

# REVISTA MEDICA.

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

Redactor — NICOLAS OSORIO.

SERIE IX. } Bogota, Noviembre 20 de 1884. } NUM. 101.

## ALCOHOLISMO.

CONFERENCIA DEL PROFESOR DE PATOLOGÍA INTERNA, SEÑOR DOCTOR NICOLÁS OSORIO, EXTRACTADA POR EL ALUMNO MANUEL PRADOS O.

El alcoholismo, desde el punto de vista clínico, se divide en agudo, crónico con sus diferentes formas, y una complicación que lo acompaña en sus diferentes períodos, el *delirium tremens*.

El alcoholismo agudo se divide, según los trabajos de Marvaud, en tres períodos, de excitación, de perversión y comatoso.

En el período de excitación, hay al principio aumento de calor, los ojos se ponen brillantes, las pupilas se contraen, el individuo entra en una excitación general, se vuelve locuaz, está animado &c.

En el período de perversión, el individuo hace todo aquello que es contrario á su manera de ser, sus ideas cambian, tiene pensamientos tristes, si antes estaba alegre, su hablar es diametralmente opuesto á su modo habitual, sus dedos tiemblan, hay flojedad en los miembros inferiores, perturbación en la vista, vértigos, incertidumbre en la marcha y su carácter cambia del todo.

En el período comatoso las pupilas se relajan considerablemente, el individuo articula una que otra palabra; si está sentado así permanece, no se le entienden sus palabras, los esfínteres se relajan, y muy bien puede decirse que está muerto.

El alcoholismo crónico puede dividirse en dos períodos, uno de excitación y otro de depresión.

El período de excitación, trazándolo á grandes pinceladas, presenta lo siguiente: al principio hay perturbación en la



digestión, dispepsia flatulenta, falta de sueño, desgano de comer, *vomitus matutinus* ó durante el día, hematemésis, temblor en las manos ó en los dedos, anestesia que sube desde los pies hasta las rodillas, hiperestesia, calambres, falta de coordinación en los movimientos, alucinaciones, delirios, desarreglo en las facultades intelectuales, parálisis completa ó general, convulsiones epilectiformes, bronquítis &c.

En el período de depresión hay tartamudez y vacilación en la palabra, temblor de la lengua y de las piernas; desarreglo del estómago; algunos individuos robustecen, pero este fenómeno sólo consiste en el aumento de la grasa, pues hay blandura y flojedad del sistema muscular; otros se enflaquecen, hay alteraciones en las vísceras parenquimatosas; enfermedades cardíacas, cirrosis hepática, ó degeneración grasosa, nefritis intersticial ó degeneración del riñón; aumento de grasa en el *peritoneo*, el *mesenterio* y los *epiplones* ó bien son el sitio estas membranas serosas de una flegmasía adhesiva; inflamación crónica de la mucosa del estómago, ó gastrítis ulcerosa, degeneración granulo-grasosa de las glándulas salivares.

A ejemplo de Magnus Huss dividiremos el alcoholismo crónico, ó mejor dicho, estableceremos varios grupos sintomatológicos, así: período prodrómico (dispepsia, vómitos, desgana de comer &c); período anestésico (frío en las extremidades inferiores, pereza en las facultades intelectuales, calambres, hormigueos &c); y períodos coreico, epiléptico y paralítico. Este orden no corresponde con el de Magnus Huss; la forma paralítica está en relación con las lesiones nerviosas más bien que con los síntomas funcionales.

*Anatomía patológica.* El hígado es el primero en el camino de la absorción, la totalidad del alcohol absorbido lo atraviesa; es un órgano muy vascular y la sangre permanece allí un tiempo bastante largo para las necesidades de la secreción biliar y de la glicosa; así pues, el hígado es casi siempre la primera víscera afectada, sea que se trate del alcoholismo agudo ó del crónico:



---

pero comenzando por el primer punto en contacto con el alcohol, tenemos el *estómago*, la membrana mucosa de este órgano presenta una coloración rosada, equimótica en ciertos puntos, sobre todo en la región vecina al cardias y en la pequeña curvatura; este es el primer grado de la afección; más tarde la mucosa se vuelve espesa, retraída, toma un tinte grisoso, apizarrado, *pigmentación* por depósitos de hematina; después está indurada, débil, luégo reblandecida. Las glándulas del estómago son hipertrofiadas. La cavidad del órgano más dilatada especialmente en los grandes bebedores de cerveza, y en este caso la mucosa está adelgazada. A veces la mucosa está ulcerada, las úlceras son varias ó no hay sino una, y están situadas al nivel de los puntos que generalmente se inflaman. Según Lancereaux, la presencia constante de la materia colorante de la sangre en el fondo ó en los bordes de las úlceras, parece indicar que algunas serían debidas á la alteración y obliteración consecutiva de los vasos cuya dirección siguen.

El *hígado* se altera de dos maneras distintas: ó sufre la degeneración grasosa, ó se inflama crónicamente; en el primer caso hay *esteatosis*; en el segundo *cirrosis intersticial*.

La esteatosis consiste en el depósito de moléculas grasosas en el seno de las células hepáticas. El hígado ha aumentado de volumen y está descolorido en los puntos en que los lóbulos están infiltrados de grasa. Cuando esta alteración es general, el hígado presenta una coloración mate ó amarillosa, es grande ó abollado, más voluminoso.

La cirrosis intersticial (*gin-drinkers' liver*) está caracterizada por la producción exhuberante del tejido conjuntivo intersticial. Al principio de la afección es más vascular y más voluminoso; más tarde, cuando los exudados intersticiales se han transformado en tejido conjuntivo adventicio, se vuelve fibroso, luégo se retrae el tejido y los lóbulos así como los acinis indurados, encogidos, forman una prominencia encima de las depresiones más ó menos pronunciadas que forman por todas



---

partes los tabiques interlobulares é intersticiales y la glándula disminuye de volumen.

Las *glándulas salivares* están blandas, amarillas é invadidas en sus epitelios por la degeneración gránulo-grasosa.

El *páncreas*, bien alterado de la misma manera que las glándulas salivares, ó bien arrugado, atrofiado, y como el hígado atacado de cirrosis.

Las membranas serosas del abdómen, el *peritoneo*, el *mesenterio*, los *epiplones* están sobrecargados de grasa ó de una flegmasia adhesiva. Otras veces el peritoneo está recorrido de equimosis. Lancereaux ha señalado una peritonítis granulosa de los alcoholizados, caracterizada por pequeñas masas granulosas, muy análogas á las granulaciones tuberculosas de la tísis aguda.

En la *vena porta* se ha encontrado una inflamación con exudación pseudo-membranoso.

La *arteria pulmonar*, que recibe la sangre venosa y por consiguiente, la sangre que por la vena cava inferior proviene del hígado y está sobrecargada de alcohol, puede presentar la misma alteración. Dice Lancereaux que existe una artritis caracterizada por producciones membranosas en el interior de los vasos.

El corazón presenta una fisonomía especial: al principio apenas más voluminoso que en el estado normal, y es notable sobre todo por la sobrecarga grasosa de su base y de sus paredes. La grasa no solamente lo tapiza, sino que penetra en las fibras musculares, y por compresión determina la atrofia. En su superficie se observan placas lechosas. Luego, el tejido del corazón es amarillizo, blando y friable. Más tarde todavía, las fibras musculares son alteradas, la estriación es menos manifiesta, se vuelven granulosas ó grasosas. O bien el miolema degenera y poco á poco el elemento conjuntivo exuberante acaba por comprimir el elemento muscular.

El *riñón* puede sufrir la degeneración granulosa, otras veces la alteración es de la sustancia conjuntiva, el órgano está disminuido de volúmen, su superficie es desigual, la sustancia



cortical es menos voluminosa, atrofiada, el epitelio está granuloso y alterado. En la degeneración grasosa, el órgano está voluminoso, la superficie conserva su pulimento, pero se descolora gradualmente, se vuelve amarilloso en su totalidad, ó en parte. Los *tubulis* más voluminosos, están infiltrados de granulaciones grasosas.

*Consecuencias del alcoholismo.*—El alcoholismo debilita; toda afección que debilita puede producir la *tuberculosis*; pero dice Pidoux en el capítulo que trata de los antagonistas de la tisis, que: “si el alcoholismo hace alianza con la miseria; si encuentra constituciones débiles; si las bebidas espirituosas son malos vinos blancos, el aguardiente y el agenojo tomados en ayunas, inmoderadamente, y los vinos rojos sin contrapeso de una alimentación fuerte y abundante, las flegmasias crónicas de las vías digestivas, la desnutrición las bronquítis, las laringítis permanentes, preceden y producen frecuentemente la tisis. Es tan comun en esta clase de alcoholizados, como rara en aquellos que á la par que beben demasiado, toman una fuerte y abundante alimentación.”

*Delirium tremens.*—Caractéres del delirio. En el segundo período del alcoholismo, el de perversión, aparece delirio con caractéres notables, la perturbación nerviosa reviste una forma definida. Este delirio es inquieto, perplejo hasta las extremas violencias. El enfermo, perseguido por alucinaciones predominantes de la vista, amenazado por asesinos, atacados por ladrones, sufre mil angustias. Quiere huir, está pronto á partir, desea irse, como si quisiera sustraerse de sí mismo, arregla su equipaje, se escapa por todas las salidas que no ponen obstáculo á su vagabunda impulsión. En medio de estas excitaciones desordenadas, todavía es capaz de recogerse bajo la presión de una voluntad que lo domina, pero el recogimiento es corto y no tarda en volver á sus divagaciones.

*Tratamiento.*—En el alcoholismo agudo á veces es suficiente el reposo, debe favorecer el vómito ó provocarlo á fin de que



el alcohol contenido aún en el estómago no produzca sus efectos. Se ha propuesto el amoniaco 6 ú 8 gotas en medio vaso de agua azucarada. Rabuteau no ha obtenido buenos efectos de este medicamento. Buchardat dice: "que después del amoníaco el café es el mejor sustituto para combatir los efectos de la embriaguez &c." Cuando se presentan síntomas congestivos, se aplicarán sanguijuelas detras de las orejas, baños de pies, &c. El opio se ha mirado como específico para calmar la agitación, se ha administrado á dosis de 15 á 25 centígramos.

El tratamiento del *delirium tremens* debe ser diferente según el modo como se presenta esta complicación, en aquellos en quienes se produce por haber suspendido repentinamente el licor; el opio y el mismo alcohol han dado muy buenos resultados, pero si el delirio se presenta por abcesos recientes, deben administrarse los despresivos, bromuro de potasio, de alcanfor, asociados ó no á la digital.

