

Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES

Redactores: 1º, Dr. Abraham Aparicio.—2º, Dr. Carlos Michelsen U.

SUMARIO: Epidemia de *gripa* ó *influenza* en Bogotá.

EPIDEMIA DE GRIPA O INFLUENZA EN BOGOTA

Señores Miembros de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales.

En desempeño de la comisión que nos fue confiada por el señor Presidente de la Sociedad de hacer un estudio sobre la epidemia que reinó en meses pasados en esta ciudad, tenemos el honor de someter nuestro informe á vuestra ilustrada consideración.

Queriendo que nuestro trabajo no fuera simplemente la historia de nuestra práctica particular, sino un estudio verdadero y completo de la epidemia, creímos necesario solicitar el concurso y la colaboración de todos ó la mayor parte de los médicos que practican en esta ciudad y que asistieron á la epidemia, y con tal fin nos dirigimos á ellos por medio de una nota circular, redactada en forma de cuestionario, para facilitar las respuestas, precisando y limitando mejor los puntos sobre los cuales solicitábamos el concurso de sus luces y de su experiencia. La mayor parte de los médicos á quienes nos dirigimos tuvieron la atención de dar pronta y completa respuesta á nuestra circular, y es con esos materiales, de cuya veracidad y valor científico responden la honorabilidad é ilustración médica de sus autores, con lo que hemos emprendido la redacción de nuestro informe.

El sistema que hemos adoptado nos parece el más conveniente para cumplir en conciencia una comisión de la naturaleza de la que se nos ha confiado, y no dudamos que en

lo sucesivo será seguido siempre que se trate de estudiar una epidemia ó de resolver algún punto dudoso de nuestra Medicina nacional.

Si nuestro informe adolece de algunas imperfecciones, debéis estar seguros de que dependen de la deficiencia de los miembros de vuestra comisión, deficiencia que no ha podido ser vencida por la atención y buena voluntad con que hemos trabajado este informe.

Hemos creído conveniente prescindir en nuestra relación de todo dato estadístico, por cuanto que nosotros mismos no tenemos completa confianza en los que se nos han dado, ni en las fuentes oficiales en donde pudiéramos buscarlos. Nadie ignora lo difícil que es obtener una buena estadística, lo poco escrupulosos que somos nosotros en esta materia, y los inconvenientes que tiene un dato estadístico que no sea muy exacto, siendo así que nuestra inteligencia está siempre dispuesta á encontrar en las representaciones numéricas la precisión matemática.

Junto con nuestro informe tenemos el honor de ofrecer á la Sociedad, para que guarde en su archivo, un legajo que contiene nuestra circular y todas las respuestas que hemos recibido, entre las cuales se encuentran muchas que tienen verdadero valor científico. Sin duda que en toda época estos documentos serán la mejor historia de la epidemia á que se refiere nuestro trabajo.

HISTORIA

En los primeros días de Octubre de 1888 se señalaron en Saint-Petersburg los primeros casos de *gripa*; á fines de Octubre, y sobre todo á principios de Noviembre, esta enfermedad tomó una grande extensión, y bajo la forma de verdadera epidemia, se propagó con una rapidez excesiva. Pronto esta epidemia se generalizó en Europa, y yá en el mes de Diciembre los países del Centro y del Sur estaban invadidos, y la epidemia alcanzaba la plenitud de su desarrollo. De Europa pasó á los Estados Unidos, visitó á México y, por último ha recorrido casi todos los países de las Américas Central y del Sur. En todas partes esta epidemia se extendió con suma rapidez, y desde los primeros días atacó un gran número de

individuos. En más de una ciudad se señaló la aparición simultánea de muchos enfermos en lugares distantes, y casi siempre los cuarteles, los colegios, los conventos de religiosos, y en general todas las comunidades, fueron centros epidémicos. Menos frecuentes fueron los casos en que una ciudad, un barrio ó una comunidad, fueron respetados por la epidemia, y en estos casos no siempre las mejores condiciones higiénicas pudieron dar la explicación de este hecho.

