

# LA CRONICA MEDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGIA Y FÁRMACIA

ORGANO DE LA SOCIEDAD MEDICA UNION FERNANDINA

AÑO XIV }

LIMA, DICIEMBRE 15 DE 1897.

{ N.º 215

## TRABAJOS NACIONALES

ENRIQUE L. GARCÍA

### **Dilatación del estómago sin estenosis pilórica**

*Tesis para el Bachillerato en medicina.*

Al Sr. Dr. Ricardo L. Flores, catedrático principal de la Facultad de Medicina de Lima.)

Sr. Decano, Srs. catedráticos:

El estudio de las enfermedades del estómago-abandona-este último cuarto de siglo un terreno, que pudiera titularse metafísico, para ejercitarse en otro verdaderamente positivo. Asistimos hoy á una renovación definitiva de la Patología gástrica.

Esta revolución científica, en cuya incontenible corriente naufragan las antiguas concepciones patogénicas y los procedimientos terapéuticos á que dieran lugar, se ha realizado y se mantiene invencible tras el triunfo, porque dispone de elementos nuevos y poderosos que le abren camino amplio para una brillante carrera: métodos de investigación directa del contenido estomacal que le han proporcionado fructuosísima alianza con los análisis químico y microscópico—de donde la mayor intimidad del clínico con el proce-

so normal ó patológico de la digestión; modificaciones recientes en la técnica de la exploración exterior, la percusión perfeccionada, la auscultación aplicada al estómago, la distensión artificial de este órgano, el chapoteo y otros, suministran signos objetivos que—desde el punto de vista de la nosología y del diagnóstico—superan, con mucho, á los mejores subjetivos de ordinario mal proporcionados por el paciente.

También la fisiología abona el terreno con sus descubrimientos sorprendentes: estudia el reflejo nervioso y la acción vasomotriz, determina el funcionamiento de las glándulas salivares, del hígado y del páncreas—el fermento salivar, la glicogenia, el trifermento pancreático y el desdoblamiento de las grasas por la bilis.

Con la aparición de la histología—para la que se reservaba porvenir tan brillante—el estudio adquiere un inesperado sello de exactitud y de verdad: hácese prolijas descripciones de cada órgano, fibra por fibra y célula por célula, y hasta la célula y la fibra se disocian! No será ya un secreto la estructura del glóbulo epitelial; en adelante, se conocerá la disposición de la fibro-célula muscular en cada órgano, se contarán sus filetes nerviosos y se conocerá la rama de donde estos filetes proceden!

La resolución de tantos problemas,—á cual más interesante,—trae, como corolario problemas

nuevos de patología y terapéutica gástrica.

Desde su base el antiguo edificio está arruinado, y el genio moderno pretende levantar otro, sobre los cimientos incommovibles de las verdades científicas—recientemente adquiridas—pero ya suficientemente comprobadas.

No está todo hecho, ni mucho menos. Los sabios no llegan á un acuerdo unánime, y surgen tres escuelas principales:

Dirigida la primera por Jaccoud, Leven, Lecorché y Niemeyer, pone atención especial en las lesiones gástricas, y conserva, de Broussais, el elemento inflamatorio. Y todavía entre ellos hay disidentes! Leven, el defensor ardiente de la gastritis modificada, levanta un monumento al neurosismo y proclama primordial su ingerencia en los trastornos gástricos.

Aprovecha la segunda escuela del perfeccionamiento del sondeo de Kussmaul, de los reactivos colorantes de anilina y de los procedimientos de análisis modernos. Para la patogenia recurre á una concepción fisio-química del proceso digestivo y para el diagnóstico se vale del análisis. Tiene por sostenedores, á Leube, Ewald, Boas, Menig, Laborde L. Cuenta con adeptos en Alemania, Inglaterra y EE. UU., y halla en Francia un colaborador ardiente en el ilustre profesor Germán Sée, quien declara terminantemente: "que las dispepsias son operaciones químicas defectuosas."

La tercera escuela es creada por el profesor Bouchard, que tiene ya conocimiento del descubrimiento de las ptomainas y leucomainas de A. Gautier. Es mantenida en todo su vigor,—especialmente en Francia—por Lepine, Quinquaud, Mathieu, Dujardin Beaumetz.... Su doctrina reposa sobre un hecho anatómico—la dilatación del estómago, y un fenómeno patológico—la auto-intoxicación.

De estas tres escuelas ninguna tiene primacía absoluta; ninguna excluye á las otras. Aunque le-

vanten bandera separatista—en lo que tienen de fundamental—tal vez contra su tendencia exclusivista, se ven obligados á auxiliarse mutuamente.

No alcanzo á saber exponer y defender—ante mi ilustre jurado—el derecho que asista á alguna de estas escuelas para ocupar el primer puesto. Así sin plegarme al exclusivismo patogénico de la concepción de Bouchard, me circunscribo á estudiar su consecuencia más interesante: el síndrome clínico que pudiera titularse *dilatación del estómago sin estenosis pilórica*.

Ateniéndose al sentido estricto de la palabra dilatación, un estómago dilatado sería aquel cuya capacidad hubiese pasado de la normal. Y parece que esta sencilla manera de concebir el asunto fué lo que indujo á los primeros observadores á consignar algunos casos aislados de dilatación gástrica. No tienen efectivamente más alcance que el de curiosidades científicas, el caso de Plempuus mencionando un estómago que contenía nueve pintas. (1) el de Shüring 48 litros, el de Heuricus ab Heer de uno que ocupaba todo el abdomen y otros—tanto ó más notables—observados antes de este siglo.

Pero un estómago grande no es necesariamente la que se llama un estómago dilatado. No es el aumento de capacidad condición suficiente, y puede haber estómagos dilatados que no alcancen la apreciable por medios de exploración sencillos.

Puede ocurrir que este incremento sea pasajero—como acontece cuando el ventrículo está ocupado por gases; pero entonces es—hasta más propio—decir que está distendido.

La formula de Bouchard "todo estómago que no se retrae estando vacío es un estómago dilatado" es todavía incompleta y susceptible de crítica. En efecto, para el mis-

(1) Una pinta equivale á 0. 56793 litros

mo Bouchard, lo que dá la nota predominante es la intoxicación que proviene de la estancación de los *líquidos* y de los *alimentos sólidos*; por otra parte puede existir la asténia gástrica, sin aumento de la capacidad ni retención prolongada, como sucede en la dispepsia neurotrófica — por más que ella—descuidada, conduzca á la dilatación.

Así la dilatación verdadera supone las condiciones siguientes:

1.º Aumento de la capacidad ventricular;

2.ª Permanencia del trastorno. La dilatación verdadera del estómago es esencialmente crónica;

3.º Atonía ó disminución de la tonicidad de la musculatura gástrica; y

4.ª Retención de los líquidos y alimentos sólidos.

Estas condiciones conducen á la definición siguiente:

La dilatación verdadera del estómago es un estado patológico duradero, que caracterizan, á la vez, el aumento de volumen, la disminución de su tonicidad y la existencia de la retención. *La auto-intoxicación es su corolario.*

Me parece indispensable justificar esta última aseveración. Debo pues una palabra de explicación sobre la manera como el aparato digestivo se hace causa de intoxicación para el organismo.

*Auto-intoxicación gastro-intestinal.* En el estado normal contiene el tubo digestivo tres clases de venenos: los traídos por los ingesta—los que elimina la bilis—y los originados por la putrefacción. La totalidad de esos venenos no pasa á la sangre (las materias fecales son tóxicas), pero la cantidad absorbida—como se comprende—crece en proporción directa con la toxicidad gastro-intestinal.