En el tiempo en que el profesor doctor Nicolás Osorio regentaba la clínica en el Hospital de San Juan de Dios, ensayó el hidrato de cloral en seis casos y le produjo detestable resultado.

Dujardin Beaumetz ha propuesto el medicamento ya empleado por Lutón, la estriknina, el cual ha considerado útil en los diferentes períodos del alcoholismo y en la complicación, de *delirium tremens*; así, en los casos de este accidente se usa en inyecciones hipodérmicas de 5 milígramos cada una, dos ó tres veces al día; al interior, 3 centígramos en las 24 horas, ó 20 centígramos de extracto de nuez vómica, ó bien 8 gramos de tintura de la misma sustancia.

Bogotá, Junio de 1884.



## CONTRIBUCION

AL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CLÍNICO Y ANATOMO-PATOLÓGICO ENTRE LA FIEBRE TIFOIDEA Y LA TUBERCULOSIS Y ENTRE ÉSTE Y LA DISENTERÍA, BASADO EN LAS LESIONES INTESTINALES (CON PIEZAS ANATÓMICAS) DE ESTAS ENFERMEDADES, POR ALFREDO GARCÉS Y MANUEL PRADOS O.

*Observación 1.<sup>a</sup> Tuberculosis.*

María N., natural de Bogotá, de 28 años de edad, de temperamento linfática, estatura mediana y de raza mestiza entró al Hospital el 7 de Marzo quejándose de una enfermedad al hígado que la atormentaba hacía ocho meses. Ella había sufrido en los dos últimos años diversos achaques y enfermedades ligeras. Su menstruación hacía ya ocho meses que no se le presentaba cuando entró al Hospital; el apetito lo había perdido, las digestiones eran difíciles y con frecuencia sufría diarreas tenaces, catarros frecuentes, fiebres á veces y sudores nocturnos poco frecuentes, deterioro de la constitución y bastante debilidad; estas y otras dolencias la habían traído varias veces al Hospital en donde tenía regulares mejorías. A su última entrada ofrecía los signos siguientes: Coloración amarilla ictérica, palidez amarillosa de las mucosas, gran postración, notable enflaquecimiento, malestar, inapetencia, mucha sed, digestiones difíciles, diarrea abundante, deposiciones fluídas amarillosas un poco lientéricas, con frecuencia sanguinolentas, rara vez venían con pujo, pero si provocaban frecuentes dolores intestinales sordos y lentos. La lengua estaba ancha, descolorida y bastante pastosa, la boca amarga, á veces tenía nauseas continuas y muchas veces vomitaba sobre todo en los últimos días de su vida en que el estómago casi nada toleraba. El hígado le dolía bastante espontáneamente — que era de lo que más se quejaba ella,— á la palpación los dolores se hacían más fuertes y el hígado desbordaba bastante los rebordes costales, sus bordes eran redondos. A la percusión la macicez era bastante extensa



y se llegó á creer, ya en una hepatitis supurada, ya en una intersticial, ya en una esteatosis y varios remedios se aplicaron contra estas enfermedades. Había escalofríos, fiebre intermitente, sudores nocturnos, mucha sed, orina escasa y subida de color, dolores de cabeza, tos seca, respiración frecuente, pulso pequeño y frecuente, decaimiento de ánimo. Los signos estetoscópicos pulmonares bien poco revelaban, apenas un poco menos de sonoridad se notaba al percutir el lado izquierdo y los pulmones parecían un poco menos permeable sobre todo en la cima en donde la espiración aparecía un poco prolongada, no había traquidos muy apreciables y los pocos esputos que la enferma llegó á presentar fueron más bien catarrales y poco llamaron la atención, se llegó á sospechar la tuberculósis pulmonar y fué diagnosticada últimamente; pero la atención se llevó más hacia el hígado y esto nos indujo á no sospechar la naturaleza de las lesiones intestinales. (Por un descuido no se auscultó el corazón que nos habría suministrado signos notables). Cada día siguió más acabada la enferma, más postrada, más enflaquecida sin que la enfermedad cediese en un punto. La diarrea era cada día más abundante y tenaz, unas veces verdosa, amarillosa, descolorida, más ó menos fluidas, con frecuencia sanguinolentas, y en los últimos días colicuativa, apenas suspendía por unos pocos días con la medicación y volvía más tenaz. Se le administraron absorbentes (créta, bismuto), píldoras de masa azul con extracto de opio é ipeca, cocimiento blanco, leche con agua de cal, astringentes y otros antidiarreicos, pero sin efectos duraderos; hasta que sin poder comer ya nada por intolerancia de las vías gástricas murió en gran estado de consunción el día 3 de Abril.

Hemos hecho poco incapié en la observación clínica porque nuestro interés es llamar la atención hacia las alteraciones anatómicas, por esto solamente hemos descrito los síntomas más notables presentados por la enferma.

*Necropsia.* Cavidad torácica. Pulmones con sus pleuras adherentes á las pleuras costales; lado izquierdo con bastante



derrame de líquido citrino con capas de falsas membranas, estas ocupaban gran parte de la superficie de las dos pleuras, eran blanquecinas, blandas unas, resistentes otras, sobre todo la del lado derecho y todas sembradas de granulaciones miliares grises y amarillas de tamaños un poco variados, hasta del tamaño de un grano de anís. Los pulmones también encerraban gran número de ellas sobre todo en sus lóbulos superiores; formaban ya en algunos puntos, sobre todo hacia atrás, concreciones hasta del tamaño de una almendra, fácilmente enucleables y formadas de aglomeraciones tuberculosas en gran parte caseosas; aún no había cavernas. Ganglios brónquicos en gran manera tuberculosos y caseificados. Pericardio sumamente espesado por falsas membranas tuberculosas y la superficie del corazón notablemente cubierta de espesas membranas de forma alveolar y con granulaciones miliares. El corazón ligeramente hipertrofiado encerraba coágulos activos, pero no ofrecía lesión ninguna en su parte interna.

*Cavidad abdominal.* Hígado grande, en degeneración grasosa bastante avanzada. Peritoneo visceral sembrado de granulaciones miliares, amarillo-blanquecinas, de diversos tamaños, desde las apenas visibles á la simple vista hasta del tamaño de un grano de anís. Estas faltaban en la superficie de los órganos parenquimatosos [Hígado, bazo, riñones, útero &c.] ó eran muy raras las apenas visibles. El peritoneo tenía también en las partes laterales y hacia la parte posterior. Todos los ganglios mesentéricos y mesocólicos, los que rodean los gruesos vasos estaban grandes, tuberculosos y gran número caseosos y reblandecidos. En la superficie del intestino delgado y en el colón, se mostraban en la parte exterior cuatro ulceraciones anchas de un centímetro y más de ancho, transversales y con los caracteres que indicaremos en el diagnóstico, todas rodeadas de tubérculos y equimóticas; había otras más pequeñas y menos marcadas. Abierto el intestino se encontraron gran número de granulaciones submucosas en todo el intestino delgado muy poco numerosas en el duodeno y en



varios puntos úlceras talladas á pico y con los caracteres que veremos después. Estas existían en el intestino grueso también á grandes trechos y más marcadas en el ciego y en la S ilíaca, no había en el tercio inferior del recto. En el cuello del útero y al lado izquierdo del hocico de tenca había una úlcera tuberculosa, grande, redonda, de bordes desiguales y de fondo amarilloso.

Bogota, Mayo 3 de 1884.

Hospital de San Juan de Dios. Servicio del doctor José V. Uribe. Número 62.

*Observación 2ª Fiebre tifoidea.*

Juana X., natural de Choachí, de 23 años de edad, entró al Hospital, servicio del doctor Josué Gómez, [número 23] el 3 de Mayo, sin hablar, trémula, muy postrada, sin más antecedentes que los siguientes: tenía doce ó trece días de haberse enfermado en Choachí y un día antes de su entrada al hospital la trajeron á Bogotá, pasando por el páramo de Cruz Verde. Había tenido mucha fiebre, evacuaciones, desgana, delirio y desde su llegada á Bogotá había estado peor y á poco perdió el habla y conocimiento y en este estado entró al hospital en donde murió á las dos horas.

*Autopsia.* Hábito externo. Los labios estaban amoratados, las facciones poco desfiguradas. En la piel del pecho, hacia la base y en el abdomen había algunas Petequias y cinco ó seis manchas rosadas todavía aparentes. Había poco enflaquecimiento aparentemente y el meteorismo no era muy marcado.

*Cavidad torácica.* Pleuras un poco inyectadas, pulmones esplenizados y con algunos focos de neumonía en el 2º período, corazón lleno de sangre fluída difluente y con unos gruesos coágulos activos que ocupaban sobre todo la aurícula derecha y la arteria pulmonar. Corazón bastante blando y degenerado.

*Cavidad abdominal.* Salida de los intestinos al abrir la cavidad; peritoneo bastante inyectado con arborizaciones sobre todo el visceral. Hígado grande, congestionado y con algunas betas amarillosas; bazo triplicado de volumen y con 320 gramos de peso, de tejido rojo negruzco muy difluente é hiperemiado.



Riñones grandes, granulosos y amarillosos (nefritis epitelial), hiperemiado. Intestino delgado, rojo en sus dos tercios inferiores, por lugares y fuertemente inyectado por vascularización prolongada en toda su extensión, había placas oscuras, opacas por transparencia, largas en la dirección del eje intestinal y opuestas al mesenterio. Abierto el intestino dejaba ver las úlceras marcadas de la fiebre tifoidea que se muestra bajo la forma de placas duras estampadas de fondo amarilloso y en diversos grados de desarrollo, más avanzado hacia la válvula ileo-cecal. En número de 23, bien desarrolladas llegaban hasta la vecindad del duodeno. Los folículos agmíneos estaban hinchados, grandes, amarillosos, rodeados de vasos inyectados. Había úlceras que casi llegaban á la capa serosa. En el intestino grueso (sobre todo en el ciego) los folículos cerrados aparecían como pústulas variólicas y algunas ya ulceradas en su vértice y con abertura crateriforme; cuanto más abajo se examinaba este intestino, eran menos marcados. Los ganglios mesentéricos muy agrandados estaban blandos, rosados grisosos al corte, pero no había en ellos la más pequeña huella de supuración. Los demás órganos fueron poco examinados por no ofrecer casi nada de notable.