Desde luego la aparición simultánea de la epidemia en lugares distantes y la rapidez de difusión que la caracterizó, hicieron pensar más bien en una propagación por miasma que por contagio, y esa es la idea que ha prevalecido más generalmente; sin embargo, los partidarios del contagio no han carecido de hechos más ó menos notables que vengan en apoyo de su doctrina. Entre otros señalaremos los dos siguientes: 1.º En Montpellier el primer caso de *gripa* se observó el 9 de Diciembre en un individuo que había llegado la víspera de París, en donde reinaba la epidemia; este individuo había estado en los días anteriores en los almacenes del Louvre, que eran á la sazón uno de los focos de la epidemia. Poco después ésta se generalizó en Montpellier. 2.º El Doctor d'Hosta, médico de primera clase á bordo del *Sain-Germain*, refiere lo siguiente: este buque, que había partido el 2 de Diciembre de Saint-Nazaire, embarcó en Santander un pasajero que venía de Madrid, quien al día siguiente de su llegada fue afectado de *gripa*, siendo de observar que hasta entonces el estado sanitario del buque había sido excelente. Cuatro días después el Doctor d'Hosta cayó enfermo, y luego la *gripa* se generalizó; 154 pasajeros y 87 marinos sufrieron la enfermedad.

Este asunto merece un estudio muy serio, y es de esperarse que los trabajos microbiológicos hechos en los principales centros científicos por hombres de alta competencia, aclaren este y otros puntos etiológicos de no menor importancia. No entramos en el estudio crítico de los diversos trabajos microbiológicos hechos en Europa durante la epidemia, porque nos alejaríamos demasiado de nuestro objeto, y al fin tendríamos que concluir por reconocer que hasta ahora la etiología de la *gripa* no ha recibido mayor luz de las teorías modernas. El único hecho que parece definitivamente adquirido por la

ciencia, es el de que la neumonía que complica la *gripa* no es una neumonía especial, gripal, sino una neumonía infecciosa ordinaria, pues en la mayor parte de los estudios bacteriológicos que se han hecho sobre esta complicación, se ha señalado la presencia del *neumococcus* de Fräenkel, y ocasionalmente la del *neumococcus* de Friedlander. El Profesor Jaccoud encuentra en este hecho, demostrado también por él, un nuevo argumento en favor de su teoría de la unidad de las neumonías primaria y secundaria.

La naturaleza infecciosa de la *gripa* no nos parece dudosa: la marcha de la enfermedad, la multiplicidad de sus formas, la naturaleza de sus complicaciones, la semejanza general, en fin, con otras enfermedades reconocidamente infecciosas, serían argumentos muy valiosos en favor de la infección.

¿De dónde viene el nombre de *dengue* con que en algunas partes se ha designado esta afección? Cuando la *gripa* se generalizó en Europa, llamó la atención la gravedad que revestía en algunas localidades, la diversidad de formas bajo las cuales se presentaba, la frecuencia muy notable de la forma nerviosa ó dolorosa, la ausencia frecuente de fenómenos catarrales, la presencia en algunos casos de erupciones ó exantemas cutáneos, la postración en que quedaban la mayor parte de los que sufrían la enfermedad, y que hacía tan lenta y penosa la convalecencia, y, finalmente, la poca semejanza que había entre la enfermedad de la que reinaba y lo que los médicos modernos conocían con el nombre de *gripa* ó *influenza*. Se había olvidado ya la historia de las epidemias de *gripa*, y se dudaba que la *gripa* epidémica pudiera ser tan diferente en sus formas y en su gravedad de la *gripa* endémica; de ahí la duda que por un momento se tuvo sobre la naturaleza de esta enfermedad, duda que debía crecer al encontrar otra entidad patológica semejante ó idéntica á una de las formas de la epidemia y que á la sazón reinaba también epidémicamente en la costa del Mediterráneo. Esa enfermedad era el *dengue*, originaria de los trópicos, pero que en ésta, y en otras ocasiones, había alcanzado en sus recrudescencias epidémicas, las costas europeas del Mediterráneo. Fácil fue desde entonces para algunos aceptar que la epidemia era de *dengue*, que se extendía de Sur

á Norte, y que si la enfermedad se presentaba con mucha frecuencia bajo formas que no eran las que reviste el *dengue* en los lugares de origen, esto se debía únicamente á las modificaciones que naturalmente sufría la enfermedad al desarrollarse en zona y en condiciones diferentes.

Por un momento esta doctrina pareció triunfar, pero bien pronto las relaciones de las grandes epidemias de *gripa*, particularmente de las que ha habido en este siglo en los años de 1830, 1833, 1837 y 1860; la marcha y caracteres que tomaba la epidemia, y sobre todo la frecuencia de las complicaciones pulmonares, vinieron á poner en evidencia el poco fundamento científico que tenía esta opinión. En efecto, las epidemias de 1830, 33, 37 y 60, fueron tan generales como lo ha sido la de 1889 á 1890, carácter que han tenido también todas las epidemias anteriores. Siempre se ha observado que la *gripa* en sus grandes epidemias ha dado la vuelta al mundo. Las formas clínicas de las epidemias citadas han sido casi idénticas, habiéndose observado en todas que el período catarral no siempre se presenta, que los exantemas ó manifestaciones cutáneas no son raros, y que en algunas localidades las formas nerviosas dominan. Las complicaciones han sido también idénticas: neuralgias é inflamaciones diversas del aparato respiratorio figuran en todas las epidemias como las complicaciones más frecuentes. Por otra parte, en el curso de la última epidemia se pudo comprobar que la forma que se asemejaba al *dengue* era relativamente rara, y que los exantemas cutáneos eran muy variados en sus formas, distribución y época de aparición en el curso de la enfermedad, hechos que, unidos á la frecuencia de las complicaciones pulmonares, hicieron científicamente inadmisibile la teoría del *dengue*.

