

REVISTA MEDICA.

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES

Redactor — **NICOLAS OSORIO.**

SERIE XI. { Bogotá, Septiembre 20 de 1887 } NÚMERO 118.

SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES DE BOGOTA.

ACTA

DE LA SESIÓN QUE TUVO LUGAR EL SÁBADO 13 DE AGOSTO DE 1887.

(Presidencia del doctor Aureliano Posada).

En la ciudad de Bogotá, á las cinco y media de la tarde del sábado trece de Agosto de 1887 y con asistencia de los señores doctores Castañeda, Ibáñez, Michelsen, Posada y Sandino Groot, se abrió la sesión.

Excusáronse de concurrir á ella los señores doctores Aparicio, Barreto, Coronado, Durán Borda, Fonnegra, Uribe R., Roca, Osorio y Tamayo.

Dióse lectura al acta de la sesión anterior y fué aprobada sin observación.

El señor Presidente dió cuenta á la Corporación de que había designado al señor doctor Castañeda para que estudie, é informe á la Sociedad, sobre la importancia que tengan 19 preparaciones microscópicas, colección de microbios pertenecientes á diversas enfermedades, preparadas por el señor doctor Emilio Alvarez en París, con el fin de que pertenecieran á esta Sociedad, y enviadas á ella por el señor doctor Manuel Uribe Angel, de Medellín.

Leyóse la siguiente nota del señor Ministro de Fomento :
 “ *República de Colombia.—Poder Ejecutivo.—Ministerio de Fomento.*
—Número 8,915.—Sección. 1^a—Ramo de Negocios generales.—
Bogotá, 27 de Julio de 1887. ”

Señor Presidente de la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales:

El señor Alcalde de Bogotá, en nota de fecha de hoy, número 724, dice á este Ministerio lo que copio :

‘ Habiéndose presentado en la ciudad varios casos de angina diptérica, que han llevado el luto y alarma á varias familias, la Alcaldía desea vivamente que S. S. se sirva excitar á la Sociedad de Medicina y la Junta Central de Higiene, con el objeto de que estudien atentamente el carácter de la enfermedad expresada é indiquen el plan profiláctico que deba seguirse para que en lo posible se atenúen los males que está causando dicha epidemia.

‘ Así mismo desea saber qué medidas deben ser adoptadas por la policía para ayudar á la ciencia en los humanitarios propósitos de salvar de la muerte (ocasionada por esta terrible enfermedad), varias personas de las que sean atacadas.

‘ Aguardo una pronta respuesta de S. S., y le anticipo las más expresivas gracias por el grande interés que, no dudo, tomará en el asunto importante de que me ocupó.’

La que tengo el honor de trascribir á usted para su conocimiento, y á fin de que se sirva la Sociedad que dignamente preside usted, estudiar los motivos del desarrollo de aquella enfermedad, y se digne proponer un plan profiláctico y curativo de ella.

Dios guarde á usted.

J. CASAS ROJAS.”

El señor Presidente dió la comisión de estudiar este asunto al señor doctor Coronado.

El infrascrito Secretario dió lectura á la siguiente :

“ Señor Presidente de la Sociedad de Medicina.—Presente.

Señor Presidente :

Tengo el honor de dirigirme á usted, y por su conducto á la honorable Sociedad de Medicina que usted preside para hacerles la manifestación siguiente :

Desde el mes de Febrero del año próximo pasado en que dí principio á la aplicación de cocaína para extracciones de muelas y dientes he obtenido constantemente los más felices resultados, sin haber tenido hasta ahora que lamentar ni el más pequeño accidente producido por ella, pudiendo asegurar que pasan de seiscientas las personas en quienes la he aplicado.

Después de haber hecho un estudio detenido sobre las propiedades anestésica de este alcaloide, resolví ponerlo en uso en mi Oficina Dental, pero no me resolví á hacerlo sin consultar antes á algunos distinguidos profesores de Medicina de esta ciudad, y según el concepto que ellos me emitieron, y siguiendo sus fórmulas, principié á usarla.—Más tarde me dirigí á París también á un profesor distinguido y él me envió fórmulas especiales para su aplicación.

La fórmula que empleo es la siguiente :

Clorhidrato de cocaína	-----	1 gramo.
Agua destilada	-----	20 id.

De esta solución hago uso, unas veces en fricciones, otras en inyecciones hipodérmicas, sin emplear nunca, ni aun en personas de constitución fuerte, más de veinte gotas en toda la operación.

Mas, como algunos periódicos de esta capital han asegurado que la cocaína produce funestas consecuencias á los que de ella abusan, y esto ha producido en el público una opinión muy desfavorable, no sólo contra el abuso, sino contra el uso racional y científico de esta preciosa sustancia, me dirijo á esa respetable

Corporación, que es entre nosotros la que representa el cuerpo médico más respetable del país, para suplicarle que, si lo tiene á bien, se sirva expresar su opinión sobre los puntos siguientes :

1.º Si los malos efectos de que se ha hablado atribuídos á la cocaína, son imputables al medicamento mismo, ó á su pésima aplicación, sea por la cantidad de las dosis, ó por la continuación imprudente por muchos días del uso del remedio, es decir, por el abuso inconsiderado que se ha hecho de este agente, como sucede con el uso inmoderado hasta de los medicamentos más inocentes.

2.º Si la cocaína es el más precioso anestésico local que ha descubierto la ciencia, y si aplicado con tino y moderación presta importantísimos servicios en la práctica de la cirugía dental, en la oculística y en gran número de operaciones de corta duración, sin ocasionar accidente alguno ; y

3.º Si á la dosis que he indicado, puedo continuar empleando la cocaína en las operaciones dentales, sin que los pacientes tengan que temer ningún mal resultado, siempre que me limite, como lo he hecho hasta hoy, al uso prudente del medicamento.

Si la honorable Corporación quisiera tener á la vista atestaciones irrefutables que comprueben los admirables efectos de la cocaína como precioso anestésico en las operaciones de dientes, y que jamás en los seiscientos y tantos casos en que la he aplicado ha ocasionado ni el más leve accidente, estoy dispuesto á poner á su disposición gran número de las certificaciones que tengo en mi poder.

Con sentimientos de alta consideración y respeto soy del señor Presidente s. a. y s. s. q. b. s. m.

RICARDO SOTO O.

Bogotá, Julio 20 de 1887.

La comunicación fué pasada en comisión al señor doctor Proto Gómez.

Leyóse luego la siguiente nota :

“ Cali, Julio 22 de 1887.

Señor Secretario de la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales de Bogotá.

Tengo el honor de remitir *original*, un trabajo titulado “ Ensayo sobre el *Béribéri* en el Cauca ” que es el resumen de más de veinte observaciones recogidas sobre esta afección.

Esta enfermedad, cuyo estudio someto respetuosamente al concepto de la Sociedad de Medicina, hace poco tiempo llama la atención de los médicos que practican en los climas intertropicales ; y en nuestro país se presenta por primera vez.

Estudiada en el Brasil, en donde apareció en 1863, y en el Cauca en 1884, comienza á hacerse mención de ella en los periódicos de Europa—En la “ *Semaine Medicale* ”, número 4 de 1886, página 36, está un resumen de la anatomía patológica microscópica, por M. Scholowsky, médico de marina; y el doctor Villette ha hecho investigaciones sobre la misma enfermedad, la que considera como contagiosa y endemo-epidémica, según veo en una relación publicada en el *British Medical Journal* de 23 de Abril de 1887, página 905.

Estos datos que han llegado á mi conocimiento con motivo de la discusión de la enfermedad en la Sociedad de Medicina del Cauca, después de escrito mi trabajo, ruego al señor Secretario, los tenga presentes al dar cuenta de él á aquella ilustrada Corporación. La copia en extracto, la acompaño adjunta á esta nota.

Sírvase el señor Secretario, aceptar las consideraciones personales de estimación con que me suscribo su muy atento servidor.

EVARISTO GARCÍA.

Fué comisionado para estudiar este interesante trabajo el señor doctor Pardo.

Dióse lectura á una carta oficial del doctor don Adolfo Murillo, de Santiago de Chile, que á la letra dice: "Señor Presidente de la Sociedad de medicina de Bogotá—Muy estimado señor:—Tengo el honor de remitir por el distinguido conducto de U., á la Sociedad que preside y de la cual tengo el honor de ser miembro correspondiente, un ejemplar de la Farmacopea chilena, hace poco dada á luz.

En el vapor que á ésta lleva va también el ejemplar de la Farmacopea de que le hablo.

Al recorrer las páginas de ella espero que la juzguen con benevolencia. Un trabajo de tan largo aliento y que por primera vez si se lleva á cabo en la América del Sur puede tener errores y la crítica severa ha de hallar más de un punto que pueda ser censurado.

Aunque hija, en gran parte, de mis desvelos no la presento como perfecta, al contrario solicito para ella toda la indulgencia de los hombres de ciencia que mejor que otros saben las dificultades con que en nuestra tierra se tropieza para llevar á cabo trabajos de tal naturaleza y extensión. Pero se hacía indispensable en medio de la anarquía farmacéutica en que vivimos, dar el primer paso para unificar las preparaciones que los boticarios despachan y que nosotros recetamos. Sin una pauta fija, á la que debe obedecerse, en materia de tan vital importancia, se va á la anarquía y al desorden. Por eso he puesto mi débil hombro al edificio concluido, y al hacer á la Sociedad médica bogotana el obsequio insignificante del ejemplar remitido, pídole disculpe mi atrevimiento y recuerde solo que él significa el homenaje respetuoso del más humilde de sus correspondientes. Con toda atención tengo el honor de ser del señor Presidente a. s. s.,

ADOLFO MURILLO.

Santiago de Chile, Mayo 27 de 1887.

El señor Profesor Michelsen, avisó haber recibido un trabajo sobre el Bocio, escrito por el señor Marco A. Lopera, de Ibagué.

El doctor Castañeda fijó la siguiente proposición que fué aprobada : "La comisión que concurre á la Junta de Aseo y Ornato tiene obligación de presentar un informe mensual de los asuntos relacionados con la Higiene pública. allí tratados. La comisión puede renovarse cada mes." A las seis y media de la tarde se levantó la sesión.

El Presidente, AURELIANO POSADA.

El Secretario, *Pedro M. Ibáñez.*

✓ SARCOMA PIGMENTADO DE LA PIEL.

Rufino Varela, hijo de Manuel Varela y de Tecla Subida y Quiñones, natural de Chiquinquirá ; estado civil, casado ; profesión, comerciante y agricultor, de edad de 45 años, de temperamento linfático, color moreno claro, mala constitución, talla regular. Entró al Hospital de Caridad el 22 de Junio de 1887 y ocupó el número 28, del servicio clínico del doctor Daniel E. Coronado.

ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN. Hace 3 años que le principió la enfermedad. Había sufrido antes un reumatismo articular agudo, limitado á la articulación de la rodilla izquierda, que le duró algún tiempo, y curó, sin haber dejado incomodidad alguna que le impidiera entregarse á sus ocupaciones habituales.

