

# REVISTA MEDICA.

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

Redactor — NICOLAS OSORIO.

SERIE VI. } Bogota, Abril 20 de 1882. } NUM. 72.

En la lista de miembros de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, publicada en el número anterior, se omitió involuntariamente el nombre del señor profesor LUIS MARÍA HERRERA que es miembro activo de ella. Como dicha lista fué tomada de las actas de la Sociedad, y en estas, así como se dejó de hacer constar el nombre del señor Herrera, pueden tambien haberse omitido algunos otros; esperamos que si tal caso ha tenido lugar, los señores cuyos nombres no hayan sido incluidos en la relacion publicada se sirvan avisarlo al Redactor de la Revista.

---

ACTA DE LA SESION DEL DIA 4 DE ABRIL DE 1882.

## I.

En la ciudad de Bogotá á la hora y en el local de costumbre se reunió la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales presidida por el señor doctor Cárlos Milchelsen, y con asistencia de los señores socios Leoncio Barreto, Proto Gómez, Jesus Olaya L. y Elberto de J. Roca; los demas miembros faltaron sin escusa.

## II.

Como hubiese el número de socios que exige el Reglamento, se abrió la sesion y en seguida se leyó el acta del dia 16 de Diciembre, la cual fué aprobada sin ninguna modificacion.

## III.

Habiendo pedido la palabra el señor doctor Gómez, en-

cargóse de la presidencia el señor doctor Michelsen. En uso de aquella el señor doctor Gómez dijo :

“Tengo el gusto de presentar á la Sociedad una obra elaborada por el señor doctor Pedro María Ibáñez y cuyo título es : *Memorias para la historia de la medicina en Santa Fé*. El señor doctor Ibáñez ofrece este trabajo á la Sociedad para el efecto de ser admitido como miembro de ella, si la Corporacion lo estima conveniente; y como creo que el señor Ibáñez llena los requisitos que exige el Reglamento, me permito recomendarlo á los honorables miembros de la Sociedad.

En seguida el mismo doctor Gómez, con el objeto de dar una idea del trabajo del señor doctor Ibáñez, leyó algunos de los pasajes más importantes de él y por último concluyó haciendo la siguiente proposicion :

“La Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales resuelve : 1º Admitir como miembro activo al señor doctor Pedro María Ibáñez; y 2º enviar el trabajo presentado al señor Redactor de la *Revista Médica*, para que se sirva publicarlo en ella.”

Puesta en discusion, el señor doctor Barreto pidió la palabra y se expresó así :

“No me parece ser ese el curso seguido ordinariamente para la admision de los miembros activos de la Sociedad, creo que se debe pasar ántes el trabajo presentado á una comision para que lo estudie y dé el informe correspondiente.”

En uso de la palabra el señor doctor Olaya dijo :

“Por hallarse actualmente el ejemplar del Reglamento de la Sociedad, perteneciente al archivo, en poder del señor Redactor de la *Revista Médica* encargado de hacerlo publicar, no es fácil saber por el pronto lo que con relacion al asunto de que se trata dispone dicho reglamento, sin embargo me inclino á creer que es conforme á lo que acaba de exponer el señor doctor Barreto, por lo cual me tomo la libertad de hacer la siguiente proposicion :

“Suspéndase lo que se discute y pásese el trabajo del señor doctor Ibáñez, en comision al señor doctor Nicolas Osorio para

que se sirva informar si llena las condiciones reglamentarias para que su autor pueda ser admitido como miembro activo de la Sociedad."

Esta proposicion fué aprobada como tambien la siguiente presentada por el mismo señor doctor Olaya.

" Publíquense las "*Memorias para la historia de la Medicina en Santa Fe*, escritas por el señor doctor Pedro María Ibáñez en el periódico oficial de la Sociedad."

El señor doctor Michelsen pidió luego la palabra para suplicar al Secretario se sirviera informarle si un artículo sobre *hidrofobia*, publicado en la *Lanceta Agrícola*, y pasado en comision al señor doctor Uribe para que lo estudiara é informara acerca de su contenido, habia sido devuelto ya.

Como el Secretario contestara que aún no habia sido devuelto el artículo ni presentado el informe que acerca de él se habia exigido al doctor Uribe, el doctor Michelsen pidió que se recavara cuanto ántes dicho documento. Se resolvió de conformidad.

#### V.

El señor doctor Roca manifestó en seguida que estaba elaborando el trabajo sobre fiebres que se le habia dado en comision y que esperaba poderlo presentar en la próxima sesion.

#### VI.

En cumplimiento de una proposicion aprobada el señor Presidente dispuso que el Secretario de la Sociedad fijara un aviso en la puerta del salon de las sesiones, para exitar á los estudiantes de medicina y á los profesores, á que presenten en el próximo concurso de la Sociedad las piezas anatómicas ó anatomo-patológicas que hayan preparado.

Siendo las nueve y media de la noche y no habiendo otro asunto de que tratar se levantó la sesion.

El Presidente,

PROTO GÓMEZ.

El Secretario,

Jesus Olaya L.

## HOSPITALES DE LYON.

**CIRUGÍA:** Restauracion del labio inferior—Osteoclasía—Tratamiento de las várices por el licor yodo-tánico.

**MEDICINA:** Tratamiento local de la angina diftérica—El Benzoato de Soda—El Sulfato de Atropina en la Sialorrea—El Opio en la lipemania.

*Restauracion del labio inferior.*—La operacion designada con los nombres de autoplastia, anaplastia, ortoplastia de los labios y cheiloplastia, tiene por objeto la restauracion de los labios destruidos en parte ó en totalidad por un traumatismo, por un neoplasma ó por cualquiera otra causa. Todas estas denominaciones no dan una idea clara de la operacion, y el profesor Desgranges, cirujano del Hotel Dios de esta ciudad, la denomina cheilo-stomatoplastia, lo que sí nos da una idea clara del doble fin de la operacion.

Si consideramos la importancia de esta operacion, nos explicaremos la causa del crecido número de métodos propuestos para su ejecucion. Pero esto mismo nos indica una pobreza real, una falta completa de elementos operatorios claros para llegar á un resultado satisfactorio.

Entre los métodos empleados son conocidos tres principales: El método indiano ó cheilo-stomatoplastia por torcion. Método usado primero en Inglaterra y luego introducido en Francia por Delpech, y que consiste en tallar un colgajo cerca de la parte que se quiere reparar y torcerlo por su pedículo. Este método no se usa hoy por no llenar las tres condiciones de una buena operacion; el *tato*, *cito* y *jacunde* quirurgical.

El segundo método, cheilo-stomatoplastia por trasplatacion ó método italiano, aunque muy ingenioso no es aplicable á la restauracion del labio inferior. El colgajo que se trasplanta y que se toma ordinariamente del brazo, no reúne la vitalidad ni el espesor suficientes para formar un buen labio. Además, exige un reposo completo durante cierto número de dias, lo que no es siempre posible si atendemos á que durento el sueño el enfermo

puede ejercer movimientos involuntarios que comprometerian irremediabilmente el éxito de la operacion. Sin embargo, el profesor Tagliacozzi, de Bologne, dice haber obtenido casos muy favorables.

El tercer método, cheilo-stomatoplastia por desalojamiento ó método frances, consiste en tomar los colgajos al rededor de de la parte que se desea corregir. Estos colgajos son laterales ó inferiores; su base es ancha, condicion que asegura su nutricion; su espesor suficiente; su cara profunda y libre tiene una capa mucosa; se encuentra pues en las mejores condiciones para restaurar bien el labio inferior. Se favorece su desalojamiento con simples incisiones liberatrices, traccion regular y metódica y actitud del paciente. El fin de este método es no dejar cicatriz ex-céntrica. Su principio está constituido por incisiones de dos especies: primera, incisiones obligatorias para la ablacion del neoplasma ó tegidos afectados; segundo, incisiones facultativas, variables en direccion y longitud segun el procedimiento empleado para facilitar la movilidad del colgajo y su adaptacion.

Los procedimientos que se han empleado siguiendo este último método, son conocidos y se encuentran en todos los tratados de medicina operatoria. Yo me propongo hacer conocer un nuevo procedimiento que ha sido empleado por primera vez por su autor, el profesor Letiévant, cirujano del hospital.

Daré al mismo tiempo la relacion más ó ménos detallada de los dos enfermos en que lo he visto practicar; casos en que el resultado no ha podido ser más satisfactorio, tanto para el paciente como para los que tuvimos la ocasion de ver practicar las operaciones y comparar los enfermos ántes y despues de ellas.

---

#### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO.

*Primero.*—Preliminares listerianos: atmósfera fenicada, locion de los tegidos sobre los cuales se opera con una solucion fenicada 5 por 100; manos del operador, ayudantes y demas

asistentes, así como todos los instrumentos desinfectados por la misma solución.

*Segundo.*—Instrumentos indispensables: dos punzas hemostáticas, una tijera curva, una pinza de disección, un bisturí, un pedazo de sonda de goma, hilo metálico y dos agujas curvas.

*Tercero.*—Actitud del enfermo: el enfermo se coloca sentado, la cabeza fija y se procede á la anestesia por el éter.

*Cuatro.*—Operación.—La operación se compone de cuatro tiempos:

*A. Trazado de la incisión y ablación del tumor.*—Incisión curva, cóncava hácia arriba y que pasa algunos milímetros los límites del tumor.

Tómense los tegidos enfermos entre el pulgar y el índice de la mano izquierda y despréndaseles del hueso con las tijeras ó el bisturí.

*B. Disección del colgajo y desprendimiento de las partes blandas del menton y del cuello teniendo el cuidado de no perforar estas partes.*—La separación de la piel del menton exige el empleo del bisturí; la del cuello se hace fácilmente con los dedos.

Se debe llevar esta disección á una extensión suficiente para que el colgajo traído al lugar que debe ocupar, llene completamente la pérdida ocasionada por la destrucción de los tegidos enfermos. Mucho cuidado en ejercer sobre el colgajo violencia ó tracción brusca.

*C. Restauración del labio inferior.*—Para obtener este resultado se levantan los colgajos que se han disecado y se les coloca de modo que sobrepasen el borde dentario en la extensión de un centímetro. Para mantenerlos en esta posición de una manera permanente se hace uso de un pequeño aparato muy sencillo y cómodo. Este aparato se compone de un pedazo de sonda de goma de 3 á 6 centímetros de longitud; en cada uno de sus extremos se fija un hilo metálico doble, provisto de una aguja curva. Así dispuesto, se coloca el pedazo de sonda transversalmente sobre los colgajos levantados y á 4 ó 6 milímetros encima de la eminencia mentoniana.

Las extremidades del pedazo de sonda deben estar colocadas á igual distancia de la línea media. El colgajo es en seguida atravesado en los puntos correspondientes á estas extremidades por la aguja y el hilo metálico doble. Se corta el hilo cerca de la aguja, se retira ésta y el hilo se enrolla en los dientes más cercanos. Esta torcion debe ser suficiente para ejercer una ligera traccion sobre el colgajo y mantenerlo levantado sin violencia. El aparato en su conjunto representa un trapecio. El pedazo de sonda forma la barilla inferior; los dos hilos metálicos las dos cuerdas; y los dientes, los ganchos que sostienen el todo. La aplicacion de este aparato es siempre posible, aunque el enfermo no tenga dientes, y esto sucedió en uno de los casos operados. Se suple la falta de dientes con el pequeño aparato de que se sirve M. Martin de Lyon, para reducir las fracturas del maxilar inferior y provisto de dos pequeños ganchos laterales para poder enrollar los hilos.