A los hechos que acabamos de señalar respondieron los partidarios del *dengue* con una teoría mixta, que consistía en aceptar el desarrollo simultáneo de las dos epidemias, teoría que tiene, entre otros, el gran defecto de introducir un elemento inútil, como es aquí el *dengue*, en la explicación de un hecho que sin él es más sencillo y más fácil de comprender. Por último, no ha faltado quien sostenga que la *gripa* ó *influenza* no es sino el *dengue* de las zonas templadas.

Sea de ello lo que fuere, es un hecho probado que las

epidemias de *gripa ó influenza*, de épocas anteriores, no difieren notablemente de la epidemia de 1889 á 1890, que estudiamos en este momento, y este es el único punto verdaderamente interesante en el asunto de que venimos tratando.

La ciencia ha recogido, pues, el nombre de *dengue* que en un momento de duda creyó poder aplicar á esta epidemia, pero el público y la prensa periódica, ávidos siempre de nombres nuevos, no ha querido abandonarlo, y es con este nombre con el que más generalmente se ha designado la epidemia en las diversas localidades en donde se ha presentado. Científicamente, el nombre de *dengue* es inadmisibile para designar la epidemia que estudiamos, por cuanto que siendo el nombre de otra entidad patológica definida, semejante á la *gripa*, y con la cual ha querido confundírsela en esta ocasión, daría lugar más tarde á opiniones ó interpretaciones erróneas respecto de la naturaleza de esta epidemia.

Que la epidemia que ha reinado en Bogotá es de la misma naturaleza de la epidemia general á que se aplican las consideraciones precedentes, lo demuestra, mejor que cualquiera otro argumento, la relación clínica de la epidemia, objeto principal de este informe.

RELACIÓN CLÍNICA DE LA EPIDEMIA DE BOGOTÁ

I

Consideraciones generales.

Parece evidente que la epidemia comenzó en Bogotá en los primeros días de Marzo; sin embargo, algunos médicos hacen remontar sus primeras observaciones á mediados de Enero. En todo caso, si es imposible fijar con precisión la época en que apareció la enfermedad, sí podemos asegurar que antes de principios de Marzo ésta no revistió los caracteres de una verdadera epidemia. Es posible que en el mes de Enero existiera yá la enfermedad que luégo se hizo epidémica, y que su extensión al principio se hiciera con mucha lentitud, como es posible también que después se hayan agregado como primeras manifestaciones de la epidemia casos mal caracterizados ó formas anómalas de otras enfermedades.

Antes de esta epidemia habían reinado en Bogotá du-

rante varios meses la fiebre tifoidea y el tifus exantemático, alcanzando en algunas épocas las proporciones de una verdadera epidemia. En Febrero se observaron algunos casos de colerina en los adultos y de ictericia catarral y de bronquitis capilar en los niños. La epidemia fue desde su principio muy variada en sus manifestaciones; sin embargo, parece que las neuralgias erráticas, acompañadas de malestar y de algunos síntomas de embarazo gástrico, constituyeron la forma que dominó en los primeros días de Marzo. La generalización de la epidemia se hizo con mucha rapidez, y ya á mediados de Marzo toda la ciudad estaba invadida. No se sabe nada de positivo respecto al barrio ó parte de la ciudad en que apareciera primero la epidemia, ni respecto á la marcha que siguió ó á la manera como se extendió. Nos inclinamos á pensar que la epidemia se mostró simultáneamente en los diferentes barrios de la ciudad, pues así comprendemos mejor la rapidez de difusión que la caracterizó. Durante la epidemia fueron muy pocos los casos de fiebre tifoidea que se señalaron, y en los meses que han transcurrido desde que terminó la epidemia, esta enfermedad, endémica en Bogotá, tampoco ha sido frecuente. Después de la epidemia no se ha notado predominio marcado de ninguna de las enfermedades endémicas ó esporádicas que se observan ordinariamente en esta ciudad.