No da ningún dato acerca de la existencia de la misma

enfermedad ú otra semejante observada en sus ascendientes ; tampoco dice si ha tenido manifestaciones generales diatésicas adquiridas ó hereditarias, que pudieran dar alguna idea respecto del estado actual.

Refiere que se dió un baño en el río de Monquirá, después del cual comenzó á sentir dolores agudos y lancinantes en las piernas ; adormecimiento y hormigueos en los pies, que le impedían caminar. La sensibilidad se había exaltado : sentía dolor y ardor en los miembros, y los pies más pesados.

Pasado algún tiempo, le aparecieron hacia el dorso y el borde externo del pie izquierdo, varios mamelones del tamaño de una haba, que reventaron y dieron salida á una serosidad sanguinolenta. Estos mamelones se reprodujeron en otros puntos cercanos de los primeros, y como ellos, siguieron la misma evolución, trasformándose poco á poco en tuberosidades más compactas y duras que crecieron y se unieron.

Al rededor de estas producciones se formaron pequeñas ulceraciones de fondo anfractuoso, de color oscuro, cubiertas por costras del mismo color, adherentes y difíciles de desprender : estas úlceras exhalaban un líquido espeso, amarillo, muy fétido, que atacaba los tejidos contiguos hasta los dedos, transformándolos en úlceras más extendidas, tal como se las encuentra hoy.

Después de algún tiempo, cuyo término no fija el enfermo, pero que aprecia en más de un año, contado desde el principio de la enfermedad, le apareció sobre el dorso de las articulaciones del segundo y quinto dedos de la mano izquierda, un dolor agudo y constante que le dificultaba los movimientos de flexión y extensión. Al mismo tiempo se le formaron en la palma de esta mano algunas placas de color rojo intenso, dolorosas espontáneamente y á la presión. Al principio permanecieron separadas por fragmentos de piel sana que se unieron luégo y formaron una placa más grande, de la extensión de toda la palma de la mano.

Pasados algunos días fué invadido el dorso de la misma mano por manifestaciones semejantes, con la diferencia que el color de las placas era más subido, los bordes más limitados y la superficie más saliente sobre el resto de la piel.

La mano toda fué invadida por una viva comezón, hormigueos y ardor que le producían una grande incomodidad.

Hace apenas cerca de cuatro meses que ha sido invadida la mano derecha: en ésta, los dolores premonitorios han sido más generales; la aparición de las placas sobre el dorso y la palma de la mano más cercanos, su evolución más rápida, sus caracteres más marcados, su crecimiento é invasión al antebrazo y los dedos, más uniforme.

Estado actual. Las lesiones características de la enfermedad que describimos se encuentran solamente en los miembros superiores é inferiores; lesiones que parecen diferir en la forma, pero que obedecen á la misma causa general.

Pies. Estos órganos están tumefactos y dolorosos en toda su extensión; la piel que los cubre presenta un color amoratado general; ella es estriada, luciente, de aspecto cicatricial; presenta en algunos puntos escamas pequeñas muy adherentes; en otros, costras verdosas y secas; se hunde al comprimirla; presenta una consistencia blanda y elástica, más marcada en la planta de los pies que en la región dorsal.

El pie izquierdo está considerablemente infiltrado, edematoso, y combado hacia adelante. Cuando se comprimen sus tejidos, éstos ceden como una esponja, para volver luego sobre sí mismos, y tomar, cuando ha desaparecido la presión, la forma y el volumen que les son peculiares; á primera vista parece que existiese una gran cantidad de pus infiltrado en la capa subcutánea; sin embargo, no es ésta la sensación que producen los flegmones difusos cuando se los comprime. Sobre el lado externo y la mitad correspondiente del dorso del mismo pie, se observa una serie de mamelones de dimensiones diversas, de color mora-

do oscuro, elásticos, muy dolorosos y que por medio de la incisión dan salida á un líquido amarillo rojizo, muy semejante á la linfa de las producciones inflamatorias. Forman por su reunión una curva de concavidad superior colocada entre el dorso del pie y la articulación tibio-tarsiana; alternan con otros mamelones más duros, más pequeños, y de color casi negro, igualmente dolorosos á la presión y á la palpación; algunos de ellos son lisos, otros presentan rugosidades y estrías sobre su superficie; parte se han ulcerado y cicatrizado; parte están cubiertos por costras de diversos tamaños ó escamas semejantes á las que ya hemos descrito y que cubren la piel de la pierna y del pie.

Siguiendo la dirección del mismo borde se encuentran, adelante, sobre los dos últimos dedos y atrás debajo del maleolo externo, algunas ulceraciones de forma irregular, poco profundas, de bordes desiguales y levantados, fondo anfractuoso, de color gris, ligeramente supuradas y que despiden un olor muy fétido y desagradable, que impide permanecer mucho tiempo junto al lecho del enfermo; los dedos de los pies están aumentados de volumen, edematosos, sin movimiento; las uñas correspondientes están deformadas, flojas y próximas á caer.

En el pie derecho y simétricamente sobre el mismo borde del otro pie, existen mamelones de aspecto semejante; no hay ulceraciones; la piel es dura, de consistencia pastosa, apergamizada; tiene un color más pálido; presenta por lo demás, el aspecto general de la del otro pie, en las porciones no mortificadas.

Tanto en el uno como en el otro miembro, sube la tumefacción á algunos centímetros arriba de los maleolos; su consistencia es mayor que la de la piel sana, muy adherente á los tejidos subyacentes, poco movable, de un color más morado todavía que en los otros puntos y cubierta por islotes de escamas de color negruzco.

Sobre la rodilla izquierda se observa: del lado externo, un primer grupo de mamelones aislados, pequeños, duros, elásticos,

de color morado-azuloso, dolorosos á la presión y aun á la simple palpación; hacia la parte interna un segundo grupo semejante, separado del anterior por algunos centímetros de piel sana, implantado sobre un fondo rojo morado de piel espesa; estos mamelones están cubiertos ya por escamas de color blanco ya por películas muy delgadas, adherentes y difíciles de desprender; otros ulcerados y cicatrizados, que han dejado en su lugar manchas de formas irregulares, de aspecto cicatricial, pálidas y deprimidas al centro, y pigmentadas sobre sus contornos.

Manos. Las dos manos están abultadas y deformadas, invadidas por la tumefacción en su totalidad, desde la extremidad de los dedos (excepto los pulgares que están sanos), hasta la parte media del antebrazo; la piel, en esta zona es sumamente espesa y dolorosa; presenta una coloración morada uniforme en la porción palmar; desigual, mamelonada y azul oscuro sobre el dorso, de tal manera que á primera vista, el enfermo parece que tuviera las manos calzadas con *guantes* de este color y que subieran á lo largo del antebrazo hasta cerca de la eminencia trocleana.

El espesor de los tegumentos y el excesivo dolor que experimenta el enfermo al más ligero movimiento, hace que las manos y los dedos permanezcan siempre en una misma posición, separados é inmóviles.

Hay hiperestesia en todos los puntos invadidos por la enfermedad.

En el pene se hallan también algunas alteraciones. Está considerablemente aumentado de volumen é infiltrado; presenta pequeñas ulceraciones superficiales, tanto en la parte superior como en la inferior, que secretan un pus espeso, grumoso y gris, muy fétido.

El estado general del enfermo es regular. Los actos fisiológicos del organismo se ejecutan con regularidad. No hay fiebre, ni alteraciones de parte de ninguno de los grandes aparatos de la nutrición.

Diagnóstico. El caso que nos ocupa, llamó desde el principio la atención de los médicos del Hospital y de los alumnos que asistíamos á las clínicas, por la rareza y la simetría de las lesiones. Se diagnosticó primero una *asfixia local de las extremidades*; pero cuando se hubo estudiado mejor la enfermedad y observado más detenidamente su marcha, se reformó el primer diagnóstico y se aceptó el de *sarcoma pigmentado* de la piel.

Según la descripción que trae Hebra de esta enfermedad, cuyos caracteres típicos se encuentran tan bien marcados en el enfermo que nos ocupa, parece que no debiéramos entrar aquí en ninguna discusión de diagnóstico diferencial con otras afecciones parecidas; sin embargo, la excesiva rareza de esta enfermedad entre nosotros, nos inclina á terminar esta observación con un breve paralelo entre las enfermedades que pudieran asemejársele.

El *sarcoma pigmentado* se desarrolla especialmente en la piel, sin obedecer á ninguna causa especial apreciable. Comienza generalmente por la aparición en los pies, de pequeñas nudosidades aisladas, de diferentes tamaños, duras, elásticas, esponjosas, lisas, de color violáceo, más ó menos intenso. Estas nudosidades se reúnen en grupos para ocupar anchas superficies. Después de invadir los pies, se presentan en las manos con los mismos caracteres, donde toman un desarrollo más rápido. Los pies y las manos se deforman, ya por las úlceras que se desarrollan, ya por el espesor de la piel ó ya por la pastosidad característica de las lesiones. La sensibilidad se exalta y hay hiperestesia. La piel es espesa, dura, apergaminada y al mismo tiempo da una sensación de plasticidad. La calorificación no experimenta modificación de importancia. Los ganglios linfáticos no se encuentran jamás infartados ó lo están muy poco. Estas producciones pueden después de invadir los pies y las manos, mostrarse en otros lugares del cuerpo. Aparecen en individuos de 40 años.

El diagnóstico con el *carcinoma* de la piel no ofrece dificult-

tad, porque éste no aparece jamás primitivamente en la piel y obedece á otras manifestaciones diatésicas de la misma naturaleza ; invade los ganglios linfáticos ; cuando afecta las manos y los pies no lo hace de una manera simétrica.

Con la *asfixia local* de las *extremidades* ó enfermedad de Rainaud tiene alguna analogía, pero esta última se presenta en una edad muy temprana ; aparece por accesos intermitentes dolorosos ; comienza por los dedos de una mano para extenderse simétricamente á los de la otra mano ; en algunos casos se extiende á los dedos de los pies, guardando siempre la misma simetría.

La temperatura baja considerablemente en los dedos de la mano afectada, durante el acceso.

La anestesia es el signo característico, cuando los accesos han durado algún tiempo, y en los intervalos, el individuo no siente ninguna incomodidad ; tampoco aparecen nudosidades y las lesiones de las manos no se extienden hacia arriba, como en el sarcoma.

Los autores que se han ocupado de la descripción del sarcoma cutáneo pigmentado, lo consideran como muy raro ; así es que Kohnëi que ha publicado una memoria sobre ésta afección, sólo cita dos casos, y Hebra únicamente cinco observaciones, en su obra sobre enfermedades de la piel. Dicho autor considera esta afección como incurable y le señala una duración de dos á tres años.

Ignoramos si en los hospitales de esta ciudad se han presentado otros casos de *sarcoma de la piel*, y si se ha escrito algo en Colombia sobre esta enfermedad. Por ser una afección muy rara, hemos creído útil, hacer la historia detallada del caso que se ha presentado á nuestro estudio. Ojalá que ella pueda contribuir en algo para ilustrar y conocer nuestra patología nacional.

Bogotá, Agosto 10 de 1887.

