma favorable.

Pasemos ahora al estudio de las aplicaciones terapéuticas.

El doctor Higuet recomienda para la curacion de las heridas en las operaciones, lavar cuidadosamente la parte enferma y sus alrededores con una esponja empapada en esta solucion:

Ácido salicílico.....	10	gramos.
Agua destilada.....	450	—
Alcohol.....	450	—
Glicerina.....	100	—

Con esta solucion, que ha aplicado con buen éxito en varias operaciones quirúrgicas, cree reemplazar la curacion por el método de Lister, la cual ofrece evidentemente muchas dificultades al operador. El cirujano que opera siguiendo las prescripciones de este método de curacion, lo hace bajo la presion de multitud de obstáculos que lo embarazan en el trabajo: el chorro continuo de vapores fenicados que rodea todo el campo operatorio, á la vez que impide la claridad en la vision tan necesaria en las operaciones delicadas y en las que se hacen en órganos profundos, humedece las manos y entume los dedos, por causa de la accion anestésica del ácido; esto, aparte de las complicadas precauciones que se ordenan para destruir los gérmenes que se encuentran al rededor de la herida.

El ácido salicílico no es una sustancia irritante, volátil ni tóxica, como lo es el ácido fénico. Por consiguiente, bajo este punto de vista es preferible como antiséptico.

En el servicio del Hospital de Caridad que está á nuestro cargo, hemos curado con el ácido salicílico, aplicado en polvo, la herida de una amputacion del muslo, y observámos que la supuracion duró apénas seis dias, sin adquirir ningun mal olor, y que doce dias despues de la operacion se quitaba el vendaje completamente, y se veia la herida cicatrizando rápidamente, y de tal manera inodora, que el baño no era necesario.

En el tratamiento de la dipiteria, el profesor See señala muchos casos de varios autores en que la accion de este ácido ha sido satisfactoria: cree en el poder de su aplicacion local, y duda de la accion que pueda ejercer administrándolo al interior para el tratamiento de esta grave enfermedad.

El doctor Rocha C. dió cuenta á la Sociedad de Medicina de un caso de dipiteria en esta ciudad en el cual la accion favorable del ácido salicílico fué perfectamente

comprobada, porque se notó en más de una ocasión, que al suspender su empleo las falsas membranas reproducían con rapidez, y desaparecían luego al volver á la medicación.

Asociando el clorato de potasa, que se administra al interior, al ácido salicílico que se aplica sobre las falsas membranas por medio de una esponja impregnada del ácido y atada á la extremidad de una varilla, han obtenido varios médicos de hospitales numerosos casos de buen suceso.

La diabetes sacarina ha sido tratada por el salicilato de soda. En dos observaciones de los profesores Ebstein y Muller que publica el doctor Bremond aparece como notable la mejoría obtenida á beneficio de la medicación salicílica.

Como antipirético, varios autores preconizan la eficacia del ácido salicílico. Señalan, como observado en varios hechos clínicos, el descenso de la temperatura hasta de 3 grados Fahrenheit, y 10 y algunas ocasiones 20 el número de pulsaciones disminuidas bajo la influencia de 4 á 6 gramos de este ácido.

En las fiebres intermitentes no son satisfactorios los resultados obtenidos por la nueva medicación. La combinación con la quinina, ó sea el salicilato de quinina, aventajado por algunos profesores para los casos en que haya encallado el sulfato, es para otros una de las preparaciones menos racionales. "La superioridad del ácido salicílico, dice el doctor Bremond, sobre todos los antipiréticos conocidos, hace inútil la unión al febrífugo por excelencia de un febrífugo ménos poderoso que él. Asociar la quinina al ácido salicílico, es agregar ipecacuana al emético, ópio á la morfina, agua de rosas al tanino."

Se creyó que para el tratamiento de la fiebre tifoidea satisfaría el ácido salicílico, atendido su doble poder de antiséptico y antipirético; pero los resultados clínicos podemos calificarlos más bien como negativos. En Alemania, en Inglaterra y en Francia, el tratamiento por este ácido ó por los salicilatos no ha producido en la fiebre tifoidea ningún hecho favorable ni para el curso, duración ni terminación de esta enfermedad. El descenso de la temperatura ha sido en el mayor número de casos apenas transitorio.

El profesor See indica que en una serie de 12 observaciones, sólo en dos casos de *tifus* vió descender el termómetro de 39° á 37°, pero este descenso fué seguido de un delirio persistente que calmó cuando hubo suspendido la administración del medicamento, y tan pronto como dejó de obrar el ácido, la temperatura subió nuevamente á 40°.