La bilis—factor de desasinilación—es por lo mismo tóxica. Pero la complejidad del proceso digestivo salva al organismo: sufre el fluido biliar variadas metamorfosis, que insolubilizan á sus componentes y los precipitan. Con to-

do—y aunque como elemento de escasa consideración—contribuye á la intoxicación de la economía. Si—por motivos diferentes—esta interesante secreción no llena debidamente su cometido, el peligro crece. La bilis se transforma en peligroso veneno. (\*)

Los ingesta—las sustancias introducidas en el aparato digestivo, á título de alimentos—contienen elementos extraños á las exigencias del organismo y nocivos para él. ¿Quién no ha oído calificar á algunos de ellos de alimentos *pesados*? Pero no precisa tanto, ni hay urgencia de llegar hasta esos tan justamente así calificados por el vulgo, gracias á una observación grosera. Las sustancias albuminoideas, esas sustancias que juegan el papel más interesante en el proceso nutritivo de la economía, son venenos para ella, venenos, sobre todo, por la potasa que encierran y por las consecuencias á que darán lugar ulteriormente, contribuyendo á la putrefacción gastro-intestinal.

El tubo digestivo es el medio más favorable para el alojamiento y la pululación microbiana: abierto al exterior recibe—con cada alimento—una nueva colonia de refuerzo y con qué lujo de precauciones les prepara hospedaje! Nada les hace falta: agua, sustancias nitrogenadas, peptonas, hasta calor, un calor menos variable que el que se obtiene en las mejores estufas de laboratorios. Lástima que las exigencias de la digestión gástrica les opongán el ácido clorhídrico á su paso por el ventrículo, que les neutraliza, más no extingue! Una vez en el intestino, en plena alcalinidad, es de ellos todo el campo; las esporas despiertan su actividad latente y se multiplican hasta los límites de lo prodigioso.

(1) Su actividad tóxica es seis veces superior á la de la orina. "Si toda la bilis que el hígado segrega pasase directamente á la sangre, el hombre se envenenaría en 8 h. 55"; si toda la orina que los riñones segregan sufriera igual suerte, el hombre se envenenaría en 6 h. 32".—BOUCHARD.

En tan gran número, y en tan excelentes condiciones, emprenden su gran tarea de disociadores de los materiales complejos que le rodean, la putrefacción queda establecida.

En el ejercicio de su actividad, el microbio—entidad celular—desplega como los organismos complejos, sus facultades de emunción y es el producto que secreta activísimo veneno. Por eso las putrefacciones son tóxicas.

Mas cabe preguntar: el trastorno es originado por el paso á la sangre de ese producto de secreción ó por el mismo microbio? Es intoxicación realmente ó es infección?

Por el año 1822. Gaspard inyectó en las venas de animales vivos los líquidos de la putrefacción y comprobó en ellos el abatimiento—la diarrea—los vómitos—la rubicundez de las mucosas—las equimosis del tubo digestivo, del tejido celular y muscular—el infarto esplénico y ganglionar mesentérico—la congestión pulmonar, etc.; pero Gaspard y los de su época nada sabían de agentes infecciosos. No acontece lo mismo con el experimento de Panun, que tomó la precaución de esterilizar—por ebullición—el líquido putrefacto antes de la inyección.

Responde también á la hipótesis de la intoxicación la argumentación de Koch: si se trata de ella, los efectos serán inmediatos, si de infección deben de ser tardíos, por la incubación; si de intoxicación el trastorno será proporcional á la cantidad inyectada, si de infección la pululación la facilitará con poquísimos microbios. La experiencia prueba la ausencia de incubación y la proporcionalidad de los accidentes con la cantidad de veneno. No caben más dudas. Se trata de una intoxicación en el verdadero sentido de la palabra, pero de una intoxicación *normal*, si se me permite la expresión.

Y por qué no permitirle si ella tiene continuamente lugar dentro del círculo de funcionamiento fisiológico?

Porque es el organismo incom-

parable laboratorio que, incesantemente fabrica y destruye sus propios elementos, acopia y rechaza sucesivamente los materiales para ese trabajo y los productos ya inservibles. Cuenta para ello con dos factores indispensables; la absorción y la emunción. Atiende á lo primero—excepción hecha del oxígeno—el aparato digestivo; la emunción se realiza por el riñón principalmente.

Si el aparato digestivo y el riñón se portan á la altura de su tarea fisiológica, nada hay que temer. El esquema tal vez es aplicable: el enturbiamiento lijero del arroyo no detiene el curso de sus aguas; si se carga tanto que llega á cenagoso, ó si se coloca un dique á su salida, será fatalmente detenido.

La excesiva producción tóxica, la insuficiencia secretoria general—y la renal en particular—he aquí los dos causas de intoxicación *pe- ligrosa*.

Esta última no nos ocupa especialmente, lo que nos circunscribe á señalar tan solo los orígenes de esa producción tóxica, especialmente en el tubo digestivo.

El factor de mas importancia en el proceso es, indudablemente, el intestino. El estómago normal se presta menos para desempeñar este nocivo papel, por su jugo natural que realiza cierta antiseptia, porque es relativamente corta la permanencia de los ingesta en su cavidad y porque la superficie gástrica no tiene las aptitudes de absorción del intestino; mas saliendo del terreno fisiológico estas favorables condiciones cambian totalmente: un jugo gástrico anormal suministra peptonas impropias y peligrosas, el defecto de ácido clorhídrico permite las fermentaciones, la relajación muscular engendra el estancamiento. Sobre terreno tan excelente y con abono tan inmejorable, se desarrolla vigorosa la vida parasitaria. Abelous (1) ha contado 16 especies micro-orgánicas: 7 conocidas ya, la *sarcina ventricu-*

(1) Abelous—These de Montellier, 1888.

li, el bacilo piocianeus, el bacterium lactis aerogeus, el b. subtilis, el b. micoides, el b. amilobacter, el vibrio regula y 9 mas que nadie habia descrito, un cocus y ocho bacilos. Y en esta relación no estan comprendidos el oidium albicans, el leptothris bucalis, el micrococcus cerevisiae, los scolex de tenia, los huevos de lombrices y los embriones de exacantos!

Si nada la detiene, esta temible falange arruinará al organismo en breve plazo. "Las fermentaciones, dice Bouchard, destruyen una parte de los alimentos no digeridos, también una parte de los ya quimificados, aumentándo asi la insuficiencia de alimentación. Tienen sobre todo por efecto fabricar sustancias, que serán reabsorvidas en la superficie del tubo digestivo, y que podrán impregnando á todas sus células viciar su nutrición, trastornar su funcionamiento y determinar fenómenos irritativos sobre las superficies de emunción á la manera de otros venenos. Asi se explica como los síntomas, los accidentes mórbidos, las deuteropatias, en la dilatación del estómago-resuenan sobre la nutrición, sobre el sistema nervioso, sobre los riñones, sobre la piel y los bronquios. Comenzadas en el estómago, las fermentaciones y las putrefacciones, se continúan en toda la longitud del intestino; dan nacimiento al ac. láctico, al ac. butírico y á otros ácidos grasos volátiles al indol, al fenol, al amoniaco, la trimetilamina, al gas de los pantanos y á esos alcaloides semejantes á las tomainas que he descubierto y señalado 1882. Cada una de estas sustancias es tóxica; tomadas en conjunto, 17 grámos de materias fecales envenan 1 kilógramo de animal. En la dilatación del estómago las probabilidades de intoxicación aumentan, pues las fermentaciones en vez de comenzar en las últimas porciones del tubo digestivo se realizan ya desde el estómago."