E. COMBARIZA T.—MIGUEL VILLA.

Alumnos de la Universidad Nacional de Colombia.

ENSAYO SOBRE EL BERIBERI EN EL CAUCA,

POR EL DOCTOR EVARISTO GARCÍA.

Cali, Julio de 1887.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD.

Desde el año de 1885 se presentaron por primera vez en mi consulta médica, algunos enfermos, con un conjunto de síntomas insólitos, correspondientes á una enfermedad hasta entonces desconocida en el país.

La fisonomía de la enfermedad me daba mucha dificultad para hacer el diagnóstico, porque no me eran conocidas las formas bajo las cuales se presentaba, en ninguna otra de las que había tenido ocasión de observar en el país, ni la encontraba descrita en las obras de los expositores clásicos que formaban mi estudio.—Así, pues, en los primeros casos dirigí mi terapéutica según el aparato sintomático, pero mi atención se fijaba día por día en las diversas formas de una afección que presentaba mucho de novedad en mi práctica.

Eran individuos de color verde-amarillo de aceituna, caquéticos con todas las señales del impaludismo crónico, piel terrosa, edema en las piernas, infarto en las vísceras abdominales, pereza, debilidad y malestar general. Todos viajaban de Córdoba ó de Buenaventura, en donde habían residido más ó menos meses, quejándose de desaliento físico é intelectual, de falta de fuerzas para sostenerse en pie largo rato, y más para emprender marcha ó para ascender más allá de la primera escala de una grada.—Sentimos, nos decían, una falta de fuerzas inexplicable, las piernas no soportan el peso del cuerpo, se doblan á nuestro pesar, y nos caemos; los pies están dormidos y no sentimos bien el suelo que pisamos; un círculo frío y rígido como el fierro oprime los miembros y sube día por día hasta formar un cinturón que amenaza asfixiarnos.

En realidad, la marcha tenía algo de especial en estos sujetos; la ejecutaban con miedo y dificultad; se cuidaban mucho de doblar las corvas y caminaban con las piernas extendidas y rectas sobre los músculos, á semejanza de los mutilados en los que una pierna de palo ha reemplazado á la natural.

Quejábanse de cierta plenitud en el estómago, de palpitaciones al corazón, de calambres á las pantorrillas, de adormecimiento en los dedos de las manos; las fiebres intermitentes estallaban en algunos, pocos días después de su llegada á Cali.

El cuadro general no correspondía ni á un reumatismo, ni á una mielitis, ni á la parálisis sífilítica, ni al alcoholismo crónico, ni al impaludismo caquetico común en los habitantes de las orillas del río Cauca, ni á una lesión de las válvulas del corazón, ni á una nefritis albuminúrica.....

Algo sobraba ó algo faltaba para colocar esta individualidad patológica entre las enfermedades comunes y conocidas entre nosotros.

Los casos se repitieron con alguna frecuencia, y uno de ellos grave hasta causar la muerte. Existía, pues, una nueva entidad patológica en nuestro país, la que se presentó en casos aislados desde 1884 en Buenaventura, puerto del Departamento del Cauca sobre el mar Pacífico, y que se ha extendido hasta ahora á Córdoba, pequeña población á orillas del río Dagua, en donde termina el camino de fierro recientemente construído. Esta enfermedad es conocida en la India y en la isla de Ceylán con el nombre de *Beri-beri*, que significa en su idioma *debilidad ó flaqueza*.

En 1863 apareció esta dolencia en la provincia de Bahía en el Brasil, en donde se extendió poco á poco hasta tomar la forma epidémica en 1866, atacando á hombres y mujeres, blancos y negros, sin respetar condición social.—En 1872 el Beriberi se extendió á la mayor parte de las provincias del Brasil.

En el Cauca, la enfermedad ha aparecido en Buenaventura

y Córdoba, en casos aislados, desde 1884.—En 1885 los casos se multiplicaron, y en 1887, sin que tenga el carácter de una epidemia grave, ataca, no obstante, un buen número de individuos de ambos sexos, sobre todo á las personas de una vida sedentaria.

Hasta hoy, la enfermedad no se ha extendido al interior del Valle: existe solamente en un trayecto de 33 millas y 64 céntimos de milla (33 m.-64), que es la distancia exacta de Buenaventura á Córdoba: la temperatura media de estos lugares es de 27°, 5 á 28° del termómetro centígrado.—La altura barométrica en la estación del ferrocarril de Buenaventura á orillas del mar, es de treinta y cuatro y medio pies ingleses.—(Estos datos los debo á la complacencia de mis amigos don Aristides Barona y don Liborio Vergara, ingenieros empleados en el ferrocarril). Añadiré que en estos lugares el clima es caliente y húmedo (28° centígrados término medio); caen lluvias durante todo el año, y desde que se empezaron los trabajos de remoción de tierras para construir el camino, las enfermedades palúdicas graves son endémicas en estos sitios. Coincide con este movimiento de tierras la aparición del Beriberi en Buenaventura.

CAUSAS.

Las causas del Beriberi son desconocidas: ninguna clase de la sociedad puede considerarse exenta de este mal, porque, según la relación del doctor Silva Luna del Brasil, en Bahía, atacó lo mismo á blancos que á negros, á europeos é indígenas, criollos y mestizos. En el Brasil lo atribuyen en algunos sitios á los miasmas palúdicos y á otras emanaciones insalubres, las que unidas á ciertas condiciones individuales favorecen el desarrollo de la enfermedad; por falta de ejercicio, por fatigas excesivas, habitación insalubre, régimen poco nutritivo y el uso de aguas impuras.—Me decidí por la opinión de que el Beriberi es el resultado de una especie de envenenamiento crónico

palúdico en individuos que llevan una vida sedentaria y sin ejercicio, quienes, en lo general, no sufren de accesos agudos de fiebres producidas por los miasmas. Parece que estos sujetos se aclimatan en medio de una atmósfera cargada de afluvios miasmáticos, y absorben lentamente el veneno. Poco á poco la sangre se les fluidifica, se engurgitan las vísceras y se debilitan en sus funciones; el adema producido por el suero ó plasma de una sangre pobre en glóbulos rojos, se localiza debajo de las envolturas de la médula espinal, aparece macerada y reblandecida, dando lugar á los síntomas culminantes nerviosos de esta singular afección.

En las observaciones que he recogido hasta ahora, la enfermedad aparece en individuos aclimatados, que no han tenido ataques de fiebres intermitentes ó remitentes graves; todos son empleados, escribientes, sobrestantes ó directores, siendo de notar que hasta hoy no he visto atacado de Beriberi á ningún peón ó jornalero de los que trabajan en el camino con esfuerzos musculares enérgicos.—Además el cambio de clima, una alimentación reparadora y habitaciones más abrigadas, contribuyen para combatir el mal.

He observado un fenómeno constante en las personas que han habitado largo tiempo en las localidades de Buenaventura y Córdoba, en donde al parecer se han aclimatado perfectamente, porque durante su residencia de muchos años en aquellos lugares, no han sufrido alteración notable en su salud. Este fenómeno consiste en que, al cambiar aquel clima por otro más benigno, al venir ó regresar, por ejemplo, á Cali, ciudad que dista veinticuatro leguas de la orilla del mar, á una altura barométrica de 1,040 metros, con una temperatura media de 24° á 25° grados centígrados. Los mismos individuos que habían gozado allá de salud completa, sin verse reducidos á la cama, aquí experimentan, unos ocho ó diez días después de su llegada,

accesos fuertes, á veces mortales, de fiebres intermitentes ó remitentes palúdicas.

Este hecho observado también por el doctor Jules Rouquette, de Argelia (*Bulletin de Thérapéutique*, 1886, página 460), pone de manifiesto el impaludismo crónico que evoluciona sin accesos febriles en las localidades rodeadas de una atmósfera miasmática, pero que se manifiestan al cambiar de clima, talvez porque se perturban las funciones de los órganos encargados de eliminar el veneno: el hígado, el bazo, la piel, que funcionan activamente en Buenaventura, eliminando el veneno palúdico, en Cali, debido á un frío relativo, á una temperatura menos ardiente, las funciones de estos órganos eliminadores se entorpecen, y cesan las abundantes transpiraciones del litoral. De aquí, menor eliminación del veneno, mayor acumulación de él en la economía, y desarrollo de un acceso febril violento. En el Beriberi, siguiendo las teorías pastorianas modernas, el microbio palúdico, cualquiera que sea, se acumula y desarrolla lentamente en la economía, poniendo de manifiesto su acción sobre la médula espinal con los síntomas de *debilidad ó flaqueza* de las piernas, que caracterizan la enfermedad.

El señor Villette deduce estas conclusiones, del estudio que ha hecho del Beriberi:

1.º Esta enfermedad es común entre los prisioneros ó personas situadas en condiciones semejantes.

2.º Es contagiosa y endemo-epidémica.—Probablemente depende de una mala nutrición.

3.º Hay tres formas de Beri-beri: la paralítica ó atrófica, la hidrópica ó edematosa y la mixta.

4.º Estas formas dependen de una mielitis aguda con reacción sobre los nervios motores, causando las parálisis; ó sobre el sistema nervioso ganglionar, causando los edemas por parálisis de los nervios vaso-motores.

El tratamiento encalla en las diversas formas del Beriberi.

Buenas condiciones higiénicas previenen la enfermedad.
(British medical Journal de 23 de Abril de 1887.)

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

SÍNTOMAS.

El Beriberi está caracterizado por la anemia, debilidad general, sensación de plenitud en el epigastrio, edema de las piernas, adormecimiento de la sensibilidad en las extremidades, calambres, dolores en las pantorrillas á la presión de los músculos, parálisis del movimiento, sensación ascendente de constricción en los miembros y en el tronco, palpitaciones del corazón, terminando por asfixia en los casos graves, ó por una secreción abundante de orinas en los casos favorables, con restauración lenta de las fuerzas.

La enfermedad se presenta bajo tres formas distintas, á saber :

1.ª La forma *paralítica*, en la que predominan los síntomas nerviosos de parálisis ó disminución del sentimiento y del movimiento en los miembros inferiores.

2.ª La forma *edematosa*, en la que predomina la hinchazón de las piernas, del tronco y de la cara.

3.ª La forma *mixta*, en la que se encuentran en igualdad de intensidad las parálisis musculares y el edema del tejido celular de los miembros.

En la forma *paralítica* la enfermedad empieza por malestar, pereza, anemia, cierta debilidad é inaptitud para el trabajo. Pronto aparecen dolores vagos á los miembros, sensación de cansancio en las pantorrillas, calambres durante la noche y dolores á la presión de las carnes. A medida que la enfermedad avanza se siente un adormecimiento en las piernas, la sensación de frío y de una cinta constrictiva que va ascendiendo por los miembros medio paralizados ; las piernas adormecidas

pierden la fuerza para sostener el peso del cuerpo ; el enfermo siente que flaquean los músculos al andar, tiene gran dificultad para alzar el cuerpo y ascender por una grada, presiente la inminencia de una caída al doblar los miembros por las corvas, ó al aflojarlos para marchar, y por este motivo arrastra los pies con las piernas rígidas sobre los músculos, dándole un aire particular á su andar. Cuando se inclina á alzar algún objeto, al ponerse en cuclillas, al bajar ó subir alguna ligera pendiente, se le doblan á su pesar los miembros inferiores y se cae al suelo, necesitando de ayuda para levantarse.