El doctor Bremond ha obtenido muy buen suceso empleando el salicilato de soda en tres casos de fiebre tifoidea de forma adinámica ó pútrida. Administró dos gramos diarios, y dice que obtuvo resultados que en vano había buscado por medio del extracto blando de quina, del alcohol, el alcanfor y de los otros medicamentos empleados en el método antiséptico.

En el servicio del hospital que está á nuestro cargo no hemos querido usar esta medicación para el tratamiento de la fiebre tifoidea, atendiendo á que los resultados clínicos obtenidos en otros lugares no autorizan la continuación del sistema.

Es en el reumatismo articular agudo en donde la medicación salicílica ha probado sus admirables y seguros efectos. Débese al doctor Stricker el conocimiento de la eficacia del ácido salicílico aplicado al reumatismo: queriendo combatir el dolor y fluxion articular, halló "el verdadero específico para el reumatismo," llamado hoy por los alemanes *la quinina de los pobres*.

Concluye el profesor See, como resultado de las muchas observaciones clínicas que posee, de la manera siguiente:

"1.º Los dolores cesan á las doce ó diez y ocho horas y de una manera constante.

"2.º La fluxion articular cede del primero al tercero día, pero nunca ántes que el dolor. La tumefacción disminuye, aun cuando haya hidrartrosis, sobre todo si la hinchazón no alcanza sino á los tegidos periarticulares.

"3.º Los movimientos se hacen fáciles y libres al tercero día; he visto enfermos que teniendo afectadas todas las articulaciones de los miembros inferiores, han podido levantarse al segundo ó tercero día.

"4.º La fiebre, que en algunos casos se ha elevado á 41° y á 120 pulsaciones, no ha cedido nunca ántes de la completa desaparición del dolor."

El doctor Stricker niega los efectos del salicilato de soda en el tratamiento del reumatismo sub-agudo ó apirético.

El profesor See sostiene su eficacia aún en estos casos.

Nosotros lo hemos empleado en el Hospital en muchos casos: sus efectos han correspondido á los elogios que hacen de esta medicación los autores europeos; pero sí hemos observado que en el reumatismo articular agudo son más pronto, notables y seguros que en las formas sub-agudas de esta enfermedad. Aplicándolo en éstas, se observa la disminución de los dolores; pero á la vez ocurren nuevas manifestaciones en las varias articulaciones que sostienen la enfermedad á pesar de la insistencia en la medicación salicílica.

Uno de los efectos más importantes que se obtienen con este tratamiento es la poca duración de la enfermedad. Todos los observadores han presenciado clínicamente la comprobación de este hecho; casos ha habido en que al segundo día estaba terminada la enfermedad, y otros en que ha debido continuarse la medicación durante meses enteros. Como consecuencia de la pronta detención de la enfermedad tiene que observarse que en estos casos las complicaciones cardiacas no sobrevendrán. Así lo asegura el profesor See y añade que cuando estas lesiones preexisten la medicación salicílica no las modifica en manera alguna.

Resulta, pues, que de las medicaciones establecidas hoy para la curación del reumatismo, bajo el punto de vista de la prontitud con que se obtienen la disminución de los dolores y la caída del pulso, solo la acción del sulfato de quinina puede compararse con la de los salicilatos, y ésta es superior á aquella así por su prontitud, como por ser completamente inofensiva.

En las diversas formas del reumatismo articular crónico, tales como la artritis crónica, que persisten como resultado de un reumatismo agudo ó que se presentan como primitivas; en las artritis esclerosas que se acompañan de deformaciones ó de atrofias aparentes, reumatismo crónico fibroso, cuyo tipo ha descrito Jacoud; en la artritis nudosa ó deformante, artritis ósea que invade progresivamente las sinoviales, los cartílagos, el tegido óseo articular y que origina las desviaciones ó deformaciones de los huesos, el descolocamiento de las articulaciones, los rebordes óseos, las atrofias ó enjuntamientos de los tejidos periarticulares y las retracciones de los músculos y de los tendones vecinos. En todas estas formas que apunta el profesor See, dice haber obtenido de la medicación salicílica efectos que nunca consiguió con los demás tratamientos.

A. APARICIO.

(Continuará.)

## CORRESPONDENCIA CIENTIFICA.

## OBSERVACION

DE UNA FIEBRE TIFOIDEA SEGUIDA DE REMITENTE  
PERNICIOSA DE FORMA DIAFORÉTICA.

(Conclusion).