(Continuará)

## TRABAJOS EXTRANJEROS

DR. WALTER FOX

### Notas sobre algunos casos de neuritis tóxica

(The Australasian Medical Gazette)

Los caracteres esenciales de las neuritis tóxicas manifiestan que estos estados patológicos son producidos por un agente químico ó por alguna tóxina bacteriana que, circulando en la sangre, afecta el sistema nervioso de igual manera en ambos lados del cuerpo; en otras palabras, la enfermedad es invariablemente simétrica. Sus efectos pueden ser mas marcados en un lado que en otro, por alguna causa local, pero la tendencia á la simetría existe siempre.

La neuritis es también por lo general múltiple, mas de un nervio está afectado; y su distribución es invariablemente periférica. Las extremidades y ramas terminales de los nervios comprometidos estan, por regla general, mas seriamente afectadas que los troncos nerviosos en la vecindad de su origen. Para explicar esto se ha admitido que la nutrición de los nervios es menos perfecta es sus prolongaciones terminales que en el resto de su extensión.

Uno de los mas interesantes caracteres de esta clase de enfermedades es la "acción selectiva" de los venenos que las causan, que escojen en algunos casos ciertos grupos de nervios, dejan en otros algunas ramas aunque el nervio principal esté comprometido, y que en otros casos elijen un haz particular de fibras de un nervio principal.

Asi, en el envenamiento por el plomo los nervios que gobiernan los músculos extensores de la mano son invadidos, ó respetados, pero como regla general escapa siempre la rama del supinador largo.

Ygualmente, en las neuritis alcohólica, diftérica y arsenical se

nota la misma acción selectiva. Sin embargo, el mas interesante ejemplo es el del tabaco, cuya nicotina produce el estado que se llama ambliopia tabágica, concentrando el veneno su acción sobre un segmento del nervio óptico llamado haz máculo-papilar, que se distribuye en una porción limitada y definida del fondo del ojo.

Como otro ejemplo de acción selectiva de un veneno, tenemos la del curare, que usan los indios en sus flechas. El curare paraliza únicamente las terminaciones de los nervios motores, respetando sus troncos. La estrocnina, de otro lado, tiene un poder electivo inverso pues estimula las células motoras en los diferentes centros.

Con relación á su causa estas neuritis se han dividido en:—

1.º *Tóxicas*: Debidas á la presencia en la sangre de un veneno conocido, que puede ser—(a) *metálico*, como el arsénico, plomo, plata, etc.; (b) ó *no metálico*, como el alcohol.

2.º *Toxémicas*: Debidas á la presencia en la sangre de algún organismo, ó de algún producto químico formado en el proceso de su desarrollo.

En esta categoría se colocan las neuritis diftérica, septicémica y leprosa. Los venenos minerales actúan directamente sobre las fibras nerviosas. En el caso de el alcohol se trata probablemente de un derivado de este; para la neuritis de la diabetes, Gowers supone que sea debida á algún producto tóxico que se forma en estos enfermos por perversión del metabolismo, comparable á la acetona, pero que no es esta sustancia. El hecho que la disminución de la cantidad de azúcar formado no tiene influencia sobre la neuritis, hace suponer que no es engendrada por un producto de descomposición del azúcar, sino mas bien por una sustancia que se forma en lugar de ella por modificación de los procesos químicos que han conducido al crecimiento de su producción.

Sin embargo, considerando las relaciones químicas que existen entre la azúcar y el alcohol, y siendo el último la causa mas frecuente de neuritis múltiples, es probable que estas sean determinadas en la diabetes por un alcohol derivado de la descomposición de la azúcar.

En el grupo de las neuritis toxémicas, la diftérica puede considerarse como la mas frecuente, y su causa ha sido comprobada definitivamente. Roux y Yersin han demostrado que por la inoculación de cultivos, y también con las toxinas del bacilo de la difteria, se puede producir una neuritis semejante á la que se vé en el hombre. Sydney y Martin, de otro lado, han extraído de la sangre y de los órganos de individuos muertos con la difteria una albumosa y un ácido orgánico; inoculando uno ó ambos productos se produce una neuritis periférica idéntica á la que se presenta en el hombre.

Con estos preliminares, voy á hacer ahora la historia de un caso de neuritis arsenical. Las neuritis de esta causa son raras. El envenenamiento por el arsénico generalmente se debe á papeles arsenicales de las paredes, al uso de cosméticos que contienen este metaloide y algunas veces á su empleo terapéutico en la corea. En el caso de que nos ocupamos una dosis de "rough on rats" fue tomado con el proposito deliberado de suicidio. Es extraño que coincidiendo con la administración del arsénico, en dosis medicinales ó tóxicas, se hayan notado erupciones cutaneas, y deduzco de aquí que su uso en las enfermedades de la piel se basa en un principio homeopático. En este caso, observación hecha por J. Hutchinson, se desarrolló un zona zoster, provocado por la administración del arsénico.

*Neuritis periférica debida al arsénico.*

E. F., de 22 años de edad, fué admitida en el hospital de Christ-

church en febrero 29 de 1897, quejándose de dolores y pérdida completa de fuerzas en los miembros. La paciente manifestó que siempre había sido delicada é incapaz para trabajar. Es una jóven delgada y débil. No presenta signos de histeria.

No puede caminar ni ponerse de pie, y sus manos ejecutan muy débilmente la prehensión. Su enfermedad comenzó con una sensación de calor quemante en las manos y los piés.

La sensibilidad al dolor, al tacto y al calor ha desaparecido por completo en la piel de la parte inferior del pecho, la espalda, las piernas así como en las manos y antebrazos. En todos estos sitios se puede tocarla con un alfiler, picarla con una aguja y aplicarle un cuerpo caliente sin que experimente sensación alguna. Se queja sin embargo, especialmente en las noches, de una sensación de quemadura en las palmas de las manos y plantas de los piés, como si la piel estuviese ardiendo; no sentía al principio una fuerte corriente farádica, pero cuando mejoró su estado esta dió nacimiento á un ardor intenso.

La parálisis muscular era incompleta en las manos y en los piés. Los músculos interoseos de las manos estaban atrofiados, y estas tenían forma de garra. Los músculos afectados no reaccionaban á la corriente parádica, pero si ligeramente a la galvánica. Todos ellos estaban muy atrofiados.

Los reflejos cutaneos y profundos habían desaparecido. La piel de todo el cuerpo estaba seca se mostraba escamosa endida en las palmas y plantas. El cabello era seco, la lúnula de las uñas de un tamaño triple del normal. Una erupción herpética se manifestaba en la mejilla izquierda y en el labio. No existía trastorno alguno en el fondo del ojo. Los pulmones, el corazón y los riñones eran normales.

La paciente confiesa haber tomado, cuatro semanas antes de su admisión, cerca de una dracma de

"rough on rats," que contiene arsénico. El veneno le produjo vómitos violentos y dolores por varios días.

Desde su admisión se ha mejorado lijeraente. La anestesia está ahora limitada á los antebrazos y á las piernas hasta el nivel de la rodilla. Las sensaciones dolorosas en la piel son menores y la parálisis de las manos no es tan completa. La atrofia muscular sigue acentuándose, especialmente en los pequeños músculos de las manos.

Los efectos toxicos del alcohol y de la difteria son bien conocidos como causa de neuritis, y solo debo decir que en el tratamiento de varios casos graves de parálisis diftérica he obtenido desde hace algunos años curaciones rápidas por el empleo hipodérmico de fuertes dosis de estricnina, 15 mg. cuatro veces por día.

Recientemente el Dr. Jamieson, de Sydney, ha recomendado este tratamiento en las neuritis periféricas del beri beri.

Para concluir, llamaré la atención sobre los efectos tóxicos del *tabaco*, la *quinina* y la *cocaína*.