Nos parece importante consignar aquí el hecho de que esta epidemia apareció durante una corta suspensión de un invierno muy largo y frío, que dura todavía. Una vez desarrollada la epidemia, la marcha irregular del invierno, consistente en la mayor ó menor frecuencia en las lluvias, no pareció tener ninguna influencia sobre ella. No damos tampoco mucha importancia en el desarrollo de esta epidemia á las malas condiciones higiénicas generales y locales de que adolece esta ciudad, pues ningún cambio notable hubo en ellas durante la epidemia, ni se observaron tampoco verdaderos focos epidémicos que pudieran atribuírse á una causa local. Los colegios, cuarteles, hoteles, etc., fueron visitados por la epidemia, pero no se observó que ésta tuviera predilección marcada por las comunidades. Es cierto que en el Colegio del Rosario, en el Seminario y en otros colegios oficiales y particulares casi todos los alumnos internos sufrieron la enferme-

dad, pero no debe olvidarse que lo mismo sucedía en las casas de familia; así pues, 220 enfermos en el Seminario durante el mes de Marzo, no son más, relativamente á la comunidad, que 10 ó 12 enfermos en el espacio de diez á quince días en una familia de doce á quince personas, hecho que se observó con mucha frecuencia en todo el curso de la epidemia. Tanto en las casas de familia como en las comunidades, era muy frecuente que la epidemia apareciera atacando varios individuos simultáneamente. Debemos señalar también el hecho notable de que en el Hospicio, uno de los establecimientos de beneficencia más aseados y mejor servidos por las Hermanas de la Caridad, no se presentó la enfermedad de la epidemia en ninguno de los 470 individuos que allí había. La epidemia terminó completamente del 15 al 30 de Abril; su duración fue, pues, de seis á ocho semanas.

Sintomatología.

Como lo hemos dicho ya, la epidemia tuvo muchas manifestaciones clínicas, y tan diferentes unas de otras, que sólo la circunstancia de aparecer con cierta frecuencia en el curso de la epidemia, ponía de manifiesto el lazo etiológico que las ligaba. La forma febril-catarral fue, sin duda, la más frecuente, y es por ella por la que debemos comenzar nuestra descripción.

1.º *Forma febril-catarral.*—En esta forma podemos distinguir dos períodos; el período febril ó de reacción, y el período catarral.

Por lo general, la enfermedad comenzaba de una manera brusca, por un calofrío más ó menos intenso, seguido de mal-estar general, grande abatimiento y postración de fuerzas, cefalalgia frontal viva, dolores contusivos en los miembros, particularmente en las articulaciones, raquialgia intensa, y algunas veces calambres dolorosos. En pocas horas la temperatura subía á 39 ó 40°, el pulso á 100 ó 120 pulsaciones, y la reacción febril se manifestaba exteriormente por la congestión de la cara, la inyección de las conjuntivas y la exacerbación de todos los fenómenos dolorosos ya indicados. En algunos casos la agitación era muy notable, los enfermos se quejaban, cam-

biaban constantemente de posición en la cama, y esta agitación solía llegar hasta el delirio. Hubo algunos casos en que la enfermedad se inauguró con un delirio violento, semejante, por su intensidad y por la rapidez de su aparición, á un ataque de fiebre perniciosa palúdica de forma delirante. En estos casos los enfermos trataban de salirse de la cama, de ponerse en movimiento, y ejecutaban actos de verdadera locura. En algunos casos el calofrío inicial no se repetía, en otros había varios pequeños calofríos en las primeras veinticuatro horas. La cefalalgia era casi siempre muy intensa, unas veces extendida en toda la cabeza y acompañada de hiperestesia del cuero cabelludo, las más localizada en las regiones frontal y orbitaria. No era raro que el dolor se fijara particularmente en los globos oculares y que los movimientos de éstos se hicieran difíciles y dolorosos. Las artralgias y las miosalgias eran á veces muy intensas y causaban verdaderas convulsiones en los miembros. Las artralgias de las pequeñas articulaciones de los pies y de las manos se observaron con alguna frecuencia. La fiebre, unas veces era continua, con ligeras remisiones en la mañana; otras, las más de las veces, francamente remitente ó intermitente; en este último caso los accesos eran cotidianos y se presentaban por la tarde. Este primer período duraba por lo regular de dos á tres días y se terminaba por sudores más ó menos copiosos que solían continuarse en el período catarral. Fue al fin de este primer período cuando se observaron algunas manifestaciones cutáneas como sudamina, placas eritematosas en la cara, en el pecho y en los miembros superiores, pequeñas manchitas petequiales, ó un exantema ligeramente papuloso, semejante al del sarampión y que se terminaba por una verdadera descamación. Algunos médicos observaron manchitas rubiolicas de la misma naturaleza sobre el velo del paladar, la úvula, las amígdalas y la faringe (1). Estas erupciones se mostraron también en las formas febriles de mayor duración que tomaban una marcha tifoidea, formas en las cuales se observaron también algunas veces epistaxis y síntomas abdominales que hacían más notable la analogía con la fiebre tifoidea. Debemos observar aquí que las manifes-