*Dia 5.*—El paciente se queja de un insomnio permanente; ha habido delirio, aunque muy calmado; la piel seca, sin manchas de ninguna clase; la lengua húmeda y más limpia que el día anterior; el abdomen meteorizado é indoloro; ausencia de *gorgoteo*; pulso fuerte, regular y frecuente (104); por la tarde 108; el termómetro marcó por la mañana 102°, y por la tarde 103½. El purgante administrado el día anterior produjo abundantes evacuaciones de un color amarillo verdusco y muy fétidas.

*Prescripcion.*—Lavativas de agua fria por la mañana, medio día y tarde; los paños y la cucharada del día anterior.

*Dia 6 y 7.* no ha habido nada particular; el pulso no ha pasado de 108, y el termómetro ha seguido oscilando con variaciones de un grado de mañana á tarde, hasta llegar á 104°.

*Prescripcion.*—Lo mismo que el día 5.°

*Dia 8.*—Las manchas lentilares han aparecido en el pecho, cara interna de los brazos y anterior de los antebrazos, el pulso á 104 por la mañana y 108 por la tarde; el termómetro ha marcado 103° y 104° á mañana y tarde respectivamente; la postracion es mayor que en los días pasados; hay gran propension al sueño y *tifomania* constante.

*Prescripcion.*—La misma que en los días anteriores.

*Dia 9, 10 y 11.*—La postracion ha aumentado poco á poco; el pulso no ha variado, el termómetro no ha pasado de 104,° el estupor es muy marcado, la tendencia al sueño es mayor, hay un delirio constante, pero muy tranquilo, el enfermo contesta y abre los ojos si se le llama, pero en el acto vuelve á quedar en su letargo.

*Prescripcion.*—Las mismas del día 8, ademas se ordenó quitar el pelo y aplicar paños frios constantemente sobre la cabeza, sinapismos volantes á las extremidades y un purgante salino.

*Dia 12.*°—El estupor ha aumentado, es difícil despertar al paciente, el pulso es frecuente (104), pequeño y algo deprimido; el termómetro marca 103½; anoche hubo una evacuacion involuntaria, la lengua húmeda, blanca y ancha, el estómago meteorizado é indoloro, piel árida y quemante, las manchas lentilares han aumentado y en la espalda hay algunas equimosis pequeñas; hay tos y *rales* sibilantes y roncales en ámbos pulmones.

*Prescripcion.*—Ventosas escarificadas en la nuca, sinapismos en las extremidades, fricciones generales excitantes y ademas lo mismo de los días anteriores.

*Dia 13.*°—El pulso ha continuado lo mismo que el día anterior; el termómetro marcó 108 y 1½ por la mañana y 104 por la tarde; el estupor es más marcado, hay convulsiones involuntarias en los músculos de la cara y sobresalto de tendones.

*Prescripcion.*—Una cucharada de vino de oporto cada hora, aplicaciones frias incessantemente sobre la cabeza y al vientre, suspension de las lavativas y del acónito.

*Dia 14.*—La temperatura ha permanecido como el día anterior; el pulso con la misma frecuencia, pero más fuerte y sin depression, el sobresalto de tendones y las

convulsiones de los músculos de la cara persisten lo mismo que los ruidos mórbidos del pecho.

*Prescripcion,* *T.*

Almizcle..... 1 gramo.

Infusion de tilo..... 60 id.

*R.* “Cucharadas.”

Para tomar una cada 4 horas.

Ademas, lo mismo del día anterior.

*Dia 15.*—La postracion es mayor; el termómetro marcó 103.° por la mañana y por la tarde; el pulso tuvo la misma frecuencia todo el día (100); el cerebro está un poco despejado; las conjuntivas ligeramente inyectadas, las vias digestivas en buen estado; anoche hubo una evacuacion escresencial muy abundante, las vias respiratorias persisten lo mismo.

*Prescripcion.*—Retirar paulatinamente el frio de la cabeza, continuar su aplicacion al vientre, y al interior 15 gramos de vino de oporto cada hora en infusion de tilo.

*Dia 16.*—El estado general es bueno, el estupor ha disminuido, el paciente pide los vasos para evacuar y orinar, la orina ha sido abundante, las contracciones de los músculos de la cara y el salto de tendones han desaparecido; las vias digestivas están muy bien, la bronquitis continúa, pero todos sus síntomas son muy benignos; el pulso ha permanecido á 100; el termómetro ha marcado 102° por la mañana, 102½ por la tarde; la piel ha perdido su color acre, y se nota cubierta de un ligero mudo; las manchas lentilares son muy pocas.

*Prescripcion.*—Suspension de las aplicaciones frias á la cabeza y lo demas como en los días anteriores.