*Observación 3ª Disentería.*

F. N. nacida en Bogotá, de 32 años de edad, robusta y de buena constitución; que había tenido varios hijos, entró al hospital al octavo día de una disentería bien caracterizada, con sangre y moco en las evacuaciones, mucho pujo, dolor de vientre, desgana, piel y pulso febriles, mucha sed, lengua un poco seca y sucia, temperatura elevada [38,° á 39,°5] dolor en todo el cuerpo, pérdida de las fuerzas; en los seis días que permaneció en el hospital los síntomas no cedieron á pesar de una medicación racional para la disentería (Purgantes, ipecacuana, cataplasmas, emolientes, &c.). Sin presentar ningún síntoma alarmante, ni haber llamado nada la atención hacia otra enfermedad, murió en la noche del 3 de Mayo, cuando ya no evacuaba casi sangre.



*Necropsia. Cavidad torácica* Pleuras inyectadas. Pulmones esplenizados é hiperemiados hipostáticamente. Pulmonía en segundo grado en la base del pulmón derecho y algo en el izquierdo. Corazón sin lesión aparente con coágulos negros blandos, sangre de los vasos bastante fluída.

*Cavidad abdominal.* Peritoneo muy inyectado y con lindas arborizaciones vasculares. Intestinos en totalidad rubicundos por vascularización; poco líquido lactescente amarilloso en la cavidad abdominal, nada de falsas membranas; pero el peritoneo aparentemente con lesiones inflamatorias en particular el visceral. Hígado grande, hiperemiado, con placas amarillosas y bastante blanco. Bazo duplicado de volumen, de color muy subido y muy blando. Riñones congestionados. Intestinos delgados no dejaban ver por transparencia sino suma vascularización y algunos puntos un poco opacos. El intestino grueso sí dejaba ver sus ulceraciones muy rojas por transparencia, hacia los lados del meso--colon y meso--recto &c. y en el colon transversal hacia adelante y en la inserción del epiplón mayor. Abierto el intestino grueso dejaba ver anchas ulceraciones de más de un centímetro de anchas, transversales, que abrazaban toda la circunferencia y situadas sobre el repliegue intestinal y desbordando á los lados, más marcados en las partes laterales declives; los más avanzados ocupaban el ciego y el tercio inferior del colon ascendente, después la Siliaca y el recto. En el intestino delgado y hacia la válvula ileo--cecal fuerte inyección, folículos y glándulas muy hinchadas y manchas anchas un poco más pálidas, puntuadas regularmente, de color moreno oscuro y semejando una barba rapada. Estas manchas blancas y de dimensiones variadas se extendían siendo cada vez menos marcadas hasta el principio del jeyuno y ocupaban el lado opuesto á la inserción del mesenterio, siendo oblongas en la dirección del eje intestinal. Ganglios mesentéricos voluminosos de regular consistencia, color rosado--grisosos al corte é hiperemiados. Los mesocólicos casi no estaban aumentados de volumen y tenían el color y consistencia de los anteriores.



En los otros órganos nada notable.

Bogotá, Mayo 3 de 1884.

Hospital de San Juan de Dios. Servicio del doctor Josué Gómez. Número 31.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS TRES ENFERMEDADES.

*Diagnóstico clínico—Fiebre tifoidea y tuberculosis intestinal.*

Bien puede creerse que la sintomatología de la fiebre tifoidea y de la tuberculosis intestinal es por regla general bastante diferente, pero esto que es axacto para la tuberculosis crónica con lesiones pulmonares bien marcadas, deja de serlo en la tuberculosis aguda, porque en ésta los síntomas tifoideos son tan marcados que el médico poco práctico siempre tomará esta enfermedad por una fiebre tifoidea; sin embargo, aún entonces con un poco de atención es fácil diferenciar las dos enfermedades como vamos á verlo: primero, en la fiebre tifoidea casi siempre los prodromos intestinales son diferentes en cuanto á duración é intensidad de los de la tuberculosis, pues en la tuberculosis aguda es raro que haya lesiones intestinales y si acaso llegan á existir son de marcha crónica, además los signos de catarro, de dispnea, los sudores, las turbaciones digestivas son muy marcadas en la tuberculosis y excepcionales en la fiebre tifoidea, ahora en los síntomas de diarrea, meteorismo, las manchas lenticulares rosadas, cefalalgia, postración, pérdida de las fuerzas, cara estúpida, respuestas lentas, difíciles, delirio, síntomas de ataxia, pérdida del conocimiento no se observan quizá sino excepcionalmente en la tuberculosis aguda y en cuatro casos que hemos observado de esta enfermedad no se han presentado. La temperatura en la fiebre tifoidea es ascendente y luégo oscilante uniforme. En la tuberculosis aguda es desde el principio elevada y sus ligerísimas remisiones casi no tienen hora fija y por la mañana está tan elevada la temperatura casi como en la tarde (39°, 40, y más). El enfermo se



sienta y puede moverse después de 12, 15 días y más de esta fiebre intensa lo que no sucede en la tifoidea en que ni hay ánimo ni fuerzas para nada: pero el síntoma que más llama la atención en la tuberculosis aguda es la dispnea creciente cada día, hemos contado en una muchacha de 18 años 70 y 75 inspiraciones por minuto, cortas, entrecortadas, pequeñas, rápidas y dolorosas, la ortopnea se nota en algunos casos. Los signos estetoscópicos no son menos marcados. En la fiebre tifoidea es muy raro encontrar ruidos anormales en los pulmones desde los primeros días y más tarde no se oye, sino estertores primero roncantes y sibilantes, más tarde sub-crepitantes y rara vez el soplo brónquico, mientras que en la tuberculosis aguda hay ruidos torácicos desde el principio y los que se oyen son los siguientes: mucosos desde el principio en ambos pulmones y en toda su extensión sobre todo hacia atrás; frotos pleurales [porque las pleuras son atacadas á un mismo tiempo] muy raros roncantes y sibilantes y más tarde oscuridad de los ruidos hacia abajo y soplo bastante marcado arriba de los puntos oscuros. La percusión da también buenos signos porque en la tuberculosis aguda sin derrame [que es en las que habría confusión] en las pleuras, hay sub-macicés más marcada hacia arriba y desde el principio, mientras que en la fiebre tifoidea á menos de complicación pulmonar no se observa ésta y aun entonces el lugar de la sub-macicés sería hacia abajo y atrás. Hay otros signos que pudieran tomarse en consideración como los sudores parciales [cara, manos, pecho] que se observan en la tuberculosis y mientras que en la fiebre tifoidea son más generales y acompañados de sudamina; sin embargo, aquí hemos visto sudores parciales en fiebres tifoideas comprobadas por autopsias y lo que los autores consideran como raro en otras partes, como es el sudor en la fiebre tifoidea, aquí es frecuente.

Aun hay otros signos que aunque comunes á las dos enfermedades tienen sus diferencias pequeñas, pero creemos, basta con los indicados. En cuanto á los signos abdominales vemos



que en la tuberculosis las deposiciones, cuando existen, son muy numerosas en las 24 horas; serosas y sanguinolentas muchas veces y varían de coloración de un día á otro, más frecuente de noche y últimamente colicuativas, mientras que en la tifoidea son en número de seis y rara vez más, tan comunes de día como de noche quizá menos fluidas que aquellas; de un color amarilloso y de un olor especial, raras veces sanguinolentas y más bien hemorrágicas cuando hay sangre en ellas. El dolor abdominal espontáneo ó provocado tiene su sitio casi fijo en la fiebre tifoidea á menos de complicación, mientras que en la tuberculosis ó no existe ó es menos limitado y afecta la forma del de las enterocolitis. Ya hemos hablado del meteorismo y callamos otras particularidades menos importantes.

*Diagnóstico Anatómo—patológico.* Nos concretamos á las lesiones abdominales únicas en que cabe confusión. Lesiones macroscópicas.

Peritoneo tuberculoso en la una, vascular é inyectado en la tifoidea y eso en el intestino delgado: si hay peritonitis los tubérculos son también el distintivo. Intestino delgado muy meteorizado, rojo en totalidad ó en parte, muy inyectados los vasos y con amplias arborizaciones en la fiebre tifoidea; poco ó nada meteorizados, pálidos [excepto al nivel de las ulceraciones] con vasos muy poco visibles, sin arborizaciones en la tuberculosis. Ulceras del intestino delgado muy visibles al descubrir el intestino y en dirección transversal, bastante esparcidas como pueden verse en la pieza A. número 1º lo mismo que los caracteres que siguen: ocupan media circunferencia del intestino opuesta al mesenterio; la superficie es un poco desigual, de más de un centímetro de ancha formando más bien placas ulceriformes de aspecto gangrenoso, que verdaderas úlceras, pues no se nota perfecta solución de continuidad sino una zona descolorida, amarillosa, como putrefacta, rodeada de una inyección vascular muy roja, pero subperitoneal; en medio de esta y rodeándola existen muy finas granulaciones tuberculosas, unas visibles



á la lente y otras á la simple vista, unas grises y otras amarillosas del color de la zona central formando una especie de valla, de la zona equimótica á la zona central. Si recordamos que el lugar de elección de los tubérculos es el tegido perivascular y que los vasos del intestino siguen una dirección perpendicular á su eje, veremos que los tubérculos están también aquí rodeando los vasos y concebiremos, así, la disposición de las placas ulceriformes: supongamos dos vasos principales rodeados de granulaciones tuberculosas y concebiremos que oprimidos y estrechados los ramúsculos arteriales y venosas comprendidos entre los dos vasos, ese espacio recibirá menos sangre, de aquí la isquemia de la zona central y su aspecto pálido amarillizo como esfacelado y en el que también pueden existir muy finas granulaciones tuberculosas; la zona equimótica es muy fácil también de explicarse, pues, las granulaciones oponiéndose al curso de la sangre por la presión que ejercen sobre los vasos, producen lesiones de canalización de estos, estancación de la sangre y más tarde salida de esta por trasudación ó ruptura. Nada de esto ofrece la placa tifoidea; sólo en un período avanzado son visibles á través del intestino adherente y siempre proceden de dentro á afuera, mientras que en las tuberculosas, como se ve en la pieza, gran número progresan de afuera hacia adentro; por transparencia la úlcera tuberculosa se ve opaca, más ó menos rodeada de vasos inyectados, y más ó menos amarilliza, según el período en que se absorbe; además, su dirección es paralela al eje intestinal y el arco de círculo que abraza á lo ancho y en la dirección opuesta al mesenterio nunca es más de un cuadrante; al tacto su consistencia, también varía mucho, según el grado de desarrollo y su edad: en las úlceras tifóideas, unas veces abrazando el intestino, como cogiendo la placa en un repliegue, se siente este como pastoso, blando [placas blandas] tumefacto, y otras se percibe la sensación que da el chancre duro prepucial, cuando se toca en la fimosis á través de los tegumentos, pero nunca de una dureza