En los casos en que el enfermo tenga apénas las últimas molares, es allí donde debe llevarse el hilo teniendo el cuidado de colocar la lengua encima del hilo metálico. Esta precaucion es indispensable; si se procediera de otra manera, el enfermo podia en un movimiento de la lengua, levantar el hilo, privar al colgajo de su punto de apoyo y comprometer el resultado de la operacion.

*D. Restauracion de las dos cornisuras.*—Para completar la operacion y dar dos nuevos puntos de apoyo al labio restaurado, se talla por transfixion cerca de cada extremidad del labio superior, un pequeño colgajo triangular que comprenda todo el reborde mucoso de dicho labio. Estos dos colgajos de cima libre del lado de las comisuras, de base adherente del lado de la línea média, son conducidos hácia abajo, replegados de tal manera que su cara viva y sangrienta quede en contacto con las puntas correspondientes del borde libre del colgajo. Algunos puntos de sutura sostienen estos dos colgajos y los fijan en la posicion indicada. Quedan así reconstituidas las comisuras. No se sutura la piel ni la mucosa del borde libre del colgajo.

La emostasis es fácil y la simple compresion es suficiente. La operacion se termina aplicando una curacion de Lister completa y ligeramente compresiva.

*Mecanismo de la restauracion.*—Inmediatamente despues de la operacion se manifiesta una viva reaccion en los tegidos seccionados. Si la curacion se hace bien, la compresion ligera y suave, la adherencia del colgajo al maxilar inferior se hace á las veinte y cuatro horas de un modo completo. Se podria quitar en este momento el aparato, pero es preferible dejarlo tres o cuatro dias más si es bien tolerado por el enfermo. Tiene la ventaja el aparato, de no causar dolor ni molestia alguna. El sexto dia se quitan todos los puntos de sutura. Durante los primeros 13 dias el labio nuevo permanece proeminente en su parte média. Al fin del mes todo entra en órden; la boca es regular y bien conformada. Se puede decir que la curacion es completa y hasta cierto punto perfecta.

Se puede juzgar por lo expuesto que este procedimiento es sin duda el más económico de todos, y sus indicaciones son las siguientes :

- 1º El tumor ó la afeccion que exige la cheilo-stomatoplastia ocupa transversalmente una cierta porcion del labio inferior. Los labios son muy pequeños para poder recurrir á la exiccion simple;
- 2º El tumor comprende todo el labio inferior;
- 3º Está situado sobre el labio inferior y comprende una de las comísuras ó todas dos;
- 4º El neoplasma invade todo el labio y los tegidos subyacentes hasta la foseta mentoniana.

Si el tumor es enorme y pasa los límites indicados, este procedimiento no es aplicable, y se puede recurrir al de Malgaigne.

*Primera observacion.*—Hotel Dieu de Lyon.—Sala St.

Louis, número 77.—N. N. trabajador, de 65 años de edad. Entra al servicio el 17 de Mayo de 1881.

Diagnóstico.—*Cancroide del labio inferior*.—Buena salud anterior. Sin antecedentes hereditarios. Uso exagerado de tabaco. Sufre hace tres años. Comenzó la lesion por una pequeña ulceracion en la parte média del labio inferior. La ulceracion continuando su marcha ha invadido todo el labio inferior extendiéndose hasta las dos comísuras. Tumor exhuberante, anfractuoso, irregular, esponjoso. Comprimido entre los dedos deja salir gota á gota un líquido icoroso, gris y muy fétido. En algunos puntos el tumor está cubierto de costras negruzcas muy adherentes. El tumor es duro y gracias á esta induracion se puede reconocer el límite del mal. Inferiormente llega la lesion un poco abajo del pliegue mentoniano. El labio tiene un volúmen anormal y la deformidad es considerable.

Operacion el 19 de Mayo. El profesor Létiévant practica la operacion segun el procedimiento que he indicado. No hay accidente ninguno y se termina aplicando una curacion de Lister, teniendo la precaucion de intercalar debajo del vendaje una esponja fenicada, que ejercerá una compresion suave.

El 24 de Mayo se descubre la herida, se quitan las puntas de sutura y el pedazo de sonda. El enfermo va muy bien. El 23 de Junio curacion completa; apénas se ven las trazas de la operacion.

*Segunda observacion*.—Sala St. Louis, número 85.—Jean. Cultivador, 50 años. Entra al servicio el 29 de Marzo de 1881. Operacion el 6 de Abril. Sale curado el 20 del mismo mes.

Diagnóstico.—*Cancroide del labio inferior*. No tiene antecedentes hereditarios. Buena salud anterior. Gran fumador de pipa. Vasta pérdida de sustancia, curba semilunar que ocupa casi todo el labio inferior pero particularmente la mitad derecha extendiéndose hácia abajo más allá del pliegue mentoniano. La comísura derecha destruida. La encía y los dientes están descubiertos. Los bordes de la ulceracion invertidos hácia afuera. El

enfermo está imposibilitado para hablar y para comer. Por la parte declive de la ulceracion sale continuamente saliva mezclada á un pus fétido. La deformidad es enorme. El aspecto del enfermo repugnante.

Operacion el 6 de Abril. El mismo procedimiento. El 8 se hace la primera curacion y todo anda bien. El 20 se remueve todo vendaje &<sup>a</sup>, &<sup>a</sup> y el enfermo deja el hospital.

Como se ha podido ver, el nuevo procedimiento no es otra cosa que el antiguo procedimiento de Roux, modificado. Estas modificaciones son muy felices y muy hábilmente combinadas para corregir las imperfecciones del procedimiento de Roux.

De esta manera M. Létievant ha realizado el ideal de la cirugía práctica de los labios, es decir, la conservacion de las formas y de las funciones, de tal manera que despues de la curacion apénas se podrá decir si el paciente ha sido operado.

---

### OSTEOCLASIA.

M. Moliere despues de haber ensayado en su servicio los diversos medios empleados para remediar la desviacion hácia adentro de la articulacion de la rodilla, *genu valgum*, se ha decidido por el método llamado enderezamiento brusco, y en dos casos tratados por este método y que he observado en el curso del mes pasado, se han conseguido los mejores resultados.

Los cirujanos durante mucho tiempo se han ocupado en remediar las deformaciones del miembro inferior, sin ocuparse mucho de la esencia misma de estas afecciones. Hoy se pueden distinguir tres formas en la desviacion de la rodilla hácia adentro, que M. Létievant clasifica así:

A.—Genu valgum raquítica.

B.— „ „ sintomática.

C.— „ „ idropática.

La primera forma se encuentra en los niños raquíuticos. Y sobemos que el raquitismo produce un verdadero reblandecimiento del hueso que se manifiesta al exterior por curvas en el ráquis y en los huesos largos. El peso del cuerpo se ejerce sobre estos huesos reblandecidos de las piernas y es suficiente para producir su desviación. Siendo el punto ménos resistente la reunion de la epífisis con la diáfisis es allí que se produce la flexion.

En esta forma se puede usar el enderezamiento brusco y atender particularmente al estado general del niño.

En la forma sistemática se comprenden las deformaciones que tienen por origen una enfermedad quirúrgica de la articulacion de la rodilla; es así como los tumores blancos, las artrites deformantes, las fracturas articulares más ó ménos mal consolidadas &<sup>a</sup>, &<sup>a</sup> pueden producir la deformacion de la articulacion hácia adentro.

Estas afecciones se curan casi siempre por aquilosis.

La tercera forma, *genu valgum* idiopática, se presenta sin causa conocida en un adolescente de doce á veinte años; robusto y bien musculado. Ordinariamente sin antecedentes de escrófula, aquitismo ó debilidad constitucional.

La afeccion es casi siempre muy lateral y el resto del sistema oseó no presenta la menor deformacion.

Vemos pues que en el adolescente, la desviacion de la rodilla parece ser una entidad morbosa espècial netamente caracterizada y es en estos casos que el profesor Moliere emplea la osteoclasia.

Ahora, en cuanto á las diversas teorías por las cuales se explica hoy la patogenia de esta lesion y que son seis principales, la teoría anatómica, la mecánica, la diátésica, la ligamentosa, la muscular y la oseá, veamos lo que nos dicen los profesores Ollierr Vernel y Fillaux.

Todos estos autores y con ellos casi todos los cirujanos franceses están de acuerdo en considerar el punto de partida de la

lesion *genu valgum*, en una turbacion de la osteogenesis, pero no todos explican esta turbacion de la misma manera. M. Ollier creó en una detension del desarrollo del hueso en su porcion externa debida á la reunion prematura de la epífisis con la diáfisis. Se ve, pues, que para este cirujano, hay un acortamiento real de la parte externa del fémur y continuacion normal de crecimiento del condilo interno.

M. de Santi, cree al contrario, que hay un aumento de actividad funcional en la parte interna del cartílago diáfiso-epifisario y como consecuencia, hipertrofia real del condilo interno; hácia afuera el hueso conserva su longitud normal.

Puede ser que esta dualidad de opinion tenga su razon de ser y que la causa de la lesion sea doble.

Ocupándome ahora del tratamiento de esta lesion repito que el profesor Moliere no hace la osteotomia tan empleada en Inglaterra y Alemania, ni la osteo-artrotomia preconizada en Edimburgo. Nos ha manifestado sus razones y nos ha hecho ver tres enfermos tratados el año pasado por la osteotomia tal como la indica Macroen y un caso tratado por la osteo-artrotomia por el procedimiento de Agston. A estos cuatro casos puede agregarse la osteotomia cuneiforme que vi aplicar por primera vez, en Paris en el Hospital de la Piedad á M. Tenillon en el año pasado y que, como en los casos del profesor Moliere, no se ha obtenido resultado favorable. Se forman ordinariamente fistulas difíciles de curar y que fatigan y debilitan el enfermo.

La osteoclasia ha nacido en los hospitales de Lyon y vease como se practica:

*Primera observacion.*—B. N. de 19; años salud general magnífica. Profesion de cartero. Entra al hospital el 3 de Noviembre.

Desviacion unilateral, pierna izquierda.

Operacion el dia 4 de Noviembre.—Anestesia del paciente por el éter hasta resolucion completa de todos los miembros.—Colocacion del aparato de Robin á 8° 10 centímetros encima de la articulacion de la rodilla.—Paso de una palanca de cierta fuer-

za por el anillo inferior del aparato.—Elevacion de la palanca y fractura completa del fémur en el punto deseado, que en este caso, fué á 8 centímetros encima de la articulacion. La pierna colocada en posicion normal y aplicacion de un vendaje fuerte y empapado en yeso.—Capas de yeso sobre el vendaje.

El paciente permaneció 35 dias en reposo sin accidente ni complicacion alguna y quitado el aparato al cabo de este tiempo, se encontró el miembro en posicion normal. Resultado satisfactorio. El 13 de Diciembre el enfermo deja el servicio.

*Segunda Observacion.*—Noviembre 13.—N. N. de 17 años. Panadero. Buena salud anterior. Padres vivos y vigorosos.

Desviacion hácia adentro en ambas piernas. La desviacion es tan pronunciada que el paciente tenia dificultad para la marcha y el frote de los dos condilos internos á medida que la lesion ha ido progresando, ha producido un aumento de consistencia en la piel que los cubre.