*Dia 17.*°—Anoche á las 12 hubo un fuerte calofrio que duró media hora; inmediatamente despues de éste haber pasado, el paciente tuvo un sudor abundantísimo, quedó bien por un rato y luego principió á delirar. Por la mañana lo encontré en el estado siguiente: gran postracion, nada de delirio, el pulso muy débil, regular y frecuente (100); el termómetro marcaba 103°; las vias digestivas en perfecto buen estado. Temiendo que el calofrio de la noche anterior hubiera podido ser preludio de alguna inflamacion visceral, examiné cuidadosamente todos los órganos y nada nuevo hallé. No dí mucha importancia á este accidente, y como ademas del abundante sudor, hubo tambien un aumento notable en la secrecion de la orina, creí que todo esto pudiera ser un fenómeno crítico, cuyas vias de aparicion eran la piel y la mucosa de las vias urinarias; no varié, pues, en nada el tratamiento y quedé en expectativa. Por la tarde hubo delirio; el termómetro subió á 104°, y el pulso descendió, á 100.

*Dia 18.*—La noche fué buena; por la mañana el estado general era aparentemente el mismo que el del día anterior; el termómetro marcaba 102°, y el pulso habia subido á 118. Esta discordancia llamó mi atencion, y me puse á observar al enfermo sin hacer variacion ninguna en la medicacion á que lo tenia sometido. A las ocho de la mañana hubo una evacuacion con un poco de sangre bien mezclada á los excrementos; á las 9 reapareció el calofrio, el que fué muy fuerte; el enfermo temblaba todo; el castañeteo de dientes se oia de léjos; aquél duró 45 minutos. Tan pronto como apareció, apliqué el termómetro á la axila y pronto subió á 105°, manteniéndose en este estado hasta que el calofrio terminó. El pulso sumamente pequeño, regular y muy frecuente (138). Inmediatamente despues de terminar el acceso, principió un sudor abundante, en el que se bañó completamente el enfermo, empañando sus vestidos y sábanas de la cama. El sudor duró 30 minutos, y durante este período el termómetro, que

había permanecido en la axila, fué descendiendo con suma lentitud, hasta que al terminar la diaforésis marcaba 104°; el pulso en este momento había descendido á 120. Pasado el acceso, el enfermo quedó enteramente bien, aunque muy debilitado. En este aparente buen estado permaneció como unas dos horas; al término de las cuales principió á delirar, durante el delirio hasta el siguiente día á las siete de la mañana. El termómetro que, al terminar el sudor, marcaba 104°, siguió descendiendo: á las 12 estaba á 102°, y había 124 pulsaciones; á las 2 de la tarde 101°, con 116 pulsaciones. A esta hora quiso repetir el calofrío, pero su aparición no se llevó á efecto. A las 4 de la tarde 102° y 112 pulsaciones; á las seis 100° i 102 pulsaciones; á las diez 101° y 98 pulsaciones.

*Prescripción.*—Tan pronto como este segundo calofrío apareció, pensé que podría hallarme al frente de una *febre remittente perniciosa de forma diaforética*, é inmediatamente principió á administrar el sulfato de quinina á altas dosis. No aguardé á que el acceso terminara para emplear esta medicación, temiendo otro ú otros de forma *subintrante*, en cuyo caso el paciente moriría irremediablemente. Además, la suma gravedad de esta forma de remitencia me obligaba á no perder un solo instante; administré, pues, durante el calofrío un gramo de sulfato de quinina en una copita de limonada sulfúrica. Traté de abreviar la duración de éste por medio de fricciones generales con bayetas muy calientes; luego que el sudor principió, moderé su abundancia administrando al paciente varias tazas de limonada sulfúrica, y continué dando 50 centigramos de sulfato de quinina cada dos horas hasta las diez de la noche. A esta hora disminuí la dosis á 25, para darlos cada 3 horas, siempre disueltos en la misma limonada.

*Día 19.*—La noche anterior no fué buena, pues además del delirio hubo varios sudores, los que, aunque no copiosos, contribuyeron á disminuir las pocas fuerzas de que aun disponía el paciente. A las 6 de la mañana, hora en que lo ví, lo hallé en este estado: postracion mayor que en ningun otro día; fisonomía muy alterada, casi cadavérica; ha habido varias evacuaciones, las cuales, aunque el paciente se percibe de ellas, no pide el vaso para hacerlas; en una de estas hubo sangre bien mezclada con los excrementos. La bronquitis persiste, pero su intensidad ha disminuido notablemente; el termómetro marca 101°, el pulso regular, muy débil y frecuente (100). En vista de esto no creí hacer innovación alguna en el tratamiento. A las 7½ de la mañana reapareció el calofrío, pero mucho ménos fuerte que el del día anterior, duró media hora; el termómetro ascendía á 102° y el pulso á 104. No fué seguido de sudor inmediatamente; á las 8 y ½ ligero muador, así estuvo hasta las 10; á esta hora todo había calmado, pero principió un delirio alarmante, aunque tenia ratos lúcidos; sin embargo no hice caso de él, pues lo atribuí en su mayor parte á la acción de la quinina. A las 2 de la tarde el termómetro marcó 101° y había 106 pulsaciones; á las 6 de la tarde, 100° y 96 pulsaciones; el delirio no había cesado.