(1) El Doctor Pablo García M. observó una erupción penfigoidea generalizada que apareció al fin del primer período sin exacerbación de la fiebre y que se terminó por descamación.

taciones cutáneas fueron relativamente raras. Los síntomas gastro-intestinales en este primer período fueron poco más ó menos los mismos ó semejantes á los que se observan en la mayor parte de las enfermedades agudas: anorexia, sed, constipación y algunas veces vómitos y diarrea.

El segundo período ó período catarral era casi siempre apirético y se prolongaba por muchos días. Algunas veces había una ligera reacción febril en la tarde. Ese segundo período se caracterizaba por una tos frecuente, seca y quintosa, cuyos quintos se hacían más frecuentes por la tarde y por la noche; coriza; tos laríngea; voz ronca, y raras veces verdadera afonía. En este período el examen del pecho no revelaba nada, ó simplemente los fenómenos banales de un catarro brónquico. No era raro observar algo de disnea y de opresión, fenómenos esencialmente nerviosos, como los dolores torácicos que solían producir los quintos de tos. Con frecuencia el dolor torácico se fijaba en la región external y se prolongaba por varios días. En algunos niños se observaron quintos de tos idénticos á los de la tos ferina, y si no se hubiera tenido en cuenta la duración del período catarral, relativamente corta, pues no pasó en estos casos de seis á ocho días, hubiera podido pensarse en una verdadera *coqueluche*. (Doctor Pablo García M.).

La convalecencia, que casi siempre era larga y mucho más penosa que la enfermedad misma, se hacía en el curso del período catarral. Con frecuencia la convalecencia era interrumpida por alguna complicación ó por un nuevo ataque.

2.° Se observó con alguna frecuencia una forma que pudiéramos llamar *frustra ó abortiva*; en ésta la enfermedad quedaba reducida al primer período de la forma precedente, sin predominio marcado de ningún síntoma. Su duración no pasaba de dos á cuatro días, y la convalecencia era menos lenta.

3.° En este tercer grupo podemos colocar todos los casos en que predominaron los accidentes nerviosos, ya fuera en el curso de la forma febril-catarral ó de la forma abortiva. Las formas neurálgicas ó dolorosas fueron las más frecuentes. Ya se presentaban bajo la forma de una neuralgia del trifacial, conti-

nua y más frecuentemente intermitente, localizada en una de las ramas de este nervio, particularmente en la rama supra-orbitaria; ya bajo la forma de neuralgia córvico-facial ó de neuralgias intercostales ó ciáticas. Uno de nosotros, Esguerra, tuvo ocasión de observar al principio de la epidemia una neuralgia de la rama supra-orbitaria del trifacial derecho, que revistió todos los caracteres de una neuralgia palúdica. El dolor comenzaba á las nueve ó diez de la mañana y se anunciaba por un ligero quebrantamiento general, con tendencia al enfriamiento de las extremidades; en dos ó tres horas el dolor alcanzaba su máximum de intensidad y ponía al enfermo en una grande agitación; duraba hasta las cuatro ó cinco de la tarde, y en algunos accesos se terminó por un ligero sudor. Pasado el dolor, el enfermo sentía una especie como de adormecimiento ó calambre en la cabeza. Los accesos fueron cotidianos, se presentaron seis ú ocho, y cedieron á dosis elevadas de quinina. En algunos casos el dolor se fijaba en la parte media de la espalda, tenía una grande intensidad y se acompañaba de sensaciones variadas de ardor ó quemadura con hiperestesia cutánea. Este dolor no seguía el trayecto de los troncos nerviosos y parecía más bien localizado en la piel ó en las capas musculares. Otras veces el dolor se localizaba en la región epigástrica y se acompañaba de todos los síntomas de una verdadera gastralgia. Una de las formas nerviosas que más se observó, fue la que pudiéramos calificar de reumatismal; en ésta, febril, ó apirética, las artralgias y miosalgias con calambres dolorosos ó sin ellos, eran los fenómenos dominantes, junto con neuralgias erráticas, más ó menos intensas. Con frecuencia esta forma se prolongaba por muchos días, y parecía resistir á los tratamientos mejor dirigidos. No hablaremos de la forma delirante, que yá hemos estudiado en la febril-catarral, ni de aquéllas en que dominaban el acabamiento y postración generales, formas que pudiéramos calificar muy bien de hipostenizantes. En algunos enfermos los fenómenos nerviosos consistieron en desfallecimientos, lipotimias, vértigos, y á veces verdaderos síncofes, con tendencia á la asistolia.