Algunas veces hay adormecimiento, hormigueo, ó embotamiento de la sensibilidad cutánea en los dedos de las manos, y á poco se declara la pérdida del tacto, debilidad muscular para apretar algun objeto, para calzarse, para escribir ó para comer.

Al mismo tiempo sienten una plenitud al estómago, estitiquiez, disminución en las orinas. El pulso es frecuente, blando, en ocasiones intermitentes, acompañado de palpitaciones al corazón y ruido de soplo á la base. No hay albúmina en las orinas.

El adema en las pantorrillas y en los tobillos se hace manifiesto con la presión del dedo ; estos síntomas se acompañan en algunos casos con accesos de fiebres intermitentes, infartos del hígado y del bazo y con diarrea.

Cuando la enfermedad es grave, la cinta constrictiva de los miembros asciende día por día, forma un cinturón al rededor de la pelvis, sube hasta las axilas ; la sensación de plenitud del estómago se convierte en la de una faja que oprime el nivel del epigastrio ; viene la ansiedad, la dispnea, color amaratoado de la cara, contracciones musculares, convulsiones, alteración ó debilidad del pulso, sudores fríos y la muerte por asfixia.

I.^a OBSERVACIÓN.

Beriberi, forma paralítica grave.—Muerte del enfermo por asfixia.—Observación seguida y redactada por el Doctor Enrique Garcés.

El día diez de Octubre de 1886 se presentó en mi consulta M. H. de 39 años de edad, casado, temperamento linfático. Se ocupaba alternativamente de una imprenta como cajista y pasaba grandes temporadas en los trabajos del campo, en una localidad pantanosa. Lo primero que me llamó la atención al ver al enfermo, fué la *dificultad para caminar*; parecía que el suelo le atraía los pies como un imán, lo que le daba un aire particular á la marcha, la que ejecutaba penosamente y con cierta impresión de angustia en la cara, que tenía un tinte amarillo verdoso.

—Qué tienes? le interrogué.

—Desde que llegué de Córdoba, hace poco más de un mes, me siento mal: no me faltan las fiebres, pero me he rematado en estos días por haber cometido el disparate de meterme al agua por largo rato, después de haber estado ahogándome con la candela en la quema de una rocería.

—Y ahora qué sientes?

—*Flojedad* en las piernas, parece que no soportan el peso del cuerpo, se me van *durmiendo* y experimento una *presión* que sube día por día; ya va por las rodillas. Las fiebres siguen, estoy sumamente *estítico*; tengo desgano y más vale, porque cuando cómo, por poco que sea, me lleno y siento *plenitud* en el vientre, una llenura dolorosa. También hace mucho tiempo que estoy *perezoso* pero es *pereza* sin dormir, tengo desaliento para todo.

Al examen encontré *edema* en las articulaciones metatarso-falángeas, sensibilidad normal en los tobillos, dolor á la presión de la pantorrilla é hiperestesia, casi dolor agudo debajo

de la rótula.—El hígado y el bazo hipertrofiados, el corazón dilatado con ruido de soplo muy marcado en la punta, debajo de la tetilla izquierda: el pulso latía cien veces por minuto, pero el calor de la piel no correspondía á la celeridad del pulso.

Descripción. Guiado por los antecedentes del enfermo, la estitiquiez y fiebres, prescribí:

Sal de Epson.....	30 gramos.
Sulfato de quinina.....	1 gramo.
Limonada mineral.....	90 gramos.

M. R. Poción.

Para tomar en tres porciones, una cada hora.

Día 13 de Octubre—Dos días después volvió H... á mi casa, mucho más impedido que antes para caminar.

El purgante, me dijo, no me ha hecho efecto; tengo tanto trabajo para caminar, que de mi casa hasta aquí he empleado dos horas, he venido haciendo estaciones; la presión sube hasta los muslos, las piernas son de plomo.

Descripción—1.º Podofilina. 0,15 centigramos.

Para tomar en una cucharada de almíbar.

2.º Caso de no hacer efecto el purgante, aplicar una lavativa de infusión de hojas de sen y una onza de sal de Epson.

3.º Fricciones estimulantes de alcohol y amoniaco.

El 15—Visito al enfermo en su casa.

Ahora si no puedo caminar absolutamente, me dijo, aunque el purgante me ha hecho algún efecto, *me siento lleno*, la faja que me aprieta, sube hasta el ombligo, no puedo acostarme de espaldas, me estoy ahogando.

Hígado y bazo voluminosos.

Corazón dilatado, ruído de soplo en la punta. No hay derrame en las pleuras. Respiración anhelosa. Pulso frecuente: no hay calor exagerado en la piel.

Descripción—Carbonato de fierro..... 4 gramos.
 Extracto de belladona.....
 Extracto de nuez vómica... } aa 0,40 centg.
 Extracto de quina. } c. s.

H. S. A. 40 píldoras.

Una antes de cada comida.

Fricciones con mostaza en los miembros: lavativa de infusión de sen y de sal de Epsom. Alimentos: buen caldo, leche, vino de quina.

El 20—Los síntomas anteriores persisten, la faja constrictiva sube al pecho, no puede mover las piernas sino con gran dificultad, pulso frecuente, 110 pulsaciones, no hay calor de fiebre en la piel, orinas raras.

El 28 de Octubre—Se queja muy alarmado de una faja que le oprime el pecho; el pulso acelerado, 115 pulsaciones, piel fría, cianosis, ortopnea, angustia suprema. Los síntomas se acrecen momento por momento, ligeras convulsiones y la muerte por asfixia tiene lugar.

No fué posible hacerle la autopsia: le abrí la arteria radial y la vena frontal; salió del tejido celular una linfa clara y de los bazoos una sangre difluente, con algunos glóbulos rojos disgregados, dando al líquido un color amarotado.

Opino que lo que ha tenido este enfermo es el *Beriberi* de las Indias orientales y del Brasil. Esta enfermedad empieza á desarrollarse en el pueblo de Córdoba, de donde nos vienen, hace dos años, enfermos que se curan merced á un tratamiento apropiado, cambiando favorablemente de clima y de régimen.

2.^a OBSERVACIÓN.

Beriberi, forma paralítica, leve. Curación.

P... M... escribiente, edad de 30 años, natural de Buena-ventura.

Antecedentes—Hace muchos años que no sufre de fiebres

intermitentes, ni de enfermedad alguna constitucional. En Octubre de 1886, hace dos meses, notó edema en los tobillos, el cual subió á las piernas hasta llegar debajo de la rodilla; al mismo tiempo sobrevino un embotamiento de la sensibilidad en los pies, sentía el suelo como tapizado por una alfombra. En Diciembre (el 20), mediante algunas aplicaciones domésticas, notó que el edema había desaparecido, pero en cambio el adormecimiento de las piernas era mayor. Sentía mucha debilidad para caminar: las piernas no podían sostener el cuerpo, el pie se le doblaba al nivel de la articulación tibio-tarsiana, sin poderlo fijar para ponerse el calzado sino con algunas maniobras especiales: la marcha era muy difícil, al extremo de usar bastón para sostenerse. El 23 de Diciembre de 1886, mientras conversaba con un amigo en la calle de Buenaventura, se le doblaron las piernas sin sentirlo, y cayó de rodillas, sin poderse levantar del suelo, sino ayudado por otras personas que lo condujeron á su casa, en donde separado del apoyo de los amigos, volvió á caerse al marchar. Estas caídas tenían lugar por *debilidad* en las piernas: el enfermo conservaba su razón, su conocimiento; nada de sínopes ni de convulsiones. Desde ese día no volvió á salir á la calle.

Sentía además cansancio, pereza en los músculos de los lomos y de los miembros; palpitations muy fuertes en el corazón, adormecimiento en los dedos de las manos. Así emprendió viaje para Cali.

El 28 de Enero de 1887—Examinado el enfermo, no tiene el hígado ni el bazo engurgitados, no siente dolor á la presión; no hay ruido anormal en el corazón. Aun cuando dice que no siente fiebres, el pulso es frecuente, late 104 veces por minuto, y el termómetro señala una pequeña ascensión hasta de 37,8° por la tarde. Existen realmente palpitations al corazón, sobre todo de noche. A los síntomas relacionados, de la parálisis de las piernas, se une una dificultad tan notable para

marchar, que lo hace con los miembros inferiores rectos, sin doblar las corvas, casi arrastrando sobre los pies, los que al abandonar el suelo, se desvían hacia el lado externo.

Tratamiento—El ligero movimiento febril cedió muy pronto á un purgante salino y algunas tomas de 050 centg. de sulfato de quinina.

Después, siguió el uso de las píldoras de fierro, quinina y nuez vómica, como se expresará adelante.

Fricciones excitantes. Buenos alimentos, vino de quina, baños fríos en el río.

Poco á poco volvió la sensibilidad; la marcha se mejoraba día por día, y en Marzo estuvo bien restablecido, para regresar á su país. En este enfermo, las corrientes eléctricas que quise ensayar con una pequeña máquina, le producían un dolor agudo, insoportable, al extremo de abandonar ese tratamiento: tenía puntos hiperestésicos en los miembros, en el trayecto de los nervios ó sus terminaciones, sobre todo en la punta de la rótula, sobre la cresta de la tibia.

GARCÍA.

NOTA.—En la página 798 línea octava, léase 13 millas, 64 centésimos de milla. (Continuará.)

INFORME

RELATIVO Á LA COLECCIÓN DE PREPARACIONES MICROSCÓPICAS ENVIADAS DE PARIS POR EL SEÑOR DOCTOR EMILIO ALVAREZ.

Señores Miembros de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá.

Comisionado para presentaros un informe relativo á la colección que envié á esta Sociedad, en calidad de donación, nuestro ilustrado compatriota, el señor doctor Emilio Alvarez, me congratulo en cumplir este deber.

La colección expresada se compone de 19 láminas, debidamente preparadas, que contienen las siguientes muestras:

1.^a Bacteria del carbón maligno coloreada con violeta de metilo, sobre un fondo rojo, desarrollado por la eosina. Proviene del riñón de un conejo, inoculado con un cultivo preparado en caldo.

2.^a La misma bacteria, coloreada en azul por el método de Gram.

3.^a Bacilo de la secreción balano-prepucial, muy semejante al de la tuberculosis, coloración por el método de Ehrlich, con fondo dado con el verde de malaquita.

4.^a Bacilo igual al anterior.

5.^a Gonococcus de la blenorragia, coloreados por el método de Weigert.

6.^a Microbio de la erisipela, corte de la piel coloreado por el método de Gram.

7.^a Microbio de la fiebre tifoidea, tomado del bazo y coloreado por el método de Weigert.

8.^a Microbios incapsulados del rinoscleroma, coloreados por el procedimiento de Cornil y Alvarez.

9.^a Microbios iguales á los precedentes.