Operacion anestesia ; aplicacion del aparato en la pierna derecha y fractura del fémur. Colocacion del miembro en un vendaje de yeso, aplicacion del aparato en la pierna izquierda, fractura del fémur. Vendaje.

Veintinueve dias despues, remocion del aparato. Cuatro dias más tarde el enfermo deja el servicio. Resultado muy favorable en la pierna derecha ; en la pierna izquierda un poco ménos. En esta última se nota una pequeña desviacion. Ha sido sin duda ocasionada por una mala aplicacion del vendaje despues de la fractura del hueso.

Este procedimiento es muy nuevo pues apénas ha sido ensayado unas pocas veces y no se puede juzgar hasta que su estadística registre mayor número de casos.

Pero si juzgo por el resultado obtenido por M. Ternillon en Paris y por los casos de osteotomia practicada por M. Molière en este hospital, no hay duda que la osteoclasia es preferible á todo procedimiento en que sea necesario el uso de instrumentos cortantes. Ademas la penetracion en la cavidad articular por el

procedimiento de Mr. Agston, es siempre grave por más que se diga que en una atmósfera antiséptica toda operacion es inofensiva.

---

#### TRATAMIENTO DE LAS VARICES POR EL LICOR YODO-TANICO.

En el mismo servicio de Molière he visto tratar las várices voluminosas del miembro inferior por medio de las inyecciones intravasculares de la solucion yodo-tánico.

En una jeringuilla de Pravast se ponen partes iguales de agua y de la solucion ; 10 gotas ad. La inyeccion así practicada no tiene los graves inconvenientes que tiene el percloruro de fierro.

---

#### ANGINA DIFTÉRICA.

El haber leído en el número 62 de la *Revista Médica* algo relativo á una nota del señor profesor Sáenz, en que da cuenta de tres casos de angina diftérica tratados favorablemente por el ácido fénico y el haber visto aquí en el servicio de M. Pemon, algunos casos de esta angina tratados por la pulverizacion de principios medicamentosos, me hace consignar aquí algunos datos sobre punto tan importante.

Dejando á un lado las cuestiones relativas á la naturaleza misma de la difteria, cuestiones sin duda llenas de interes, pero que entran un poco en el dominio de la metafísica médica y cuya solucion aún no se ha aclarado, me limitaré á un punto, ménos elevado quizá, pero de la mayor utilidad ; su tratamiento local preconizado para disolver y modificar las falsas membranas ; tratamiento que consiste en las fumigaciones, las inyecciones y más especialmente las pulverizaciones de agua sola ó cargada de principios medicamentosos.

Bien entendido que el tratamiento local en la angina diftérica no es el solo que se deba emplear. Es bien cierto que se debe considerar el estado general.

El tratamiento de la afección general y el de la lesión local se ayudan mutuamente aquí como en muchos otros estados patológicos. Sin embargo si el tratamiento general es indispensable, sobre todo en las formas malignas de la difteria, no es ménos urgente el tratamiento local, y en las formas poco intensas este último tratamiento es el más útil.

La diversidad de agentes empleados nos hace comprender la falta de ideas precisas sobre la naturaleza de la difteria. Sin embargo, cualquiera que sea la idea teórica aceptada, que se considere la falsa membrana como la consecuencia de una enfermedad infecciosa general, ó bien que se considere como la primera manifestación, la manifestación local ántes de la infección general, no es ménos cierto que bajo el punto de vista del tratamiento, todas las esperanzas que estas teorías han hecho concebir se han disipado ante los resultados negativos de la práctica.

Entre los agentes terapéuticos que tienen alguna influencia sobre la disolución de la falsa membrana cuando es extraída del organismo, pocos son los que conservan su acción disolvente cuando se les aplica directamente sobre la lesión local, y al contrario, otros agentes poco activos sobre las pseudo-membranas extraídas, han producido la curación cuando se les aplica localmente en el organismo.

Hay ciertamente en este caso un modo de acción independiente del modo de acción puramente químico.

La idea de encontrar disolventes no es nueva. Desde Bard, en New York en 1771, que empleo el calomel como específico, hasta el día, todos los médicos han empleado un infinito número de sustancias, álcalis, ácidos, &<sup>a</sup> &<sup>a</sup>.

Roger y Péter, en el diccionario enciclopédico, dicen haber hecho algunas experiencias con diversos cáusticos sobre las pseudo-membranas y han encontrado que aquel que las disuelve más pronto es la soda cáustica.

En fin, las experiencias más recientes que se pueden citar, han sido hechas en los hospitales de Viena con la neurina pre-

sentada por Ludwig, con el hidroxide de tétrame-thylammonium empleado en solucion al 2 por 100. Estos agentes parece que han dado buenos resultados como disolventes de las pseudo-membranas erapales y diftéricas.

Independientemente de las sustancias empleadas como disolventes, otras se han usado como antisépticas; ácido fénico, coaltar &c. &c.

El uso de las pulverizaciones es reciente y es debido á M. Gales Girons que las empleó primero en las afecciones crónicas de las vias respiratorias

El doctor Therann de Dresde, ha experimentado durante un año en el servicio del profesor Wemderlich en Leipzig, el ácido láctico en pulverizaciones (proporcion 177 á 1710 y asegura haber observado la destruccion de la placa diftérica en casos graves.

El agua de cal es muy usada y el profesor Kücheumeister agrega una pequeña proporcion de soda cáustica para aumentar su accion disolvente.

El New York Medical Records de 1874, contiene un gran número de casos de angina diftérica tratados ventajosamente en el Hospital de Caridad de dicha ciudad, con el ácido acético en pulverizaciones.

Charles West de Lóndres, en sus lecciones sobre las enfermedades de los niños, aparecidas en 1875, preconiza las pulverizaciones de ácido fénico y dice haber obtenido ventajas reales. Esto es de acuerdo con las observaciones del señor Sáenz.

Recientemente se ha usado la esencia de eucaliptus, que tiene sobre la esencia de trementina y el ácido fénico, la ventaja de no producir dolor de cabeza y tiene además un olor agradable.

Casi todos estos agentes han sido empleados en el servicio de niñas de esta ciudad por el profesor Pemoud y diré ahora cual ha sido el resultado obtenido sin ocuparme del tratamiento general por los tónicos y demás medios conocidos.

Contra la lesion local lo primero que debe hacerse en

cuanto sea posible, es tener una atmósfera húmeda al rededor del enfermo. Los baños de vapor y las simples inhalaciones de agua caliente, producen excelentes resultados aunque tienen el inconveniente de ocasionar un ligero movimiento febril y esto hace que se prefiera la saturacion del aire por el vapor producido por una caldera ordinaria á otro aparato especial.

La humedad excesiva del aire y las pulverizaciones repetidas reblandecen rápidamente las falsas membranas que se expulsan entónces al más ligero esfuerzo. Cuando la membrana ha sido repulsada ó ha desaparecido, se deben continuar las pulverizaciones, con el objeto de modificar el estado inflamatorio de la mucosa y prevenir la formacion de nuevas membranas, ó al ménos su rapidez y malignidad.

Estas pulverizaciones deben repetirse frecuentemente, al principio cada hora y por el espacio de diez minutos; luego, si la lesion local se mejora, lo que es fácil conocer por el estado de los ganglios y por el estado general del paciente, se irán alejando poco á poco.

Las pulverizaciones son preferibles á las irrigaciones porque el líquido penetra más fácilmente al traves de las membranas y el paciente puede respirar con toda tranquilidad. La irrigacion, á causa de los movimientos que produce en el velo del paladar, no penetra suficientemente y deja sin bañar una parte de la lesion. Por otra parte, á los niños la irrigacion les produce cierto terror y la respiracion se les hace difícil.

El aparato más cómodo y del cual se sirve el profesor Pernud, es el de Richardson. Las sustancias que han producido mejores resultados son el agua de cal, (6 casos), y el ácido láctico, (3 casos), como disolventes; el ácido fénico y el cloral, como antisepticos, (2 casos).

---

---

#### EL BENZOATO DE SODA. ✓

En el servicio de M. Lépine he visto emplear con buen re-

sultado el Benzoato de Soda en los siguientes estados patológicos.

En el reumatismo articular agudo, en la tísis pulmonar y en algunas turbaciones funcionales del hígado.

Para los fisiologistas de Edimburgo, el Benzoato tiene una acción directa sobre las células hepáticas, acción en cierto modo electiva pero difícil de explicar.

En un caso diagnosticado por M. Lépine; Cálculos biliares, ictericia é hipertrofia del hígado, caso difícil y en el cual se habian ensayado varios agentes medicamentosos, el benzoato de soda produjo excelentes resultados.

En la fiebre de los tísicos baja notablemente la temperatura.

Dosis de 10 á 15 gramos.

#### EL SULFATO NEUTRO DE ATROPINA EN LA SIALORREA.

M. Lépine y Bochefontanie, despues de una serie de experiencias con el fin de determinar el centro cerebral que preside á la secrecion salivar y cuya excitacion produzca un efecto marcado sobre esta secrecion, han llegado á las conclusiones siguientes :

Los centros salivares se encuentran :

1º En la region situada inmediatamente detras del salco crucial.

2º En la region que se extiende de este sulco hácia adelante hasta el lóbulo olfativo.

3º En la region situada debajo del sulco crucial.

Con estos datos podemos preguntarnos, ¿ es una lesion de estas regiones la que produce el ptialismo en los enagenados ?

Falta resolver este punto, pero señalado el hecho patológico, aumento de secrecion salivar en los enagenados, indicaré el medio que he visto emplear para combatir esta sialorrea en doce casos en el asilo St. Robert.

El profesor Dufour emplea el sulfato neutro de atropina, y los enagenados lo soportan muy bien.

La curacion del ptialismo necesita generalmente un tratamiento de tres semanas y la administracion del sulfato neutro de atropina á la d6sis cotidiana de 1 á 3 mil6gramos progresivamente.

En dos de los casos que he observado habia adem6s broncorrea y cpifosa y el resultado fu6 favorable.

---

### EL OPIO EN LA LIPEMANIA.

En el mismo asilo St. Robert se usa el opio en la lipemania ya bajo la forma de extracto tebaico, 6 bien bajo la de cloridrato de morfina á d6sis progresivas.

Produce excelentes resultados particularmente en las formas acompa6adas de ansiedad y de repulsion al suicidio.

El tratamiento debe instituirse con perfecta regularidad, aumentando las d6sis progresivamente hasta conseguir mejor6a y luego suprimir la medicacion lentamente.

M. Carrier registra once casos de curacion completa.

Parece que el opio produce sobre la circulacion cerebral una accion tal que los centros nerviosos se encuentran en condiciones org6nicas opuestas á aquellas que produce la lipemania.

CÁRLOS E. PUTNAM.

Lyon, Enero 4 de 1882.

---

### EL ALCOHOL.

SU ACCION FISIOL6GICA, SU UTILIDAD Y SUS APLICACIONES EN HIGIENE Y EN TERAPÉUTICA.

(Se continúa).

#### *Consideraciones preliminares.*

No es posible determinar la accion del alcohol en el orga-

nismo sanc, sin presentar de antemano algunas consideraciones relativas á la historia química de este cuerpo y dar cuenta acerca del empleo medicinal y quirurgical de este medicamento, y sin hacer aunque compendiosamente un estudio de sus mas usuales preparaciones y de las diversas formas bajo las cuales se le emplea, ya en higiene ya en terapéutica.