4.º En el cuarto grupo colocaremos las formas gastro-intestinales, en las cuales se observaron síntomas de embarazo

gástrico: ligero tinte icterico, lengua cargada, dolores ventrales, vómitos y diarrea; verdaderas colerinas con calambres dolorosos, vómito y diarrea biliosa ó serosa muy frecuentes, y finalmente, enterorragias ó diarreas disenteriformes con tenesmo y dolores.

Por último, hubo algunos casos en que la enfermedad se redujo á un gran malestar, con abatimiento y postración notable de las fuerzas, y ligeros fenómenos catarrales ó dispépticos.

La duración de la enfermedad fue muy variable; por lo general, oscilaba entre dos y seis días, sin contar la convalecencia, á cuya duración no podemos fijar un límite. En la convalecencia, que con bastante frecuencia era tan lenta y tan penosa como en las enfermedades más infecciosas, había que combatir la anemia, la hipostenia del sistema nervioso, algunos fenómenos dispépticos, y con frecuencia las recaídas ó recidivas, y las complicaciones que venían á interrumpirla. Algunas personas sufrieron tres ó más veces la enfermedad, y se observó que un primer ataque no confería ninguna inmunidad.

COMPLICACIONES

Entre las complicaciones señalaremos como más frecuentes, las bronquitis simples ó capilares, las bronco-neumonías, las neumonías lobares, las pleuresías, las amigdalitis simples ó flegmonosas, las faringitis, las laringitis, las oftalmías catarrales y las dispepsias con tendencia á la dilatación del estómago. Las neumonías presentaron casi siempre los caracteres y siguieron la marcha de las neumonías infecciosas, y con frecuencia se terminaron por la muerte. En las pleuresías se observó una tendencia marcada á la supuración. Las otitis externa y media fueron muy frecuentes; en algunos enfermos hubo perforación del tímpano, y en otros se acompañaron de violentas otalgias. Como complicaciones raras señalaremos las siguientes: periostitis supurada de la epífisis inferior del fémur (Noguera); miositis parenquimatosa de los músculos de la pantorrilla, con atrofia consecutiva, y nefritis parenquimatosa (Luis María Rodríguez); paraplegia incompleta y tres casos de angina de pecho, terminados por muerte (N. Osorio); convulsiones eclámpicas en un niño, terminadas por muerte

en pocas horas (Pablo García Medina); parálisis de la vejiga (Daniel Rodríguez); erisipelas (Luis María Rodríguez, Alberto García y Marco A. Cualla); coriza ulcerosa con ozena (C. Esguerra); artritis aguda de la articulación escapulo-humeral izquierda, y miositis de los músculos de la región posterior del muslo con atrofia (Ricardo Amaya). Más frecuentes fueron las complicaciones cardíacas, endocarditis y endopericarditis. Estas complicaciones se mostraron casi siempre en las formas de larga duración, reumatismal ó tifoidea, haciendo más notable la analogía con el reumatismo articular agudo y la fiebre tifoidea, ó el tifus, y por consiguiente, la naturaleza infecciosa de la epidemia. El Doctor Osorio relató á la Sociedad cuatro casos de fosfaturia, observados por él en la convalecencia de esta enfermedad, y el Doctor Carlos Michelszen U., uno más ocurrido en una persona de su familia.

Para terminar este capítulo de las complicaciones, reproduciremos en resumen una observación de uno de nosotros, Esguerra, observación que, si no se le niega un puesto al lado de las manifestaciones graves y anómalas de la epidemia, es muy notable por la multiplicidad y gravedad de las complicaciones, y pone de manifiesto la naturaleza infecciosa de la enfermedad.