10.^a Neumococcus de Friedländer provenientes de un pulmón neumónico, coloreados por el método de Gram.

11.^a Neumococcus de Friedländer de una neumonía fibrinosa, coloreados por el violeta de metilo sobre un fondo amarillo, dado con la vesuvina.

12.^a Bacilo de Koch en la tuberculósis pulmonar. Coloración por el método de Ehrlich.

13.^a Bacilos tomados de un hígado tuberculoso de gallina, coloreados por el método de Ehrlich en azul, sobre un fondo amarillo por la vesuvina.

14.^a Bacilos numerosos hallados en tubérculos del hígado de una gallina, coloreados por el método de Ehrlich.

15.^a Bacilos de la tuberculósis en esputos, coloreados como los anteriores.

16.^a Bacilos de la tuberculosis pulmonar, coloreados como los anteriores.

17.^a Bacilos de la lepra- (Elefancia de los griegos). Corte de un tubérculo cutáneo, coloreado por el método de Ehrlich á la fuschina.

18.^a El mismo bacilo coloreado por la fuschina sobre fondo azul.

19.^a El mismo bacilo coloreado por el violeta de metilo y la safranina.

Cada una de las piezas que acabo de mencionar, presenta un grande interes práctico y exige un estudio especial, que no podría hacerse en corto tiempo.

Como el estudio de la lepra, urje entre nosotros, por el gran desarrollo que va tomando de día en día en toda la República, es del bacilo de esta enfermedad que me ocuparé á grandes rasgos, como asunto del presente informe.

Armauer Hansen de Estokolmo tiene puesto eminente entre la falanje moderna de sabios, por el descubrimiento del bacilo de la Lepra de los griegos, enfermedad conocida más generalmente con el nombre de Elefancia de los griegos, ó de mal de Lázaro.

En el año de 1870, Hansen, publicó su primer trabajo sobre la naturaleza parasitaria de la lepra, acompañándolo de dos planchas coloreadas, que representan el *bacillus leprae* y varias preparaciones de productos leprosos; trabajo que apareció también en el periódico titulado *Nordiskt Medicinskd Ark*.

Algún tiempo después, Neisser y Eklund recojieron numerosas piezas patológicas, tomadas en el vivo y sobre el cadáver, que fueron la confirmación del descubrimiento del Médico Sueco.

Todos los demás observadores en la materia, tales como Hillairet & Gaucher, Cornil, Suchard, Grancher, Majochi y Pellizari etc., han hallado el bacilo de Hansen.

El cultivo de esta bacteria lo ha obtenido Hansen, sembrando fragmentos pequeños de tubérculo en el suero de la sangre humana, esteriliza según el procedimiento de Koch. Si se mantiene la preparación á una temperatura de 39 grados, la multiplicación comienza al cuarto día.

Si la trasmisión de la lepra á los animales, por medio de la inoculación, no ha dado hasta hoy un caso de lepra típica y generalizada, los experimentadores siguen sin embargo, con tezon, en esta vía y podemos señalar los trabajos de Otto Damsch en 1883, de Melcher y Ortmann en 1885 y de Thin en 1886, en que dan cuenta del éxito de injertos parciales, con reproducción del microbio en los tejidos vecinos.

Los bacilos de la lepra han sido colocados por Cornil & Babes, en el grupo de los bacilos resistentes (conservan 10 y más años su vida latente). Tienen la forma de bastoncillos rectos, ó apenas encorvados, ríjidos, un poco abultados en las extremidades, de una longitud de 3 á 7 μ , y de un espesor de $0,4$ á $0,5$; están cubiertos por cápsulas, bien visibles, cuando se coloca el bacilo desecado en colores simples de anilina. Parecen móviles y provistos de esporos.

Estos bacilos se coloran muy bien por el método de Ehrlich, poniendo los cortes ó las láminas de la preparación en una solución de aceite de anilina y de violeta de metilo y decolorando luego, rápidamente, con el ácido nítrico diluido al tercio.

Todas las producciones leprosas encierran considerable número de bacilos. Parece que todos quedan indefinidamente en los tejidos en que se han desarrollado y no tienen tendencia á ser eliminados ni destruidos posteriormente. Su resistencia es tan notable, que se han encontrado millares de bacilos en un pequeño fragmento del nódulo leproso, hallado desecado, en una envoltura de papel, en donde había estado colocado durante diez años.

Cornil & Babes dicen que la grande abundancia de estos bacilos, infiltrados igualmente en todas las producciones de la lepra, y la existencia de ellos en todos los períodos de la enfermedad, constituyen la demostración histológica más característica del papel de los bacilos.

Se ha demostrado también su presencia en el aparato pilosebaceo; de modo que estos parásitos pueden ser eliminados á la superficie del dermis y tal vez penetrar en la piel por esta misma vía.

La mayor parte de los tejidos pueden ser atacados por la lepra. Los nervios que se distribuyen á las partes enfermas se transforman en cordones fibrosos. En un caso de lepra tuberculosa, examinado en el laboratorio de Virchow, se hallaron bacilos característicos en todos los tejidos, aún en los que parecían enteramente sanos.

Apesar de que la demostración experimental de la naturaleza parasitaria de la lepra no se ha podido dar, Cornil & Babes la consideran como el tipo de las enfermedades bacterianas, fundándose en la abundancia de los bacilos en todas las células leprosas, demostrados desde el principio de la enfermedad y hallados en todo el curso de ella.

Hay dos especies de bacilos que pueden confundirse con el de la lepra y que pertenecen al mismo grupo: el bacilo de la tuberculosis y el de Lustgarten, hallado en la sífilis.

Se distinguirán los bacilos de la lepra de los de la tuberculosis, coloreando la preparación con la fuschina simple, durante media hora y decolorando después con un ácido. Los primeros se coloran, los segundos nó. El bacilo de Lustgarten no se colora ni por los colores simples de anilina, lo que lo diferencia del bacilo de la lepra, ni por el procedimiento de Ehrlich, que colora el bacilo de la tuberculosis.

Por otra parte, los nódulos leprosos contienen siempre una gran cantidad de bacilos, mientras que las producciones tuberculosas no contienen, frecuentemente, sino un pequeño número; pueden faltar aun en los tubérculos fibrosos y en las esclerosis antiguas de origen tuberculoso, mientras que siempre se encuentran por millares en toda alteración leprosa.

Es necesario no confundir estos bacilos con los micrococcus de la piemia que pueden hallarse en las úlceras sinuosas y profundas. Estos se encuentran reunidos por grupos de 4 en 4, rodeados por cápsulas y situados en las grandes células. Su tamaño es de $Ou,8$.

El estudio anterior nos hace comprender por qué, la lepra, ha presentado tanta resistencia á los métodos curativos empleados en los tiempos pasados. Nos hace comprender también el buen sentido práctico de los antiguos, cuyos métodos se componían casi todos de medicamentos microbicidas, y de sabias reglas higiénicas; pero que desconociendo la naturaleza íntima de la enfermedad, se desalentaban al cabo de poco tiempo, y divagaban, sin brújula, en el campo de la terapéutica.

Hoy, que sabemos que el microbio de la lepra es más resistente que los de la tisis y de la sífilis, deberemos perseverar en el tratamiento higiénico y terapéutico de la lepra, por muchos años, como lo hacemos en estas enfermedades.

A título de corolario de lo expuesto, encuentro oportunas las siguientes palabras del doctor Brassac: "Enfrente de un azote tan terrible como el de la lepra, el médico debe luchar sin tregua y no confesarse vencido *jamás*, porque de la lucha sale frecuentemente una preciosa conquista, un glorioso descubrimiento en beneficio de las generaciones futuras."

Para terminar el presente informe, la comisión os propone:

1.º Contéstese al señor doctor Emilio Alvarez, dándole las

gracias por el obsequio con que ha tenido la bondad de honrar á esta sociedad.

2.º Nómbrase socio honorario de esta corporación al expresado señor doctor Emilio Alvarez, como manifestación de aplauso por el honroso puesto científico, que por sus talentos y consagración, ha sabido conquistar entre los sabios de Europa;

3.º Contéstese igualmente al señor doctor Manuel Uribe Angel, dándole las gracias por la fineza que ha tenido, de traer desde París, la colección enviada por el doctor Alvarez; y

4.º Nómbrase una comisión permanente, que se denominará de "Trabajos microbiológicos," para que estudie las demás muestras de la colección Alvarez, las conserve y se ocupe de los adelantos científicos en este ramo.

Señorés miembros.

GABRIEL J. CASTAÑEDA.

Bogotá, Agosto 25 de 1887.

LECCIONES DE FITOGRAFIA

DICTADAS Á LOS ESTUDIANTES DE BOTÁNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL.

Continuación. Véase el número 117.

CRUCIFERAS.

Entre los caracteres más constantes que marcan el tipo de esta familia y hacen de ella una de las más naturales, deben contarse el arreglo cuaternario del perianto, la disposición en cruz de la corola y la prefloración imbricada; la organización del ginecio, compuesto de dos carpelos soldados formando un ovario unilocular de placentación parietal; la inserción hipogínica y el número variable de las piezas del andróceo, la inflexión del embrión, la alternación de las hojas y la ausencia de estípulas. El fruto es una silicua corta ó larga, dehiciente ó indehiciente.

Las divisiones por las cuales ha pasado esta familia se han derivado, unas, de la disposición del embrión, y otras, de la forma del fruto. En esta última fundó Linnee su decima-quinta clase y los dos órdenes que distinguió en tetradinamia silicuosa y tetradinamia siliculosa. Adamson adelantó más en este camino y estableció distinciones referentes unas á la forma y otras á la dehiscencia del fruto. Pero es el embrión, entre todos los órganos, al que más importancia se ha acordado para la clasificación, no obstante que la posición de la radícula con relación á los cotiledones no guarda siempre el mismo valor taxonómico en todos los grupos. La clasificación adoptada por M. De Candolle tiene esta base, y la han seguido la generalidad de los botánicos. Sin prescindir del valor y peculiaridades del fruto divide la familia en cinco subórdenes, designados con los nombres de *Pleurorricceas*, *Notorricceas*, *Orthoploceas*, *Espirolobeas* y *Diplocolobeas*; según que el embrión lleve los cotiledones acumbentes, incumbentes, conduplicados en el sentido de su longitud ó todo el embrión enrollado en espiral, ó con los cotiledones dos veces plegados al través sobre ellos mismos.

M. M. Bentham y Hooker, adoptando como el profesor De Candolle, la forma del fruto como carácter de las divisiones de primer orden, han modificado profundamente en la delimitación de los diferentes grupos, la clasificación del botánico francés. Estos profesores han dividido las crucíferas en cinco series, y éstas en tribus. Los caracteres de las series los han tomado de la forma del fruto y su modo de dehiscencia; y los de las tribus, de estos mismos caracteres más particularizados, y de la disposición de los cotiledones.

SERIE 1.^a

La primera serie comprende las especies de silicua alargada ó corta, cuyas valvas, planas ó cóncavas por la parte interior, son paralelas al tabique y rara vez están interrumpidas por estos.