tan marcada como en este, siempre algo pastosa. En la úlcera tuberculosa de superficie peritoneal, de ordinario se siente dureza, limitada á la superficie equimótica y se notan al tacto las granulaciones, la zona central es blanda; en la que empieza por la mucosa y que afecta la misma dirección y disposición que la anterior, pero con pérdida de sustancia, casi no se nota más dureza que la producida por las granulaciones; además, vistas por transparencia estas sólo se notan opacas en sus bordes y sus centros más transparentes y con algunos puntos amarillosos. Estas son las principales lesiones que se notan sin abrir el intestino. Abierto este, se observa lo siguiente: (véase la pieza A número 2) úlceras tifoideas, muy marcadas cuanto más cerca se observan de la válvula ileo-cecal; su extensión longitudinal varía en gran manera, según el período y según los casos, pero pueden alcanzar hasta más de sesenta y seis milímetros en la dirección del eje intestinal; su anchura varía un poco menos, y alcanza dos á tres centímetros de diámetro; las placas aparecen en el primer período (véase la pieza A número 3) poco levantadas, más ó menos extendidas en longitud y en anchura según el punto en que se les observe,—de superficie ligeramente desigual y sembradas de puntos oscuros como una barba rapada; observando bien estas placas se ve, por las que están en vía de formación, que están formadas por los folículos de Peyer hipetrofiados, hinchados que se han reunido los unos á los otros por su periferia, y los puntos oscuros no son otra cosa que su orificio agrandado y tapado con moco y materia intestinal morena; con un alfiler es fácil destaparlos y quedan visibles los orificios y se quita la apariencia de barba rapada, pero siempre queda una superficie arenillada. En ningún período de las úlceras tuberculosas, se observa nada de esto, así es que, no cabe la menor confusión en el primer período tifoideo. En el segundo y tercer período, es en los que cabe confusión. Al tamaño y dirección ya apuntados, se agrega en el segundo período que, la superficie de la úlcera forma fuerte relieve en la superficie mucosa, de bordes irregula-



res y franjeados (estos caracteres son más notables al acabar de lavar el intestino) y menos elevados que el centro de la placa; en este estado las placas son todavía bastante blandas, pero á medida que el desarrollo aumenta se van haciendo más consistentes, pierden su color gris rosado y su zona hiperemica, las vascularizaciones periféricas y los ligeros hundimientos que había, si acentúan más las placas, aparecen más estampados, hay verdaderas pérdidas de sustancia de la mucosa y aún en la túnica subyacente; hay inyección en los bordes, las placas aparecen amarillosas y con algunas partes rojas ó partes grisesrosadas, estas lesiones son más marcadas en la parte central; las ulceraciones más pequeñas son redondeadas ú ovales (es en las que cabe más confusión) y más profundas, de bordes tallados á pico en unas, pero más generalmente irregulares y á bisel, rara vez de fondo perfectamente plano, con más ó menos elevaciones y fondo amarilloso siempre opuestas al mesenterio y presentando folículos tumefactos en vía de formación de otras placas, mientras que en las úlceras tuberculosas de pequeñas dimensiones, siempre están más redondeadas, talladas á pico, de fondo más regular, de bordes unas veces regulares amarillosos ó ligeramente equimosados á veces y en las cuales casi siempre es fácil ver las granulaciones tuberculosas de diversos tamaños y de evolución más ó menos completa, \* sus bordes no son levantados y están poco más ó menos al nivel de la superficie mucosa; el fondo difiere poco de la mucosa sana ó á lo más presenta puntos amarillosos.

Cuando estas ulceraciones crecen en extensión ó se unen unas á otras siempre por su eje mayor es perpendicular al eje del intestino, su anchura rara vez se extiende á más de uno y medio á dos centímetros, y nunca adquieren el desarrollo tan grande de los de la fiebre tifoidea; en cuanto á su profundidad poco difiere de la que presenta las de la fiebre tifoidea en el segundo período y cuando se profundizan hasta perforar el intes-

---

\* Véase la pieza A número 1.



tino lo hacen como ellas en puntos circunscritos y rara vez en toda la extensión de la placa, á no ser, que en las úlceras tuberculosas coincidan una de superficie peritoneal con otra de superficie mucuosa, que entonces se concibe fácilmente que toda la placa caiga esfacelada y de lugar á una ancha solución de continuidad, de bordes bastantes regulares y como hecha con un sacabocado; pero estas lesiones que dan lugar á complicaciones más ó menos graves, se observan en un período más avanzado como es el tercero en la fiebre tifoidea y en un tiempo muy avanzado en la tuberculosis. En el tercer período de la fiebre tifoidea las ulceraciones tienen de particular, ofrecerse en casi todos los grados de que hemos hablado según las alturas del intestino y algunas en vía de cicatrización. Ya hemos hablado de las perforaciones, en este período; en cuanto á los caracteres son los que hemos notado en el segundo período, pero en mayor desarrollo ya sea en su profundidad, en anchura y en número, ya en su coloración, en general amarillosa que puede ser más ó menos teñida de sangre y con las diversas coloraciones que presentan en las mucosas las infiltraciones de sanguíneas en un tiempo más ó menos largo; en las úlceras tuberculosas bastan los caracteres que ya hemos apuntado y que son las que generalmente se observan, para ser fácilmente diferenciados. Cuando coexiste una fiebre tifoidea con una tuberculosis aguda, si el diagnóstico clínico puede ser difícil, pero no imposible, no sucede lo mismo con el diagnóstico anatómico en que con un poco de cuidado es fácil diferenciar la úlcera tuberculosa de la úlcera tífica. En el intestino grueso bien conocidas son las lesiones de la fiebre tifoidea, \* carectizados por la tumefacción de los folículos cerrados que se presentan como las pústulas variólicas levantadas, como umbilicadas unas y ulceradas otras en su cima siempre aisladas, sin sitio determinado, más común en el ciego que en las otras partes del grueso intestino, mientras que las

---

\* Véase la pieza B número 3.



úlceras tuberculosas que afectan este intestino, se observan en toda su extensión á trechos más ó menos largos y casi siempre del lado de la inserción del repliegue peritoneal (mesocólon) y afectan los caracteres siguientes: (véase la pieza B número 1) ser más ó menos irregulares pero generalmente redondeadas, sangran fácilmente, hasta más de un centímetro de ancho, afectando rara vez la forma y dirección de los del intestino delgado (juzgamos inútil volver á describir sus otros caracteres, ya apuntados en las del intestino delgado), su sitio predilecto es el apéndice vermicular y los alrededores, no parece imposible que estas úlceras lleguen á perforar este intestino, lo que nunca se observará en la tifoidea. No es fácil ver las lesiones interiores tuberculosas de este intestino á no ser por transparencia; en la superficie peritoneal del intestino grueso no se han observado ulceraciones.

Los ganglios mesentéricos son los generalmente afectados en la fiebre tifoidea, y algunas veces los del mesociego, su color varía del gris rosado, con fuerte inyección vascular en los primeros períodos, al color blanco amarillento cuando han llegado á la supuración que es bastante raro observar.

Su tamaño es muy variable (hasta del de una ciruela) pero siempre es mayor en la parte vecina de la válvula ileo-cecal en donde llegan á tocarse unas á otras, su forma es alargada y son ligeramente aplanadas y rodeadas de gruesos vasos inyectados; pueden perforarse cuando supuran; su consistencia varía, pero cuando no han supurado son ligeramente blandos, pastosos, sin granos duros. En la tuberculosis todos los ganglios están afectados igualmente, sólo un poco más los del intestino delgado, son redondos, de magnitudes variables, pero pueden llegar al tamaño de un huevo, se confunden unos con otros; primero bastante duros, son á veces cretáceos y casi siempre presentan granulaciones duras; cuando están reblandecidos son fluctuantes umbilicados ó deprimidos; su coloración solamente rosada sembrada de puntos grises al principio ó algunos amarillosos, más tarde son color de queso cuya apariencia general presentan; casi siem-



pre hay peritonitis circunscrita y es raro que se rompan espontáneamente en el peritoneo y produzcan peritonitis consecutiva. En resumen, en la tuberculosis intestinal tanto los síntomas como la anatomía patológica son diferentes de la dotinenteria y el elemento tubérculo quita en esta última hasta la más pequeña duda; pero no debe olvidarse que las dos enfermedades pueden, coexistir.

*Diagnóstico diferencial entre la tuberculosis del grueso intestino y la disenteria.* Diagnóstico clínico. Nada más fácil de diferenciar que estas dos enfermedades en vida, pues sólo tienen de común la sangre en las deposiciones, el pujo y el dolor que son menos marcados y pueden faltar en la tuberculosis, la frecuencia de las evacuaciones, que aún suele ser mayor en la disenteria, los escalofríos, muchas veces la sed y la inapetencia, pero difieren esencialmente en la invasión que rápida en la disenteria es lenta y sujeta á intermitencias en la tuberculosis; en la marcha, que en la disenteria aguda es continua y agravante (cuando no hay medicaciones) mientras que en la tuberculosis hay remisiones y mejorías; las evacuaciones pequeñas y mucosas en la disenteria son abundantes y más bien serosas ó sero-sanguinolentas en la tuberculosis; las unas difíciles y dolorosas, las otras apenas precedidas de cólicos sordos y rara vez con pujo; los sudores y la fiebre vespertina raras en la disenteria y que generalmente acompañan á la tuberculosis. El calor rara vez muy elevado y continuo en la disenteria presenta mayor elevación, intermitencias marcadas é irregularidad en la tuberculosis. En la disenteria crónica puede haber más confusión, pero los antecedentes las deposiciones serosas y mucosas, color de lavadura de carne, de olor característico en la disenteria, la diferencia muy marcada en los síntomas anteriores de la tuberculosis, cuyas deposiciones son más abundantes, más fluídas, amarillosas ó blanquecinas, verdosas, serosas ó sero-sanguinolentas; en cuanto á los signos de consunción y hecticidad en un período crónico de las dos enfermedades, mas bien las harían confundir. Cuando



coexisten las dos enfermedades, como se presentan casos, sólo los signos torácicos, los antecedentes y los signos generales podrían establecer el diagnóstico, siempre difícil en estos casos. Aun se podrían establecer otras diferencias pero bastan las ya apuntadas.