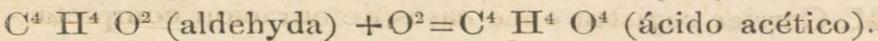
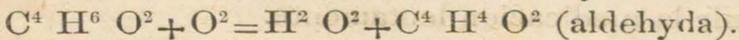
A estas dos razones debe atribuirse el estudio preliminar con que principia nuestro trabajo.

El alcohol absoluto ó *espíritu ardiente* (*spiritus ardens*) tiene por fórmula  $C^4 H^6 O^2$ ; pero jamas se le emplea enteramente puro; siempre está mezclado á una cierta cantidad de agua.

Su densidad, á la temperatura de  $15^\circ$ , es de 0,794. Hierve á  $78^\circ 41$ , sin alteracion, á la presion ordinaria. No es posible solidificarlo por el frio producido en los laboratorios.

La densidad de su vapor iguala á 1,6133.

Con el contacto del platino, los vapores de alcohol, mezclados con aire se transforman en aldehida y en ácido acético.



Produce una llama amarillenta, y suministra ácido carbónico y agua, algunas veces con un depósito de carbon.

El alcohol absorbe la mayor parte de los gases, y á muchos los disuelve en mayor cantidad que el agua: tales son el oxígeno y el ácido carbónico (Pelouze y Frémy.)

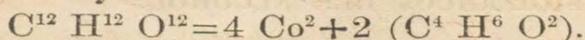
El *alcohol rectificado* marca de  $88^\circ$  á  $90^\circ$  centesimales; es un líquido á cuya fluidez solo exede la del éter, y que contiene ordinariamente agua, una materia colorante, uno ó muchos éteres y un aceite volátil; por consiguiente puede tener diversos perfumes, segun la sustancia que lo ha producido (Gubler).

El alcohol diluido se emplea principalmente en terapéutica; los tres grados alcohólicos mas usados son los siguientes: el alcohol á  $88^\circ$  C., el alcohol á  $80^\circ$  C., y el alcohol á  $56^\circ$  ó aguardiente.

---

El alcohol es producido por la fermentacion de la azúcar.

Un equivalente de azúcar da cuatro equivalentes de ácido carbónico y dos de alcohol.



Existe en los líquidos espirituosos (Gay-Lussac). Proviene de su destilacion, y toma diversos nombres, segun la naturaleza del líquido de donde ha sido extraido. Se llama *aguardiente* el alcohol producido por la destilacion de los vinos; *ron* el del jugo de la caña de azúcar; *arrac* ó *rac*, el espíritu de vino de arroz; *ginebra* y *whisky* los aguardientes de granos ó de trigo aromatizados; alcohol de *koumiss* ó leche de yegua fermentada.

El alcohol constituye, por lo demás, el elemento fundamental de las bebidas *alcohólicas*, cuyo consumo tan general en Europa, se ha extendido rápidamente en el Nuevo Mundo; de los vinos, manzana, cidra, cerveza &c. solo trataremos ligeramente.

No trataremos de la influencia que pueden ejercer estas diferentes bebidas sobre el organismo por los diversos elementos que contengan, solo estudiaremos el alcohol que entra en su composicion. No nos ocuparemos pues de las modificaciones que presenta el alcohol, segun que esté asociado á tal ó cual sustancia en proporciones más ó ménos considerables.

---

Nos limitaremos simplemente al estudio del alcohol puro, es decir, desembarazado de todas las sustancias con las cuales está habitualmente en contacto. En la apreciacion de su accion fisiológica, no tendremos en cuenta sino la mayor ó menor cantidad de agua que, combinada con él atenúa los efectos de este agente enérgico.

Insistimos por lo demas en hacer notar el error que cometen muchos autores confundiendo los efectos del alcohol con los del vino; éste contiene muchas sustancias extrañas, y no tiene sino 10 á 15 por 100 de alcohol, es pues preciso diferenciar estos dos líquidos bajo el doble punto de vista fisiológico y terapéutico.

## PARTE PRIMERA.

## EFECTOS FISIOLÓGICOS DEL ALCOHOL.

I—*De las vías de introducción del alcohol en el organismo.*

§ 1º *Piel*—Aplicado sobre la piel sana el alcohol produce desde luego una ligera sensación de frío debida á su evaporación rápida. Esta sensación es tanto más apreciable cuanto más agitado y caliente esté el aire y va acompañada de palidez en el tegumento. No hemos podido averiguar, ni aun con el alcohol de 90 centígrados, la irritación ni el calor de la parte con la cual este líquido está en contacto.

Sobre el dermis desnudo, sobre una mucosa (conjuntiva ocular) ó sobre una solución de continuidad (llaga), el alcohol produce una irritación más ó menos violenta que consiste en comezón y sensación de quemadura, contracción de los capilares sanguíneos y palidez, coagulación de la serosidad albuminosa y adormecimiento en la superficie. Como fenómeno consecutivo sobreviene la dilatación de los capilares, acompañada de calor y de inflamación; de esto puede resultar un principio de gangrena cuando el alcohol está suficientemente concentrado (Gubler).

Se citan algunos casos de embriaguez por consecuencia de una simple aplicación sobre la piel de compresas empapadas en aguardiente, en agua de melisa, ó en alcohol; pero es necesario tener en cuenta en estos casos, la inhalación de los vapores alcohólicos (Reclé) y su absorción por las vías respiratorias.

§ 2º *Serosas*—La inyección de líquidos alcohólicos en la pleura y en el peritoneo ha sido, en ciertos casos, seguida de los mismos efectos. Por lo demás, este hecho ha sido demostrado experimentalmente por Rayer.

§ 3º *Mucosa pulmonar*.—El alcohol puede introducirse en las vías respiratorias bajo dos estados diferentes:

A) en estado líquido; B) en estado de vapor.

A) Las recientes investigaciones de P. Delmas y de L.

Sentex, han demostrado que el pulmon es, de todos los órganos de la economía, el más apto para la absorcion. Diversos experimentadores habian reconocido ántes que ellos, la facilidad y la rapidez admirables con las cuales los líquidos derramados en la traquea eran absorbidos.

Habiendo inyectado Ségalas, cierta cantidad de alcohol en los bronquios, notó la desaparicion de este líquido acompañada de síntomas de embriaguez; tambien creyó notar que, á pesar de la sensacion de los nervios vagos, estos fenómenos sobrevienen tan rápidamente como si el alcohol hubiera sido introducido en la sangre. Pero Longel ha demostrado últimamente que la intoxicacion, despues de la seccion de los pneumo-gástricos, se manifiesta mucho más rápidamente el primer dia de la operacion que el segundo y sobre todo que el tercero.

B) Es habitualmente al estado de vapor que el alcohol es absorbido por los pulmones. Produce así embriaguez, la que se desarrolla algunas veces en los sótanos en donde se trasvasa el vino, y en los talleres en que hacen uso del alcohol.

§. 4. *Mucosa digestiva.*—En el hombre, en las condiciones habituales de la vida, la principal via de absorcion del alcohol, es la mucosa digestiva.

Parece que segun las leyes de la endósmosis, establecidas por Dutrochet, esta absorcion sea difícil; porque el alcohol, no se impregna en la mucosa intestinal, y las relaciones de su calor especifican el suero sanguineo y no son favorables á su paso al traves de las paredes vasculares.

A pesar de esto esta absorcion es evidente.

.....

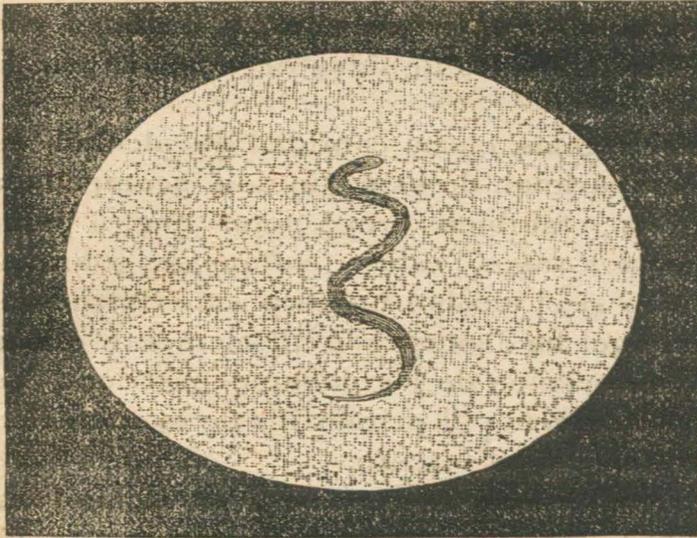
.....

A. MARVAUD.

(Continuará).

---

## HEMATURIA ENDÉMICA DE LOS PAISES INTERTROPICALES.



Filaria sanguinis.

Tomado del natural por el doctor C. Clopatofsky.

Existiendo esta enfermedad en nuestro país, creo útil insistir sobre ella y añadir algunos datos á los que dí en el número ya citado.

Hoy los autores consideran esta enfermedad como parasitaria. Es el *Distomum hematobium* el que produce la hematuria en Africa y la *Filaria sanguinis hominis*, la hematuria en la India, las Antillas, Brasil y los Estados Unidos de Colombia (Cartagena). Es de este último parasito que nos ocupamos, y á quien llamamos en nuestro trabajo citado, impropriamente *Stroergilius*, (siguiendo las ideas de Leuckart), pues pertenece á la familia de las *Filariadas* por sus caracteres.

Fué en 1870 que Lewis, en Calcuta, reconoció que la orina de los que padecian la hematuria quílosa, contenia guzani-  
llos redondos. Wucherer, los habia ya reconocido en 1868, en el Brasil. En 1872 Lewis descubrió estos mismos parasitos en la sangre, en tal cantidad, que basta picar el dedo con una aguja, para recoger hasta 12 en una gota de sangre. Segun estas obser-

En el número 62 de la serie 6<sup>a</sup> de este periódico, página 49, llamé la atención sobre esta enfermedad. El Doctor F. Manjarrez, de Cartagena, en una comunicacion que hace al Redactor de la *Revista* en el número 71 de dicho periódico, confirma lo que yo habia escrito sobre la frecuencia de esta enfermedad en Cartagena.

vaciones, la hematuria de las Indias sería producida por la filaria sanguinis de Lewis. Parece que en Egipto apesar de lo que se ha dicho, esta misma filaria puede producir la hematuria. M. Sonzino en 1874, reconoció este nematoide en el Cairo, en la la sangre de un hombre, y más tarde en Zagazig (Egipto) en la sangre de un buey.

El doctor Manson (1878), ha observado que los mosquitos que chupan la sangre de un enfermo atacado de quiluria, se introducen con ella una cantidad notable de filarias. Ha notado que estos guzanos, una vez que han llegado al estómago del insecto, se desarrollan considerablemente, forman canal alimenticio, y salen del díptero, mezclados con sus huevos. Cuando caen en el agua, si se hace uso de esta, entran al cuerpo humano. Segun Manson, el nematoide, durante su paso en el cuerpo del mosquito, está en el estado de crisálida, pasa de allí al tubo digestivo del hombre, en donde se fecunda y se reproduce. Sus embriones se introducen en seguida en la sangre. Las transformaciones de la *filaria sanguinis hominis*, observadas por Manson, no son sino consecuencias naturales del modo de ser de las filarias, éstas viven á espensas de un primer huesped que les sirve de cama, y ocupan un segundo huesped que los abriga durante su edad madura.

