REPUBLICA DE COLOMBIA — DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

AÑO IV. | Medellín, Mayo de 1892. | NUM. 5º

RESUMEN

de recientes lecciones sobre la difteria, dictadas por Julio Simón, médico del Hospital de niños de París.

(Véase la entrega 1ª página 14)

El tratamiento se divide en profiláctico y tratamiento propiamente dicho.

Desde el punto de vista profiláctico, el conocimiento del *bacilo* patógeno, de su modo de desarrollo sobre la mucosa, de su evolución y larga vitalidad, lleva un nuevo apoyo á los datos que suministra la clínica, confirmándolos á la vez.

Jamás se prestará demasiada importancia á todo lo que se refiere á la higiene de los niños; evitar toda causa de enfriamiento, todo lo que pueda producir la exfoliación epitelial de la mucosa de la garganta y de las fosas nasales, cerrando, por decirlo así, las vías de inoculación del elemento contagioso. Tales son las principales indicaciones de la profilaxia, que se completan con el aislamiento y la antisepsia de locales y objetos contaminados.

Desde el punto de vista terapéutico, numerosas medicaciones se han preconizado, *á priori*, abandonadas en su mayor parte, con justicia: el mercurio, el clorato de potasa en altas dosis y el bicarbonato de soda que se aconsejaban con la mira de obrar sobre la sangre por medio de los alcalinos, los disolventes &c. no han correspondido á las esperanzas de los que,

AUTORES ANTIOQUEÑOS
HEMEROTECA

obrando sobre la sangre, trataron de combatir un enemigo ausente, pues se sabe que la sangre no contiene los *bacilos* de la difteria. El veneno diftérico que sí existe en la sangre y en las vísceras, es la causa de la infección, y su acción aumentará desde que se den medicamentos debilitantes; debe, por el contrario, favorecerse la resistencia del organismo por medio de tónicos y excitantes difusibles múltiples.

El opio, los purgantes, los vomitivos repetidos, las sanguijuelas y los vejigatorios, deben proscribirse por completo.

El tratamiento local debe ser tanto más enérgico cuanto que se sabe que la afección, antes de generalizarse, es en su principio local. Destruyendo en su lugar—*in situ*—el agente infeccioso, impidiendo su pululación y quitando el líquido secretado, se ejecutará siempre un acto benéfico y útil. Para obtener este resultado se emplean diversos medios: unciones, irrigaciones, gargarismos y pulverizaciones.

Las unciones deben hacerse con unas pinzas de forcipresión, al rededor de las cuales se enrolla un poco de algodón para formar una pequeña rueca, del tamaño de una oliva. Se preparan dos: una para limpiar la parte afectada y la otra para untar la solución desinfectante. Esta es recomendable:

Acido salicílico.....	50 centgr. á 1 gr.
Alcohol	C. S. para disolver.
Glicerina	40 gr.
Infusión de eucalipto...	60 —

Mz.

Se procede de la manera siguiente: se limpia la garganta, quitando la saliva ó las mucosidades, que cubren las falsas membranas. Las pinzas cuyo algodón se ha impregnado del colutorio, se aplican sobre el

punto afectado, nó para hacer una simple unción, sino para frotar con la fuerza necesaria para desprender las partes menos adherentes de las membranas, sin excoriar la mucosa subyacente. Estas operaciones se repetirán cada hora, durante el día y tres veces en la corriente de la noche, contando de las nueve en adelante. La frecuencia de estos tocamientos es de absoluta necesidad, á fin de desprender oportunamente el veneno secretado y perturbar la vitalidad del agente infeccioso, por medio de esta antisepsia local.

Si las membranas son muy espesas y adherentes, debe hacerse además un tocamiento con percloruro de hierro, de dos á cuatro veces por día, según el caso, en esta forma:

Percloruro de hierro ..... } aa.
Glicerina ..... } 10 gr.

Es necesario comprimir el algodón empapado de esta mezcla contra las paredes del vaso que la contiene, para evitar que caiga sobre las partes vecinas de las que se deben tocar. Con el contacto del percloruro las falsas membranas se arrugan, la mucosa subyacente se curte por decirlo así, y la garganta se limpia con mayor facilidad.

De dos en dos horas estas unciones deben hacerse seguir de una irrigación con agua de cal, ácido bórico 4ǀ100, agua de Vichy ó agua fenicada 1ǀ100. Esta solución tiene el inconveniente de la susceptibilidad de los niños por el ácido fénico.

Las irrigaciones se hacen tibias, abundantes y en niños de tres á cuatro años en adelante. El mejor procedimiento consiste en poner el líquido en una vasija de vidrio, suspendida á un metro de altura del lecho, de la cual parte un tubo de caucho con una llave, para graduar el chorro del líquido sobre la garganta. Esta

operación se repite con frecuencia, haciéndola siempre corta y suave, y así el niño se habitúa á ella con relativa facilidad. De esta manera se arrastran las membranas desprendidas antes.

Si el niño tiene la edad suficiente para hacer gargarismos, no debe descuidarse este procedimiento útil para limpiar la garganta, calmar los dolores y aumentar la antisepsia local, empleando las mismas soluciones usadas en la operación anterior.

Cuando la edad del paciente no permite las aplicaciones anteriores, deben usarse las pulverizaciones, repetidas cinco ó seis veces por día, empleando un pulverizador semejante á los que se usan en cirugía y haciendo uso de diversas substancias: tymol, tintura de eucalipto (una cucharada en un vaso de agua). El aparato debe colocarse á un metro de distancia del niño, para que la garganta reciba la parte más ancha del cono vaporizado, durante quince ó veinte minutos.

Cuando las falsas membranas se sitúan en otros puntos, deben combatirse por aplicaciones especiales.

En la difteria nasal deben hacerse irrigaciones con agua de hojas de nogal ó con la solución de ácido bórico y aplicar en seguida esta pomada:

Azufre sublimado	4 gr.
Grasa.....	30 —

El nitrato de plata justamente abandonado en la difteria de la garganta, obra bien cuando las membranas aparecen en los labios. En este caso una cauterización cotidiana produce buen efecto.

Aparecen á veces membranas sobre las mejillas por una excoriación cutánea cualquiera, impétigo por ejemplo; la mejor curación en este caso es el yodoformo en polvo fino.

Si el infarto ganglionar es considerable y doloroso,

debe aplicarse una corbata con algodón, sobre el cual se extiende la siguiente pomada.