*Diagnóstico anatomo-patológico.* Cavidad abdominal. Peritoneo inyectado, que exala un olor desagradable al ser descubierto, con arborizaciones muy marcadas, sobre todo hacia la pelvis, color un poco rojo plumoso, especialmente en el peritoneo intestinal, muy poco líquido y bastante sequedad, cuando no ha habido perforaciones, epiplón mayor ligeramente adherente, pegajoso, rojizo, con sus vasos muy inyectados, cólones adherentes, ya con las paredes abdominales, ya con los otros órganos ventrales sobre todo en la porción pelviana; intestino delgado generalmente bastante inyectado; hígado hiperemiado, á veces con manchas amarillosas, muy rara vez enteramente amarillo ó en parte; con frecuencia hepatitis supurada sobre todo en la disenteria crónica ó descuidada; las otras visceras un poco grises en su superficie peritoneal, ganglios mesentéricos regularmente de tamaño y forma natural, ganglios mesocólicos ligeramente aumentados de volumen en los primeros días, pero del 20º para adelante, casi siempre, grandes, redondeados y ligeramente aplanados, algunos supurados, otros grises rosados, muy hiperemiados.

Estas y otras lesiones menos importantes son las generalmente observadas en las disenterías, antes de examinar el intestino; á veces al desprender los epiplones se descubren perforaciones totales del intestino, de color grisoso y bastante extendidas ó se ven las ulceraciones ya próximas al peritoneo y siempre situadas á los lados y hacia la inserción de los epiplones ú otros repliegues intestinales. Nada de esto sabemos que se encuentre en la tuberculosis, porque la tabes mesentérica, la peritonitis tuberculosa presentan lesiones tan diferentes, que es inútil hablar aquí de ellas y en cuanto al aspecto general de la tuberculosis intestinal bastante hemos hablado ante-



riormente. Veamos los intestinos gruesos abiertos: olor penetrante muy infecto, materias contenidas grisosas y á veces sanguinolentas; en el período medio de la enfermedad ó sea cuando ya las úlceras están bien caracterizadas, se encuentra lo siguiente: desde el ciego hasta el ano se ve, lavando el intestino, toda la superficie interna roja, el intestino parece espesado sus vasos están muy inyectados, los folículos que pueden verse están tumefactos, los repliegues intestinales muy pronunciados en algunos puntos, han desaparecido en otros por las úlceras. Estas, perpendiculares al eje intestinal, abrazan toda su circunferencia, pero son menos notables hacia la inserción de los mesocólonos; en su parte central aparecen rosadas y cubriendo todo el repliegue (ó válvula) intestinal avanzándose también hacia los espacios ó ventrículos que separan un repliegue de otro, hasta llegar á unirse á veces unas con otras para no formar sino una úlcera, (véase la pieza B números 1 y 2), pero generalmente su ancho no pasa de un centímetro, su superficie es desigual cubierta de fragmentos medio desprendidos de mucosa y tejido subyacente, lo que les da un aspecto rugoso y como erizado; los vasos se ven á los lados inyectados y dilatados y estas úlceras están tanto más avanzadas cuanto se les examina en el ciego ó en la S iliaca y recto, pero no por eso dejan de existir en todo el instentino grueso. Un poco más tarde las úlceras comienzan á ponerse grises ó morenas apizarradas y ganan en profundidades sobre todo á los lados y generalmente en la parte ascendente y descendente del cólon y se encuentra toda la mucosa atacada con grandes fragmentos de las tunicas mucosa y serosa desprendidos y de superficie muy irregular. A veces hay ya grangrena de ciertas porciones del intestino. Inútil es decir que estas lesiones son peculiares de la disentería y que en la tuberculosis el intestino está invadido por lugares y no en totalidad; que las úlceras son pequeñas, casi siempre descoloridas, amarillosas y pocas veces rojas, no ocupan de preferencia los repliegues y sí los felículos; su extensión á lo largo



no llega á la media circunferencia y su sitio es en cierto modo opuesto al de las ulceraciones disintéricas, pues ocupan el lugar de la inserción mesocólica casi siempre. Su sitio de elección ya hemos dicho es el ciego y su apéndice, pero se observan en los otros cólonos, aunque no rara vez en el tercio inferior del recto. Nunca producen el desprendimiento de las tónicas, ni la gangrena, ni anchas perforaciones, ni se manifiestan con esa superficie desigual de las disintéricas. Ya hemos hablado de la disposición de los gánglios y no volveremos á ocuparnos de esto. En suma, las diferencias son tan marcadas que es imposible confundir estas dos enfermedades.

No hablamos de la cicatrización que es rara en la tuberculosis y con poca variación de color, lo que es lo común en la disenteria.

En cuanto al diagnóstico de la disenteria y fiebre tifoidea nada diríamos si no fuera por poder coincidir estas dos enfermedades (véase la 3ª observación) y hace que la una oculte la otra; pero vemos que los prodromos, la temperatura, los síntomas adinámicos y atóxicos tan pronto en la tifoidea, y aun los síntomas abdominales, pueden diferenciar y dar á conocer las dos enfermedades. (En cuanto á lo demás, véase lo de arriba).

*Apéndice.* Observaciones posteriores á este escrito nos han suministrado algunos datos que consignamos á continuación: en la fiebre tifoidea hemos observado bastantes veces úlceras que siguen la dirección de los vasos, como en las tuberculosas, pero sin ninguno de los caracteres de ellas. En las úlceras tifoideas en vía de cicatrización, y cuando ha caído la materia amarillosa que las cubre no queda coloración anormal, pero sí una superficie deprimida é irregular, muy rara vez apizarrada y con frecuencia poco retráctil; no conocemos cicatrización de las úlceras tuberculosas.

En la disenteria el termómetro es de grande utilidad; pues en esta enfermedad el pulso con frecuencia aumenta mientras que la temperatura es igual ó inferior á la normal;



así es que nos atrevemos á decir que cuando en el curso de una disenteria se observa una alza de la temperatura un poco considerable, ésta es indicio de concomitancia de otra enfermedad ó de alguna complicación inflamatoria, sobre todo pasados los primeros días de la enfermedad; esto ayudará á sospechar la fiebre tifoidea que suele acompañar la disenteria entre nosotros.

Terminamos este escrito ya tan largo, haciendo observar que las lesiones intestinales del sarampión son difíciles, por no decir imposibles de diferenciar de las del primer período de la fiebre tifoidea, cuando no hay aún tumefacción notable de los ganglios y lo mismo decimos de ciertas placas de superficie como arenillada que suelen observarse en el intestino delgado en ciertas enfermedades febriles. En la fiebre tifoidea cuando hay tumefacción de los ganglios las úlceras tifoideas son características en los últimos períodos.

Bogotá, Diciembre 5 de 1884.

ALFREDO GARCÉS—MANUEL PRADOS O.

---

---

### EXTRACTO

DE LAS ACTAS DE LAS SESIONES ORDINARIAS DEL 28 DE AGOSTO, 18 Y 30 DE SEPTIEMBRE, 4 Y 21 DE OCTUBRE, 4, 8 Y 14 DE NOVIEMBRE DE 1884.

#### I

28 Agosto—Presidiendo el Profesor Michelsen y con asistencia de los doctores Aparicio, Buendía, Coronado, Gómez Josué, Medina, Osorio, Pizarro, Posada y el infrascrito Secretario, se abrió la sesión. Se excusaron los doctores Barreto, Castañeda, Corredor, Gómez Proto y Roca. Se leyó y aprobó el acta de la última sesión.

#### II

Estando presente el doctor Durán Borda el señor Presidente le exigió la promesa de cumplir con las obligaciones que impone el Reglamento á los miembros activos de la Sociedad.



## III

En consideración el modo como debía hacerse la elección de los veinte nombres pedidos por el Instituto Smithsonian de Washington, el señor doctor Osorio hizo la siguiente proposición, que fué aprobada por unanimidad. "Cada miembro activo hará una papeleta con veinte nombres de individuos distinguidos en ciencias físicas, naturales y médicas, conocidos en nuestro país, expresando sus especialidades y títulos. Dichas papeletas serán entregadas al agente de la Sociedad, bajo cubierta cerrada y sellada, antes del día 10 del próximo mes de Septiembre, y los que así no lo hicieren se considerará que han votado en blanco. El escrutinio lo horá la Sociedad en sesión ordinaria el sábado 13 de dicho mes y en caso que no haya *quorum* lo practicará la comisión de la mesa." El señor doctor Medina la adicionó con las siguientes palabras "cada cubierta llevará la firma del votante," adición que fué aprobada.

## IV.

Se continuó el 2º debate sobre el *Proyecto de acuerdo sobre Juntas* médicas, y puesto en discusión el artículo 15 fué aprobado. El artículo 16 fué negado. Los artículos 17 y 18 fueron aprobados. El artículo 19 fué modificado. Los artículos 20, 21 y 22 fueron aprobados. El artículo 23 fué modificado. Los artículos 24, 25 y 26 fueron aprobados. El artículo 27 fué modificado. El artículo 28 fué sustituido. Los artículos 29, 30, 31 y 32 fueron aprobados. El artículo 33 fué negado. El artículo 34 fué aprobado como lo propuso la comisión de estudio. Los artículos 35 y 36 fueron negados. El artículo 37 fué aprobado. El artículo 38 fué negado. El artículo 39 fué aprobado. Los artículos 40 y 41 negados. El artículo 42 fué aprobado. El artículo 43 fué negado. El artículo 44 fué aprobado. El artículo 45 fué modificado.

## V

En este estado se suspendió la discusión y se levantó la sesión á las 8 menos 5 minutos de la noche.



## I

18 de Septiembre—Se abrió la sesión á las cinco y media de la tarde, presidiendo el profesor Michelsen y estando presentes los siguientes miembros: Barreto, Buendía, Coronado, Gómez Josué, Gómez Proto, Ibáñez, Medina, Michelsen, Osorio y Posada. Se excusaron de asistir los doctores Aparicio, Castañeda, Pizarro y Roca.

## II

El acta de la sesión anterior fué aprobada sin modificación.

## III

El Secretario puso en conocimiento de la Sociedad que había recibido, por conducto del señor bibliotecario nacional, varios libros y memorias científicas, enviados á la Sociedad por el Instituto Smithsonian de Washington. El señor Presidente dispuso acusar el recibo correspondiente y dar las gracias por la donación.

## IV

Leyose una nota dirigida á la Sociedad por el Presidente de la Junta directiva del Asilo de niños desamparados, de esta capital, solicitando apoyo para formar un "Dispensario." El doctor Osorio hizo presentes los inconvenientes y dificultades que había para llevar á cabo dicha fundación, manifestó que la Sociedad como Corporación no podía dar auxilio alguno material y que juzgaba conveniente contestar al señor doctor Pulido que sería oportuno y provechoso dirigirse á los miembros de la Sociedad individualmente. En igual sentido hablaron los doctores Buendía y Medina y á este último se encargó la comisión de redactar la nota de contestación.