Mr. B—, de 40 años de edad, fué asistido por mí hace algunos años cuando hacía mi práctica privada en Australia. El paciente era muy aficionado á las bebidas espirituosas no obstante lo cual ejercía desde mucho tiempo y con buen éxito la carrera de abogado. Era también un fumador muy vicioso.

Se quejaba de que su vista se le había vuelto muy defectuosa, notaba además, lo que hacen pocos pacientes y sirve mucho para el diagnóstico, que en ciertas direcciones era incapaz de distinguir los colores rojo y verde.

Examiné su poder visual, que encontré reducido á  $\frac{6}{18}$ . La periferia del campo visual estaba intacta, lo que es también otro carácter de esta afección; pero para los colores rojo y verde un escotoma central ó área ciega se había formado. Al oftalmoscopio el fon-

do del ojo era normal, con excepción del segmento externo del disco óptico que presentaba un color pálido. He notado este síntoma en varios casos de ambliopia tabá-gica, y no es citado por los auto-res. Corresponde al haz máculo-papilar del nervio óptico, que se distribuye en el área de la retina correspondiente al escotoma central.

Curó completamente mediante la supresión del whisky y del tabaco.

### *Ambliopia quínica*

Este caso de ambliopía quí-mica es particular y raro.

Mrs. G, mujer de un conductor de estación, me consultó en octubre de 1894, por una amenorrea de cuatro semanas de duración, y otros síntomas generales no en relación con la ambliopia. Desde hace algunos meses, cuando ella mira un objeto no puede verlo todo entero; otras veces lo vé, pero después de un momento se vuelve mas pequeño, lo que se llama micropsia. Este estado dura algunas veces solo un momento, y otras horas ó días enteros. Sufre de jaquecas y de zumbidos de oídos. Tratando de descubrir la causa de la afección supe que había tomado quinina y jarabe de Fellows, á altas dosis durante doce meses.

Su visión era:—Ojo derecho,  $\frac{1}{2}$  + 1.25 =  $\frac{3}{4}$ ; ojo izquierdo,  $\frac{1}{2}$  - 25 =  $\frac{1}{4}$  La visión de los colores era normal. No había escotoma. Al oftalmoscopio los discos parecían recortados sobre su lado interno, el lado externo ligeramente pálido; los vasos de calibre normal lo mismo que el resto de la retina. Se diagnosticó un caso de ambliopia quínica.

Los ataques de micropsia eran acompañados de una sensación de sequedad en la garganta.

### *Neuritis periférica debida probablemente á la cocaína.*

B. H., de 20 años, telefonista. Vi á la paciente por primera vez en marzo 1.º, sufría entonces de

parálisis facial. Hasta esa fecha había sido una joven siempre sana. En la tarde del 22 de febrero navegó en el río, é imagina que entonces sufrió un enfriamiento, notando al regreso que tenía el lado derecho de la cara paralizado. En esa época sufrió de dolores de cabeza y vértigos, persistiendo los últimos. No tuvo vómitos. Experimentó poco después adormecimiento v puzadas en el brazo izquierdo acompañados de ligera pérdida de fuerzas en dicho miembro. La paciente parecía sana, y no manifestaba signo alguno de enfermedad en otra parte. Por entonces todos los síntomas se limitaron á una parálisis facial completa del lado derecho con adormecimiento del brazo del mismo lado, cuya única causa probable era el frío. Sin embargo, pocos días después la parálisis invadió los músculos oculares. Todos los movimientos de ambos ojos estaban limitados, siendo imposibles los movimientos hacia á fuera y hacia adentro en el ojo izquierdo, y los movimientos hacia adentro en el derecho.

El ojo derecho presentaba movimientos oscilatorios constantes. Las pupilas estaban dilatadas, y reaccionaban muy poco y lentamente á la luz fuerte, pero no á la acomodación. El fondo del ojo era normal.

El estado de la paciente mejoró con el tratamiento. Perdí de vista á la enferma por algunas semanas, y mientras tanto la afección continuaba su desarrollo: la parálisis ocular y facial había desaparecido enteramente, pero las piernas fueron invadidas, y tiene ahora la marcha característica, con ligero arrastrado de pies, de las neuritis periféricas de los miembros inferiores. La sensación táctil no está afectada en las piernas.

Para explicar los síntomas que presentaba la paciente, se hicieron investigaciones sobre la posibilidad de infección diftérica con resultados negativos; no era aficionada al alcohol, tampoco había sufrido envenenamiento mineral. Pero llevando más léjos nuestra in-

vestigación manifestó que había usado cerca de una onza de una solución de cocaína al 10 %, cuya mayor parte había ingerido. La solución fué aplicada á las encías por un dolor de dientes, por pequeñas cantidades, y cerca de tres semanas antes de las primeras manifestaciones de su enfermedad. Por exclusión, concluimos en vista de esto que los síntomas eran debidos á un envenenamiento por la cocaína. La multiplicidad de los nervios comprometidos y el hecho que ramas aisladas de un nervio estaban invadidas, manifestaba, que nos hallabamos en presencia de una neuritis tóxica.

De otro lado, faltan los síntomas generales que se presentan en el envenenamiento por la cocaína: delirio, excitación, ilusiones; pero tal vez la manera de su ingestión puede explicar la marcha crónica de la enfermedad.

## VARIEDADES

DR. G. APOSTOLI

### Ensayo de síntesis electroterápica de la Franklinización y de las corrientes de Alta frecuencia.

El empirismo, que hasta el presente ha sido casi constantamente la única regla de conducta del médico que aplicaba terapéuticamente la electricidad estática ó las Altas frecuencias, tiende á desaparecer ante las investigaciones más profundas de la clínica ayudada por el estudio físico de cada uno de estos dos modos eléctricos.

La clínica comprueba todos los días diferencias fundamentales en la receptividad y la tolerancia de los enfermos así como en las reacciones sintomáticas provocadas por tal ó cual modo eléctrico.

Comprueba la clínica además, que estas diferencias, variables en un mismo individuo, son más marcadas todavía con enfermedades

des diferentes, según el estado diatéxico general y principalmente según la preponderancia y la naturaleza de los trastornos del sistema nervioso.

Todas estas diferencias no podrían ser fortuitas y es fácil demostrar su origen, así como las consecuencias que de allí se derivan para el diagnóstico y la terapéutica.

Tres son los fines de este sumario.

—Primero, reunir en un cuadro las diferentes reacciones que experimenta tal ó cual enfermo, tal ó cual enfermedad, según el modo eléctrico que se le aplica.

—Dar en seguida las razones físicas y fisiológicas en que reposan estas diferencias y esta agrupación.

—Abarcar, en fin, las consecuencias terapéuticas que se deducen de estas premisas, estableciendo sobre una base más científica las indicaciones y contraindicaciones de la estática y de las altas frecuencias (lecho codensador y autoconducción con ó sin contacto), y contribuir así á la *semiología* de las enfermedades nerviosas abriendo un capítulo nuevo de *Electrodiagnóstico*.

#### A) AGRUPACIÓN DE LAS REACCIONES CLÍNICAS INMEDIATAS Y LEJANAS.

(Durante y después de la sesión de Franklinización y de la Alta frecuencia.)

Se puede estudiar bajo diversos puntos de vista las diferentes reacciones sintomáticas que se comprueban después de aplicaciones de cada uno de los modos eléctricos ya citados, y observar el momento de su iniciación, su localización, su intensidad y su duración.

Al estado fisiológico, las reacciones son generalmente nulas; un sujeto sano ó que se aproxima á la normal no debe manifestar reacción sensible, ni señalar nada anormal; no sufre malestar ni dolor alguno durante la sesión ni después de ella; á lo más experi-

menta una sensación marcada de calor ó una ligera fatiga, con tendencia á la soñolencia cuando la sesión se prolonga.