Observación.—Un joven de veinticinco ó veintiséis años, sin antecedentes patológicos notables, principia á sufrir en los últimos días de Marzo de una entero-colitis, caracterizada por pérdida del apetito, tendencia al vómito y diarrea abundante, acompañada de cólicos y de tenesmo. Esta enfermedad no le impide seguir atendiendo á sus ocupaciones habituales. En los primeros días de Abril se presentan los síntomas de la epidemia reinante, y el enfermo se reduce á la cama. En este momento el hígado se congestiona y la diarrea toma caracteres francamente disenteriformes. La fiebre debía ser muy alta, pues había delirio por la noche. El médico que lo trató entonces usó de una medicación evacuante muy enérgica. Cuando lo vimos, el estado era el siguiente: color sub-ictérico de los tegumentos; lengua roja, muy seca y hendida; mucha sed; regular apetito; hígado congestionado, aumentado de volumen y doloroso á la exploración; bazo aumentado de volumen; vientre ligeramente meteorizado; diarrea biliosa abun-

dante, con tenesmo y dolor, de vez en cuando deposiciones sanguinolentas; pulso amplio y frecuente, y temperatura que oscilaba entre 38° por la mañana y 39 ó 40° por la tarde; sudores muy abundantes desde el principio de la enfermedad; las artralgias y miosalgias no habían desaparecido. No había cefalalgia ni fenómeno pulmonar alguno. En pocos días el hígado se redujo de volumen y dejó de ser doloroso, la diarrea se limitó á una ó dos deposiciones en el día, sin tenesmo ni dolor, y la fiebre bajó y luego desapareció completamente. Los sudores continuaron con la misma frecuencia y abundancia, y el enfermo principió á quejarse de un dolor muy intenso en la parte media de la espalda. La apirexia duró dos días, y en la tarde del tercero la fiebre volvió á presentarse. La familia atribuyó la reaparición de la fiebre á una contrariedad que tuvo el enfermo durante el día. Desde entonces la temperatura volvió á oscilar entre 38° por la mañana y 39 ó 39.5° por la tarde, y el síntoma dominante fue el dolor de la espalda, que alcanzó una grande intensidad, resistió á todos los analgésicos y nos obligó á recurrir á las inyecciones hipodérmicas de morfina para calmarlo. El enfermo nos decía que el dolor comenzaba en un espacio muy limitado de la espalda, que iba creciendo como olas, hasta cubrirla toda, y que se acompañaba de una sensación de ardor ó quemadura muy incómoda; había hiperestesia cutánea en esta región; los sudores continuaron muy abundantes. Un día notámos el pulso muy irregular y un poco intermitente, y la respiración ligeramente anhelosa; examinámos el corazón y comprobámos los síntomas de una endo-pericarditis; en dos ó tres días esta enfermedad pareció detenerse en su marcha. Pocos días después esta lesión volvió á revelarse, y pronto apareció edema en los pies; el hígado volvió también á congestionarse, y en pocos días alcanzó un volumen muy notable; la diarrea apenas se aumentó y no cambió de carácter. Siempre el síntoma dominante fue el dolor de la espalda, pero se quejaba también de dolor en el hipocondrio derecho, que se extendía hasta el hombro, y de dolores en el hombro y puño izquierdos, sin fluxión notable en estas articulaciones. Por un momento pensamos en un reumatismo visceral, única enfermedad que nos explicaba satisfactoriamente, por entonces, la marcha,

la gravedad y multiplicidad de complicaciones que iban apareciendo. La orina, que al principio había sido escasa y muy cargada de uratos, se hizo clara, transparente y aumentó á dos y media ó tres litros en las veinticuatro horas; en los últimos días apareció una pequeña cantidad de albúmina. Los sudores, cada vez más abundantes, mortificaban mucho al enfermo. Pronto apareció un tumor en la región epigástrica, cerca de la línea mediana, pero ligeramente cargado hacia el lado izquierdo y sobre la macicez hepática; este tumor aumentó de volumen y se puso rojo y fluctuante. Como el hígado seguía creciendo, pensamos con el Doctor Luis María Rodríguez, quien vio también al enfermo, en un absceso hepático superficial del lóbulo izquierdo. Yá entonces la enfermedad había tomado un aspecto tifoideo; la lengua estaba muy seca, roja y cubierta de una capa negruzca, y las encías fuliginosas. Resolvimos con el Doctor Rodríguez hacer la punción y aspiración del foco. La noche víspera de la operación se presentó una hemorragia intestinal muy abundante, que agravó notablemente la situación del paciente. Hicimos una punción sobre el tumor, y, contra lo que esperábamos, no salió líquido ninguno; dudamos del buen funcionamiento de nuestro aparato aspirador, y como el paciente era yá casi un cadáver, no quisimos repetir las punciones, y resolvimos abrir con el bisturí el absceso superficial; así lo hicimos y obtuvimos una pequeña cantidad de pus; encontramos la herida hecha por el trocar, la seguimos con un estilete y penetrámos en una cavidad de paredes lisas en donde la extremidad de nuestro estilete se movía libremente, y que pensamos fuera el estómago; curámos antisépticamente, y en dos ó tres días que sobrevivió el enfermo, no hubo ningún fenómeno reaccional del lado de la herida ni del peritoneo, ni ningún otro signo que nos confirmara en la idea de haber penetrado en el estómago.