Extracto de belladona.....	2 gr.
Yoduro de potasio	1 —
Grasa	30 —

En caso de irritación cutánea, debe suprimirse el yoduro.

Desde el punto de vista de la higiene general, es necesario cuidar que el enfermo sea colocado en una pieza espaciosa, de temperatura uniforme y de fácil aereación. Además, deben hacerse vaporizaciones en la pieza del enfermo, poniendo en dos vasijas apropiadas, brea en la una y hojas de eucalipto con agua en la otra, para calentarlas alternativamente con una lámpara de alcohol, de tal suerte que el aire esté constantemente impregnado de vapores aromáticos y tenga un exceso de vapor de agua, favorable en todo caso.

Debe evitarse cuidadosamente un enfriamiento, usando abrigo apropiado y evitando las corrientes de aire en dirección de la cama del enfermo.

El tratamiento interno puede resumirse así: sostener las fuerzas del enfermo por la alimentación y los tónicos. Deben permitirse los alimentos ordinariamente acostumbrados; caldos, huevos, leche, sopas, carne, cremas &c. La alimentación es punto capital y puede llegarse hasta el *gavaje*, por medio de la sonda esofagiana introducida por las fosas nasales ó la boca. El alcohol en todas sus formas: vino, champagne, cognac (30 á 40 gr. á un niño de tres años), para tomar en el día, mitigados con agua pura ó azucarada. El té y el café son igualmente recomendables.

El medicamento que ha dado mejores resultados para levantar las fuerzas es el percloruro de hierro, re-

comendado por Aubran, en dosis de 10 á 20 gotas, para las veinticuatro horas, según la edad.

Cuando el niño pasa de 5 ó 6 años, debe darse, por ejemplo de Trideau, copaiba y cubeba, ó bien el extracto oleo-resinoso de ésta, en dosis de cinco á seis gramos, en una poción aromática. Para niños de 12 ó 15 años de edad, se usa esta preparación:

Cubeba	60 gr.
Copaiba.....	30 —
Subcarbonato de hierro	4 —
Subnitrato de bismuto	C. S. para solidificar. Cuatro bolos para el día.

Cuanto al clorato de potasa, maravilloso en las enfermedades de la boca, y del cual se ha pretendido hacer un verdadero específico, es completamente inútil, y tiene el inconveniente de debilitar á los enfermos, cuando se administra en altas dosis. Las preparaciones de quina deben usarse con reserva por no ser bien soportadas por el estómago de los niños y por no tener el poder estimulante de los alcohólicos, que deben preferirse en todo caso.

Si á pesar de estos cuidados minuciosos, el crup se declara con amenaza de asfixia inmediata, no queda más recurso que la traqueotomía, la cual no entra en la órbita de estas consideraciones.

R. ZEA

PEPSINA

MODO DE ADMINISTRARLA

Quizá no hay otro medicamento en la Terapeútica que se use tan impropiamente como la pepsina. Por esto, y por la mala calidad de la droga que muchas veces se expende en el comercio, sucede que la acción de

este digestivo es inerte en un gran número de casos. Para probarlo basta examinar unas pocas fórmulas, ó formas bajo las cuales se administra. Bien sabido es que el alcohol destruye las propiedades proteolíticas de la pepsina, y sin embargo, muchos médicos la recetan en elíxires y vinos. Pongo mucho en duda, por ejemplo, la acción digestiva de una preparación como el *elíxir de pepsina* y *bismuto de Gardner*, cuya fórmula es la siguiente:

R. Pepsina Boudault ..... 133 gramos.
Agua ..... 400 —
Alcohol ..... 75 —

Se disuelve y filtra, y luégo se añade un soluto previamente filtrado de

Tintura de corteza de naranjas... 137,50
Tintura de limón 62,50
Fosfato de cal ..... C. S.
Agua 375

Después se agrega otro soluto también filtrado de:
Citrato de bismuto amoniacal 53,20
Agua 100

Y por fin se añaden las siguientes substancias:

Alcohol 200
Jarabe simple 600
Agua C. S. para obtener 4.500 de producto.

Form. del Laboratorio. La Oficina de Farmacia de Dorvault, 2.º suplemento.

Resulta, pues, que en 4.500 gramos de líquido hay 475 gramos de alcohol. De suerte que por cada dosis de este elíxir que contenga un gramo de pepsina, se administran 3 gr. 50 centigr. de alcohol.

Otras preparaciones que comúnmente se usan entre nosotros, en forma de elíxir, son las de Mialhe y Corvisart; ambas contienen una cantidad regular de alcohol.

Yo creo que no debemos confiarnos de esta clase de preparaciones, pues además de lo expuesto, y aun admitiendo que la cantidad de alcohol que contienen sea muy débil para neutralizar la acción de la pepsina, ellas no conservan las propiedades digestivas de este fermento animal, porque el alcohol no tiene el poder de impedir que se altere el elemento pépsico. Si deseamos administrar la pepsina en solución, debemos buscar un vehículo que la conserve indefinidamente, y no hay duda que lo tenemos en la glicerina, como lo ha demostrado Lieberich. Además, puede agregarse ventajosamente una pequeña cantidad de ácido clorhídrico, que es un sinérgico de la pepsina, y obra muy bien, sobre todo cuando hay deficiencia de ácido en el jugo gástrico. Por estas dos razones creo que la preparación mejor y más científica es la que con el nombre de *Liquor Pepsini* (pepsina líquida) indica la Farmacopea de los Estados Unidos. Su fórmula es esta:

R. Pepsina amilácea.....	40 partes.	
Acido clorhídrico, ...	12 —	
Glicerina, ...	400 —	
Agua.....	548 —	M.

Cada 25 gramos contienen 1 gramo de pepsina.

A un dispéptico, cliente mío, lo afecta desagradablemente el elíxir de Mialhe, y lejos de proporcionarle alguna mejoría, le empeora la digestión. Le he dado la *pepsina líquida*, según la fórmula anterior, y el resultado no ha dejado nada qué desear. A otros me he cansado de darles inútilmente pepsina en polvo: des-

pués la he administrado á los mismos en solución ácida, con buen éxito. Esto ocurre con frecuencia en individuos cuyo jugo gástrico es deficiente en ácido. Naturalmente ha de suceder así, puesto que la pepsina no transforma las substancias albuminoideas en peptonas sino en presencia de un ácido. Esto me conduce á hacer otra observación. Muchas veces he visto fórmulas que, más ó menos, corren así :

R. Pepsina, ... 5 gramos.
Bicarbonato de soda, ... 10 —
Polvo de nuez vómica, .. 0.40 —
M. Div. en 20 pp.

Para tomar un polvo después de almuerzo y de comida.