Pero con el estado patológico comienza toda la gama de las reacciones sintomáticas, que nos contentaremos hoy con señalar en su conjunto, y que varían según el modo eléctrico que se aplica.

1.º **ESTÁTICA.**—Un hecho capital domina en toda aplicación del baño estático y se marca desde la primera sesión, sin que ninguna sugestión pueda acusarse de haberlo provocado.

Es la reacción diferente que presentan los enfermos á la chispa y al soplo estático según el estado de su sistema nervioso periférico, según que presenten, á un grado más ó menos *marcado*, trastornos histéricos, entre los cuales los más importantes son la abolición del reflejo faríngeo, la perversión de la sensibilidad cutánea, etc., etc.

Se comprueba en estos mismos enfermos dos reacciones diferentes que se completan:

(a) Primero, disminución de la sensibilidad cutánea al choque de las *chispas*, que puede presentar toda la gradación creciente desde la simple atenuación hasta la abolición más ó menos completa de toda sensibilidad.

Se puede tener noción inmediata de este fenómeno, desde que el enfermo se sienta en el taburete del baño estático, dirigiendo las chispas sucesivamente sobre la cara dorsal de las manos y sobre la frente.

Para evitar toda influencia sugestiva, se procede á este exámen rápido sin decir antes nada al enfermo, sin advertirle el objeto que se persigue.

Se puede así formar inmediatamente (bajo el punto de vista de la reacción á la chispa estática) una clasificación muy clara de los enfermos.

Al estado fisiológico; el choque de la chispa eléctrica es siempre más ó menos doloroso.

La atenuación de la sensibili-

dad, que puede ir hasta la *analgesia* más ó menos completa, revela un *estado histérico* más ó menos marcado con predominio de la perversión del sistema nervioso periférico.

(b) El *soplo* estático, al contrario, aplicado sobre la frente y pasando sobre la cabeza inmediatamente después de la prueba del choque de la *chispa*, provocará una segunda reacción que vendrá por lo general á confirmar la respuesta dada por la chispa.

Así, absolutamente indiferente al estado fisiológico, este soplo se hace lo más á menudo bien aceptado por los histéricos, que lo hallarán tanto *tanto más agradable* cuanto más insensibles sean al choque ó al dolor de las chispas.

Por excepción, ciertas histéricas manifiestan una enervación característica, y encuentran desagradable el mismo soplo estático tan bien aceptado por todas las otras.

He notado, además, otro hecho que ofrece gran interés y que esperamos poder utilizar en el diagnóstico ó el pronóstico de tal ó cual caso difícil de interpretar.

Sucede á veces, en efecto, que un enfermo histérico, que en una primera sesión exploradora de Franklinización había soportado las chispas sin manifestar reacción dolorosa apreciable, acusa algunos días más tarde, después de cierto número de sesiones estáticas semejantes, una modificación muy clara en su sensibilidad primera.

Esta parece despertarse progresivamente á medida que mejora el enfermo, y testimonia en consecuencia el influjo benéfico de este tratamiento en ciertos trastornos de la sensibilidad cutánea general.

Y es así que se puede ver á estos mismos enfermos marchar progresivamente, bajo la influencia de la estática, hacia las condiciones normales bajo el punto de vista de la sensibilidad cutánea.

Inversamente, si el estado de estos histéricos empeora, si hay recaída ó pérdida de la mejoría ad-

quirida. se puede comprobar la vuelta de los primeros fenómenos de anestesia al choque de las chispas.

Tenemos pues aquí un elemento nuevo, que podemos utilizar para el pronóstico y diagnóstico, y que nos permitirá apreciar mejor los progresos hechos por un enfermo dado bajo la influencia de la medicación eléctrica.

2.º ALTAS FRECUENCIAS.—Consideraremos hoy solo dos modos principales de aplicación de estas corrientes, la autoconducción por el gran solenoide (caja) y el lecho condensador.

Aquí, como para la estática, al estado fisiológico no hay generalmente reacción anormal, sensible, ó dolorosa.

El enfermo en la caja no siente nada, absolutamente nada, y la lámpara incandescente que se enciende por inducción en ella es el único testimonio para él del pasaje de la corriente.

Sobre el lecho condensador el enfermo no siente sino un ligero estremecimiento en la palma de las manos, en el punto de contacto inmediato del cuerpo con la corriente; pero esta sensación siempre bien tolerada no debe ir hasta el dolor.

Esta es la respuesta clínica del estado fisiológico: veamos lo que se comprueba habitualmente en los enfermos en que acabamos de estudiar los efectos de la Franklinización.

Es en ellos mismos que se manifiesta mayor reacción bajo la acción de las Altas frecuencias, durante la sesión y algunas veces inmediatamente después.

Es ya el vértigo, ya el dolor de cabeza con imposibilidad de leer, algunas veces náuceas; en una palabra, toda una gama de trastornos congestivos cefálicos, que dan á ciertos enfermos un malestar inmediato con una impresión de embriaguez.

Esta reacción, que se manifiesta frecuentemente desde el principio de la sesión, puede ser seguida de

un desfallecimiento y fatiga extremos, y despertar algunas veces antiguos dolores que parecían adormecidos.

Siguiendo los tres modos en que hemos estudiado las Altas frecuencias (caja sin contacto,—caja con contacto,—lecho condensador) podemos sintetizar las respuestas que hemos recogido en las dos fórmulas siguientes:

La intolerancia para las Altas frecuencias, cuando existe, disminuye progresivamente desde la caja sin contacto con autoconducción pura, donde alcanza su máximo, para debilitarse en la misma caja con el contacto simultáneo de las manos á un polo, y para disminuir todavía con el lecho condensador.

Un segundo hecho sintético es que las histéricas, es decir las mismas enfermas que no solamente soportan muy bien la estática sino que la reclaman con insistencia como su medicación de elección, son las que presentan la reacción de intolerancia á las Altas frecuencias con toda su escala de intensidad, variedad, localización y duración.

Al lado de este primer grupo de intolerantes, que comprende los nerviosos y una gran mayoría de las histéricas (no todas), que soportan mejor el lecho y la caja bajo las dos formas, se debe colocar un segundo grupo, llamado de los debilitados, en el cual pueden colocarse los reumáticos seniles, ciertos neurasténicos, ciertos diabéticos, los anémicos ó cloro-anémicos.

En estos enfermos pueden observarse, como reacción consecutiva á las sesiones, todos los grados de curvatura, desde la simple laxitud hasta el agotamiento (surmenage); y se comprueba generalmente que el lecho condensador es más fatigante que la caja que produce sensaciones más atenuadas.

#### (B)—PATOGENIA FÍSICA Y FISIOLÓGICA.

Si ahora queremos remontar-

nos á las fuentes de las diferentes reacciones que acabamos de señalar comprobamos una doble influencia física y patológica que domina este problema.

1.º De un lado, bajo el punto de vista físico, lo que nos llama la atención es la distribución topográfica diferente sobre el cuerpo humano de cada uno de los dos modos eléctricos que acabamos de estudiar.

En la Franklinización se comprueba solo una localización periférica y una distribución casi enteramente superficial de la corriente sobre la piel del enfermo.

Con las Altas frecuencias la distribución de las corrientes varía con el modo operatorio.

(a) Acción central y total [con carga estática periférica, real pero muy débil] en la autoconducción pura con el gran solenoide.

(C) La misma acción central, con aumento de la carga estática periférica, en el mismo procedimiento con un contacto polar suplementario.

(c) Carga estática periférica máxima con el lecho condensador.