## V

Procedióse á hacer la elección pedida por el Instituto



Smithsonian, y siendo escrutadores los doctores Coronado y Medina, el Secretario les entregó las papeletas, guardando reserva del nombre de los votantes. La mayoría de votos la obtuvieron los señores Andrés Posada Arango, Antonio Várgas Vega, Carlos Balén, Carlos Michelsen, Evaristo García, Francisco Bayón, Francisco Montoya, José M. Buendía, Juan de D. Carrasquilla, Liborio Zerda, Luis Fonnegra, Manuel Ponce de León, Manuel Uribe Angel, Nicolás Osorio, Pio Rengifo, Rafael Nieto París, Rafael Rocha C., Vicente de la Roche, Vicente Restrepo, Wenceslao Sandino Groot.

---

### I

30 de Septiembre—A las cinco y media de la tarde se abrió la sesión, presidiendo el Profesor Michelsen y estando presentes los doctores Aparicio, Buendía, Durán Borda, Ibáñez, Medina y Osorio. Se excusaron de asistir los doctores Castañeda y Gómez Proto.

### II

Leída y aprobada el acta de la sesión anterior, se leyó el informe original del doctor Medina sobre el auxilio que solicitaba la Sociedad de niños desamparados para la formación de un "Dispensario," el cual termina con la siguiente proposición que fué aprobada: "Contéstese al presbitero señor Rafael Pulido que la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales siente no poder auxiliar su empresa del 'Dispensario' con elemento alguno, por no contar con ellos, pero que individualmente los miembros de la Sociedad coadyuvarán sus miras filantrópicas.

### III

Dióse cuenta del Informe oficial del veterinario, señor Vericel, sobre la mala calidad de las carnes que se expenden en el



mercado de Bogotá y el señor doctor Osorio dijo que juzgaba este estudio de suma importancia por estar descuidado entre nosotros y venderse carnes enfermas de ladrería y de otras enfermedades que no juzgaba oportuno mencionar. El doctor Medina habló en igual sentido y propuso que se pasase este asunto al estudio de una comisión, y aprobada la proposición, el señor Presidente designó para desempeñarla á los señores doctores Buendía y Osorio.

## IV

El doctor Osorio presentó una corteza llamada vulgarmente *granizo*, la cual se dice tiene propiedades terapéuticas semejantes á la simarruba y que crece en las mismas condiciones climatéricas que las quinas. El estudio de ellas quedó á cargo del Profesor Michelsen. Presentó también unas mazorcas de maíz peladero, provenientes de la ciudad de la Mesa, para que fuesen estudiadas y conservadas en el Museo de la Sociedad. El señor doctor Durán Borda fué designado para hacer dicho estudio.

## I

4 de Octubre—Asistieron á la sesión los doctores Aparicio, Barreto, Buendía, Castañeda, Coronado, Gómez Proto, Ibáñez, Michelsen, Osorio, Pizarro y Posada. Se excusó el doctor Corredor.

## II

Fué aprobada el acta de la sesión anterior é inmediatamente se continuó el 2.º debate sobre el *Proyecto de acuerdo sobre Juntas médicas*. Puesto en discusión el 1º de los artículos adicionales, propuestos por la comisión de estudio, fué aprobado. El artículo 2º fué modificado, y negado el artículo original y la



modificación. El artículo 3º fué negado. Se discutió y aprobó el artículo 46, último del proyecto original. El doctor Osorio pidió que el artículo penúltimo de los negados fuese transcrito á los médicos que fueran invitados á firmar el proyecto de Juntas médicas. El Secretario quedó encargado de revisar y ordenar dicho Proyecto, ya aprobado.

### III

Fué propuesto como candidato para miembro de número de la Sociedad el señor doctor Wenceslao Sandino Groot, y el doctor Osorio ofreció presentar en la sesión próxima el trabajo que exige el Reglamento.

### IV

El señor doctor Proto Gómez hizo la siguiente proposición: "Autorízase al señor Redactor de la *Revista Médica* para contratar, de acuerdo con el señor Tesorero de la Sociedad, la publicación de este periódico, atendiendo á los recursos que tenga la Corporación." Fué aprobada.

21 de Octubre—Hubo *quorum* con asistencia de los doctores Aparicio Barreto, Buendía, Castañeda, Coronado, Durán B. Gómez P., Medina, Michelsen, Osorio é Ibáñez. Faltó con excusa el doctor Gómez J.

El Secretario presentó un libro llegado por el correo, dirigido á la Sociedad y titulado "Memoria sobre las aguas potables de la capital de Méjico," escrito por el doctor A. Peñafiel. Por proposición del doctor Osorio, pasó este trabajo á una comisión para hacer un extracto de él y publicarlo en la *Revista*.

Se leyó una nota del Presidente de la Junta general de Sanidad en la que pide datos acerca de los medios profilácticos que puedan oponerse al desarrollo del cólera. El doctor Gómez



P, propuso : 1º Nombrar una comisión para estudiar este asunto ; y 2º Contestar á la Junta la resolución adoptada." Aprobada esta proposición, se nombraron para la comisión á los doctores Coronado y Posada.

Se leyó un informe de los doctores Buendía y Osorio, sobre las carnes que se expenden en la plaza de mercado de Bogotá.

El doctor Osorio presentó un trabajo del doctor W. Sandino Groot, sobre plantas medicinales en Colombia, como trabajo para la incorporación de dicho profesor á esta sociedad. Pasó en comisión al doctor Medina para su estudio.

El doctor Durán B. presentó un trabajo del doctor Luis Fonnegra titulado " Epiteliomas glandulares enquistados del velo del paladar," para su admisión como miembro activo de la Sociedad: se pasó este trabajo al estudio del doctor P. Gómez.

Se leyó el informe que presentó el doctor Michelsen sobre sostenimiento de la *Revista Médica* y se aprobaron las proposiciones con que termina.

El doctor Osorio presentó como candidatos para miembros activos de la Sociedad á los señores J. de D. Carrasquilla y F. J. Tápias ; y el doctor Buendía presentó igualmente al doctor J. D. Herrera.

4 de Noviembre—Se abrió la sesión con asistencia de los doctores Aparicio Castañeda, Corredor, Coronado, Durán B. Michelsen, Osorio ó Ibáñez.

El doctor Michelsen presentó una obra titulada " Consideraciones sobre la fiebre amarilla " por el doctor Bouré y Bonfil, enviada á la Sociedad por el Secretario de Relaciones Exteriores. El doctor Castañeda propuso pasar este trabajo en comisión al doctor Aparicio para hacer un extracto de él y publicarlo en la " Revista," lo cual fué aprobado, y además dar las gracias al señor Secretario de Relaciones Exteriores por el envío de esta obra.



Dióse lectura al informe de los doctores Coronado y Posada sobre los medios profilácticos que debieran emplearse contra el cólera en caso que este apareciere en Bogotá.

Los doctores Corredor e Ibañez hablaron sobre la utilidad de llamar la atención de la Asamblea legislativa hacia la mala organización de la oficina de vacunación. El señor Presidente comisionó al doctor Ibañez para presentar un proyecto sobre la materia.

8 de Noviembre—Se reunió la Sociedad, con los doctores Barreto, Durán B., Gómez P. Michelsen e Ibañez. Dejaron de concurrir con excusa los doctores Castañeda y Osorio y sin ella los demás miembros. Entraron después de abierta la sesión los doctores Gómez J. y Medina.

El doctor P. Gómez presentó el informe sobre el trabajo del doctor Fonnegra que había pasado á su estudio, que termina con la siguiente proposición que fué aprobada por unanimidad: “Admítase como miembro de número de la Sociedad de Medicina y ciencias naturales al señor doctor Luis Fonnegra.”

La comisión de vacuna presentó el informe que se le había encargado y la discusión de este fué suspendida indefinidamente.

El doctor J. Gómez tomó la palabra, y manifestó haber notado la falta de algunos datos en la observación que presentó el señor doctor Durán B. Este expuso en seguida las razones por las cuales se habían omitido los datos expresados.

Se leyó un informe del doctor Medina sobre el trabajo del doctor Sandino Groot, que termina con la siguiente proposición que fué aprobada por unanimidad. “Admítase al señor doctor Wenceslao Sandino Groot como miembro activo de la Sociedad de medicina y ciencias naturales”

14 de Noviembre—Se abrió la sesión con asistencia de los doctores Aparicio, Barreto, Castañeda, Coronado, Durán B, Medina, Michelsen, Osorio e Ibañez.



El Presidente exigió la promesa reglamentaria al señor doctor Luis Fonnegra, quién tomó asiento como socio activo.

Se leyó el informe del señor doctor P. Pizarro relativo á las cuentas de la Tesorería y fué aprobada la proposición de feneamiento de dicha cuenta correspondiente al año de 1883, con que termina el informe, y se le dan las gracias al Tesorero por el buen desempeño del cargo que le confirió la Sociedad.

El doctor Osorio presentó, en nombre del doctor Posada Arango, como candidato para miembro correspondiente, al naturalista francés Mr. Viaud de Grand-Marais, y la Sociedad aceptó dicho candidato.

Leída una circular destinada á ser enviada á todos los médicos de la República, con el fin de estimularlos á prestar eficaz apoyo para el sostenimiento del periódico de la Sociedad, ya con el contingente de sus suscripciones, ya con su influencia y colaboración, la Sociedad ordenó la circulación de ella, firmada por todos los miembros de la Sociedad, presentes en la sesión y los demás que no habiendo concurrido quisieran hacerlo.

El doctor Buendía propuso, y la Sociedad aprobó, que los diplomas que la Sociedad concede á sus miembros, fueran firmados por los actuales Presidente y Secretario.

Se aprobó igualmente la proposición del doctor Barreto por la cual debe enviarse á los miembros de la Sociedad, ausentes, el diploma que ésta ha adoptado, para reconocer sus miembros.

El doctor Michelsen propuso y fué aprobada la proposición siguiente: "Autorízase al señor Redactor de la "Revista Médica," para contratar la publicación del Reglamento sobre Juntas médicas.

Presidente, C. MICHELSEN U. Secretario, *Pedro M. Ibáñez.*



## BIBLIOGRAFIA.

TRATADO DE MATERIA MÉDICA POR EL DOCTOR FONSSAGRIVES.

(Véase el número anterior.)