Probablemente los que usan fórmula semejante obtendrán buenos resultados producidos por los otros componentes, pero nunca por la pepsina, pues la dosis de ésta es sumamente pequeña, y el bicarbonato de soda es incompatible con ella. Winslow ha demostrado que si se agrega la más pequeña cantidad de una substancia alcalina á una solución de pepsina, aquélla destruye permanentemente la acción de ésta, la cual no se puede regenerar aunque se añada después un ácido (1). Por experimento he administrado la fórmulo anterior á tres dispépticos, unas veces con pepsina, otras sin ella, y el resultado ha sido el mismo.

En cuanto á la dosis de pepsina sigo las enseñanzas del Profesor Wood, de Filadelfia, quien se expresa así: "Según los experimentos del Dr. C. L. Dana, que parecen muy dignos de crédito, una buena pepsina debe disolver en el estómago veinte veces su peso de albúmina, y la Farmacopea de los Estados Unidos re-

(1) *John Aulde. Therapeutic Gazette.* Noviembre 15 de 1890. Página 735.

quiere que la pepsina, ayudada por el ácido clorhídrico, disuelva en cinco ó seis horas cincuenta veces su peso de albúmina de huevo coaguiada; pero es muy dudoso que 20 por ciento de pepsina comercial pueda obrar tanto así. Una de dos conclusiones parece inevitable: ó las dosis de pepsina comúnmente usadas son prepósteramente pequeñas, ó, de otro modo, la pepsina obra sobre el estómago mismo como un estimulante..... Por lo menos dos gramos del artículo comercial deben darse en cada dosis."

Pero se me argüirá que la combinación de pepsina con bicarbonato de soda se emplea cuando hay exceso de ácido en el estómago, que lo neutraliza el bicarbonato y que entonces queda la pepsina en condiciones favorables para obrar. Pero ¿quién puede determinar con exactitud la cantidad de ácido que deba neutralizarse, siendo así que unas veces la producción de éste es más y otras es menos? ¿No es muy posible que se administre un poco más de lo necesario de la sal de soda y que este sobrante destruya la acción de la pepsina? Y si aceptamos el resultado de los experimentos de Winslow, yá citado, como cierto, ni aun suponiendo que haya hipersecreción de ácido en el estómago debe hacerse uso de esa combinación. El paciente disuelve uno de esos polvos en agua antes de tomarlos: desde aquí queda *permanentemente* destruída la acción de la pepsina, la cual no se regenera aunque esta solución se mezcle en el estómago con una cantidad considerable de ácido. Mucho menos puede regenerarse cuando tal condición de acidez no existe, ó cuando ocurre todo lo contrario. Yo he visto dar la susodicha combinación en casos que pertenecen precisamente á esta última categoría, y lo atribuyo á una rutina de parte de los que la prescriben. Se presenta,

por ejemplo, una persona cualquiera quejándose de "digestión muy *pesada*", ó "digestión débil", muchas ocasiones sufriendo de una verdadera gastritis crónica, y pide receta para su enfermedad. Sin hacer un examen prolijo sobre la naturaleza de ésta, tal vez sin averiguar siquiera acerca del estado de la secreción gástrica, le prescriben inmediatamente unos "polvos digestivos", que el mayor número de veces no son otra cosa que pepsina y bicarbonato de soda. No se crea por un momento que esto que acabo de decir va end e rezado á ningún honorable colega; me refiero á los empíricos que tienen construídas fórmulas especiales para cada enfermedad, las cuales aplican indistintamente, sea cual fuere la variación en el tipo de ésta.

Si se presenta indicación precisa de administrar un alcalino, al propio tiempo que pepsina, dense uno y otra separadamente. Tal indicación ocurre con menos frecuencia de lo que generalmente se cree, pues muchas veces nos dejamos guiar por las sensaciones del paciente, como eruptos ácidos, *vinagreras* &c. El exceso de ácido en el estómago puede provenir de dos fuentes distintas: de hipersecreción de las glándulas gástricas, ó de la fermentación de los alimentos, más comúnmente de lo último. Por lo tanto, llena mejor la indicación, en el segundo caso, un buen antiséptico, como el salicilato de bismuto, que el bicarbonato de soda que lo es muy débilmente.

Al presentar la fórmula de la *pepsina líquida* no pretendo que se use toda vez que esté indicado este fermento animal, pero sí en el mayor número de casos, pues á pesar de que contiene ácido clorhídrico, siendo éste un sinérgico de la pepsina y además un antiséptico, puede emplearse, con buen éxito, aun cuando haya mucha acidez en el estómago, siempre

que ésta provenga de fermentación de los alimentos, condición del estómago que á primera vista pareciera contraindicar el empleo de aquella solución ácida de pepsina.

De modo, pues, que podemos formular las siguientes deducciones:

1.ª Solutos de pepsina en vino, ó en líquidos que contengan alcohol no son dignos de confianza.

2.ª No debe administrarse la pepsina en combinación con substancias alcalinas.

3.ª La dosis de pepsina debe ser mayor de la que generalmente se usa; lo menos de uno á dos gramos.

Y por último, propongo que en vez de soluciones de pepsina que contengan alcohol se emplee el *Liquor Pepsini*, según la fórmula que queda consignada, ó una preparación semejante.

JOSÉ J. DE LA ROCHE.

Rionegro, Mayo de 1892.

PLAZA DE MERCADO

Medellín tiene necesidad imperiosa de una plaza para mercado que, por su situación, corresponda á las exigencias actuales de la población, pues la que hoy existe, aunque de reciente data, por hallarse fuera de la ciudad y lejos de las principales vías de abastecimiento, dista mucho de llenar cumplidamente el objeto á que está destinada.

Para obviar en lo posible tales inconvenientes, algunos capitalistas han solicitado del Concejo Municipal autorización ó privilegio para construir una plaza mejor situada y convenientemente cubierta; pero aquella Corporación, juzgando que las localidades propuestas dejan algo qué desear en cuanto á salubridad, y

que eso podría tal vez ser inconveniente para la construcción de la plaza, solicitó el dictamen de la Academia de Medicina acerca de este asunto.