2.º De otro lado, la segunda razón patológica que debe expresar nuestra clasificación, es la preponderancia variable de los trastornos nerviosos, periféricos ó sensoriales, según que la persona en experiencia sea más ó menos histérica.

Hay, en efecto, en esto una verdadera localización periférica y una puerta de entrada que actúa por vía refleja sobre la medula y el cerebro.

Armados con estos dos hechos sumarios y principales tomados de la física y de la fisiológica, es ahora fácil comprender las diferentes reacciones comprobadas bajo la influencia de la Franklinización ó de las Altas frecuencias, según la presencia ó ausencia de trastornos nerviosos más ó menos periféricos, y de origen lo más amenudo histérico.

(C) CONTRIBUCIÓN AL DIAGNÓSTICO Y Á LA TERAPÉUTICA.

Las consecuencias que se dedu-

cen de estas premisas se imponen. —El *diagnóstico* aprovechará de la investigación eléctrica previa, cuya importancia tiene que ser creciente.

Un enfermo dado es verdaderamente nervioso ó histérico?

Es un simple neurasténico ú un histérico?

Participa á la vez de ambos estados?

La Franklinización corroborada con la prueba de las altas frecuencias nos permite dar una respuesta inmediata á estas cuestiones previas y podrá darnos luz igualmente acerca de la mejor terapéutica que debemos emplear.

—La *terapéutica*, sacará sus mejores indicaciones de la prueba previa de electro-diagnóstico:

A tal histérica, aplicaremos únicamente la estática.

A tal debilitado, aplicaremos solamente la caja.

A tal diabético, únicamente el lecho condensador.

Para otros enfermos, en fin, asociaremos juiciosamente la Franklinización y las Altas frecuencias.

Tales son las grandes líneas preparatorias del futuro problema de la contribución de estos modos eléctricos al diagnóstico y á la terapéutica.

#### CONCLUSIONES

En resumen, el estudio atento, aunque incompleto todavía, de la acción respectiva de la Franklinización y de las Altas frecuencias prueba dos hechos principales.

1.º Que ningún modo eléctrico puede ni debe pretender la supremacía constante y absoluta, y que cada uno conserva su utilidad propia en electoterapia;

2.º Que las reacciones sintomáticas de tal ó cual modo eléctrico deben servir de contribuciones útiles al electro diagnóstico, y permitirnos fijar las mejores indicaciones terapéuticas.

## Revista de Farmacia

SUMARIO.—Ensaye de medicamentos.—  
Algunos datos sobre varios medicamen-  
tos nuevos—Formulario—Crónica.

**CORNEZUELO DE CENTENO.**—Para reconocer si es fresco se debe observar su aspecto, que no debe estar recubierto por un polvillo blanco, ni presentar picaduras; su consistencia, que debe ser duro y más bien frágil que maleable; su fractura que debe ser compacta, proveniente del estado particular de agregación molecular que le dá firmeza; su olor que debe ser especial, sin nada de fuerte ni desagradable; y por último el eter proveniente de la maceración de 2 gramos de cornezulo en 5 centímetros cúbicos debe ser incoloro y neutro. Si no se llenan estas condiciones el cornezulo no está en buen estado y debe desecharse.

**DIGITAL hojas.**—(*Digitalis purpurea*) Cuando están sus hojas mezcladas con las de la yerba mora (*solanum nigrum*) ó con la de la papa (*solanum tuberosum*) ó las de otras solenaceas en estado tal de división que sea imposible aplicar los caracteres botánicos, se podrá reconocer fácilmente la adulteración tratando la infusión por la tintura de percloruro de hierro que dá un color negro azulado, debiendo ser verde si estuvieran solas, es decir si la droga fuera pura.

**BELLADONA (extracto).**—Para reconocer si contiene hiosciamino se trata el extracto de belladonna por el agua hirviendo, 6 á 10 %, y hace pasar el producto sobre un filtro mojado, después de haberle incorporado 2 pts. de talco; lavando la solución filtrada con 15 veces su volumen de cloroformo ó de eter; deja do evaporar este eter ó cloroformo al baño-maría y tratado el residuo de tal evaporación por 20 á 30 pts., en volumen también, de agua caliente, y adicionando, por fin, algunas gotas de amoniaco, se obtiene una coloración verdosa que se fluo-

recente con el extracto de belladonna puro, en tanto, que no presenta la fluorescencia si contiene hiosciamino.

**VACELINA.**—Tomamos los siguientes ensayos de los de Michle, publicados por la "Farmacia Moderna" de Madrid.

b) Se funden al baño maría 10 gr. de vaselina con otros 10 de agua y se calientan con agitación durante 15 minutos, decantada el agua después de fría, deberá presentar reacción completamente neutra y acusar la ausencia absoluta de ácido sulfúrico, si se investiga este con el cloruro de bario; y evaporada en un vidrio de reloj, deberá quedar un residuo imponderable.

d) Después de fundidos 10 gr. de vaselina sospechosa, se incorporan 5 gotas de solución de permanganato potásico al 2 %, calentando durante 16 minutos. Si la vaselina es pura subsistirá la coloración rosada, y si contiene impurezas este matiz desaparece, siendo sustituido por el pardo amarillento más ó menos oscuro.

e) Se calienta por media hora y con agitación frecuente 5 gr. de vaselina con otros 6 de carbonato de sosa y 0,25 cent. cub. de agua destilada, y después de fría se decanta y se le satura con el ácido clorhídrico, la solución permanece limpia, si es pura la vaselina; pero se enturbia cuando hay indicios de resina ó de ácidos grasos.

**ANTIPIRINA.**—*Su reconocimiento en presencia de la quinina.* Se pesa un 0'01 gr. del producto en que se investiga la antipirina; se pesa 0'01 gr. también de quinina y se disuelve en 26 cent. cub. de alcohol á 90°; se toma 1 cent. cub. de esta mezcla, se evapora á sequedad en cápsula de porcelana, y sobre el residuo seco se vierten algunas gotas de agua bromada al 3 % y después algunas otras de amoniaco. Si se produce entonces una coloración violeta queda probada la presencia de la sustancia que se investiga.

**QUININA.**—*Su reconocimiento en presencia de la antipirina.*—El mismo procedimiento que acabamos de indicar para la antipirina en presencia de la quinina, invirtiendo convenientemente las soluciones de la sustancia sospechosa de la conocida, y que se tenía como determinante de la reacción, pues en condiciones análogas ni la antipirina, ni la quinina aisladas producen la coloración dicha.

*Investigación de la antipirina y de la quinina en la orina.* Se decolora 100 gr. de orina por 10 de acetato básico de plomo, agregando en seguida 10 de amoniaco, y filtrando en seguida: Al líquido filtrado se adiciona 10 á 15 gr. de cloroformo, y después de agitar bien la mezcla, se separa el cloroformo para adicionarle una solución al 0.0001 de quinina ó antipirina, según la sustancia que se investigue; procediéndose luego á los tratamientos con el agua bromada y el amoniaco.

**QUINEROLRITRO - PIRINA.**—Las reacciones apuntadas para la *antipirina*, *quinina* y su investigación en la *orina* las publica la *Farm. Mod.* y son debidas á Carrez, quien llama *quinerolritro-pirina* á la sustancia roja que se produce cuando se hacen actuar primero el agua bromada y después el amoniaco, sobre una mezcla de partes iguales de antipirina y quinina, la que puede separarse de la solución amoniacal por el cloroformo que la cede al agua acidulada, pero no al agua neutra por ser poco soluble en ella. En un medio ácido la quinerolritro-pirina es de color rojo anaranjado, y violacea en las soluciones alcalinas.