Algunos como el guzano de Medina son vagabundos al principio de su vida, su primera edad la pasan libremente en el agua, la segunda en el cuerpo de un crustaceo, y en su edad adulta y completa, bajo la piel del hombre. (P. J. Van Beneden).

Manson en Amoy (China), y Hall, en Persia, han observado la filaria en la sangre de individuos que gozaban aparentemente de buena salud.

Los síntomas de la hematuria endémica, son un dolor más ó ménos vivo en la region renal, sobre todo cuando hay hemorragias. El enfermo digiere y conserva las apariencias de la salud, pero muy pronto se hace apático, perezoso y cae en una anemia más ó ménos pronunciada, que puede alterar gravemente la sa

lud. La muerte sobreviene por alguna enfermedad intercurrente, una pulmonia ó una disenteria de carácter adinámico. En un caso de mi clientela terminó por una adinamia extrema, acompañada de evacuaciones del color de la leche, de una *quiburria* intestinal, si podemos llamarla así.

La orina en esta enfermedad, tiene el aspecto de la leche, y alterna ó coincide con hematurias más ó menos considerables. La orina vuelve á su estado normal, por algun tiempo, para volver á presentarse de nuevo con los caracteres indicados. Se coagula muy pronto tomando la consistencia de la gelatina. Examinada al microscópio, se ven millares de globulitos muy pequeños, que participan de un movimiento Browniano, muy notable.

Cuando la sangre se arroja en corta cantidad, se reúne en el fondo del vaso en que se deposita la orina en pequeños coagulos, es en estos en donde se debe buscar el parasito de que hemos hablado.

M. Buchardat nos dice que es una enfermedad exclusiva de los países calientes. La designa con el nombre de *pymeluria*, por la pérdida de grasa por la orina. Hablando de su naturaleza, nos dice: " Cuando la suma de los alimentos de calorificacion absorbidos y producidos en el organismo es muy considerable, y que una temperatura *ambiente* demasiado elevada se opone á su gasto; la eliminacion de estos alimentos superabundantes se efectúa por órganos moderadores. El hígado llena este principal papel secretando una cantidad considerable de bilis, destinada en estas condiciones á ser arrojada al exterior.

" Cuando es reabsorbida se encargan otros órganos de eliminarla. Los riñones sufren esta influencia. El principal alimento de calorificacion, la grasa, es arrojada con la orina; pero este trabajo anormal no se efectúa sin desórden en las funciones. La sangre es eliminada con los cuerpos grasos, sobre todo al principio de la afeccion; de aquí la hematuria endémica de los países calientes. Más tarde la sangre puede desaparecer, pero la eliminacion de la albumina subsiste siempre con la de la materia **grasa.**

“ Si se admite la etiología, cuyas bases acabo de exponer, la profilaxia y tratamiento de esta afección consistirán: 1º en equilibrar la reparación de los alimentos de calorificación, con su gasto, y 2º en aumentar este gasto por una higiene bien entendida.”

Dos opiniones se han emitido sobre la etiología de la hematoquilia. La teoría fisiológica y la parasitaria.

M. Gués no niega la presencia de los parásitos, pero sí la interpretación que se les dá.

El cree que la hamato-quiluria proviene de un exceso ó de una modificación de la grasa, como parece demostrarlo el hecho de la disminución de la grasa, y mejoría de esta enfermedad cuando el individuo le suprime ó disminuye en su alimentación.

Se ve, pues, que M. Gués está de acuerdo con la opinión de M. Bouchardat en no admitir la teoría parasitaria. ¿ No podría la filaria hominis sanguinis producir ciertas modificaciones en la sangre, que fueran el punto de partida de los desórdenes que observamos en la hematuria endémica? El calor elevado, puede ser una de las condiciones que le sean indispensables para producir sus efectos en el hombre, y para sus diferentes fases de evolución. Así se explicaría, porqué desaparece esta enfermedad á veces en los climas fríos, y también porque no se desarrolla en ellos.

ANEMIA TROPICAL—HYDROCELE—VARICOCELE—HELMINTOMAS—  
ELEFANCIA—CRAW—CRAW—LEPRA—CAQUEXIAS.

Brancroft ha recogido varios hechos que extienden singularmente el campo clínico de la filaria sanguinis. Ha encontrado en un absceso desarrollado en un quilúrico, huevos del parásito; algunos de ellos contenían ya filarias al estado embrionario. Este mismo autor atribuye á la filaria un papel importante, no solamente en la quiluria, complicada ó nó de hematuria, sino en la anemia tropical, ciertas formas de hidrocele y de varicocele.

Las hydroceles que son endémicas y comunes en Cartagena, pueden ser producidas por este parasito. Ha observado tambien tumores glandulares elásticos, ocupando la ingle y la axila llenos de filarias. Les da el nombre de Helmintomas. Creé que ciertos casos de linfagítis, de elefancia y de várices linfáticas sean debidas á la présencia de la filaria en los vasos blancos.

Siegfried nos ha descrito un caso de elefancia del escrotum, acompañado de várices linfáticas; en el líquido de éstas encontró embriones de filaria.

El campo de la filaria se ha extendido tanto, que no sabemos si realmente se ha exagerado. Lancereaux nos dice: "se le atribuye tambien la dermatosis designada en Guinea con el nombre de *craw-craw*. Cobbold, no está lejos de creer que la lepra está unida á este parasito. Fayres piensa que en ciertas caquexias, muchos accidentes reputados nerviosos, ciertas formas de disenteria, y otras lesiones que hasta hoy vagamente se han imputado á la molaria, son quizá parasitarias."

La mayor parte de las enfermedades que he mencionado existen en nuestro pais; es pues de sumo interes para nosotros el estudiar este nematoide y abrir un ancho campo á nuestras investigaciones.

NICOLAS OSORIO.

---

### PUSTULA MALICNA.

TRATAMIENTO POR LAS INYECCIONES SUBCUTANEAS DE TINTURA DE YODO. PROCEDIMIENTO DEL PROFESOR VERNEUIL.

Señor Redactor de la *Revista Médica*—Bogotá.

Las experiencias de Mr. Boinet desde 1865 relativas á la aplicacion local de la tintura de yodo en el tratamiento de las heridas simples, de las úlceras, las inflamaciones *virulentas* contagiosas, y como medio preservativo de la infeccion pútrida, purulenta &c. ofrece, en estos últimos tiempos, nuevas aplicaciones

prácticas en las afecciones carbonosas, si se atiende á las recientes comunicaciones de M. M. Davaine, Verneuil, Duplay &c. Otros autores, como Thevenot, Brechemier, confirman esta medicacion con sus numerosas observaciones.

El objeto de esta comunicacion, me obliga á hacer un ligero extracto de una importante observacion de pústula maligna tratada por las inyecciones subcutáneas de tintura de yodo en el servicio de Mr. Duplay, que registra *Les archives générales de médecine*, por el interno del servicio, Mr. Larabrie, de la cual hemos sido testigos últimamente.

Julio B. de 30 años, carnicero de la Villette, entró al hospital Lariboisiere el 12 de Diciembre de 1881. Tres dias ántes y en ejercicio de su profesion se ocupaba en despojar del cuero á un carnero, cuando sintió, repentinamente, una picada en el pliegue del codo derecho producida por una espina de cardon perdida en la lana del animal. Al principio, ligera comezon indolora; placa roja del tamaño de un franco; más tarde hinchazon en toda la extension del miembro correspondiente. En la noche, fiebre intensa; cefalalgia, agitacion é insomnio. Estado general, grave; la hinchazon se propagó á la region axilar: infarto ganglionar. El exámen del brazo, el dia de su entrada al hospital, presentaba una ligera placa gris gangrenosa, de un centímetro de diámetro, insensible; vesículas circunferenciales de una extension de 5 centímetros al rededor de la placa; síntomas subjetivos, dolor, cefalalgia, opresion considerable, &<sup>a</sup>, temperatura 39,°5. El profesor Duplay practicó sin vacilar tres inyecciones de tintura de yodo puro con la geringa de Pravaz en el tejido celular subcutáneo vecino á la placa, un poco oblicuamente, de manera que convergieran hácia el centro gangrenado. Curacion con hilas empapadas en tintura de yodo; al interior se prescribieron dos tónicos alternados con una pocion yodo-yodurada de 1 gramo de tintura de yodo, 25 centígramos de yoduro de potasio por 150 gramos de vehículo.

El 13, notable mejoría; ligero estado febril; temperatura,

37.º2. Reabsorcion de las vesículas periféricas, modificacion del color de la region, insensibilidad del tegido hasta el punto de permitir la introduccion de un alfiler; la placa gangrenosa ha aumentado; eliminacion incompleta. Curacion fenicada; la misma pocion yodo-yodurada al interior,

En los dias anteriores, los fenómenos generales se han calmado; la escara ha dejado en su lugar una herida profunda hasta la capa muscular granulosa, que tiende á la cicatrizacion; la hinchazon ha disminuido, y la coloracion del miembro es casi normal. Tres semanas más tarde, la convalecencia es completa, el trabajo de restauracion de la herida es completo.

*Refleccion del autor de la observacion.*—Dos puntos llaman la atencion en la historia de este enfermo: 1º Estado general grave que obliga á recurrir á la medicacion yodo-yodurada al interior, además de las inyecciones yodadas, y 2º Modificacion del estado general y local bajo la influencia del tratamiento, y, como último término, una herida simple que termina por cicatrizarse.

La formacion de la escara gangrenosa, continúa el autor, puede atribuirse, ó á la influencia irritante de las inyecciones yodadas, ó más bien, á la amenaza de un flemon de esta region. El tratamiento yodado merece la confianza de los cirujanos para combatir las afecciones carbonosas.

El tratamiento por las inyecciones subcutáneas de tintura de yodo no deja, como es natural, de tener opositores para que sea generalmente aceptado por la mayoría de los cirujanos. Empero, muchos de los que hasta ahora han tenido ocasion de aplicarlo, en algunos casos, han modificado más ó ménos sus procedimientos operatorios. El profesor Verneuil, uno de ellos, aconseja el siguiente :

Segun este autor hay tres zonas en la pústula maligna: 1ª Z. gangrenosa; 2ª Z. sospechosa ó de induracion; y 3ª Z. edematosa. A cada una de estas zonas corresponde un tratamiento distinto, respectivamente: 1ª destruccion ó excision de la parte

gangrenosa. En el caso que esta última sea bastante grande, se prefiere el termocuaterio para destruir completamente el tegido mortificado; 2ª practicar incisiones y cauterizaciones profundas en la zona sospechosa; y 3ª desinfectar la zona edematosa por las inyecciones hipodérmicas antisépticas con la tintura de yodo. En caso de necesidad, cuando los accidentes generales graves aparecen, debe completarse el tratamiento local por la administración, al interior, del yodo ú otro agente antiséptico.

La cauterización de la zona sospechosa, cubierta de flictenas, debe ser punteada. Los puntos cauterizados deben estar distantes los unos de los otros de 1 á 2 centímetros, y con una profundidad, más ó ménos, de 6, 7 ú 8 milímetros, de manera que formen un círculo completo. Las inyecciones, subcutáneas correspondientes á la zona edematosa deben contener 10 gotas de una solución de tintura yodo al 200°

Este nuevo tratamiento, sin dejar atrás en manera alguna el de las cauterizaciones por el bicloruro de mercurio y las pociones fenicadas al interior, segun el caso, del cual hemos reconocido tambien su eficacia en más de una ocasion, deja en nosotros una verdadera convicción clínica.