Tal es el origen del siguiente informe, dado por el Dr. Francisco A. Uribe Mejía, como comisionado para estudiar el punto y proponer lo que debía decirse al Concejo.

Sres. Académicos.

El Concejo Municipal de esta ciudad solicita de la Academia de Medicina de Medellín un informe relativo á las condiciones higiénicas de las localidades en donde se proyecta construir plazas de mercado.

En un oficio del Sr. Secretario de la Academia se me comunica que nuestro honorable Presidente me ha designado para presentar un proyecto que sirva de base de discusión á dicho informe.

Grande, muy grande, es el honor que se me hace, tanto como es difícil, enojoso y trascendental el asunto que se me confía, y agrava esta situación ser tan corto el tiempo y tan limitadas mis fuerzas. Sirva esto siquiera de disculpa, lo mismo que servirá para ello el saber que me ocupo en este asunto sólo en señal de obediencia y acatamiento á esta honorable Corporación.

Protesto antes de dar principio á mi trabajo, que no me guía otro interés que el honor de la Academia, el deseo de ayudar en algo al respetable Concejo Municipal, y el amor sincero y profundo á la ciudad de Medellín.

Dice el Sr. Presidente de la Municipalidad: "Los lugares ofrecidos para construir plazas son los siguientes: á inmediaciones del Camellón Carabobo en uno de estos parajes: si fuere al Sur, en el globo de terreno

comprendido dentro de los cruceros de las calles de Maturín y Sanjuán, lo más próximo posible al expresado Camellón y al costado sur de la casa alta del Sr. Carlos C. Amador; si fuere al Norte, en las inmediaciones de la casa del Sr. Juan José Echavarría, y próxima al dicho Camellón.

—

Es el barrio de Guayaquil, en general, malsano; no tan mortífero como se le pinta, no tan insalubre como lo fue en otro tiempo. Debe sus malas condiciones higiénicas á la humedad producida por las avenidas del río, las aguas lovedizas y los extensos *cañaverales;* esta humedad es retenida en la superficie por una capa impermeable y muy espesa de arcilla, que no le permite al agua continuar su curso natural. De ahí resulta que estas aguas detenidas, con *detritus* orgánicos disueltos ó suspendidos, se descomponen y dan origen á efluvios palúdicos, que producen la malaria en diversas formas y que no sólo afecta á los habitantes del barrio, sino también á la población en general; pues sabido es que estas emanaciones atacan con igual fuerza á un radio mayor de tres mil metros, todavía con una fuerza mayor á medida que se eleva hasta pasar la altura de trescientos metros, en la cual pierden su perniciosa eficacia.

Estos terrenos pueden mejorarse, en concepto del subscrito, hasta hacerse completamente innocuos. Ellos han mejorado de algunos años á esta parte por todos los medios de desagüe y sequedad, y si se continuase en esta saludable labor por todos lados, Medellín, la más bella ciudad del país, sería á la vez la más sana de la República.

—

Hágase colgar el río, como lo ha indicado el Sr.

Dr. Uribe Angel; pónganseles diques fuertes que impidan las avenidas sobre estos terrenos; rómpase verticalmente la gruesa capa de arcilla en diversas partes para buscarles salida á las aguas por las otras capas inferiores; ábranse zanjas; búsquense desagües; constrúyanse acueductos; ventílese el terreno inferior por drenajes bien dispuestos; levántese el terreno llenándolo de arena; macadamícense las calles y avenidas y háganse cumplir las leyes de policía con respecto á ornato y aseo.

Si se hace todo esto, como tendrán que hacerlo por necesidad y hasta por conveniencia los que vayan á poblar ese barrio ó los que hayan de construir la plaza, la ciudad entera ganará en belleza y salubridad.

De lo expuesto hasta aquí deduzco que el barrio de Guayaquil presenta buenas condiciones higiénicas para la construcción de una plaza de mercado. Si del barrio Sur decimos esto, con mayor razón lo diremos del barrio Norte, que no está tan directamente amenazado por el río y que no presenta los extensos *cañaverales*, aunque en situación la creemos igual y en salubridad poco menos. Por eso vuestra comisión propone lo siguiente:

Contéstese al respetable Concejo Municipal, que la Academia cree que ambas localidades propuestas para plazas de mercado reunen las condiciones higiénicas necesarias; que la ciudad ganaría mucho con la construcción de cualquiera de ellas, y mucho más, inmensamente más, si se construyesen ambas.

Medellín, 1892, Abril 11.

FRANCISCO A. URIBE.

Cuando se discutían las anteriores conclusiones, y antes de aprobarse, se recibió otra comunicación del Concejo Municipal, en que variaba los términos de su

consulta. Una nueva comisión, á cargo del Dr. Rafael Pérez, dio por resultado definitivo la contestación que sigue, la que fue aprobada por la mayoría de los académicos presentes en la sesión.

—

1.° Ambas localidades son en la actualidad insalubres, principalmente la del Sur.

2.° En principio, una y otra pueden sanearse lo suficiente para llenar los requisitos higiénicos de una Plaza de Mercado cubierto, y por lo tanto, ambos proyectos son aceptables *sub conditione.*

3.° Sin un saneamiento relativo, "sin drenajes ni otras obras de arte" más ó menos "difíciles y costosas", la construcción de cualquiera de las dos plazas sería perjudicial para la salud pública.

4.° Convenientemente construídas, al contrario, una y otra plazas serían obras provechosas para la salubridad de la ciudad.

5.° En resumen, la Academia cree de su deber, como Cuerpo consultivo de Higiene, encarecer al honorable Concejo Municipal que antes de dar su aprobación á cualquiera de los dos proyectos mencionados, someta los respectivos planos á una comisión de Higienistas, porque sólo á sabiendas de lo que pretenda hacerse en materia de edificios, calles, acueductos y demás obras de arte subterráneas, y conociendo la nivelación del terreno relativamente al río y las cualidades del piso y del subsuelo, puede decidirse científicamente si la Plaza proyectada reunirá las condiciones higiénicas indispensables, ó si constituirá más bien un foco de infección eminentemente peligroso para la salubridad de Medellín.

Abril 18 de 1892.

DISCROMATOPSIA

DE ORIGEN TRAUMÁTICO

La discromatopsia ó imposibilidad, más ó menos completa, de distinguir los colores, es una afección de causas aun mal conocidas. Lo más común es que sea congénita é incurable, como en el caso de Dalton. Eso hace interesante la observación siguiente, en que fue debida á traumatismo, llegó á ser absoluta y se obtuvo, sin embargo, la curación.