*Prescripción.*—Continué la administración de la quinina á la dosis de 10 centigramos cada tres horas, y prescribí además algunas tazas de infusión de valeriana para neutralizar en algo la acción de aquella sobre los centros nerviosos.

*Día 19.*—La noche fué buena, el delirio ha persistido, el paciente quiere á cada instante dejar la cama, ha reusado tomar toda clase de alimentos y con dificul-

dad se le ha hecho recibir una vez el medicamento. A las 7, hora en que lo ví, lo hallé en el estado siguiente: poca postracion, fisonomía animada, ojos muy brillantes, mirada estraviada, conversacion en apariencia juiciosa, pero que no tiene relacion en nada con lo que lo rodea, ni con las preguntas que se le hacen: en todas sus cosas deja, pues, conocer que es presa de una verdadera locura. Las vias respiratorias están muy bien, lo mismo las digestivas, el termómetro marcó por la mañana 95°, á las doce 96°, á las dos de la tarde 97°, y á las seis, 97°; el pulso estuvo á 100, 96, 96 y 96 respectivamente. Algunos forúnculos han principiado á aparecer en la nuca.

*Prescripción.*—5 centigramos sulfato de quina cada tres horas; cataplasmas emolientes á la nuca y tres tazas diarias de infusión de valeriana.

*Día 20.*—La noche fué buena; el delirio persiste, pero es ménos fuerte; aunque el paciente no ejecuta acto alguno que tenga visos de razon.—Se ha resistido absolutamente á tomar alimento y medicamentos.—Hay pérdida completa del oído. El termómetro marcó 99°, el pulso llegó á 99 pulsaciones.—Por la tarde, la temperatura era de 97°, y el pulso no había variado.

*Prescripción.*—Administré una inyeccion hipodérmica con 10 centigramos de sulfato de quinina, y como esto me costase mucho trabajo, prescribí repetir la misma dosis por la tarde en una lavativa, despues de vaciar previamente el recto.

*Día 21.*—En la noche se quejó el enfermo de frio, hubo ligeros sudores; por la mañana estaba mas despejado, daba muestras de razon, se quejaba de dolor en la nuca, y los forúnculos supuraban abundantemente; el termómetro marcó 102°, el pulso á 104; no hubo variacion por la tarde.

*Prescripción.*—Tres lavativas diarias con un gramo de extracto de quina cada una; cataplasmas emolientes á la nuca.

*Día 22.*—Buena noche; la razon ha vuelto poco á poco, hay apetito, la dureza del oído es menor; durante todo el día ha habido sudores poco abundantes; los forúnculos siguen supurando; el termómetro marcó por la mañana 100° y por la tarde 99°; el pulso estuvo á 96 y 90 respectivamente.

*Prescripción.*—Lo mismo del día anterior.

*Días 23, 24 y 25.*—Todo lo mismo que el día 22.

*Día 26.*—El estado general no es bueno; el apetito ha desaparecido; hay ligero delirio; la lengua está sucia; el pulso es fuerte y frecuente (120), y el termómetro ha mareado 102° durante todo el día.

*Prescripción.*—Suspendir el extracto de quina, administrar un purgante salino i mantener constantemente aplicada la cataplasma sobre la nuca.

*Día 27.*—El purgante produjo abundantes evacuaciones. La lengua se limpió, hay buen apetito, cerebro completamente despejado, el termómetro marcó 100° y la frecuencia del pulso es de 96 sin que haya habido variacion durante el día.

*Prescripción.*—Reposo absoluto.

*Día 28.*—Anoche hubo abundantes sudores, sueño tranquilo, el paciente amaneció muy bien, y únicamente se queja de sordera; el termómetro marca 98°, temperatura normal; y el pulso perfectamente regular, sube á 86, frecuencia habitual, segun dice el paciente.—La convalecencia, pues, ha entrado.

A los 15 días el paciente se encontraba perfectamente bueno.