Las afecciones carbonosas, sin ser relativamente frecuentes, tampoco son raras en algunas poblaciones del país. La estadística demuestra un número significativo de casos para que á todos preocupe el descubrimiento de un nuevo método médico-quirúrgico que prevenga los accidentes de tal infección, ya que, al ménos, los cuidados de higiene pública no logren establecer la profilaxia del desarrollo de la zoonosis carbonosa en las varias especies de animales, ni la higiene privada los preceptos para evitar el contagio individual, contando, como cuenta la ciencia hoy dia con modernos y eficaces agentes que prevengan dichas afecciones como las de otras enfermedades virulentas contagiosas.

EUGENIO DE LA HOZ.

Paris, Marzo 4 de 1882.

## VASELINA.

*(Conclusion.)*

Cuando la consistencia de la vaselina sea un poco blanda, puede añadirsele una cantidad suficiente de cera para darle la consistencia que necesita para ciertas preparaciones farmacéuticas. Cerca del 3 por 100 de vaselina agregada á las pastas de malvisco, liquen, &<sup>a</sup>, las mantiene blandas y frescas, aumentando al mismo tiempo sus cualidades dulcificantes.

La vaselina se aplica al interior, en las afecciones de la laringe; difteria, crup, tos ferina, catarro, romadizo y asma; en las enfermedades de los bronquios, se emplea para combatir la stip-quez y la disenteria. Al exterior se usa en los abscesos, carbunclos, eczemas, contusiones, quemaduras, hemorroides, &<sup>a</sup>.

“La vaselina detiene la caída de los cabellos. En efecto, frotando la raíz de éstos con un cepillo untado de ella, dos veces por semana, mantiene el cuero cabelludo limpio, suave y con vigor, de tal modo que la nutrición del cabello se hace muy bien; hechos numerosos prueban esta asercion.” (E. Fougere).

En el comercio se encuentran tres especies de vaselina. La blanca, la morena y la roja, todas tienen las mismas propiedades. La primera se emplea de preferencia para darla al interior. Para ceratos, coldcream, pomadas oftálmicas. La segunda puede sustituir á la primera. La tercera se emplea en la veterinaria. Los cueros y el calzado untados con ella se suavisan y se hacen impermeables. Se quitan las manchas de grasa en los muebles de madera, frotándolos con un trapo empapado con esta sustancia.

*Preparacion.*—La breá semi-líquida sacada del aparato destilatorio se pone en las calderas y se calienta hasta que pierda su olor. Cuando se enfria se le pone en conos que contengan negro animal en polvo y colocados en una estufa calentada á 50°. Los diferentes productos blanco, moreno y rojo, se separan á medida que corren de los conos. La vaselina pura es inofensiva.

## REVISTA DE LOS DIARIOS EXTRANJEROS.

## DE LAS PROPORCIONES DE ÁCIDO CARBÓNICO EN LAS ALTAS REGIONES DE LA ATMÓSFERA.

Los procedimientos empleados para dosar el ácido carbónico están muy perfeccionados en la actualidad y no se pone en duda la exactitud de los resultados que ellos suministran; pero se discute su significación y acerca de este punto hay entre los sabios profundas divergencias.

Los unos piensan, en efecto, que por consecuencia de causas muy variables de desprendimiento y de absorción, la proporción de ácido carbónico cambia constantemente entre límites bien notables. Los otros admiten que esta proporción es constante á causa de la suma rapidez de difusión de los gases y de los braceajes enérgicos de que es teatro el océano. Entre estos últimos se cuentan los señores A. Muntz y E. Aubin, quienes acababan de traer nuevos elementos á la discusión.

Estos químicos han descrito anteriormente un método para dosar el ácido carbónico, muy cómodo y muy preciso á la vez, por medio del cual han estudiado la composición del aire en París y en los campos. Han confirmado así los resultados del señor Reiset, según el cual las variaciones de ácido carbónico no se producen sino en límites muy aproximados y bajo influencias locales, "así es que se puede decir de una manera general que el ácido carbónico está uniformemente esparcido en las capas inferiores de la atmósfera."

Posteriormente á estas investigaciones, diversos autores han anunciado que la proporción de ácido carbónico siendo supuesta sensiblemente constante sobre los diversos puntos de la superficie del globo, considerada á una misma altura, al nivel del mar, por ejemplo, era sin duda notablemente modificada por la altura. Según diferentes análisis el aire de las altas regiones sería ménos rico en ácido carbónico que la atmósfera de las regiones bajas.

Como se ve, de esto resultaba una duda sobre la difusión rápida de los gases y sobre el braceaje enérgico del aire. Al

mismo tiempo se veían aparecer consecuencias importantes sobre las corrientes atmosféricas que se hubiesen podido clasificar según su riqueza en ácido carbónico. Era pues muy importante someter la cuestión á un exámen riguroso, que es lo que han hecho recientemente los señores Muntz y Aubin en el observatorio del pico del Mediodía, es decir, para 2,877 metros de altura. Los análisis ejecutados han sido en número de catorce; ellos conciernen á porciones de aire recogidas en diversas horas de un mismo día y durante seis días diferentes del mes de Agosto de 1881. La cantidad de ácido carbónico en 10,000 volúmenes de aire, ha oscilado entre 301 y 269. La media es igual á 286, número muy vecino del que habían suministrado los análisis verificados en la llanura de Vincennes. Esta cifra se aproxima mucho también al resultado que M.<sup>g</sup> Gaston Tissandier obtuvo por el estudio de las capas atmosféricas alcanzadas por las ascensiones aerostáticas.

Al presentar á la Academia de ciencias el trabajo que acabamos de resumir, el señor Hervé Mangon añadía:

“Los resultados obtenidos por los señores Muntz y Aubin, en condiciones muy variadas, no difieren sensiblemente de las del hábil químico de Ecorchebœuf, el señor Reiset. Está, pues, fuera de duda hoy, que la proporción del ácido carbónico del aire no experimenta sino muy leves variaciones. Las personas que han afirmado resultados diferentes, han cometido, ciertamente, errores de observación fáciles de explicar, por otra parte, por la imperfección de sus procedimientos de análisis.”

(Del *Diario de Higiene* - 9 de Febrero de 1882).

### TRATAMIENTO DEL MAREO.

(CARTA DEL DOCTOR C. VALASA AL DOCTOR GUBLER).

Querido maestro.

Me embarqué acompañado de mi esposa el 1.<sup>o</sup> de Febrero en curso (1878). El mar estaba muy agitado y la góndola, por construcción, se balanceaba frecuentemente. Diez días de

viaje con alternativas de calma y mar agitado, me han permitido hacer las experiencias que son el objeto de esta comunicacion.

Al momento en que salió la embarcacion del puerto fuí casi derribado por el movimiento de las olas y experimenté esa opresion al epigastro, esas perturbaciones de la vista tan conocidas de todos los que se han embarcado.

Me ví precisado á volver á mi camarote en donde encontré á mi esposa con la cara descompuesta y demostrando el más grande malestar que jamás habia sentido.

Me sentí forzado á acostarme y ántes de buscar en el sueño un medio de mitigar los sufrimientos del mareo, me hice á toda prisa mi inyeccion acostumbrada. Bien pronto toda esta reunion de síntomas penosos desapareció con una rapidez admirable y me dormí durante algunas horas sin que fueran bastante á despertarme los lamentos y los vómitos de mi esposa que estaba á mi lado. Desesperada y sintiéndose morir me despertó y lo primero que observé en ella fué una palidez general; el pulso pequeño y sincopal; la dilatacion pupilar como la midriasis producida por la atropina; todos los síntomas, en fin, de una isquemia cerebral con aflujo á los grandes centros de la circulacion. Ella pedia un remedio para tantos sufrimientos, y confieso que si algunas horas ántes no hubiera observado sobre mí mismo los resultados tan felices de una inyeccion de morfina, no hubiera pensado en hacerla, áun cuando todo lo indicaba en esta enfermedad cuya causa, á mi modo de ver, es una excitacion del sistema nervioso de la vida orgánica (del neumogástrico sobre todo) seguida de la alteracion circulatoria que esta exaltacion produce.

La accion de la morfina estaba doblemente indicada aquí como medio de producir la seduccion nerviosa al mismo tiempo que la congestion cerebral, la dilatacion ó más bien el relajamiento de los capilares con aumento de la actividad circulatoria.

Hice una inyeccion con 7 miligramos de clorhidrato de morfina que fué seguida al cabo de trece minutos de remision casi completa de todos los síntomas, los cuales habian sido tan

graves, que el Capitan me aseguró no haber visto jamás pasajero más enfermo; síntomas que me habian alarmado porque se han citado algunos casos de muerte á causa de un mareo prolongado. Los labios volvieron á tomar su color normal; la pupila sin estar contraída habia recobrado sus dimensiones ordinarias; el pulso se hizo lleno y fuerte, frecuente ántes de la narcosis, más lento durante el sueño morfinico.

Hácia la tarde de este terrible dia, luégo que la accion del medicamento habia cesado, el mareo principió de nuevo, pero fué combatido inmediatamente por una segunda inyeccion y más tarde por una tercera, conteniendo cinco miligramos cada una.

En cuanto á mí, al sentirme incomodado me administraba dos centígramos por inyeccion.

Hemos repetido nuestrás inyecciones cada vez que durante la travesía empezaban los síntomas del mareo y siempre con el mismo buen resultado.

(Del *Diario de Higiene*).

## LESIONES PRODUCIDAS POR EL ALCOHOLISMO EN EL HIGADO.

LECCION CLÍNICA DICTADA EL 3 DE SETIEMBRE DE 1881 POR EL PROFESOR DOCTOR NICOLAS OSORIO EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS, Y EXTRACTADA POR EL ALUMNO MANUEL CÓTES, PRACTICANTE INTERNO DEL SERVICIO.

En mi leccion pasada hablé á ustedes de las alteraciones que produce el alcoholismo en el tubo digestivo.

Les llamé la atencion especialmente sobre ciertas peritonitis que se desarrollan en el curso de esa enfermedad, las cuales ha mencionado M. Lancereaux en sus trabajos sobre las lesiones que produce el alcohol.

El alcoholismo ocasiona en el hígado dos modificaciones principales: la *esteatosis* y la *cirrosis*.

Muchas son las causas que pueden producir la degeneracion grasosa del hígado: la principal de ellas es el uso de las bebidas alcohólicas, y entre éstas, las que son poco espirituosas, como la *chicha* y la *cerveza* son las que la determinan más fácilmente.

Las lesiones anatómo-patológicas del hígado graso son : degeneracion de la glándula, ésta toma un color amarillo ó leonado, su superficie no es siempre lisa, algunas veces es granulosa ó bocelada, lo que proviene de la prominencia de los lóbulos infiltrados de grasa encima del tejido que los rodea : la consistencia es pastosa, el hígado crece, ya ganando en espesor ó bien siguiendo el diámetro antero-posterior del órgano. Como frecuentemente el lóbulo izquierdo participa más que el derecho de este aumento, y como el borde libre es más espeso, resulta que el hígado toma una forma prismática rectangular, asemejándose un poco á la forma cúbica, forma característica en muchos casos para diferenciar la infiltracion grasosa del hígado de los alcoholizados de la que se observa en la tísis pulmonar, en el cáncer y en la fiebre intermitente, en los cuales la glándula hepática voluminosa conserva siempre su forma fisiológica.