Esta division abraza cinco tribus: *Arabideas*, *Alsineas*, *Sisimbrias*, *Camelineas* y *Brasiceas*. La primera encierra 23 géneros; la segunda 18, dos de ellos dudosos; la tercera 19, uno dudoso; la cuarta 13, y la quinta 11.

TRIBU I.

ARABIDEAS.

Silicua angosta, y larga: granos por lo general uniseriados, cotiledones acumbentes.

De los géneros que forman esta tribu, solo dos tienen en el país especies indígenas; y son: el *Nasturtium* y el *Cardamina*. Del *Cheiranthus* y el *Mathiola* se cultivan dos especies como plantas de ornato, el *C. cheiri* y el *M. incana* con algunas variedades de flores dobles.

Nasturtium. Plantas herbáceas de aspecto muy variado, ramosas, glabras ó con alguna pubescencia, terrestres o acuáticas de hojas enteras, lobadas ó divididas en lacinias. Flores pequeñas, á veces bracteoladas: sépalos cortos extendidos; pétalos cortamente unguiculados ó nulos: seis estambres tetradínamos, ó bien cinco desiguales ó sólo uno. Silicua corta ó larga, algo cilíndrica; en unas pocas especies dídima; tabique trasparente: estilo corto, ó largo y delgado con el estígmato simple ó de dos lóbulos. Granos numerosos, pequeños, túrgidos, dispuestos en dos séries (rara vez en una), con los funículos cortos y libres.

Este género comprende 20 especies bien distintas, muy repartidas en todo el globo. Una de estas el *Nasturtium palustre* que se produce silvestre en las regiones frías del país, entre los sembrados y cerca de las habitaciones campestres; y el *Nasturtium officinale*, en los vallados; especie probablemente introducida desde tiempo inmemorial.

Cardamina. Plantas herbáceas de aspecto vario, glabras, de rizoma escamoso ó bulbífero: hojas opuestas, ternadas ó verticiladas, simples ó muy divididas. Flores subcorimbosas ó en

racimos, derechas ó inclinadas, sin brácteas, blancas, violadas ó purpúreas: sépalos de base igual; pétalos unguiculados. Silicua alargada, linear, comprimida, con las valvas planas, abriéndose con elasticidad, de tabique trasparente: estilo corto ó largo; estígmato simple. Semillas comprimidas, sin reborde.

Comprende este género 60 especies, seis de ellas, indígenas, todas, habitantes de las regiones frías; y son: el *C. picta*, *C. Jamesonii*, *C. tolimensis*, *C. ovata*, *C. laxa*, *C. Ibaguensis* y *C. demissa*.

TRIBU II.

ALISINEAS.

Silicua generalmente corta y ancha: semillas biseriadas. Cotiledones acumbentes. La representa en el país el género *Draba* con tres especies determinadas, y el *Lunaria* con una exótica, el *L. annua*.

Draba. Plantas cespitosas, herbáceas ó fruticosas de pubescencia blanca estrellada, con hojas enteras; las radicales dispuestas en círculo, las caulinarias, sésiles. Flores blancas ó amarillas, rara vez rosadas ó purpurinas, muy pequeñas, dispuestas en racimos largos ó cortos; sépalos cortos de base igual; pétalos también cortos, de limbo entero, emarginado ó bipartido, sésiles ó de base estrecha. Silicua elíptico-oblonga ó linear, comprimida, polisperma, rara vez oligosperma, con las valvas un poco aplanadas y el tabique membranáceo. Granos biseriados sin reborde; funículos setáceos, libres, rara vez unidos al tabique.

Abraza este género cerca de 80 especies bien determinadas. Las cuatro indígenas habitan la región fría, y son: el *Draba Cheiranthoides*, *D. pamplonensis*, *D. alysoides* y el *D. pachythyrus*, determinadas y descritas por los doctores Triana y Planchon.

TRIBU III.

SISIMBREAS.

Silicua angosta y alargada. Semillas generalmente uniseriadas. Cotiledones incumbentes, rectos, convolutados ó plegados al través. La representa en el país el género *Sisymbrium* con tres especies indígenas, y el *Schizopetalon* con una exótica, cultivada como planta de ornato, el *S. Walkeri*.

Sisymbrium. Plantas herbáceas, anuales ó bisanuales, glabras, peludas ó cano-tomentosas. Hojas radicales estrelladas: las caulinares generalmente auriculadas, amplexicaules, enteras, lobadas ó runcinado-pennatifidas. Flores comunmente amarillas, rara vez blancas ó rosadas: en racimos sueltos, por rareza axilares; sépalos de base igual ó con el lateral un poco sacciforme; pétalos angostos y largos, de uña larga. Estambres didimos sin dientes. Silicua linear alargada, cilíndrica ó comprimida, regularmente polisperma, de valvas cóncavas ó convexas, trinervadas por lo general; tabique igual á las valvas: estilo corto casi simple; estigmato simple, rara vez cupuliforme. Granos ablongos en una serie, con menos frecuencia en dos, sin reborde y con los funículos libres.

Consta este género de 80 especies bien determinadas; de las cuales tres son indígenas y de clima frío; á saber: el *sisymbrium myriophyllum*, el *S. hispidulum*, y el *S. solidagineum*.

TRIBU V.

BRASICEAS.

Silicuas cortas ó largas dehicentes en toda su longitud ó solamente en el ápice. Cotiledones largamente conduplicados.

De las 150 especies que les acuerdan los botánicos á los once géneros de esta tribu, sólo dos especies de *Brassica* se producen en el país; y son, el *B. napus*, var. *oleifera*, y el *B. oleracea* con algunas de sus variedades, todas europeas.

Brassica. Plantas herbáceas, rara vez subfructuosas, anuales, bisanuales ó perennes. Sépalos iguales; pétalos unguiculados. Estambres tetradínamos de filamentos sin dientes: cuatro glándulas hipogíneas opuestas á los pétalos. Silicua algo cilíndrica ó de cuatro lados con el tabique membranoso ó esponjoso. Estígmato terminal, truncado ó de dos lóbulos. Granos dispuestos en una sola serie con los funículos libres; los cotiledones duplicados ó longitudinalmente cóncavos.

SÉRIE 2.^a

Comprende esta serie las especies de silicua corta con valvas muy cóncavas por la parte interior y continuas con el tabique, por lo general muy angosto, que se abren por toda su longitud.

La forman dos tribus, *Lepidineas* y *Tlaspidneas*: la primera con 22 géneros y la segunda con 14.

TRIBU VI.

LEPIDINEAS.

Silicua comprimida corta. Cotiledones incumbentes ó duplicados.

De los géneros correspondientes á esta tribu no se conocen en el país sino dos especies bien determinadas: una perteneciente al *Capsella*, y otra al *Lepidium*; que son el *Capsella bursa pastoris*, al parecer cosmopolita, y el *Lepidium bipennatifidum*.

Lepidium. Plantas herbáceas ó subfructuosas de aspecto vario, glabras ó pubescentes derechas ó difusas, simples ó ramosas, rígidas ó tiernas. Flores en racimos, sin brácteas: sépalos cortos de base igual; pétalos pequeños ó nulos. Estambres dos ó cuatro. Silicua de forma variable, carenada, emarginada en el ápice, comprimida, de tabique angosto membranoso, generalmente sin estilo, y con el estígmato emarginado. Una sola semilla, rara vez dos pendientes de la cima del tabique.

Capsella. Plantas anuales, débiles, de tallo ramoso con las hojas radicales dispuestas en círculo, enteras ó lobadas, las caulinares enteras, sagitadas en la base. Flores en racimos sin bráctetas: sépalos de base igual; pétalos de base muy angosta y corta. Seis estambres libres. Glandulas más ó menos unidas á los estambres cortos. Silicua comprimida, de valvas naviculares carenadas, con el tabique angosto, membranáceo. Estio corto con el estigματο capitado. Semillas numerosas; túnuculos libres.

De las tercera y cuarta séries no se conocen especies en el país.

SERIE 5.ª

TRIBU X.

RAFANEAS.

Esta reúne las especies de Silicua cilíndrica ó moniliforme, indehiciente, unilocular, polisperma ú oligosperma; y comprende una tribu, *Raphaneas*, con nueve géneros de los cuales sólo uno está representado en el país, el *Raphanas*, con una especie; *R. sativus*, introducida probablemente con el trigo.

Las propiedades de las crucíferas tan uniformes como su organización, debidas al azoe y aceite volátil que se desarrollan en sus tejidos, las recomiendan, á unas, como alimenticias, y á otras, como excitantes; si bien, el predominio del primero las predispone á entrar pronto en putrefacción y á adquirir ese olor fétido animal que caracteriza en estas plantas la descomposición, resultado inmediato de la producción consiguiente del amoniaco, muy marcado, sobre todo, en las hortalizas como la col y el rábano.

El aceite esencial de los granos de mostaza cuya propiedad rubefaciente es universalmente conocida, no es en un principio inmediato; desarróllase en circunstancias favorables bajo la acción recíproca del ácido *mironico* y de la *mirosidina* que existen aislados en las semillas.

Además, algunas de éstas, como las de la colza contienen aceite fijo en sus granos.

Aparte de las cualidades alimenticias y excitantes propias de muchas de estas especies, y las antiescorbúticas que la medicina reconoce á la generalidad, hay algunas con propiedades especiales; tales como el *Cheiranthus*, cuyas flores en infusión son reputadas pectorales; el rizoma del *Raphanus* es diurético, el *Capsella* es astringente, el *Sisymbrium* digestivo y depurativo.

En ciertas raíces las propiedades excitantes están moderadas por un principio azucarado que las recomienda, debido á la privación de la luz; debilitamiento que se provoca artificialmente en las partes aéreas impidiendo la expansión de los órganos foliáceos y florales por medio de ligaduras que manteniendo recogidas las hojas exteriores detienen en su desarrollo las interiores y evitan la producción de la clorófila y sus efectos consiguientes.

Distribución geográfica. La mayoría de las crucíferas está repartida en el antiguo continente, sobre todo en Europa: una décima pertenecen á la América, disminuyendo á medida que se acercan al Ecuador, donde son muy raras.

CAPARIDEAS.

Esta familia está dividida en dos tribus *Cleomeas*, y *Capareas*; división fundada en la naturaleza del fruto que es seco, capsular y dehiciente en las primeras, y carnoso en las segundas. La consistencia del tallo generalmente herbáceo en las cleomeas, es, por el contrario, leñoso en las capareas.

Bentham y Hooker comprenden en estas dos tribus, diez y nueve géneros: nueve para la primera, y diez para la segunda. Otros clasificadores las han reducido á una cifra muy inferior.

TRIBU I.

CLEOMEAS.