La historia clínica deja qué desear, porque no habiendo visto el herido sino dos años después del accidente, hube de contentarme, en cuanto á antecedentes, con los datos que él y sus allegados pudieron suministrarme.

El Coronel C., de 25 años y de constitución vigorosa, recibió, por delante, un balazo de fusil, que rozó el lado izquierdo de la cabeza, llevándose un pedazo del pabellón de la oreja, en su parte superior, y fracturando el temporal. Por algunos días hubo pérdida del conocimiento y delirio tranquilo. Al volver en sí, notaron que había perdido completamente la memoria, en términos que fue necesario enseñarle á hablar, pues ignoraba los nombres de las cosas más comunes; estaba un poco sordo y con el olfato y el gusto completamente abolidos; pero lo que más llamó la atención fue la imposibilidad en que se hallaba de distinguir los colores, pues todo lo veía blanco ó negro. Además, no percibía el relieve ó la forma sólida de los objetos, pareciéndole todos planos; podía, no obstante, leer. Los que lo veían le decían que tenía las pupilas muy dilatadas. La afección ocupó ambos ojos. Ni en los músculos de la cara ni en los miembros hubo parálisis alguna; pero al andar le parecía que sólo lleva-

AUTORES ANTIOQUEÑOS
HEMEROTECA

ba la mitad izquierda del cuerpo, y que la derecha se había quedado atrás. Dos meses después de haber sido herido, todavía salían esquirlas de las heridas y había secreción serosanguinolenta por el oído de ese lado.

Poco á poco fue pudiendo reconocer la forma ó solidez de las cosas; recobró el olfato y el gusto, lo mismo que el oído del lado izquierdo (el de la herida), mientras que el derecho quedó siempre duro; pero la discromatopsia persistía aun á los dos años, época en que yo lo vi por la primera vez.

Esta última afección acabó también por desaparecer, de modo que á los seis años (que fue cuando lo volví á examinar) yá distinguía todos los colores. El primero que pudo reconocer fue el rojo, y el último el verde; antes los veía negros. Quedó siempre un poco corto de vista, por lo que á alguna distancia no conocía las personas.

En los tres primeros años estuvo tomando, por temporadas, dosis moderadas de estricnina, y tuvo un sedal en la nuca. Quizás aquella sí contribuyó algo al restablecimiento.

Este bravo militar murió en el combate de Manizales, defendiendo la ciudad, el 5 de Abril de 1877.

A. POSADA ARANGO.

HERIDA PENETRANTE DEL PECHO

N. N., de 32 años, buena constitución, casado y agricultor, quiso suicidarse hundiéndose la lámina de un cuchillo en el cuarto espacio intercostal derecho, á seis centímetros de la línea esternal. De esta herida no salió ni una gota de sangre al exterior, pero á poco

de haberse dado la puñalada tuvo una hemoptisis abundante acompañada de tos y de dispnea.

A los dos días fue llamado D. Delfín Cano á visitar el enfermo. Lo encontró con neumonía, la que combatió de conformidad con los recursos del arte. La fiebre continua de la neumonía fue cediendo, pero al fin quedaron accesos vesperales por algunos días y por esto fui consultado por el Sr. Cano. Hallé un derrame de consideración y probablemente purulento en la pleura derecha. Hicimos por vía de diagnóstico y como tratamiento una punción con la aguja fina del aspirador de Dieulafoy y extrajimos 200 gramos de una serosidad sanguinolenta mezclada de pequeñas porciones de pus. A pesar de haber dirigido la cánula del trócar en diferentes direcciones y de haber hecho cambiar de posición al paciente, no obtuvimos más líquido. Retirámos la cánula y sometimos al enfermo á medios dietéticos y curativos convenientes para favorecer la absorción del líquido que quedara. Notable fue la mejoría que obtuvimos, pues pudo volver á su campo y entregarse á sus faenas.

Como á los ocho días volvió á presentarse la misma sintomatología del principió: fiebre por la tarde, precedida de calofrío, dispnea, inapetencia para el alimento y el trabajo, y gran malestar. Un nuevo examen nos demostró en la pleura derecha un gran derrame que se extendía desde el ángulo inferior del omoplato hasta el cuarto espacio intercostal del mismo lado. Practicámos otra punción, casi al mismo nivel de la primera, pero en el quinto espacio intercostal; salió gran cantidad de pus sanguinolento, claro y sin olor de ninguna clase. La temperatura de la mañana de ese día, fue 38°. Extrajimos casi todo el pus y volvimos á retirar la cánula y prescribímos

fricciones secas, sinapismos, diuréticos, vino de quina etc. Pasaron así unos cuatro días, y en nada cambió el estado general del enfermo, que era yá grave, pues tenía dispnea, palidez mate, sequedad de la piel y abatimiento de espíritu. En vista del mal resultado de la punción y de la pronta reproducción del líquido, intentámos practicar el empiema, pero antes introdujimos un trócar grueso, previa incisión de la piel, por el sexto espacio intercostal y en la línea axilar hasta la colección de pus. Retirámos la aguja del trócar y haciendo uso del vacío que formaba la ola purulenta introdujimos por allí un tubo de caucho vulcanizado, dejámos salir todo el líquido é hicimos luégo un lavado con solución de ácido bórico al 3 por ciento (3 °/₀). La cantidad de pus extraída fue 700 gramos. Después que hicimos el lavado con la solución de ácido bórico, inyectámos otra solución de ácido salicílico al 1 por 1.000 y dejámos en la cavidad pleural 300 gramos (menor cantidad que la del pus extraído), ligamos la extremidad del tubo con un cordel de pita para evitar la entrada del aire y la salida del líquido y pusimos un vendaje bien asegurado. El miércoles, 30 de Marzo, temperatura 30° C.°

El Jueves, 31 de Marzo, encontrámos al enfermo sentado en el lecho, con bastante dispnea, tos por accesos y temperatura 38,2. Soltámos la extremidad del tubo dentro de una taza llena de agua para evitar la entrada del aire, lo corrimos un poco para hacer sifón, y dejámos salir el pus hasta vaciarlo por completo. Practicámos otro lavado con la solución de ácido bórico y dejámos otros 300 gramos de solución salicilada en la cavidad. Viernes, por la mañana, 37° 6, C.° Tuvo fuertes accesos de tos y arrojó una gran cantidad de mucosidades aereadas y pegajosas. Salió por el

tubo una gran cantidad de líquido de olor desagradable, de color moreno, grumoso, á tal punto que el tubo se obstruía cada momento, y tuvimos que emplear el aspirador para completar el lavado.