Cuando la degeneracion es considerable, la células hepáticas, sitio de la alteracion, se llenan de materias grasas, pierden sus contornos angulosos, se redondean y vienen á ser refringentes. En este caso la consistencia del hígado es blanda, se deja desgarrar fácilmente, engrasa el escalpelo con que se corte y el papel con que se frote ; si se toma un pedacito y se pone en el fuego arde fácilmente. La sustancia finamente granulosa que existe en el estado fisiológico y el pigmento, faltan generalmente aquí. El núcleo se encuentra cubierto por la masa grasosa que aparece bajo la forma de gotillas más ó ménos voluminosas, de donde resulta que en la mayor parte de los casos no se puede distinguir ni éste, ni la forma de la célula.

La acumulacion de grasa que extiende las células y aumenta el volúmen de los *acini*, acaba por comprimir los capilares, y así se explica el enflaquecimiento, y el estado exangüe del parenquima hepático.

Estas lesiones del hígado coinciden con otras de las demás vísceras propias del alcoholismo.

Los síntomas que pertenecen á esta alteracion son : el au-

mento considerable del hígado, y con especialidad del lóbulo izquierdo; los enfermos experimentan una sensación de peso en el hipocondrio derecho, dolor epigástrico, no hay derrame en el vientre ni edema en las extremidades, hay desarrollo de gases y meteorismo, evacuaciones color de adobe ligeramente sanguinolentas; la piel se observa brillante y untuosa.

No es mi ánimo hablarles de esta enfermedad, sobre la cual dí en otro tiempo una lección; sino simplemente mencionarla y llamarles la atención sobre ella.

En la cama número 32 del departamento de hombres, se presentó un enfermo llamado Salvador Romero, de 23 años de edad, soltero, de temperamento bilioso, profesion sirviente. En los antecedentes de ese enfermo, se encontraba que habia sufrido algunos ataques de ictericia. Los síntomas que presentaba Romero eran los siguientes: el hígado muy voluminoso, acompañado de un edema generalizado; ruidos de soplo sistólico se notaban en la punta del corazón. Auscultando los pulmones se apercibían algunos estertores subcrepitantes provenientes tal vez, de falsas membranas formadas en la pleura.

Por los antecedentes de nuestro enfermo así como por los diversos síntomas encontrados, se hacia muy difícil el diagnóstico; sin embargo, desde que lo ví me incliné á considerar esa enfermedad como cirrosis hipertrófica del hígado.

Cuando el alcoholismo altera el tejido celular del hígado, lo hace de dos maneras: en un caso el tejido celular interlobular se hipertrofia, y comprime las células hepáticas; el tejido vascular se trasforma en tejido fibroso, éste se contrae y produce la atrofia del hígado y como consecuencia el obstáculo de la circulación venosa. Desarreglos en la nutrición, edemas y por último la caquexia. Estos son los síntomas que caracterizan la *cirrosis atrófica*.

Otras veces no es el tejido celular interlobular el que se hipertrofia, es el tejido celular que está en contacto con los canalículos biliares, que se desarrolla en diferentes puntos; forma

zonas más ó ménos irregulares dejando puntos intactos, pero va invadiendo poco á poco el hígado; comprime las últimas ramificaciones biliares, forma un tejido nuclear que produce tejido celular que viene á reemplazar las células, y que continuando formándose, produce el aumento excesivo del hígado. Las últimas ramificaciones de los canalículos se encuentran obstruidas, llenas de células y de pigmento biliar; los canales grandes y medios no están obstruidos.

Algunos autores, y entre ellos M. Hanot, creen en una inflamación de los canalículos, en una verdadera *angiocolitis*, y que ésta es el punto de partida de la cirrosis hipertrófica.

La glándula hepática toma una consistencia dura y pastosa, pero al cortarla no hace crujir el escalpelo.

En algunas partes en donde la lesión no está muy avanzada, se ven zonas fibrosas que siguen el trayecto de los canalículos biliares; éstos, llenos de materia pigmentaria, dan al hígado un aspecto jaspeado.

Con estas alteraciones hepáticas coinciden otras del corazón, como la hipertrofia considerable, y en algunos casos insuficiencia tricúspide.

En el riñón se encuentran lesiones que pertenecen al alcoholismo; pero es en el vaso, sobre todo, en donde se observa una hipertrofia considerable que acompaña siempre á la cirrosis hipertrófica.

En el peritoneo existen adherencias y falsas membranas lo mismo que en la pleura.

Hé aquí en resúmen las lesiones anatomo-patológicas que caracterizan la cirrosis-hipertrófica y que muy bien pudiera llamar cirrosis de Hanot, por haberla descrito especialmente este autor en un excelente trabajo. (Tesis de Paris, 1876.)

Los síntomas funcionales son poco manifiestos en el principio de la enfermedad: Cansancio, debilidad extrema, poca actividad para el trabajo, palpitaciones por el menor movimiento, síntomas dispépticos, mala digestión, desarrollo excesivo de ga-

ses, estitiquez: son las más de las veces los prodromos de esta afeccion.

Más tarde se experimentan dolores en el hipocondrio derecho, ya espontáneos, ya provocados por la presion; gastralgias, algunas veces ataques de *icteria* bien manifiestos, pero que desaparecen completamente. Despues de algunos de éstos ataques queda un tinte subictérico que poco á poco toma un color apizarrado. En ocasiones se observa una *acnea rosácea* en la cara, semejante á la de los alcoholizados. Las funciones digestivas se alteran: hay diarrea, vómitos, hematemésis, algunas veces epistásis y en rarísimos casos hemoptísis. El paciente se enflaquece de una manera notable; los músculos se atrofian, y cuando el riñon está interesado, aparece la anasarca. Cuando la escitis se presenta, aparece en los últimos dias de la enfermedad. Al examinar el volúmen del hígado y el del vaso, se ve que le dan al vientre una forma especial dejando una escavacion en la porcion infraumbilical. Al auscultar el torax se nota un ruido de soplo sistólico en la punta del corazon.

Esta enfermedad termina por una caquexia bien manifiesta que puede llegar á un grado extremo, si no viene una peritonitis ó una pleuresía á terminar la escena.

La enfermedad en cuestion, podría confundirse con un cáncer del hígado, pero en éste no hay hipertrofia del vaso. Con una leucocitemia ó una glicosuria, pero en aquella el análisis de la sangre y en ésta el de la orina, aclararian el diagnóstico. Podría confundirse tambien con el paludismo; pero los antecedentes palustres, por una parte, y la falta de accesos de icteria por otra, servirian para diferenciar la cirrósisis del paludismo.

La enfermedad de que hablo se atribuye al uso de las bebidas alcohólicas, y se ha observado que es el vino tinto en altísima dosis, el que parece producir especialmente esta cirrósisis hipertrófica, miéntras que las bebidas muy alcoholizadas producen la cirrósisis atrófica.

¿ En virtud de qué mecanismo se producen estas dos enfer-

medades cuyo punto de contacto reside en una misma etiología? Esto está aún muy oscuro y presenta muchos problemas por resolver.

Cuando uno se halla al frente de un enfermo que tenga antecedentes de alcoholismo, el hígado y el *vaso* muy voluminosos y que haya padecido ataques de ictericia bien manifiestos, con mucha probabilidad puede afirmar que está en presencia de la cirrosis hipertrófica.

Recuerden ustedes á nuestro enfermo Salvador Romero, de que he hecho mencion, y verán que hay mucha razon para haber diagnosticado en él la cirrosis hipertrófica.

Se han aconsejado le hidroterapia y los tónicos para combatir esta enfermedad; pero debo confesar á ustedes que muy poco puede conseguir el médico contra esta terrible afeccion.

MANUEL CÓTES.

### INDICE.

	Pág.
Acta de la sesion del 4 de Abril de 1882.....	529
HOSPITALES DE LYON—CIRUGÍA: Restauracion del labio inferior—Osteoclasia—Tratamiento de las várices por el licor yodotánico—MEDICINA: Tratamiento local de la angina diftérica—El Benzoato de soda—El sulfato de Atropina en la Sialorrea—El opio en la lipemanía, por el Dr. Carlos Putnam.	532
Osteoclasia, por el Doctor Carlos Putnam.....	533
Tratamiento de las várices por el licor yodo-tánico, por el Doctor Carlos Putnam.....	542
Angina diftérica, por id.....	542
El benzoato de soda, id.....	545
El sulfato neutro de atropina en la sialorrea, id.....	546
El opio en la lipemanía, id.....	547
El alcohol: su accion fisiológica, su utilidad y sus aplicaciones en higiene y en terapéutica, por el Doctor A. Marvaud—(Continuacion).....	547
Hematuria endémica de los paises intertropicales, por el Doctor Nicolas Osorio.....	552
Pústula malgina—Tratamiento por las inyecciones subcutáneas de tintura de yodo—Procedimiento del Profesor Verneuil, por Eugenio de la Hoz.....	556
Vaselina .....	560
De las proporciones del ácido carbónico en las altas regiones de la atmósfera.....	561
Tratamiento del mareo.....	563
Lesiones producidas por el alcoholismo en el hígado, leccion dictada por el señor Profesor Nicolas Osorio y recogida por el alumno Manuel Cótes.....	565

INDICE alfabético de las materias contenidas en la Série VI,  
Números 61 á 72 de este periódico.

## A.

	Páginas
Absorcion continua del plomo en los alimentos y bebidas.....	516
Acido carbónico.—Sus proporciones en las altas regiones de la atmósfera.....	561
Acido fénico. Fórmulas para emplearlo, por el señor Doctor Bernardino Medina.....	154
Acido salicylico. Fórmulas para emplearlo, por el señor Doctor B. Medina.....	155
Actas de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales. 2, 49, 100, 145, 193, 241, 289, 337, 385,	529
Aguas minerales de Tocaíma, por el señor Doctor Gabriel J. Castañeda .....	223
Alargamiento de los nervios para curar la anestésis leprosa.....	281
Alcohol (El). Su accion fisiológica, su utilidad y sus aplicaciones en Higiene y en Terapéutica, por el señor Doctor A. Marvaud.....	542 507, 509, 547
Anestésis leprosa curada por el alargamiento de los nervios.....	281
Angina diftérica, por el señor Doctor Cárlos Putnam.....	542
Artículos adicionales y reformatorios del Reglamento de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales.....	482
Ataxia locomotriz de origen sifilítico, por el señor Doctor Eugenio de la Hoz.....	281

## B.

Benzoato de soda, por el señor Doctor C. Putnam.....	545
Bocio exoftálmico.—Tratamiento por la duboisina.—Acumulacion de dosis de este medicamento.—Efectos terapéuticos y fisiológicos.—Semejanza con los de la hiosciamina.—Tratamiento por la electricidad.—Extirpacion del bocio, por el señor Doctor Nicolas Osorio.....	186
Bromidrato de quinina aplicado en inyecciones etéreas, por M. Mac-Auliffe.....	140

## C.

Calenturas del Tolima, por el señor Doctor Félix Moreno.....	305
Carate.—Tesis sostenida por el señor Doctor Josué Gómez en la	