Cleome. Género compuesto de plantas herbáceas ó subarborescentes de hojas simples ó bien de 3—7 foliolos, enteros ó aserrados, con flores solitarias ó dispuestas en racimos, regulares y hermafroditas: el cáliz cuadridentado ó cuadrupartido; la corola de 4 pétalos enteros sésiles ó unguiculados; á veces dirigidos hacia un lado, de prefloración torcida ó imbricada. El andróceo, compuesto de 6—4 estambres igualmente dirigidos hacia un lado y engruesados en su extremo, está separado del perianto por un teóforo ó disco glandular que ocupa la superficie del receptáculo. El ovario es sésil ó más generalmente estipitado, oval ó linear, unilocular, con dos trofospermas cargados de numerosos óvulos campulitropos, y terminado por un estígmato sésil. El fruto es capsular, dehiciente, sésil ó llevado por un carpóforo más ó menos largo. Los granos son reniformes.

De las cien especies que comprende este género, la mayor parte tropicales y de las regiones cálidas, son pocas las que se conocen en Colombia, y muy reducido el número de las determinadas: éstas alcanzan á diez y nueve. Las que pertenecen á la región cálida son: el *Cleome spinosa*, *C. gigantea*, *C. pruriens*, *C. Humboldtii*, *C. polygama*, *C. pubescens*, *C. speciosa*, *C. gracilis*, *C. porphyrantha*.

Pertenecen á la templada media: el *C. rubiginosa*, *C. pungens*, *C. puberula*, *C. densiflora*, *C. brachycarpa*, *C. macrothyrsus*, *C. lateralis*, *C. coccinea*, *C. decipiens*; y á la fría el *C. anomala*.

Los ocho géneros restantes carecen de especies en el país.

TRIBU II.

CAPAREAS.

Steriphoma. Plantas herbáceas de pubescencia estrellada, con hojas largamente pecioladas, alternas, de un solo foliolo

lanceolado muy entero, con el peciolo engruesado en el extremo. Inflorescencia en racimos terminales: cáliz gamosépalo dividido con irregularidad en 2, 3, 4, lóbulos, con cuatro facetas escamiformes en la base por la parte interior, que alternan con los pétalos: cuatro pétalos casi iguales y también sésiles sobre un disco anular forrado por la expansión del receptáculo. Estambres de filamentos largos, desiguales, libres, en número de cinco ó seis; anteras grandes. Ginecio estipitado de ovario bilocular, pluriovulado con dos trofospermas: estigmato sésil disciforme. Fruto bacciforme.

Consta este género de tres especies todas americanas, de las cuales solo una, el *Steriphoma paradoxum*, crece en el país.

Capparis. Árboles ó arbustos trepadores, tomentosos ó glabros, con espinas ó aguijones. Hojas por lo general alternas, deciduas ó persistentes con estipulas espinosas ó setáceas. Flores blancas solitarias ó fasciculadas, axilares ó supraxilares ó en racimos corimbosos bracteados, de 4 sépalos, á veces cinco; pétalos en el mismo número, imbricados. Receptáculo reducido á glándulas. Estambres libres numerosos. Ovario largamente estipitado, pluriovulado; estigmato sésil. Fruto, baya globosa ó cilíndrica ó silicueforme.

Se cuentan 125 especies, no muy bien estudiadas, la mayor parte tropicales. Las conocidas hasta ahora en Colombia son: el *Capparis laetevirens*, *C. subbiloba*, *C. berrucosa*, *C. sessilis*, *C. hastata*, *C. linearis*, *C. frondosa*, *C. triflora*, *C. macrophylla*, *C. pulcherrima*, *C. nemorosa*, *C. Breynia*, *C. lacta*, *C. poliantha*, *C. péndula*, *C. securidacea* y *C. detonsa*.

Morisonia. Árboles inermes muy semejantes en los órganos de la fructificación al género precedente. Llevan hojas simples, pecioladas y coriáceas; flores numerosas, grandes ó pequeñas, en corimbos axilares ó terminales, de cáliz ventricosó campanulado, dividido con desigualdad en dos á cuatro piezas, con cuatro glándulas en la base por su parte interior; cuatro pétalos

alternando con las glándulas. Receptáculo prolongado en ginoforo, llevando estambres en número indefinido. Ovario ovado atravesado por ocho tabiques pluriovulados: estígmato sésil disciforme. Fruto baciforme plurispermo.

Se conocen cuatro especies americanas, dos de ellas indígenas, el *Morisonia americana* y el *M. multiflora*.

ESTUDIO

SOBRE ALGUNAS FORMAS DE TUBERCULOSIS EN EL INTERIOR DEL PAÍS

OBSERVACIONES—SERVICIO DEL HOSPITAL (VÉASE EL NÚMERO 117).

Observaciones.

I. En el curso del año próximo pasado al encargarnos del servicio de Clínica, encontramos en el departamento de hombres, un individuo de 38 á 40 años de edad, de pésima constitución, de mediana talla, de temperamento bilioso pronunciado, sin otros antecedentes que los de haber permanecido de tiempo ha en el Hospital, sin experimentar el menor cambio en favor de su salud, habiéndose renunciado ya en él el ensayo de toda medicación, porque rehusaba la administración de toda prescripción.

Permanecía recostado en el decúbito dorsal, oculto en sus cobertorios, y con trabajo se obtenía la separación de éstos, y era entonces cuando se podía observar un cuerpo profundamente enflaquecido, emaciado; vientre hondamente deprimido é indolente á la presión; tórax reducido á la armazón ósea, con espacios intercostales ahuecados; resonaba bien por la percusión, pero á la auscultación, la respiración, en razón de la suma lentitud en la ejecución de cada una, era imposible oír nada digno de llamar la atención. Pulso pequeño, el corazón funcionaba bien. Hígado normal en su volumen. Vías génito-urinarias en buen estado. Lengua pálida y saburrosa. Diarrea colicuativa. Se alimentaba con leche y no aceptaba otra cosa. Todo movimiento comunicado en el acto de cambiarle de posición ó para examinarlo le causaba dolores agudísimos en todo el cuerpo. Piel fría y yerta. Nada de falanjetas hipocráticas. Irascibilidad extrema, gustaba de absoluto aislamiento. No tosía, ni se le había oído nunca toser. Una pléyade de piojos inundaba su tegumento externo. Ex-

halaba una fetidez especial, propia de un cadáver en principio de putrefacción.

Como *diagnóstico* tenía *cirrosis atrófica*, aunque sin ascitis y sin circulación complementaria, no habiendo sido ni venéreo, ni palúdico, ni alcohólico. Suspendemos nuestro diagnóstico, esperábamos ver más en el anfiteatro.

Como insistía desde el principio en no tomar remedio ninguno, indicamos el ensayo de la dieta para obligarlo á la obediencia hospitalaria: fué entonces víctima de una de tantas pasiones á que estaba sometido durante su estancia en el servicio, y un día pide su alta y abandona el Hospital el enfermo que por largos meses no había abandonado ni por un momento su lecho.

Un mes después trae la policía el cadáver á los anfiteatros de la Escuela para someterlo á reconocimiento médico-legal.

A pesar de las medidas activas de aseo en su nuevo domicilio, los piojos no le habían abandonado. Cuerpo en extremo enflaquecido.

Inspección ventro-torácica : adherencias pleurales, peritonitis crónica, ausencia de derrames, sinnúmero de tubérculos miliares en las hojas serosas, parietales y viscerales. Placas lechosas en el pericardio parietal, sin derrame en éste. En ambos riñones tubérculos en la cápsula y sustancia cortical, aquellos pequeños y anémicos.

Bazo, tubérculos en su envoltura serosa.

Hígado pálido, con estriás de tejido conjuntivo inodular, gran número de tubérculos en la superficie, mas nó cirrótico ni graso.

Ambos pulmones completamente invadidos por tubérculos ; unos en el estado miliar, el mayor número formaban gruesas masas en vía de regresión caseosa, especialmente hacia las cimas de ámbos lados. Las únicas porciones de pulmón exentas de tubérculos estaban en plena dilatación enfisematosa ; pulmones pálidos, exangües, completamente adheridos á las pleuras. Uno que otro tubérculo sobre el pericardio parietal y visceral, en estado de crudeza.

Tráquea y laringe pálidas y sin un solo tubérculo. Tubérculos en la lengua, sobre la cara superior, hacia los bordes y punta de aquella. Idem y en estados varios en todo el intestino delgado, y en el grueso, todos en completo trabajo de ulceración hasta el ano. Ganglios mesentéricos tuberculosos y en regresión caseosa. La vejiga, la próstata y los testículos, intactos. Las meninges edematosas, sin tubérculos, lo mismo en

los asientos clásicos de estos : arteria basilar, silvianas, centro de la protuberancia anular, etc. El cerebro anémico. No se hizo la auptosía de la médula espinal. Sangre fluida y escasa.

Esta auptosía se hizo en asocio del señor Pablo García.

Muerte por inanición, por extinción, por consunción, por falta absoluta de todo elemento vital en acción.

Duración media de la enfermedad, dos años y medio.

II.—Hacia la misma época del anterior, una mujer de 28 á 30 años de edad, célibe, india, de mediana constitución, de temperamento linfo-bilioso, hace como dos años que se encuentra cada día más postrada de sus actuales sufrimientos.

Hacer la relación del aspecto exterior, de la posición, del enflaquecimiento, de su estado funcional, de su diarrea colicuativa, de los dolores que en un punto, ya en otro por el acto de moverla, de cambiarla de posición ; de su irascibilidad, de su indiferencia absoluta por todo lo que la rodeaba, hasta por la madre misma que estaba en el lecho inmediato, siñ olvidar su repugnancia por toda alimentación y uso de todo remedio, etc. sería repetir puntualmente todo lo que indicamos en el caso anterior.

Tenía el mismo diagnóstico del individuo de la primera observación, aplazamos nuestras dudas.

Esta enferma no tosía, sólo que la voz era muy lenta y baja, hacía esfuerzo, por falta de capacidad pulmonar, en la articulación de cada palabra. Una mañana la encontramos con epístasis, sin observær mayor cambio en la marcha habitual de su enfermedad, de un momento á otro arroja espuma por la boca y pocos momentos después muere.

En cuanto al aliento, al sinnúmero de piojos y á la indocilidad, &, eran las mismas del caso ya señalado.

Hacemos la autopsía con el señor Nectario León, agregamos que había tubérculos en los ligamentos anchos, nada, nada absolutamente tenemos que suprimir ni agregar al resultado del caso anterior.

III.—Un hombre de 55 á 60 años de edad, profundamente enflaquecido, fétido, en el estado más lastimoso, lleno de piojos, completamente entorpecido, de modo de no poder suministrar dato alguno acerca de la enfermedad, llega totalmente infiltrado, presentando los caracteres de un mal Brightico avanzado, más una diarrea colicuativa. Es casi imposible examinarlo, ya por lo anunciado, como por la exigencia permanente de que lo dejen quieto.

IV.—Frente al lecho del caso que precede se dió abrigo á un hombre de la misma edad, del mismo temperamento y con todos los caracteres del individuo de la tercera observación, solo que ámbos testículos estaban completamente endurecidos.

El señor Pablo García hizo ámbas autopsías: en el primero encontró un mal de Bright crónico, una estrechez uretral y la distribución tuberculosa de los dos pulmones, diseminados en todas sus partes; en el segundo caso tubérculos más pronunciados y más numerosos que en ninguna de las anteriores autopsías, más los testículos que estaban totalmente invadidos por masas muy voluminosas de tubérculos.