*Reflexiones.*—Al leer con atención esta observacion se ve que la escena fué dominada en su principio por un envenenamiento palúdico, que luego apareció una neural-

gia *cervico-occipital* con un carácter intermitente bien marcado, que terminada ésta ó bien antes de terminarse, pues es muy difícil establecer aquí un límite preciso, tuvo lugar el período de invasión de la fiebre tifoidea; y que luego que esta recorrió sus dos primeros septenarios, y que todo indicaba una pronta y feliz terminación, el paludismo estalló nuevamente, mostrándose ya con un carácter pernicioso. No entraré á discutir aquí el automagonismo que M. Boudin ha sostenido, existe, entre la fiebre tifoidea y los envenenamientos palúdicos; únicamente haré notar para que cada cuál lo interprete según sus teorías, ó lo que su práctica le haya enseñado en este particular, haré notar, digo, lo que el caso práctico me ha enseñado.

Paréceme que el paludismo vencido por el envenenamiento tifoideo, permítaseme esta expresión, hubiera cedido en retirada el terreno y conservado sus posiciones y que tan pronto como el envenenamiento tifoideo, vencido ya por los esfuerzos de la naturaleza, ayudada en la terapéutica, estaba al terminarse; se mostró nuevamente el paludismo, el que robustecido por una especie de incubación, ó bien porque encontró ya el organismo debilitado, estalló con un carácter de gravedad tal, que comprometió la vida del paciente de un modo bien serio.

Terminaré llamando la atención de los prácticos hácia esta singular terminación de una fiebre tifoidea; que se discuta concienzudamente esta observación en la Sociedad de Medicina.

¿Podrá atribuirse la muerte repentina que, en algunos casos de fiebre tifoidea se ha observado ya, y cuya explicación está por darse, á una fiebre remitente pernicioso de forma cardíaca, cerebral ó sincopal?

También es digno de notarse la acción que el sulfato de quinina, á tan elevada dosis, produjo en este enfermo. La locura que apareció después de la administración de este medicamento debe atribuirse á su acción sobre los centros nerviosos. Tousseau en su obra de *Materia Médica y Terapéutica*, al hablar de la acción fisiológica del sulfato de quinina refiere un caso idéntico al que aquí nos ocupa, observado en una niña por la administración de una dosis de sulfato de quinina, mucho ménos que la que administré á este enfermo.

JOSE TOMAS ENAO.

Sonson, mayo de 1878.

### ENVENENAMIENTO

FOR LA ESERINA EN COLIRIO.

La *eserina* es el alcaloide del haba de Calabar ó *physostigma venenosum*, de la familia de las leguminosas. La que tengo fué preparada en Paris por el célebre químico Mislhe, y se presenta bajo la forma de un líquido negroceo, de consistencia oleaginosa y tiene un olor nauseabundo.

Todavía no hace mucho tiempo que esta sustancia ocupa un puesto importante en medicina, sobre todo en otras sustancias, como el opio y algunos de sus alcaloides terapéuticos. Tiene la notable propiedad de contraer la pupila á la manera del opio y de algunos de sus alcaloides, pero con una energía y prontitud mayores, comparables á la de su antagonista, la atropina.

El uso de la eserina es, por decirlo así, tan útil en el tratamiento y exploración de las enfermedades de los ojos, como lo es la atropina; en el caso de que las pupilas, por ejemplo, hayan sido dilatadas por medio de la belladona ó de su alcaloide, para mantener ensanchadas durante el exámen oftalmoscópico, en las personas

que tienen naturalmente la abertura pupilar demasiado estrecha, ó que por la luz proyectada por el oftalmoscopio, las hagan contraer. Después del exámen, la midriásis persiste hasta por ocho días, causando al enfermo los inconvenientes de la parálisis, de la acomodación y las congestiones retinianas, por el torrente de luz de que el iris es incapaz de detener. En este caso presta útiles servicios volviendo á la pupila sus dimensiones naturales.

Esta sustancia ha sido aplicada diariamente en las clínicas en Europa por los oculistas más notables: allí la hemos visto emplear constantemente, y sabemos que sus aplicaciones tienden á aumentarse, y hasta ahora, esos hombres que observan tan atentamente á sus enfermos, no han relatado, que yo sepa, ningún caso de accidentes serios producidos por absorción del alcaloide de que me ocupo, ya sea por la mucosa ocular, ya sea trasportada al estómago con las lágrimas por el canal nasal, como lo observamos en un caso con el doctor Renjifo con la atropina, y en dos más de mi práctica particular, sin malos resultados.

La siguiente y corta observación, que voy á dar á conocer, demostrará que si el atropinismo es serio, el envenenamiento por la *eserina*, lo es más todavía.