Facultad de Medicina de Paris.—Extracto hecho por el señor Doctor Gabriel J. Castañeda.....	226, 378, 424,	519
Carica—Papaya (Fermento digestivo del).....		142
Caso de oclusion intestinal tratado con éxito por la estriquina y la nuez-vómica, por el señor Doctor Márcos M. Lora.....		418
Caso de miasis (Un) por el señor Doctor Andres Posada Arango		309
Caucho (El) por el señor Doctor Andres Posada Arango.....		371
Cedrina y Valdivina. Sus propiedades fisiológicas y terapéuticas		422
Coca (La) por el señor Doctor Wenceslao Sandino Groot.....		246
Cólera. Tratamiento del período agudo.....		474
Cólera de las gallinas, por el señor Profesor Cárlos Michelsen U.		177
Congestion uterina y metrorragia de origen neurálgico, por el señor Doctor P. Flórez Arteaga.....	318, 414,	461
Contribucion al estudio de la parálisis agitante, por el señor Doctor Cárlos Putnam.....		485
Cuarentenas, por el señor Doctor Manuel Plata Azuero.....		342

## D.

Discurso reglamentario pronunciado en la sesion solemne de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturles en 1880 por el señor Profesor Francisco Montoya.....		66
Discursos pronunciados en la sesion solemne de la Sociedad, en Julio de 1880, por los señores Doctores Liborio Zerda y José M. Buendía.....		97
Discursos pronunciados en la recepcion del Presidente de la Sociedad en Julio de 1881, por los señores Doctores José M. Buendía y Proto Gómez.....		297
Duboisina empleada para curar el bocio exoftálmico, por M. E. Desnos.....		133

## E.

Ectyma en los virolentos.....		515
Elefancia de los griegos, por el señor Doctor Nicolas Osorio...		287
Embarazo, parto y sus consecuencias.—Ensayo de sustancias antisépticas.....		471
Empleo de inyecciones hipodérmicas por el señor Doctor Armaingaud.....		141
Enfermedades del ganado lanar.—Comunicacion hecha á la So-		

ciudad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá, en el mes de Noviembre de 1880, por el señor Doctor Nicolas Osorio.....	170
<b>Enfermedades de los faisanes.....</b>	<b>432</b>
<b>Epidemias de ictericia y colerina en Bogotá y pueblos vecinos.</b>	
Fiebres epidémicas de la hoya del Magdalena.—Naturaleza de estas fiebres, por los señores Doctores Nicolas Osorio y Proto Gómez.....	29, 82, 114, 203
<b>Epidemias de fiebres en Neiva, por el señor Doctor Aparicio Perea.....</b>	<b>302</b>
<b>Epidemia de ectyma en los virolentos de la sala de San Antonio</b>	<b>515</b>
<b>Epitelioma benigno.—Tratamiento.....</b>	<b>334</b>
<b>Escarificaciones lineares en el lupus por el señor Doctor E. de la Hoz</b>	<b>439</b>
<b>Esofagítis, por el señor Doctor Elberto de J. Roca.....</b>	<b>349</b>
<b>Estrechez del recto, por el señor Doctor Eugenio de la Hoz.....</b>	<b>439</b>
<b>Estudio comparativo de las manifestaciones cutáneas en la sífilis, la escrófula y el darto, por el señor Doctor Eugenio de la Hoz.....</b>	<b>373</b>
<b>Eter y opio para la curacion de la viruela.....</b>	<b>333</b>
<b>Eulophia graciles aplicada contra la hematuria intertropical, por el señor Doctor F. Manjarres.....</b>	<b>513</b>
<b>Extraccion de los líquidos nocivos en el estómago por medio de la bomba gástrica, por el señor Doctor M. Sée.....</b>	<b>91 129</b>
<b>F.</b>	
<b>Faisanes.—(Enfermedades de los).....</b>	<b>432</b>
<b>Fermento digestivo del “ Carica Papaya ”.....</b>	<b>142</b>
<b>Fiebres epidémicas de la hoya del Magdalena, por los señores Doctores Nicolas Osorio y Proto Gómez.....</b>	<b>29, 82, 114, 203</b>
<b>Fiebres en Neiva, por el señor doctor Aparicio Perea.....</b>	<b>302</b>
<b>Fórmulas para emplear el ácido fénico, por el señor Doctor Bernardino Medina.....</b>	<b>154</b>
<b>Fórmulas para emplear el ácido salicílico, por el señor Doctor Bernardino Medina.....</b>	<b>155</b>
<b>G.</b>	
<b>Gallinas (Cólera de las) por el señor Profesor Cárlos Michelsen U.</b>	<b>177</b>
<b>Ganado lanar.—Sus enfermedades, por el señor Doctor Nicolas Osorio.....</b>	<b>170</b>

## H.

Hermatocele vaginal simple, tratada por la inyeccion yodada, por el señor Doctor J. T. Enao.....	354
Hematuria endémica de los países intertropicales, por el señor Doctor Nicolas Osorio.....	552
Hematuria intertropical tratada por la <i>Eulophia graciles</i> , por el señor Doctor F. Manjarres.....	513
Hidrocele vaginal simple y su tratamiento por el método de Defer	335
Hígado (Lesiones producidas por el alcoholismo en el), por el señor Doctor N. Osorio.....	565
Higiene de los obreros empleados en el aseo de los pantanos.....	518
Historia de un caso de invaginacion intestinal en la primera infancia, por el señor Doctor Jesus Olaya L.....	103
Homotropina.....	187
Hospitales de Lion—CIRUGÍA: Restauracion del labio inferior. Osteoclasia.—Tratamiento de las várices por el licor yodotánico.—MEDICINA. Tratamiento local de la angina diftérica. El benzoato de soda.—El sulfato de atropina en la sialorrea. El opio en la lipemanía, por el señor Doctor Cárlos Putnam	532

## I.

Informe sobre viruela presentado á la Sociedad por el señor Doctor Nicolas Osorio.....	147
Informes del Secretario de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales.....	59, 291
Inmigracion á los llanos de Casanare y San Martin, por el señor Doctor José Francisco Bayon.....	252
Intervencion quirúrgica en la oclusion intestinal.....	43
Introduccion á la serie VI de la Revista.....	1
Invaginacion intestinal en la primera infancia, por el señor Doctor Jesus Olaya L.....	103
Investigaciones anatómicas y fisiológicas aplicables al tratamiento de los quistes del hígado por la puncion capilar y las abluciones antisépticas, por el señor Doctor Camilo Gros.....	238
Inyeccion yodada.—Tratamiento del hematocele vaginal simple, por el señor Doctor J. T. Enao.....	354
Inyecciones etéreas de bromidrato de quinina, por el señor Doctor Mac Auliffe.....	140

Inyecciones subcutáneas de peptona mercurio-amoníaco en el tratamiento de la sífilis—Fórmula de M. Delpeche—Tratamiento mercurial de M. M. Fournier y Martineau—Viruela. Tratamiento etéreo—opiáceo de M. Du Castel—Estrechez del recto—Procedimiento del profesor Trélat—Escarificaciones lineares en el lúpus, por el señor Doctor E. de la Hoz.....	439
Inyecciones subcutáneas de peptona—mercúrica y amoníaco.....	284
Inyecciones hipodérmicas, por el señor Doctor Armaingaud.....	141

## J.

Jaborandi, jaguarandi.....	524
Jaguaré, por el señor doctor Nicolas Osorio.....	523

## L.

Lepra, por el señor doctor J. Hayen.....	458
Lesiones producidas por el alcoholismo en el hígado, por el señor Doctor Nicolas Osorio.....	565
Lipemanía, por el señor doctor C. Putnam.....	545
Líquidos nocivos en el estómago, por el señor doctor M. Séé.....	91 129

## M.

Mareo (tratamiento del).....	563
Medicina en Antioquia (La), por el señor doctor Manuel Uribe Angel ...	6, 71, 110, 158
Miasis (Un caso de), por el señor doctor Andres Posada Arango..	309
Microbo de la saliva (Del).....	423
Miembros de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales desde su fundacion hasta el presente.....	481

## N.

Neuralgias tratadas por el salicilato de soda.....	287
Nuevo remedio contra el prurito, por el señor Doctor Duncan Barkley.....	141

## O.

Observacion de un caso de puncion exploratriz en un bocio y sus consecuencias, por el señor doctor Josué Gómez.....	497
Oclusion intestinal tratada con éxito por la estriquina y la nuez-vómica, por el señor Doctor Márcos M. Lora.....	418

Opio en la lipemanía, por el señor Doctor C. Putnam.....	545
Osteoclasia, por el señor Doctor C. Putnam.....	

## P.

Parálisis agitante, por el señor Doctor Cárlos Putnam.....	485
Parálisis traumática y persistente de la pierna izquierda, como consecuencia de un parto laborioso y difícil, por el señor Doctor Rafael Fernández M.....	393
Perejil (El) como antilechoso, por M. S. Martin.....	280
Periostitis flegmonosa difusa.—Leccion clínica dictada por el señor Doctor Nicolas Osorio en el Hospital de Caridad, y recogida por el alumno Lisandro Saavedra.....	448
Perlilla (La), por el señor Doctor Wenceslao Sandino Groot.....	368
Pectona mercúrica y amoníaco. (Inyecciones subcutáneas de).....	284
Plomo. Su absorcion en los alimentos y bebidas.....	516
Propiedades fisiológicas y terapéuticas de la cedrina y de la valdivina.....	422
Proporciones del ácido carbónico en las altas regiones de la atmósfera.....	561
Prurito. (Un nuevo remedio contra el), por M. Duncan Barkley.	141
Puncion exploratriz del bocio, por el señor Doctor Josué Gómez..	497
Pústula maligna.—Tratamiento por las inyecciones subcutáneas de tintura de yodo, por el señor Doctor Eugenio de la Hoz..	556

## Q.

Quistes del hígado, por el señor Doctor Camilo Gros.....	238
--	-----

## R.

Reglamento de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá, fundada el dia 3 de Enero de 1873.....	433
Reglamento. (Artículos adicionales y reformatorios).....	482
Restauracion del labio inferior, por el señor Doctor C. Putnam...	532

## S.

Sarpoleta. Informe que sobre esta planta presenta el señor Doctor Gabriel J. Castañeda á la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales .....	271
Sífilis. Estudio comparativo de sus manifestaciones cutáneas, por el señor Doctor Eugenio de la Hoz.....	373

Sulfato de atropina, por el señor Doctor C. Putnam.....	546
Sialorrea, por id.....	546

## T.

Tesis para el doctorado en medicina, presentada y sostenida en la Facultad de Medicina de Paris, por el señor doctor P. Flórez Arteaga.....	317
Tintura de yodo para la pústula maligna, por el señor doctor Eugenio de la Hoz.....	556
Trasplatacion ósea.....	236
Trasplatacion ósea, por el señor doctor Cárlos E. Putnam.....	326
Tratamiento de la viruela por medio del éter y del opio.....	333
Id. del epitelioma benigno de la cara por el clorato de potasa.....	334
Id. del período agudo del cólera asiático y de sus resultados en la epidemia de Damasco en 1875 y en la de la India francesa en 1876 y 1877, por el señor doctor D. Depprez .....	474
Tratamiento del bocio exoftálmico por medio de inyecciones subcutáneas de duboisina, por Mr. E. Desnós.....	133
Tratamiento de las neuralgias por el salcylato de soda.....	285
Tratamiento del mareo.....	563

## V.

Várices—Tratamiento por el licor yodotánico, por el señor Doctor C. Putnam.....	542
Vaselina.....	526 560
Viruela en Facatativá—Notas y observaciones tomadas durante la epidemia, por el señor doctor Proto Gómez. 210, 312, 161, 403	