Sábado por la mañana 38° 5, estado general malo, la noche fue pésima, tosió y esputó mucho, no pudo acostarse un solo momento. Temperatura por la tarde, 38° 5. Lunes, por la mañana, 40°; mala noche; pus de muy mal olor, y de color moreno en descomposición. Temperatura por la tarde, 39° 8. Hicimos dos lavados con ácido bórico y coaltar saponificado, y en vista del mal resultado cambiámos los lavados por los de ácido salicílico en solución al 1 por 1.000 y dejámos inyectados los 200 ó 300 gramos de la misma solución.

Martes: 38° 5, por la mañana, ninguna mejoría en el estado general, la tos continuaba y le provocaba el vómito; el tubo no vació todo el pus porque era grumoso y espeso y resolvimos extraerlo. Por la fístula que se había formado introdujimos otro tubo mucho más grueso, por el cual pudimos hacer amplios lavados hasta sacar el agua completamente limpia. Temperatura, por la tarde 38° 5.

Miércoles: 38° por la mañana, mucha inapetencia y mucha tos; la fetidez del pus continúa. Temperatura, por la tarde, 38°.

Jueves: 37° 6, durmió algo, el líquido que dejámos en la cavidad salió casi limpio, pero de mal olor. Temperatura, por la tarde, 38° 5. No hicimos lavado.

Viernes: 38° 2, por la mañana, mucha tos y dolor en la herida; hicimos un solo lavado y dejámos los 300 gramos en la cavidad. Temperatura, por la tarde, 38° 5.

Sábado: 37° 6, se soltó el tubo y el líquido salió

casi limpio, pero de mal olor; inyectámos como 700 gramos de líquido; le provocó, de pronto, un fuerte acceso de tos, expulsó el tubo fuera de la cavidad y por la fístula se escapó gran cantidad de pus blanquecino, fétido y espeso que brotaba de un lugar más elevado que el primer foco. Desde ese momento todo cambió: el pus fue extraído con lavados practicados con el aspirador, corriendo el tubo más ó menos, según el foco que queríamos lavar; el mal olor se fue disipando, la temperatura descendió rápidamente, todo había desaparecido; calmó la tos, y la apetencia vino. El estado general calmó igualmente: vino animación y la restauración de las fuerzas. Retirámos el tubo el quinto día después de vaciado el último foco.

Al retirar definitivamente el tubo lavámos bien las cavidades, hicimos toser al enfermo para que expulsara todo el líquido, aplicámos en la herida un pedazo de tafetán inglés con el que cerrámos herméticamente el orificio. Es de notar que aunque tomámos muchas precauciones para impedir la entrada del aire, éste circulaba libremente en los focos.

Como último tratamiento prescribímos yoduro de potasio, vino de quina y revulsivos cutáneos.

De esto se deduce que por el drenaje con un solo tubo grueso, en casos de pleuresía purulenta, ayudado de dos lavados diarios con líquidos desinfectantes y dejando cada vez que se hagan dichos lavados una cantidad menor que el pus extraído, de solución de ácido salicílico al 1 por 1.000, que impida la fermentación y que vaya disminuyendo el foco, se pueden obtener muy buenos resultados y puede evitarse la operación del empiema que llena de terror al paciente.

Pereira, 1892, Mayo 7.

JAIME MEJIA M.

KELOTOMÍA

S. B., de 60 años, regular constitución, al levantar un cuerpo pesado se le formó una hernia inguinal. Doce horas después vi al enfermo: tenía una hernia inguinal izquierda, oblicua externa y estrangulada. Poco después de habérsele formado, alguien, lego en cirugía, se empeñó inútilmente en reducírsela.

Traté de introducir el asa intestinal, que era bastante grande, por la taxis prolongada, sin ningún resultado. La imposibilidad en que me encontraba para probar otros medios—como corrientes eléctricas, los baños generales prolongados de temperatura suficientemente elevada y la pequeña cantidad de cloroformo puro que tenía, me obligaron á abandonar al enfermo por esa noche, después de prescribirle una poción calmante, porque los dolores eran sumamente intensos.

Preparado para hacer la Kelotomía, en caso de que encallaran los otros medios de que podía disponer, volví á ver al enfermo al día siguiente.

Durante una hora estuvo el paciente en un gran baño de agua caliente; pasado este tiempo, intenté nuevamente la reducción, y ni por este medio, ni por la cloroformización llevada hasta completa resolución muscular, pude obtener lo que deseaba.

Procedí á la operación, que hice con la más rigurosa asepsia: limpié la región, con solución fenicada, é hice incisiones de unos 8 c. m.; todas las capas subcutáneas las corté sobre la sonda acanalada después de practicado el consabido ojal, *en dédolant*. Abierto el saco, el asa intestinal se presentó de un color violáceo y á 1 c. m., ó poco menos, del estrangulamiento, tenía la serosa una erosión de unos dos mm. de diámetro, cuyo fondo estaba formado por la musculosa y

rodeada de una auréola inflamatoria. La pequeña magnitud de la lesión me indujo á no suturar el intestino. No se crea que esto fue producido por el instrumento, porque las capas las corté del modo indicado y con el mayor esmero. Además, su cercanía al cuello y su auréola inflamatoria, demuestran claramente que se había producido antes de la operación y seguramente por el frote, en las varias tentativas de reducción.

Desbridé hacia arriba y hacia fuera, y después, por no haber sido suficientes las incisiones, desbridé directamente hacia afuera, lo que bastó para introducir con relativa facilidad la porción intestinal, luego que la hube lavado con solución fenicada. Practiqué la escisión de una parte del saco, que por su aspecto negruzco, inspiraba desconfianza, lo suturé al nivel del cuello y contra los pilares, para que la operación fuera radical, y una vez suturados los tegumentos, puse una curación semejante hasta donde me fue posible hacerlo, á la listeriana. Ordené el decúbito horizontal y prescribí una poción calmante. Pocas horas después hubo una abundante evacuación. Al día siguiente había un poco de meteorismo, que cedió á paños de aguasal, cambiados constantemente. La curación se cambió á los tres días, la herida estaba en muy buen estado, después se hicieron las curaciones diarias. El tratamiento interno tuvo por base el vino y la quina. La fiebre duró pocos días, y no fue muy alta; desgraciadamente no pude cerciorarme de esto porque el enfermo se resistió á que lo siguiera viendo, porque "*no quería que lo acabara de matar*". Durante ocho días los lavados se hicieron con solución fenicada, y todos los días. Lo siguieron lavando cada dos ó tres días con agua de malva de uno y dos días de cocinada. A los doce días

de operado se formó una colección de pus en la parte inferior de la herida, que se abrió amplio paso al exterior, esfacelando una parte del escroto. A pesar de todo, los botones carnosos llenaron la pérdida de substancia, y después de mes y medio de cama sanó completamente y hoy está más robusto que antes.