Hemos recibido los cuadernos 2, 3 y 4 de esta importante obra. Habiamos hablado en el número anterior de la Farmacología dinámica. En los cuadernos de que vamos á dar cuenta M. Fonssagrives se ocupa de la Farmacología mineral, la trata por grupos en orden alfabético; comienza por el grupo del aluminio, continúa con el del ammonio; en este grupo estudia las amidas y las aminas, se consideran estos dos últimos cuerpos como derivados de un radical hipotético denominado ammonio. En las Amidas se ocupa de la urea. En las Aminas describe la propilamina, la trimetilamina, la amilamina.

En seguida se ocupa del grupo farmacológico del antimonio y en este grupo como en todos trata de todas sus preparaciones desde todos puntos de vista.

En el cuaderno tercero se ocupa de los grupos farmacológicos de la plata, arsénico, azoe (en este último grupo se ocupa enteramente del protoxido de azoe y de sus aplicaciones), bario, bismuto, boro, bromo, cadmio, calcio, carbono (en este grupo se ocupa de la Anilina, Fuchsina, del Fenol extensamente, Petróleo, Vaselina), cerio, cloro, cromo, cobre, cianógeno, estaño y hierro.

En el cuaderno cuarto estudia los grupos farmacológicos del fluor, hidrógeno (en este capítulo comprende el agua pura y el agua oxigenada), iodo, (esta sustancia la estudia extensamente), litio, magnesio, manganeso, mercurio, (lo estudia extensamente), níquel, oro, osmio, oxígeno, fósforo y platino.

La mejor recomendación que podemos hacer de esta obra, es enumerar los capítulos y por ellos se ve que está al corriente de los últimos estudios que se han hecho. Apenas recibamos la continuación de esta obra, que se publica en el Cosmos editorial de Madrid daremos cuenta de ella.

N. OSORIO.



## INYECCIONES

## SUBCUTÁNEAS DE PEPTONA MERCURIO-AMONIACAL.

M. Martineau resume así las recetas de estas inyecciones en el tratamiento de la sífilis.

Esta inyección no produce dolor vivo, ni sobreviene accidente local. No hay salivación ni estomatitis aménos que existiera alguna irritación anterior en la mucosa bucal. No se produce turbación ninguna en las vías digestivas, de tal manera que puede instituirse otro tratamiento general para combatir enfermedades preexistentes al contagio de la sífilis, como la diabetes, por ejemplo. Estas inyecciones producen una acción más eficaz, más enérgica, más rápida en el tratamiento de las sífilis que la que se obtiene por medio del empleo del mercurio aplicado por los otros modos de administración.

Fereol declara que ha observado el hecho de no producirse accidentes locales con estas inyecciones cuando han sido practicadas en la región dorsal, porque en varios casos en que las ha practicado en el brazo con todas las precauciones necesarias, ha visto sobrevenir una especie de parálisis de los vaso-motores, á la cual sucedía una coloración violada, equimótica y en algunas ocasiones verdaderos absesos. Declara también que son dolorosas, y que en cuanto á los resultados es cierto que se consigue la mejoría, pero que no puede actualmente garantizarse la importancia de este tratamiento.

## ALBUMINATO DE MERCURIO EN INYECCIONES HYPODÉRMICAS.

Bicloruro de mercurio..... 1 gramo.

Agua destilada..... 20 gramos.

Disuélvase el mercurio en agua destilada y agréguese 20 gramos de clara de huevo, diluida en agua destilada.

Aígtese el precipitado que se ha formado y añádese una disolución de :



Cloruro de sodio.....	2 gramos.
Agua destilada.....	60 gramos.

Agítese la mezcla y fíltrese—se añade agua destilada hasta obtener un peso de 130 gramos del licor. Esta solución contiene un centígramo de albuminato de mercurio por un gramo, treinta centígramos de licor.

Esta solución no es completamente trasparente, pero se conserva mejor que sus congéneres, y durante una semana se la ha visto permanecer sin alteración notable. Si aparecen algunos copos albuminosos, se filtra la solución sin que esto haga disminuir en nada su dosificación.

Con esta solución se han practicado inyecciones en la región sacro-lumbar y en la espalda de personas afectadas de sífilis, y las conclusiones deducidas por el autor son las siguientes :

El albuminato de mercurio es una preparación infiel y determina accidentes locales. En casos numerosos sería necesario para obtener resultados iguales emplear constantemente la peptona de la misma calidad, para obtener un producto idéntico pero la solución de peptonato se altera fácilmente.

El albomidato de mercurio, preparado según la fórmula anterior, es de fácil administración, no ocasiona dolores cuando se inyecta, ni expone á accidentes inflamatorios. Los efectos terapéuticos son notables : seis ú ocho inyecciones dominan notablemente los accidentes sífilíticos del segundo período. En tres casos, las recidivas no han aparecido cuatro meses después de su empleo.

Los accidentes gástricos y bucales no se observan en el tratamiento por el albuminato; este ha sido de ocho á diez centigramos. El tratamiento hipodérmico dispensa las aplicaciones locales en las placas, pápulas ectyma. Estas han desaparecido sin tintura de yodo y sin nitratos.



## ACUA DE POUQUES.

[REMITIDO.]

La dispepsia que empieza por una turbación en las secreciones del estómago, es constantemente aliviada por la medicación alcalina. Los alcalinos tomados *en polvo* ó en aguas minerales alcalinas, son generalmente preferidos por los médicos para curar esta enfermedad.

Sin embargo, los médicos no están de acuerdo sobre la forma de administrar esta medicación, y aunque reconociendo las aguas minerales como el agente más poderoso buscan si conviene recurrir en las diferentes dispepsias, si á las bicarbonatadas sodicas, Vichy, Vals, Acetera, ó bién á las bicarbonatadas calcáreas, Condillac, señor Gelmin (Wialhe) entre las cuales Pougues constituye un tipo especial, cuya composición por cada litro, es:

Acido carbónico libre, gramos 1.3190; ácido carbónico de los carbonatos, 1.6692; ácido clorhídrico, 0.1271; ácido sulfúrico, 0.1098; Sílice, 0.0250; óxido de hierro, 0.0120; cal, 0.6400; magnesia, 0.1172; sosa, 0.4776; potasa 0 brazas; litina, 0.040; Materias orgánicas, 0.0320=4.5329

El señor Mialhe ha reconocido que contenían iodo; dijo en su informe á la Academia en 1857: " el agua del manantial Saint Geyer debe ocupar un lugar especial en las aguas bicarbonatadas calóicas, magnésicas, ferruginosas y iodadas.

Las primeras son más enérgicas por la cantidad de sosa y de gas carbónico que contienen; convienen, sobre todo, en las dispepsias de la litiasis biliaria y del cólico hepático ó nefrítico: pero son irritantes en las dispepsias inflamatorias gástricas ó intestinales. Las gastralgias irritativas empeoran con las aguas de Vichy.

Las aguas bicarbonatadas gaseosas con base alcalina calcarea como las de Pougues, son más calmantes en las dispepsias estomacales ó intestinales descritas por de Crozaut, deben aconse-



jarlas en las dispepsias crónicas, flatulentas, acompañadas de melancolía, hipocondría nervosidad y vertigos.

La toman en el manantial mismo ó en casa durante el invierno. Todos los enfermos á quién se ha hecho tomar aguas de Pougues y el número es considerable, se han curado ó han hecho gran mejoría.

Las aguas de Pougues son muy eficaces, sobre todo en los trastornos del estómago, cuando hay jaqueca, titubés y vértigo. Bajo su influencia disminuyen los gases y las hinchazones del estómago, hay mejor apetito, las digestiones son más fáciles y funcionando mejor el estómago la cabeza se despeja y los vahidos desaparecen. Cruzant, Legirais y Rouband han confirmado estos resultados.

Además de la dispepsia crónica vertiginosa y neuopática, hay una enfermedad más grave, la ulceración del estómago. Guillard la cura con las aguas de Pougues, en este caso más vale emplear el agua de Sifón para lavar cada día el estómago, que no dejar el agua dentro de él.

Bouchardat y Legerard las emplean también con éxito en la glicosuria, como lo justifican diez y siete observaciones publicadas por el último.

Mr. Hardy las preconiza con preferencia á las de Vichy por el hierro y el carbonato de cal que contienen.

En las enfermedades de la vejiga, como los cálculos úricos, son preferibles á las de Contrexoville cuya mineralización es casi nula.

Una de las ventajas del agua Pougues, es la de no ser irritante y nosiva, como la de Vichy, en los casos que acabo de indicar. Tiene una ocasión segura, y el éxito que he conseguido me autoriza á darle la preferencia. Queda la cuestión terapéutica, relativa á la glicosuria, á los cálculos biliares, al cólico hepático y nefrítico, escrófula, pues cada año los hospitales de Nevers envían á Pougues los niños escrofulosos.



Esto nada tiene que ver, relativamente á la dispepsia de la cual me ocupó especialmente, pero minuciosas observaciones prueban que en estos casos las aguas de Pougues son también muy útiles.

E. BOUCHUT.

Profesor agregado de la Facultad de Medicina de París.

Médico del hospital de niños enfermos oficial de la legión de honor, caballero de ss. Mauricio y Lazars, de Isabel la Católica, Comendador de Carlos III.)

---



---

## TRATAMIENTO

### DEL CÓLERA IN EXTREMIS POR MEDIO DE LAS INYECCIONES INTRA VENOSAS.

El Boletín de Terapéutica de 15 de Octubre último reproduce un interesantísimo artículo del doctor Lereboullet sobre el tratamiento del cólera en los casos desesperados.

Como es entonces cuando el médico puede encontrarse desarmado ante esta formidable enfermedad, nos ha parecido importante y de actualidad dar un resúmen siquiera ligero del tratamiento por medio de las inyecciones intravenosas, que en manos de muchos prácticos han dado resultados satisfactorios. Nos reservamos para los números venideros dar una noticia más detallada de este tratamiento.

“Es en los casos *ad extremos morbos extrema remedia*, dice el doctor Lereboullet, que el médico está autorizado á ensayarlo todo para salvar al moribundo, cerca del cual permanecería impotente, si se limitara á prescribir medicamentos que ya no se absorben ni por la vía intestinal, ni por la hipodérmica, ni aún por la pulmonar.

“Toda vez, pues, que no se haya obtenido nada ó casi nada por los métodos terapéuticos ordinarios, ó bien cuando de antemano se teme su ineficacia, será permitido recurrir á las inyecciones intravenosas cuya aplicación se va facilitando mucho con los diferentes procedimientos operatorios, en uso. Teóricamente,



en efecto, es lógico buscar el modo de regenerar la sangre disminuida, espesada, sobrecargada de ácido carbónico, adulterada en fin, por los productos excrementiciales que se acumulan en ella por la suspensión de todas las secreciones.