*Reconocimiento de la eucaína en la cocaína.*—Disuélvase 0,10 gr. de la sustancia para ensayar en 50 cent. cub. de agua, viértase en seguida 2 gotas de amoniaco y observese: si el líquido permanece limpio no hay eucaína; pero si se enturbia tomando un aspecto lechoso

la presencia de esta sustancia quedará de manifiesto.

La solubilidad puede también ser indicio de algún valor, pues el clorhidrato de cocaína puede disolverse en su peso de agua, mientras que la eucaína necesita nueve veces el mismo.

**EUQUININA.**—Un inconveniente de bastante consideración para administrar la quinina ha sido siempre su gusto intensamente amargo, y no obstante que de algún tiempo acá este defecto había quedado corregido en el mayor número de casos para enfermos de cierta edad, aunque con retardo de su efecto, por el uso de los ásimos medicinales y de las cápsulas gelatinosas, no se había logrado nada para la administración de este medicamento en los casos mas dificultosos, es decir, á los niños de corta edad para los cuales no había correctivo que se los hiciera tolerable; más hoy, merced á las conquistas de la química, se cree estar en posesión de un compuesto de quinina en que conservando esta su poder terapéutico queda totalmente disimulado su mal gusto. Este cuerpo es la *euquinina* sobre la que vamos á dar algunos datos: Es un eter de la quinina y se obtiene haciendo obrar sobre la quinina el clorocarbonato de etilo; se presenta en masas cristalinas algodonosas, blancas nacaradas; es insípida, poco soluble en el agua, fácilmente soluble en el alcohol, eter y cloroformo; tiene reacción básica y forma con los ácidos sales cristalizables.

Sus usos son los mismos que los de la quinina; y su dosis algo mayor 1,50 á dos por 1, pues, su poder terapéutico según von Noorden es menor en dicha proporción.

No produce las perturbaciones gástricas que se observan con el empleo de la quinina, y el zumbido de oídos es mucho menor.

De las sales de euquinina el clorhidrato tiene gusto desagradable por lo cual no tiene ventaja sobre

el de quinina; pero el tanato es completamente insípido.

Debemos agregar aquí lo siguiente, que consigna el Sr. Juan B. Calderón en "La Farmacia" de Méjico:

"En el N.º 17 del Boletín de la compañía manufacturera de Eli Lilly de Indianápolis, E. U., se encuentra publicado un artículo que se titula *Yervasin Lilly. Vehículo con el cual se enmascara por completo el sabor amargo de la quinina*, y de cuyo artículo damos en seguida un extracto:"

"Observaciones médicas han demostrado, desde hace tiempo, que es muy lento el efecto de la quinina cuando se administra en cápsulas, píldoras ú obleas. Muchas tentativas se han hecho para remediar este inconveniente y enmascarar el sabor amargo de la quinina, pero todas fallaron, hasta que en el laboratorio Lilly, se ha conseguido, utilizando el principio activo de la yerba santa (1) asociada á un jarabe, obtener una preparación que oculta de una manera completa el sabor amargo de la quinina."

Asegura, además, *El Boletín* que con la dicha preparación no sólo es hace tolerable la quinina, sino que el medicamento llega á tener un sabor agradable con solo incorporar la quinina, triturandose en un mortero, á la tal preparación de Yerbazin Lilly.

A lo que agrega el Sr. Calderón: que como no se consigna en las obras la citada yerba santa en los EE. UU., el Boletín de Lilly debe referirse á la planta que en Méjico se designa con dicho nombre, así como con los de *hoja santa*, *hoja de anís*, *tlamapaquelite*, *llanopaquelite* y otros, por lo cual trataron de llegar al al satisfactorio resultado que proclama el periódico americano utilizando el agua destilada, por creer que sólo el aceite esen-

cial puede ser el principio activo de que se hace mención; pero que los resultados han sido por completo negativos, pues muy lejos de que 60 cent. cub. enmascaren el gusto de 32 gramos de quinina, como lo afirma en el artículo citado, 10 gramos del jarabe preparado con las aguas destiladas no han podido disimular el gusto de 1 gramo de quinina.

Y concluye prometiéndose experimentar el recomendado yervazin americano, y asegurando que su preparación de piper sanctum puede servir de correctivo para otros muchos medicamentos.

**EUCASINA**—Combinación de la caseína y del amoniaco, es más bien un alimento restaurador, preferible á las peptonas y á los extractos de carne, que un medicamento; sin más residuo no asimilable que 44%. No da lugar á fenómenos de putrefacción en el intestino y rebaja á un tercio la eliminación del ácido úrico.

Se presenta bajo la forma de un polvo blanco, muy sutil, completamente soluble en el agua caliente que toma un color blanco análogo al de la leche.

**PERCIRINA (clorhidrato)**.—Este compuesto, que es mejor tolerado que la quinina por los estómagos delicados, es empleado con éxito por el Dr. Ferreira en su reemplazo, habiendo producido buenos resultados aun en casos de haber fallado la quinina y todo otro tratamiento apropiado.

Dosis: 2 á 4 gramos por día.

**PELLOTINA**.—Se ha extraído por Hefter de la pellote, especies de cactus que se usan en Méjico como narcóticos. Sustancia cristalina, amarga, muy poco soluble en el agua; se combina con los ácidos formando sales muy solubles, siendo la mejor estudiada el clorhidrato, cuya fórmula es  $C^{13}H^{19}NO^3H.Cl$ .

Hefter y Jolly la han experimentado como hipnótico empleándola en inyecciones subcutáneas y por la vía gastro-intestinal y concluyen que puede usarse para reemplazar

(1) Esta planta que es una piperacea, piper santum, no debe confundirse con nuestra yerba santa, cestrum hediondinum, que es una solanácea.

en ciertos casos á los otros hipnóticos, siendo su poder á dosis de 0,06 gramos tomados por la boca y 0,04 en inyección igual á 1 gramo de trional y á 1,50 gramos ó á 2 gramos de hidrato de cloral.

GUAYACOL.—*fosfato* Reune á las propiedades terapéuticas del guayacol las del ácido fósforico, por lo cual se recomienda en vez de aquel.

Polvo cristalino blanquizco, que se disuelve en el alcohol, el cloroformo y la acetona; insoluble en el agua.

Se usa en sustancia á la dosis de 0,25 centig. tres ó cuatro veces al día.

GEASOTA.—(valerianato de guayacol). En la terapéutica de la tisis se ha empleado á la dosis de 1 á 3 gramos sin que produzca ninguna complicación.

No produce eructos olorosos.

Es líquido de aspecto oleoso, algo amarillento; poco soluble en el agua y soluciones alcalinas ó ácidas; soluble en el alcohol, eter, benzol y cloroformo; tiene sabor azucarado primero, ligeramente amargo después; olor á humo.

## FORMULARIO

—

De la *Farmacia moderna* tomamos las siguientes fórmulas que juzgamos dignas de ser conocidas:

### Exipiente para pomadas

#### *Adipatum*

Lanolina anhidra.....	15
Vaselina amarilla.....	53
Parafina blanca.....	7
Agua destilada.....	5
m.	

#### *Epidermina*

Cera blanca.....	} aa
Glicerina.....	
Mucilago de goma arábica..	

Se obtiene una masa densa y sirupsa.

### *Motlosina*

Parafina líquida.....	4
Cera amarilla.....	1
m.	

### *Unguento de lanolina*

Lanolina anhidra.....	65
Parafina líquida.....	30
Parafina blanca.....	5
Agua destilada.....	30
m.	