J. V. MALDONADO.

Envigado, Abril 26 de 1892.

COQUELUCHE (Tos ferina).

USO DE LA NAFTALINA

El Dr. Chavernat, satisfecho en alto grado de los beneficios obtenidos con el empleo de la Naftalina en numerosos casos de Coqueluche, aconseja usar dicha substancia del modo siguiente:

En el cuarto del enfermo se coloca sobre un infiernito (brasero), un recipiente de loza que contenga 15 ó 20 gramos de naftalina; ésta no tarda en fundirse (75°) é inunda en seguida la habitación con sus vapores argentinos, cuyo olor hace recordar el de las lilas. Conviene advertir que la naftalina debe fundirse y nó quemarse, pues en este último caso esparce un vapor fuliginoso de olor acre y que provoca la tos.

El autor empleó por primera vez este tratamiento en su hijo, joven de diez y ocho años, que tosía con una violencia extremada y que se curó completamente después de dos sesiones de fumigaciones naftalínicas (20 gramos en cada sesión).

El Dr. Castellán ha seguido el mismo proceder en un Establecimiento cuya dirección médica le estaba confiada. Treinta niños afectados de coqueluche en sus diversos períodos, viéronse libres de la enfermedad sin más que someterlos durante dos noches con-

secutivas á la acción de las fumigaciones de naftalina, hechas en su dormitorio.

Es digno de notar que los vapores de naftalina son muy molestos y hasta se hacen insoportables á los individuos tuberculosos.

(De *La Revista Médica Dosimétrica* de Madrid, Febrero de 1892.)

TOS FERINA

Mucho me ha preocupado siempre la cruel é insidiosa enfermedad para la cual aconseja el Dr. Chavernal el precedente modo de usar la Naftalina.

Desde el año de 1862 escribí unas instrucciones para el tratamiento de la Tos ferina, que mereciendo la aprobación de mi respetable amigo y comprofesor, Dr. Manuel Uribe Angel, se publicaron varias veces bajo su dirección, incluyendo también algunas de sus fórmulas y oportunos consejos.

Esas instrucciones indudablemente han producido benéficos efectos en las diferentes epidemias durante los últimos 30 años. Así lo aseguran generalmente.

Pero, yo debo confesar que los grandes adelantos de la ciencia médica dejan muy atrás aquellas instrucciones y que es preciso aceptar otro tratamiento más científico, más fácil y seguro.

Veamos si no lo que nos dice el Dr. Oliveira Castro:

"La coqueluche es una de las numerosas enfermedades que más ponen de relieve las fluctuaciones de las opiniones científicas y la incertidumbre de los medios terapéuticos.

"Para unos la coqueluche es simplemente una inflamación del ventrículo interglótico; para otros es un espasmo de la glotis ó complicado de laringitis; éstos

la atribuyen á una hipertrofia de los ganglios traqueo-bronquiales, mientras que aquéllos la creen producida por parásitos especiales.

"Esta última opinión es la que debe ser aceptada, porque es la única que explica los principales accidentes de la enfermedad. Burggraeve dice que la coqueluche debe ser calificada entre las difterias, y la atribuye á la presencia de *penicilliums* en las vías respiratorias.

"Letzerich ha podido descubrir y cultivar un *micrococus* que parece ser la verdadera causa de esta afección. La contagiosidad de esta enfermedad, su sintomatología tan característica y tan diferente de la que se observa en las demás lesiones del aparato respiratorio, la sucesión regular de sus períodos de incubación, de desenvolvimiento y decrecimiento, y en fin, la eficacia de los tratamientos antiparasitarios, confirman plenamente la teoría parasitaria de la coqueluche, y permiten condenar todas las demás."

Para mí es evidente, por lo que acabo de copiar de la obra del Dr. Oliveira y por otras opiniones de respetables autores, que la enfermedad es parasitaria. Y, así, no vacilo en recomendar el tratamiento por la Naftalina, aconsejado por el Dr. Chavernat y confirmada su eficacia por el Dr. Castellán.

Creo que la Naftalina además de sus efectos expectorantes y antiespasmódicos ejercerá de preferencia su acción parasiticida.

Juzgo de importancia ensayar los vapores de la Naftalina como quedan aconsejados, cuyo sistema parece sencillo, cómodo, sin molestias para los niños y económico, puesto que una sola fumigación en un cuarto puede aprovechar á varios enfermos simultáneamente.

Por otra parte, queda campo de usar permanentemente el sulfuro de calcio al interior, á dosis de un centigramo frecuentemente repetido. Es un medicamento inofensivo y de una fama general en todas las enfermedades parasitarias y zimóticas.

Por tanto, y estando actualmente la tos ferina ó coqueluche haciendo sus estragos en la ciudad y en los campos circunvecinos, me apresuro á poner en conocimiento de mis comprofesores y del público, el consejo del Dr. Chavernat, que espero será provechoso entre nosotros.

Mayo 29 de 1892.

RAFAEL CAMPUZANO.

LA CORONA DE ESPINAS

Nadie extrañará que hoy, después de un transcurso de casi veinte siglos, no se sepa con certidumbre cuál fue el vegetal de que hicieron la corona que sirvió para martirizar á N. S. Jesucristo.

Algunos escritores de Botánica han supuesto, sin fundamento conocido, que sería un arbusto de la familia de las Ramnáceas, llamado *Paliurus australis* ó *aculeatus;* otros, entre ellos el profesor Hasselquist, piensan que lo fue más bien un vegetal de esa misma familia, pero de género distinto, denominado *Zizyphus Spina Christi;* mientras que la opinión más común la atribuye á un espino de la familia de las Solanáceas, conocido en la ciencia con el nombre de *Lycium mediterraneum.*

Tocando yo esta cuestión en mi libro titulado *Viaje de América á Jerusalén*, que se publicó en París en 1869, me decidí por la última opinión, dándola por *muy verosímil*, porque tiene en su apoyo una tradi-

ción popular en aquellos lugres, y, en tales asuntos, ése me parece un argumento de bastante peso; porque mientras que las Ramneceas antes citadas son raras en Palestina (yo no logé verlas), el otro arbusto es silvestre y abundante en las cercanías de Jerusalén, y porque sus ramos, perfectamente flexibles, se prestan muy bien para hace coronas, como lo practican hoy las religiosas llamadas Hermanas de Sión.