En ambos casos la muerte sobrevino como de costumbre, insensiblemente, sin período de agonía, por lenta extinción de las fuerzas del enfermo, y sin poder observar antes nada que asegure la inmediata fatal terminación.

V.—Se trata de una muchacha de quince años de edad y que encontramos en el año pasado al recibir el servicio de Clínica, al parecer de buena constitución y de regular talla. Hacía diez y ocho meses que sufría, en los tres primeros meses de dismonorrea, y en en los últimos quince de amenorrea; en éstos últimos meses empezó á sufrir de pérdida del poder de acción de la mitad derecha del cuerpo, paresia hemipléjica, y desviación de la mitad de la cara del lado opuesto. Estos desórdenes se fueron aumentando y entró al Hospital.

Tenía ya un mes de permanencia, *se había diagnosticado derrame entre la cápsula externa y la interna*, y un vejigatorio se le curaba sobre la región cervical posterior. Había allí parálisis del facial izquierdo, excepto del ramo orbicular de los párpados, parálisis de toda la porción sensitiva del trigémino y conservación del movimiento de diducción del maxilar inferior; hemiplegia derecha con atrofia de las eminencias tenar é hipotenar de la mano del mismo lado y algo de los músculos interóseos; la sensibilidad de las partes afectadas era obtusa; había, además, raptus congestivas en la conjuntiva del ojo izquierdo; pérdidas de contracción y de resolución del lado hemipléjico; gritos hydrencefálicos; *intelectus* ligeramente deprimido, articulación lenta é incompleta; *discusia*, inclinación conjugada homonímea del cuello y de los ojos sobre el lado izquierdo.

Se diagnosticó: *tumor de la mitad inferior izquierda de la protuberancia anular, (un glyoma?) degeneración antero-lateral derecha, descen-*

dente, que interesa el cuerno anterior correspondiente de la sustancia gris; lesión posible del lado de los hemisferios cerebrales y hacia las circunvoluciones frontales.

La enferma comía y bebía con apetito, sus intestinos funcionaban bien; riñones, bazo é hígado normales; el vientre ligeramente deprimido. El tórax resonaba bien por la percusión, y por la auscultación se sentía la respiración verificarse con suma lentitud y no era posible conseguir de parte de la enferma un esfuerzo á fin de oír mejor lo que pasaba en sus pulmones; en todo caso no tosía y no se le había oído nunca toser.

Esta enferma fué antes examinada cuidadosamente por el señor Dr. J. D. Herrera, y en los exámenes de fin de año de los cursos de Clínica, fué dada varias veces como tema delicado de diagnóstico y siempre se llegó por el alumno y por el Profesor que presidía el examen á la conclusión de un derrame cerebral, y hay más aún todavía: en uno de estos exámenes no solo se aseguró la existencia del derrame, sino que se aseguró por parte del Profesor, que si en su sala estuviera, de tiempo ha habría sido curada, por el uso de las preparaciones de nuez-vómica, &*, como sus alumnos estaban ya acostumbrados á presenciar casos varios de la misma naturaleza.

Se trataba de un caso claro de *parálisis alterna de Gubler*. Sigue imperturbable su curso la enfermedad: lesiones tróficas aparecen del lado del ojo izquierdo; la masticación se hace imposible, porque los alimentos se deslizan entre las arcadas dentarias y la mucosa de las mejillas; la emaciación es cada día mas pronunciada y en medio de signos de depresión cerebral y con gritos hydreencefálicos muere, después de un periodo agónico de tres días.

La *marcha* fué la de un tumor cerebral, la *duración* de la enfermedad de diez y ocho meses, y la *muerte* sobrevino por emaciación y por edema de las meninges.

Autopsia. Cuerpo profundamente enflaquecido, con un crecido número de piojos.

Vías digestivas: *tubérculos* en la lengua, amígdalas y repliegues ariteno-epiglóticos; *tubérculos* en el *intestino delgado* en los lugares de lesión de la fiebre tifoidea, y en el *ciego, ese iliaca, recto* y uno que otro en los *colones*, en el punto opuesto á la inserción mesocolónica.

Vías respiratorias: ámbos *pulmones* y ambas *pleuras*, inclusive los ganglios brónquicos, ofrecen, los pulmones desde la granulación, la de-

generación caseosa hasta una que otra caverna, de modo de ser imposible la respiración por falta de espacio para verificarse aquélla, presentando las exiguas porciones de pulmón intacto ó sean los bordes, los tipos más bellos de enfisema patológico; completa adherencia de las cimas pulmonares á las pleuras parietales, de modo de no poder separar aquéllas de éstas, y en el esfuerzo de separación, grandes porciones de pulmón quedaron adheridas á las pleuras. Los *ganglios brónquicos* en degeneración caseosa neta.

Uno que otro tubérculo sobre el pericardio parietal.

Cavidad abdominal: ganglios misentéricos en degeneración caseosa. Uno que otro tubérculo sobre la cápsula de Glison; muchos y numerosos en el espesor y en la superficie del bazo; en ambos riñones, en la superficie, sobre los cálices y los basinetes y bajo-fondo de la vejiga.

Sistema nervioso: un gran tubérculo, como una gruesa almendra, en la mitad inferior izquierda de la protuberancia anular: es duro, blanquecino, sin foco de reblandecimiento alguno y se enúclea con alguna facilidad; otro un poco más pequeño sobre parte de la tercera circunvolución frontal y la parietal ascendente del lado derecho, más otro al nivel de las de Reil del lado izquierdo; ámbos del mismo color y enucleables, sin haber encontrado nada más del lado de las meninges cerebro-raquídeas, ni en la médula espinal.

Todo pues, fué de origen tuberculoso.

(Continuará).

JOSUÉ GÓMEZ.

REVISTA TERAPEUTICA.

TALINA.—Tenemos que dar cuenta á nuestros lectores de un nuevo antitérmico ó antipirético: la talina, descubierta por Sktraup y estudiada por Von Jacksch, y llamada talina, porque tratada por el percloruro de hierro, da una sal de un hermoso color verde. Es un producto industrial preparado por la fábrica soda-fabrich. Es además barata y de fácil aplicación. Como producto químico, es un ioduro de paraquinanisol, y cuyo nombre técnico es *tetrahidroparametiloxiquinolina*.

El doctor Mingazzini, cuya memoria vamos á extractar, dice que la talina tiene un sulfato, un tartrato y un hidrocloreto. Su

eliminación se efectúa por la orina en su mayor parte, á la que da un color amarillo oscuro, que parece verde mirando el líquido por transparencia. No produce albuminuria ni glicosuria. Los experimentos del autor han recaído en siete tísicos, en un caso de reumatismo poliarticular, otro de pleuresía, dos de pulmonía, uno de septicemia puerperal, tres de tifus y uno de fiebre gástrica.

Von Jaksch afirma que no rebaja la temperatura en el estado sano. El sudor falta algunas veces, pero por regla general, es profuso y más que el producido por la antipirina: esta producción del sudor cree el autor que no influye sobre la temperatura originaria, pero sí sobre la duración de su descenso; administrando 33 centigramos de talina con 5 miligramos de agaricina á una tísica, el sudor fué casi nulo, y en cambio bajó la temperatura.

Este descenso empieza á la media hora con dosis de 25 centigramos, y va creciendo hasta alcanzar su máximum de descenso á las dos horas y media ó tres. A la dosis de 25 centigramos el máximum de depresión de temperatura se mantiene de una á dos horas; con 75 centigramos dados de una vez ó á dosis refractas se pueden bajar fiebres de 40° y 41° por diez ó catorce horas, á 37° y aun á 36°.

La respiración se modifica sensiblemente por la talina, llegando á disminuirse hasta once y doce inspiraciones. El pulso baja también á 46 y 48 pulsaciones. Algunas veces hay náuseas, vómitos y trastornos intestinales, como sucede con las grandes dosis de antipirina y más todavía con la kairina.

En inyecciones hipodérmicas los efectos son casi iguales, salvo la dosis, que no debe pasar de diez centigramos.

La talina no tiene influencia sobre la marcha ulterior de la enfermedad, y se reduce únicamente su influencia á rebajar la temperatura, el pulso y la respiración. Sus efectos antitérmicos son más intensos en los tísicos, los tíficos y los reumáticos. Menos

en la pulmonía y en la pleuresía, y casi nulos en la septicemia puerperal con sinovitis purulenta de la rodilla.

En la última parte de su Memoria, confronta el autor el valor antitérmico de la talina con el de la antipirina, y dice : que debemos empezar el tratamiento antipirético por la antipirina, salvo los casos excepcionales en que una gran debilidad del paciente exija un rápido descenso de temperatura.

Ha entrado también en la terapéutica de las afecciones catarrales, como la trementina, la que, apesar de sus grandes ventajas, sobre todo como hemostático pulmonar, es de tan difícil administración, que creemos que muchos enfermos la han de rechazar ó la tolerarán muy poco. Como hemostático, con todos estos inconvenientes, no tiene sustitución ; pero como anticatarral podemos sustituirla, con ventaja, por los dos derivados de que nos vamos á ocupar, de moderna introducción en la terapéutica, y de los que tenemos observaciones propias bastante numerosas. Algo contradicen nuestras opiniones á las de Guelpa, que publicamos inmediatamente puesto que hemos obtenido bastantes modificaciones en la mucosa respiratoria con la terpina y el terpinol.

CONTENIDO DEL NÚMERO 118.

	Págs.
ACTA DE LA SESIÓN DEL 13 DE AGOSTO.—Nombramiento de una comisión.—Nota del Alcalde acerca de la difteria.—Nota del señor Ricardo Soto O. acerca de la cocaína.—Nota del doctor Evaristo García de Cali, sobre el Beriberi.—Nota del doctor Adolfo Murillo de Chile acompañando un ejemplar de la Farmacopea de Chile.—Comisión encargada de concurrir á la Junta de aseo y ornato de la Ciudad de Bogotá.....	784 á 789
SARCOMA PIGMENTADO DE LA PIEL.—Observación de los alumnos de la Universidad, señores <i>E. Combariza</i> y <i>M. Villa</i>	789
ENSAYO SOBRE EL BERIBERI.— Doctor <i>Evaristo García</i>	796
INFORME SOBRE UNA COLECCIÓN DE PREPARACIONES MICROSCÓPICAS ENVIADAS DE PARÍS POR EL DOCTOR EMILIO ALVAREZ.—Bacteria del carbón maligno—de la tuberculosis—de la lepra— Microbio de la fiebre tifoidea— de la erisipela— de la neumonía &c.—Clasificación del microbio de la lepra— Diagnóstico de este bacilo.—Bases de tratamiento de la lepra.— <i>Doctor G. J. Castañeda</i>	809
LECCIONES DE FITOGRAFÍA.—Crucíferas.—Caparideas— <i>Doctor W. Sandino Groot</i> .	813
TUBERCULOSIS.—Estudio sobre algunas formas en el interior del país.— <i>Doctor Josué Gomez</i>	823
REVISTA TERAPEUTICA.— <i>Talina</i>	828