En el presente mes de junio, se presenta á mi consulta el señor F. G., hombre de 56 á 60 años, robusto, de buena constitución, exento de enfermedades constitucionales y gozando de excelente salud, con excepción de una novedad en los ojos que experimenta hace dos años.

Por el exámen que le hice en una primera sesión con el oftalmoscopio encontré un principio de atrofia de la pupila y además cuerpos flotantes en el humor vítreo; mas, como en este sujeto las pupilas son naturalmente muy pequeñas, no pude explorar las regiones ecuatoriales del ojo, donde sospechaba alguna otra lesión. Por este motivo y en un exámen que practiqué nuevamente, diez días después, instilé un colirio de sulfato neutro de atropina hasta la dilatación completa de la pupila y practiqué el exámen. Concluido éste, aconsejé al paciente que usara anteojos de color y evitara los rayos solares; cinco días después las pupilas permanecían tan dilatadas como en el primer día y mi cliente debía seguir á Neiva con un calor de 30° á la sombra y con la viva luz del sol propia á las riberas del Magdalena, y para que pudiera hacer su viaje sin mayor incomodidad, me propuse hacer cesar la midriásis con el colirio de eserina.

En efecto, al día siguiente preparé el colirio con 20 gotas de agua y un centígramo de eserina, me trasladé á la casa que está cerca de la mia (unas cincuenta varas), le instilé entre los párpados seis gotas, tres en cada ojo, cada cinco minutos una. El día estaba fresco, el sol estaba oculto por las nubes, y los vientos que vienen del Paracé enfriaban la atmósfera; el señor G. estaba contento, en buena salud y no había tomado ningún alimento todavía, pues apenas eran las siete y media de la mañana. Al punto la acción de la eserina vino á ser manifiesta y yo me retiré á mi casa.

Haria diez minutos que estaba en ella, cuando vieron á prevenirme que el señor G. estaba con un fuerte ataque y postrado en su cama; me trasladé inmediatamente y lo encontré acostado, sumamente pálido, descajado, casi sin poderse mover, la piel cubierta de un sudor frío abundantísimo, siendo de advertir que, acostumbrado al calor de estos lugares, no sudaba casi nunca; el pulso en las radiales era unas veces fuerte y

precipitado, otras lento y débil, filiforme, los movimientos del corazón tumultuosos y desordenados, con cefalalgia y náuseas y vómitos constantes, lo que hacía que la postración fuera mucho mayor. Lo hice levantar con gran trabajo, y en esta posición no pudo sostenerse largo tiempo, y hubo de sostenerlo para que no cayera al suelo y ponerlo de nuevo sobre la cama, donde se repetían estos síntomas por series no interrumpidas, siendo cada vez más acentuados los vómitos, los sudores y la falta de fuerzas.

Convencido de que lo que tenía delante, era un caso de envenenamiento por la eserina, quise alejar la causa: para esto bañé profusamente los ojos é hice gargarizar al paciente, por si había todavía alguna parte del colirio en estas regiones y administré una pocion alcohólica.

Un momento pensé en administrar la atropina, considerándola como un antagonista; pero el recuerdo de haber observado una postración casi igual en los casos de atropinismo de que he hablado, me hizo desistir de semejante idea, porque temia un resultado desfavorable. Me contraje á hacer aplicaciones excitantes y administrar unas tazas de café negro al interior, que al principio fueron arrojadas, pero despues ayudaron á contener el vómito.

La escena duró dos horas y média de inquietudes, entre la vida y la muerte, y llenas de angustias para mí. Lo primero que calmó fué el vómito, luego los sudores y en seguida la postración de fuerzas, dejando un poco de cansancio y de cefalalgia frontal. Tres horas y média habian pasado cuando mi cliente tomaba un copioso almuerzo, que le hizo disipar el malestar que le quedaba.

Por la tarde todo habia pasado; y la excesiva contracción de las pupilas habia desaparecido, y habian vuelto á su estado normal, lo que me anunciaba que la acción de la eserina habia pasado, dejándome una enseñanza más, la de que la acción de la eserina es más fuerte que la de la atropina, pero más rápida, y un consejo que dar á mis compadres: "sed prudentes en la aplicación de la eserina," á pesar del adagio que dice "nada vale la experiencia en cabeza agena."

Yaguará, 24 de junio de 1878.

PROTO GÓMEZ.

## CIENCIAS NATURALES.

### CORRECCION.

En el artículo del doctor Osorio Lozano sobre la "*Determinación del tanino de algunas cortezas vegetales de origen colombiano*," se cometieron algunos errores de imprenta que deben rectificarse y leerse así:

Dividivi..... Cesalpina coriaria.  
Siete cueros..... Chatogastra.  
Impar..... Viburnum anomalus.