Después de hacer una breve descripción de dicha planta, dije que aunque no tenía á la sazón flores ni frutos, yo no dudaba, juzgado por su aspecto ó su *fisonomía*, que fuera el *Lycium* mencionado arriba.

Con este motivo el Dr. W. Sandino, de Bogotá, queriendo criticar mi libro de viaje, aunque confiesa que no lo ha leído y que sólo conoce de él los dos pasajes en que hablo del *Bejuco de agua* y de la *Corona de espinas*, me corrige esto último, con la misma ligereza ó atolondramiento y la misma carencia de razón con que intentó criticar lo primero (*). Dice, al efecto, que "una planta tan interesante por su importancia histórica, tenía que ser muy conocida científicamente, y que no es menester ir á Jerusalén para saber que es el *Paliurus aculeatus*", y luégo censura, como prueba de pretensión ó de arrogancia inaudita, el que yo pretenda reconocer ó determinar botánicamente aquel arbusto, sin tener á la vista los órganos de la reproducción.

Hay, sin duda, tres errores substanciales en estas pocas líneas. El primero consiste en suponer que no queda yá duda alguna en la materia, en creer que el punto controvertido esté definitivamente resuelto, y desde hace tiempo; el segundo, en pensar que haya

(*) Véase, en un número anterior de este periódico, mi escrito titulado *El Caparrapí y sus clasificadores*

AUTORES ANTIOQUEÑOS
HEMEROTECA

sido decidido á favor del *Paliurus*, y el tercero en ignorar que el solo examen de los órganos vegetativos basta muchas veces para determinar el género de una planta, para reconocerla, por quien sepa apreciar los caracteres que aquéllos suministran y esté algo versado en la materia.

Si el Sr. Dr. Sandino hubiera tenido noticia del *Zizyphus* citado por Hasselquist, su solo nombre específico lo hubiera hecho quizás vacilar en su afirmación; si hubiera leído el tomo XIII del *Prodromus* de Decandolle, hubiera visto en las páginas 523 y 524, que Dunal, después de describir el *Lycium mediterraneum* y de decir que abunda en los alrededores de Jerusalén, agrega que pasa generalmente por haber servido para hacer la corona del Salvador, y que por eso lo llaman en italiano *Spina santa, Spina da corona de crocifissi;* y si se hubiera fijado un poco en la descripción que yo di del arbusto de Sión, hubiera tal vez comprendido que *debía ser el Lycium* citado, y que *no podía ser* el *Paliurus*. Una corta explicación demostrará esto á quien se deje persuadir.

El arbusto de Jerusalén (del que traje y conservo ramos, que mostré á mis colegas de la Academia) tiene las hojas fasciculadas, casi sentadas, estrechas en la base, anchas y obtusas en la cima, muy enteras y con un *solo nervio central;* sus espinas, debidas al aborto de algunos ramos, son axilares, solitarias, rectas y presentan en su base hojuelas ó yemas folíferas. Estos caracteres, algunos de ellos poco comunes, concuerdan perfectamente con los que los autores le asignan al *Lycium mediterraneum*. Si á eso se agrega la consideración de la comunidad de origen, ó sea la procedencia de la planta y su nombre vulgar, bien puede creerse, sin que eso sea aventurar, que se trata de un

mismo vegetal. Las dos Ramnáceas antes citadas, ó sea el *Paliurus* y el *Zizyphus*, llevan, por el contrario, hojas alternas, ovales, agudas, dentadas ó festonadas y con *tres nervios* distintos desde la base, y sus espinas son estipulares, es decir, dispuestas en pares, á los lados de las hojas, ó fuera de las axilas, y son curvas.

No existe, pues, entre aquella planta y ésta ninguna semejanza; no hay entre ellas equivocación posible. Lo dicho prueba, una vez más, que las hojas pueden dar caracteres genéricos de importancia; y se deduce de lo expuesto que si "no es preciso ir á Jerusalén para sab r de qué planta fue hecha la corona de espinas", sí es indispensable, para poder dar voto en estas materias, entender un poco más de Botánica que el Sr. Dr. Sandino.

Medellín, Mayo de 1892.

ANDRÉS POSADA ARANGO.

TESIS

La Academia de Medicina de Medellín agradecería mucho á todos los médicos colombianos el que le enviaran para su biblioteca un ejemplar de sus respectivas tesis.

En el año en curso se han recibido cuatro, las dos primeras procedentes de Bogotá, y las otras dos de nuestra Universidad departamental. Son las siguientes:

TEODORO CASTRILLÓN. *Contribuciones al estudio de la anestesia en las alturas.*

M. J. JARAMILLO. *La fecundidad en Antioquia.*

PEDRO A. F. LINCE. *Blenorragia y reumatismo blenorrágico.*

JOSÉ MANUEL ANGEL. *Higiene de las aguas.*

Aguardando una ocasión oportuna para hacer el análisis de ellas, nos limitaremos por hoy á manifestar á sus autores nuestro cumplido agradecimiento.

Nuevos medicamentos.—*El benzosol.* Sucedáneo de la creosota, recomendado por dos médicos alemanes, los DD. Walser (de Aix la Chapelle) y Hughes (de Sode) en el tratamiento de los tísicos. Según estos cofrades, el benzosol—substancia pulverulenta blanca, combinación química del guayacol con el ácido benzoico—poseería todas las propiedades terapéuticas de la creosota, sin los inconvenientes de esta substancia.

El Sr. Hughes lo administra así:

Benzosol ..... 5 gramos.
Esencia de menta p: ..... II gotas.
H. S. A. 10 pastillas.

De una á dos, tres veces al día, inmediatamente después de las comidas.

Durante una semana el enfermo toma tres pastillas por día; durante otras tres, seis pastillas; en la quinta semana, desciendo á tres pastillas; por último, descansa una semana, para volver á tomarlas en el mismo orden.

El benzosol ha sido tolerado perfectamente bien.