“La concentración del suero y de la albumina, añadida á la de los glóbulos, constituye un obstáculo real y considerable para la circulación, y es muy racional tratar de diluir la sangre por una inyección intravenosa que facilite esta función. Pero cómo llegar á diluir la sangre, evitando al mismo tiempo la alteración de los glóbulos? Muchos médicos se habían esforzado en hacer absorber por la vía gástrica intestinal (método de Moissenet) ó por la vía pulmonar (inyecciones traqueales de Küss) una solución de cloruro de sodio. Más, á pesar de los resultados relativamente favorables anunciados por Moissenet, creemos que en el período álgido, la absorción de los alcalinos ó de una solución salina es casi siempre imposible. Es preciso, pues, recurrir en estos casos, frecuentemente considerados como desesperados, á las inyecciones intravenosas.

Mr. Hérord usa la solución siguiente para inyectar en los venas:

Agua destilada.....	1,000	gramos.
Cloruro de sodio.....	4,50	—
Fosfato de soda.....	1,25	—
Cloruro de potasio.....	0,25	—
Carbonato de soda.....	0,50	—

Se inyectan desde 60 gramos hasta 1,100 de esta solución, no pasando nunca de la última dosis.

Mr. Hayen recomienda la solución siguiente:

Agua.....	1,000	gramos.
Cloruro de sodio.....	5	—
Hidrato de sodio.....	1	—
Sulfato de soda.....	25	—

El sulfato de soda tendría la ventaja de ayudar no solamente á la conservación de los glóbulos, sino también de favorecer la



constipación y oponerse, por consiguiente, á nuevas pérdidas de líquido y á fovorecer la reabsorción del que se halla ya en el intestino.

Debe procurarse no introducir en la sangre, en las 24 horas, más de 30 gramos de sulfato de soda en el adulto. Después de aplicar estas inyecciones se nota casi siempre una mejoría muy sensible; el pulso reaparece; la voz se hace más clara; los enfermos se despiertan y piden alimentos; la cara se pone rosada; la alguidez cesa y la curación parece próxima. Sin embargo, al cabo de algunas horas, si se abandonan los enfermos, si se suspenden las *inyecciones*, el colapsus reaparece y la muerte es entonces muy rápida.

De las observaciones tomadas hasta hoy, hay que deducir otra conclusión no menos importante, á saber: que mientras más considerable ha sido la cantidad de líquido inyectado, más sensible y más durable ha sido la mejoría obtenida.

Dujardin Beaumetz, afirma que en 1850 se contaban más de treinta casos favorables, obtenidos por este método de las inyecciones intra venosas *abundantes*.

El líquido de la inyección no debe llevarse á una temperatura muy elevada; 37 á 38 grados centígrados parecen suficiente. Debe inyectarse lentamente, de tal modo, que en un segundo pasen 20 gramos al torrente circulatorio. Con esta condición se podría hacer pasar sin inconveniente, en cada operación, más de un litro de la solución salina y hacer una nueva inyección cada vez que se inicie el colapsus álgido

En cuanto al manual operatorio de las inyecciones intra venosas varía mucho según los autores. El mejor instrumento y de manejo más sencillo nos parece ser el transfusor de Dieulafoy. Antes de servirse de él basta aislar la vena por una disección cuidadosa, pues una simple ligadura no alcanzaría en un colérico á hacer suficientemente turgente el vaso. Pero como todos los médicos no tienen este instrumento y en ocasiones es preciso obrar pronto, puede á ejemplo de Dujardía Beaumetz servirse de



un irrigador cuya válvula funcione regularmente. Se sumerje este irrigador lleno con la solución salina, en un vaso con agua caliente á la temperatura de 41 á 42 grados. Se adapta al tubo del irrigador un trócar adecuado, análogo al del transfusor de Mathieu.

### EL DOCTOR LISANDRO SAAVEDRA.

Con profunda pena anunciamos la muerte del doctor LISANDRO SAAVEDRA acaecida en Colón. Pérdida lamentable no sólo para su familia sino también para el país.

El doctor SAAVEDRA hizo sus estudios con mucho provecho y lucimiento en la Universidad Nacional, y durante ellos se distinguió en los concursos anatómicos. Recogió y publicó en este periódico algunas lecciones de Clínica en 1882. Prestó importantes servicios en la oficina de vacuna. Eligió el punto de Colón para ir á ejercer su profesión y allí fué víctima de la fiebre amarilla, que deseaba estudiar.

### ÍNDICE DEL NÚMERO 101.

	Pág.
ALCOHOLISMO—Conferencia de N. Osorio—Extractada por <i>Manuel Prados O.</i> .....	193
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CLÍNICO Y ANATÓMICO-PATOLÓGICO ENTRE LA FIEBRE TIFOIDEA, LA TUBERCULOSIS Y LA DISENTERÍA—Por <i>Alfredo Garcés</i> y <i>Manuel Prados O.</i> .....	199
ACTAS de las sesiones ordinarias del 28 de Agosto, 18 y 30 de Septiembre, 4 y 21 de Octubre, 4, 8 y 14 de Noviembre de 1884.	217
BIBLIOGRAFÍA—Materia médica—Dr. Fonssagrives— <i>Nicolás Osorio</i>	226
INYECCIONES subcutáneas de Peptona mercurial-amoniacal— <i>Martineau</i> .....	227
AGUA DE POUQUES.....	229
TRATAMIENTO DEL CÓLERA IN EXTREMIS.....	231
NECROLOGÍA doctor Lisandro Saavedra.....	234



---

## FACULTAD DE MEDICINA DE PARÍS.

Aguas minerales naturales, gaseosas, tónicas, aperitivas, reconstituyentes, de POUQUES. Únicas para el tratamiento de las enfermedades del estómago, de los intestinos y vías urinarias. Dos incontestables celebridades han resumido así sus propiades :

“ Las aguas de Pougues son las únicas que obran regularizando las grandes funciones que constituyen el acto capital de nutrición.

“ Profesor TROUSSEAU.”

“ El estómago soporta perfectamente las aguas de Pougues, cuya eficacia es única en las enfermedades de las vías digestivas, dispepsias, tratamiento de las mujeres cloróticas, de los convalecientes y debilitados.

12—1

“ DR. CONSTANTIN JAMES.”

---

## “ EL ATENEO,”

Periódico mensual,

ORGANO DEL ATENEO DE BOGOTA.

Desde el 1º de Enero próximo comenzará á circular esta nueva publicación, destinada á recoger en sus columnas los mejores trabajos de este Instituto. Cada entrega constará de 64 páginas en 8º mayor, de edición esmerada y correcta; y cada seis entregas formarán un tomo de 384 páginas.

Se reciben suscripciones en las Librerías “Española y Americana,” en las de don Manuel y don Fidel Pombo, en la “Colombiana” y en la de “Torres Caicedo.” En esta última queda establecida la Administración y Agencia general. A ella deben dirigirse los pedidos de fuera de la capital.

La suscripción anual vale \$ 6 de ley.



# PEPTONAS PÉPSICAS

de CHAPOTEAUT, *Farmacéutico de 1ª Clase.*

Esta peptona se prepara exclusivamente con la carne de vaca digerida y hecha asimilable por la pepsina del jugo gástrico; no debe confundirse con las peptonas esparcidas actualmente en el comercio, preparadas con los pancreas de cerdo, susceptibles de alterarse rápidamente y que contienen 12, 15 y 20 p. 0/0 de peptona seca, mientras que la de Chapoteaut contiene 33 0/0.

La **Conserva de peptona de Chapoteaut** es neutra, aromática, se conserva bien, se toma en gelatina á la temperatura de 15° y se liqueface á 35°. Contiene, por cucharada de café 20 gramos de carne de vaca. Se administra pura ó en caldo, con confituras ó jarabe, ó bajo la forma de lavativas alimenticias. No precipita por el ácido nítrico, carácter distintivo de las peptonas gástricas.

El **Vino de peptona de Chapoteaut** contiene, por copa de burdeos, la peptona péptica de 10 gramos de carne de vaca. Se da al principio de las comidas.

**Indicaciones.** — Anemia, dispepsia, caquexia, debilidad, atonía del estómago y de los intestinos, convalecencia, alimentación de los ancianos y de los niños.

## VENTAJAS DEL FOSFATO DE HIERRO SOLUBLE

de LERAS, *Farmacéutico, Doctor en ciencias*

1º **Solucion, y Jarabe** dos formas que satisfacen todas las exigencias de las prescripciones médicas. La **Solucion** y el **Jarabe** contienen 20 centigramos de sal férrea por cucharada.

2º **Preparaciones incoloras**, sin gusto y sin sabor de hierro, sin acción sobre la dentadura y, por consiguiente aceptada por todos los enfermos sin distinción.

3º **Nada de estreñimiento**, merced á la presencia de una corta cantidad de sulfato de sosa, que se produce en la preparación de esta sal, si influir la menor cosa, en el sabor del medicamento.

4º **Reunion de los principales elementos de los huesos y de la sangre**, hierro y ácido fosfórico, circunstancia que es de una gran influencia sobre la acción digestiva y respiratoria.

5º **Nada de precipitado ante el jugo gástrico**, por consiguiente, sal digerida y asimilada inmediatamente, siempre bien soportada por los estómagos los más delicados, que no pueden tolerar las preparaciones ferruginosas más estimadas.

## SÁNDALO GRIMAULT Y C<sup>a</sup>

*Farmacéuticos, 8, rue Vivienne en Paris*

La **Esencia de Sándalo** ha entrado en la terapéutica bajo el patronato de los doctores mas recomendables Gubler, Panas, Simonnet, Henderson, etc<sup>a</sup>, que la han empleado con el mayor éxito en lugar de la *Copaiba* y la *Cubeba*.

Es inofensivo hasta en grandes dosis. — Su uso procura, á las 48 horas un alivio completo, pues el flujo se encuentra reducido á un rezumo seroso, sea cuales fueren el color y la abundancia de la secreción.

Su uso no ocasiona ni indigestiones, ni eructos, ni diarreas. La orina no adquiere ningun olor.

En los casos de inflamacion de la vejiga, obra con rapidez y suprime en uno ó dos dias la emission sanguinea : es de gran utilidad en el catarro crónico.

El **Sándalo Grimault** se toma bajo forma de Cápsulas finísimas, redondas y trasparentes : es químicamente puro y se toma á la dosis de 10 a 12 cápsulas diarias, disminuyendo esta progresivamente á medida que disminuye el flujo.

**Depósito en las principales Farmácias y Droguerías de la República.**