## PLANTAS USUALES DE COLOMBIA.

### BERROS.

*Sisymbrium nasturtium* de Linneo.  
FAMILIA DE LAS CRUCIFERAS.

DESCRIPCION.—Planta de uno á seis decímetros. Raíz sencilla al principio, fasciculada despues. Tallo ramoso, anguloso, fistuloso, grueso, carnoso, verde ó rojo, rastrero, que emite numerosas raíces adventicias, erguido en su parte superior. Hojas alternas, pecioladas, algo gruesas, pinnatisectas, con segmentos laterales no

equiláteros, enteros ó ligeramente sinuosos, mayor el terminal. Flores hermafroditas, regulares, blancas, colocadas en racimos terminales ú opuestos á las hojas. Receptáculo de cuatro glándulas hipogíneas. Cáliz de cuatro sépalos libres, apretados no gibosos. Corola en forma de cruz, con cuatro pétalos hipogíneos, caducos, estrechados en uña, de doble longitud que los sépalos. Seis estambres tetradinamos; anteras bilobuladas, introrsas. Ovario libre, con dos celdas y muchos óvulos. Estilo sencillo; estigma bilobulado. Fruto (*siliqua*) cilíndrico, algo arqueado, giboso, extendido en ángulo recto y aun reflejado. Semillas en dos series, oscuras, redondeadas.

LUGARES EN DONDE SE HALLA.—Crece en la orilla de los arroyos, de los pantanos ó en el fondo de éstos. Es muy comun en Colombia y se encuentra en todos los lugares frios y templados.

PARTES QUE SE USAN.—Toda la planta fresca.

COMPOSICION QUÍMICA.—El berro contiene: *aceite esencial, extractivo amargo, iodo, hierro, fosfatos y algunas sales*. El aceite esencial es sulfazoado y puede considerarse como una combinacion de azufre y de sulfocianógeno con el alilo.

FORMAS FARMACÉUTICAS, DÓSIIS.—1.ª zumo, de 60 á 150 gramos; 2.ª jarabe, 100 gramos; 3.ª aceite volátil, 25 centígramos á 1 gramo; 4.ª tintura, sobre todo para uso externo. Se usa tambien al exterior el berro en forma de cataplasmas frias.

ACCION FISIOLÓGICA.—El olor del berro es casi nulo, su sabor acre y amargo, y sin embargo bastante agradable. Sus propiedades desaparecen por la coccion; pero contra la opinión generalmente admitida, se conservan en gran parte á pesar de la desecacion. Ingerido produce en el estómago un calor más ó ménos vivo; se aumenta la secrecion de la orina por su influencia; y la exhalacion cutánea y la secrecion de la saliva se hacen más abundantes y más fácil la expectoracion. Si se usa por mucho tiempo, se manifiesta su efecto alterante, que permite considerar esta planta como un depurativo y un antiescorbútico de los más eficaces. El berro, en resúmen, es estimulante, aperitivo, diurético, diaforético, expectorante y antiescorbútico.

USOS.—Se emplea en las enfermedades crónicas para combatir la atonia de los órganos digestivos; como estimulante, en el escorbuto, escrófulas y raquitismo; como diurético, en las hidropesias, enfermedades de las vias urinarias y cálculos; como expectorante, en los catarros pulmonares crónicos. Aplicado en cataplasmas sobre las úlceras escorbúticas, escrofulosas, atónicas, las modifica y apresura su cicatrizacion. Es un alimento excitante, de fácil digestion, ya con las carnes asadas, ya solo en ensalada ó preparado con vinagre. Conviene á los diabéticos porque contiene pocos principios amiláceos.

SUCEDÁNEOS.—El *Lepidium sativum*, Linneo, puede reemplazar al berro comun en todas sus aplicaciones. El berro de Para (*spilanthes oleracea*, Linneo, COMPUESTAS) tiene un sabor picante aromático, que le ha hecho considerar tambien como un sucedáneo. Constituye la base del elixir *Paraguay-Roux*, que se ha recomendado como odontálgico.

FRANCISCO BAYON.

Bogotá, junio 18 de 1878.

## SEÑORES AGENTES Y SUSCRITORES.

Con este número termina la serie 4.ª de la Revista Médica. Suplicamos una vez más á ustedes nos envíen el saldo de sus cuentas para terminar el informe que debe presentarse a la Sociedad relativo á la marcha del periódico.

Damos las gracias á todas aquellas personas que han prestado á nuestra publicacion su apoyo y simpatias.