### *Vaselina endurecida*

	I—II—III
Vaselina blanca.....	5.—10—16
Parafina blanca fusible entre	
145 y 146°.	5—5—5

M.—La 1.<sup>a</sup> corresponde á las prescripciones del Dr. Lestor; la 2.<sup>a</sup> produce una consistencia equivalente á la manteca de cerdo; y la 3.<sup>a</sup> es un intermedio entre la 2.<sup>a</sup> y la vaselina sola.

### *Crema de Lanolina*

Aceite de vaselina.....	175
Ceresina.....	45
Lanolina pura.....	640
Agua destilada.....	135
Esencia de rosas.....	2
„ geraneo.....	2
m.	

### Cáscara sagrada sin sabor amargo

#### *Polvos*

Cáscara sagrada en polvo..	500
Polvos de regalis.....	100
Magnesia calcinada.....	10
clavo de especia en polvo..	5

Se mezclan intimamente con la cantidad necesaria de agua y se conserva la masa durante dos días en una estufa á 82°. Después de eliminada toda la humedad, se pulveriza de nuevo y se pasa por un tamis. El producto resulta completamente privado de sabor amargo, conservan todas sus

propiedades laxantes y es aplicable para todos los preparados.

2°. *Estracto fluido*

Cáscara sagrada.....	1000
Raíz de relaliz .....	150
Cal recién apagada.....	100

Se mezcla intimamente y la masa se fragua ó endurece después con un litro de agua. A las diez ó doce horas de contacto se deseca entre 40° y 50°, y el producto desecando se humedece con 400 cent. cub. de la mezcla siguiente:

Alcohol.....	500 cent. cub.
Glicerina.....	250 „
Agua .....	250 „

El polvo humedecido con la cantidad precisa del líquido anterior se coloca en un aparato de lixiviación y se agota con la cantidad necesaria del líquido anterior, separando los 850 cent. cub. que pasan en el primer período. Los restantes se evaporan hasta consistencia de jarabe para incorporarlos á los 850 primeramente recogidos. Se adicionan 12 cent. cub. de tintura de naranja y se completa el litro con cantidad suficiente de alcohol diluido.

Resulta un extracto de sabor agradable y que conserva íntegras las propiedades purgantes de la cáscara sagrada.

*Polvos aspersiones para los niños:*

1 Talco de Venecia.....	22.50	
Acido bórico .....	4.50	
Oxido de zinc.....	27.50	
Raíz de lirio .....	4.50	
Esencia de bergamota..	0.08	m.
—		
2 Talco de Venecia .....	} 25	aa
Acido bórico.....		
Licopodio .....		
Esencia de rosas.....		
m.		
—		
3 Acido bórico.....	} aa. q. v	m.
Subnitrat. bismuto....		

4 Oxido de zinc.....	15
Almidón ... ..	45
Acido bórico.....	1
Esencia Eucaliptus .....	10 gotas
m.	

*Contra los sabañones:*

Quinosol.....	2 gramos
Agua destilada .....	60 “
Subacetato de plomo..	0.50 “
m.—Aplicaciones locales.	

En el número 13 de *La Farmacia Moderna*, importante publicación que se edita en Madrid, se registra con el título de DISCUSIÓN INTERESANTE un artículo referente á la discusión y resolución tomada en el Colegio Médico de dicha ciudad, con motivo de la denuncia hecha por un farmacéutico de un médico que formulaba de un modo enigmático, para que sus recetas sólo pudieran ser servidas sólo en cierta farmacia, con cuyo propietario estaba de acuerdo; y en la que aunque todos convenían en lo punible del caso, se resolvió tomar nuevos datos y residenciar al médico que así faltaba al cumplimiento de las prescripciones legales.

En la discusión que mencionamos hubo un profesor que manifestó se encontraban en el mismo caso, de recetar con fórmulas desconocidas, todos aquellos médicos que prescribían específicos; si bien se arguyó que aunque punible esta conducta lo era sólo científicamente, pues los dichos específicos podían ser servidos en todas las farmacias; en tanto que la fórmula citada, objeto de la denuncia, sólo podía ser despachada por el farmacéutico que poseyese la clave, falta completamente probada y prevista por las leyes, por lo cual la publicación científica á que nos referimos impugna, con justísima razón, lo resuelto por el Colegio señalándole como único camino para lavar la mancha caída sobre los médicos y farmacéuticos honrados, que hubiera elevado dicha denuncia á los Tribunales de justicia para que cayera sobre los culpables la sanción legal correspondiente.

En otro periódico de farmacia, no menos importante que el anteriormente citado, *La Farmacia*, órgano de la Sociedad Farmacéutica Mejicana, se consigna lo siguiente, que extractamos de un informe de la Comisión de Ciencias Auxiliares del Instituto Médico Valenciano sobre "PRESENTE Y PORVENIR DE LA FARMACIA."

Después de bien meditados considerando propone las siguientes conclusiones:

1.º Rogar á los señores médicos que, atendiendo á que los llamados específicos son contrarios á la salud pública, á los intereses de los mismos médicos y al interés y prestigio de la clase farmacéutica, dejen de prescribirlos y recomendarlos;

2.º Rogar á los mismos señores facultativos procuren hacer de su parte todo lo posible para evitar que el público se acostumbre á pedir, de pura palabra, toda clase de medicamentos;

3.º Pedir á la autoridad, que mientras no se promulguen nuevas leyes más en armonía con las necesidades presentes, se procure, al menos, el más exacto cumplimiento de las vigentes..... ;

.....  
 .....  
 .....

¿Podríamos apropiarnos semejantes conclusiones? Que contesten los demás profesores.

Lima, Diciembre de 1897.

A. A.

## PUBLICACIONES RECIBIDAS

**Tableaux sinoptiques de Pathologie interne, par le Dr. Villeroy.**  
 1 vol. gr. in-8 de 208 pages, cartonné-5 fr.

El objeto de estos cuadros sinópticos ha sido condensar en el menor volumen posible la suma de conocimientos necesarios y suficientes á todo práctico para hacer en las afecciones comunes un diag-

nóstico cierto, sin el cual la terapéutica es una quimera.

Estos cuadros sinópticos serán un auxilio para los estudiantes la víspera de sus exámenes ó concursos, así como para los prácticos, cuya memoria no es infalible y que, en terapéutica especialmente es raro que sigan con exactitud las evoluciones de la ciencia; encontraran señalados en esta obra los tratamientos mas recientes y los beneficios que la clínica puede sacar de los métodos nuevos.

*J. B. Bailliére et fils.-16, rue Hauteville, á Paris.*

**Seroterapia.**—Tesis para el doctorado en Medicina y Cirujía presentada y sostenida por don Antonio R. Blanco, ex-interno del "Hospital de Caridad".

Cartajena—1897.

**Madre (Elejía)** por el Dr. don César Borja.

San José de Costa Rica, 1897.

Chiclayo, Enero 16 de 1893.

Señores Scott y Bowne, Nueva York.

Muy Señores Míos: Tengo gran satisfacción en manifestar á Uds. que he quedado muy complacido con el resultado del ensayo practicado con la Emulsión de Scott en el Hospital de Belen de la ciudad de Lambayeque y en mi práctica civil tanto en Chiclayo como en aquella ciudad. Con frecuencia he hallado en la Emulsión de Scott lo que pretendía, esto es: una agradable sustancia estimulante y tónica, especialmente en casos de neurosis cualquiera que sea la causa. También le he encontrado muy útil en la convalecencia de enfermedades agudas. En personas con diatésis escrofulosa y tuberculosis pulmonar he usado la Emulsión de Scott como medicamento favorito.

Pemítanme asegurarles que su preparación se ha ganado una gran reputación en este Departamento.

Quedo de Uds. Atto S. S,

DOCTOR TORIBIO ARBAIZA.