NOTA.—Esta observación es también interesante desde el punto de vista de la intervención quirúrgica, pues demuestra la posibilidad de un error semejante al que nosotros cometimos, tomando por un absceso hepático un absceso parietal desarrollado en una región en donde con frecuencia se abren los abscesos superficiales del lóbulo izquierdo del hígado, y cuya macicez se confundía con la de un hígado notablemente aumentado de volumen y que había presentado signos evidentes de inflamación.

El estado tifoideo siguió aumentándose, y dos ó tres días después de la operación, el enfermo sucumbió. Los dolores no llegaron á suspenderse un momento, y el dolor de la espalda, siempre muy intenso, obligó á usar las inyecciones de morfina, hasta pocas horas antes de la muerte. En todo el curso de la enfermedad no hubo ninguna manifestación del lado del aparato pulmonar. La enfermedad duró algo más de un mes. No pudo practicarse la autopsia.

Pronóstico.

La epidemia fue grave de varias maneras: 1.º, por sus complicaciones; 2.º, por la influencia funesta que tuvo sobre las enfermedades crónicas preexistentes, particularmente sobre las afecciones cardíacas, pulmonares y renales; y 3.º, por que revivió muchas enfermedades crónicas que estaban latentes ó que parecían definitivamente curadas.

Las neumonías y bronco-neumonías fueron las complicaciones que hicieron la mayor parte de la víctimas de la epidemia. Las endo-carditis y endo-pericarditis fueron también graves por sus consecuencias inmediatas, y más aún por sus consecuencias tardías, pues parece que esta *gripa* ha sido el origen de algunas afecciones orgánicas del corazón. En efecto, después de la epidemia se han desarrollado afecciones orgánicas del corazón en individuos que antes habían gozado de una salud completa y en quienes no hay antecedentes reumáticos ni otros que puedan explicar el origen de esa lesión orgánica. Recordamos un caso observado por uno de nosotros (Esguerra): un individuo, sin antecedentes patológicos de ninguna especie, sufre la enfermedad de la epidemia; en la convalecencia aparecen fenómenos de dispepsia dolorosa y atónica, y el examen nos revela una enorme dilatación del estómago con congestión hepática; transcurridos algunos días, nos llama la atención el estado de fatiga y opresión en que se encuentra el enfermo cuando llega á nuestra consulta y examinámos el corazón; ese examen nos revela un aumento notable del volumen del órgano y soplos muy marcados en todos los focos de auscultación. Entonces pensamos que pudiera tratarse simplemente de una de esas dilataciones cardíacas con insuficiencia de todos los orificios, originadas por afecciones gastro-hepática, cardiopatías que han sido muy bien estudiadas en estos últimos tiempos por Potain y por Bouchard,

pero luégo la marcha de la afección demostró que se trataba realmente de una lesión orgánica.

Neuralgias antiguas y verdaderos ataques de reumatismo articular se vieron reaparecer en el curso ó en la convalecencia de esta enfermedad. Tuvimos ocasión de observar un caso en que sucedieron á las miosalgias y artralgiás de la *gripa* una neuralgia ciática muy tenaz y manifestaciones articulares múltiples, sin duda de naturaleza reumatisal, en un individuo que había sufrido un primer ataque de reumatismo articular agudo hacía ya algunos años: fluxiones articulares múltiples, con hinchazón y enrojecimiento eritematoso; sudores profusos; una erupción de púrpura bastante generalizada, y fenómenos de endocarditis, fueron los síntomas que caracterizaron este segundo ataque de reumatismo, que fue siempre apirético. Uno de nosotros, Noguera, observó también en la convalecencia de esta enfermedad la reaparición de una *salpingo-ovaritis*, que él había tratado antes, y que parecía definitivamente curada. También observó dos casos de parto prematuro de siete meses y seis meses y medio.

Tratamiento.

Nada especial tenemos que decir respecto del tratamiento; éste fue en lo general sintomático y tan variado como lo fueron las formas y las complicaciones que caracterizaron la epidemia. La quinina y la antipirina formaron la base del tratamiento en los casos ordinarios y en aquellos en que predominaron las manifestaciones dolorosas, en los cuales la antipirina dio siempre muy buenos resultados. La quinina combatía muy bien el elemento febril, ya fuera continuo ó ya se manifestara bajo la forma de accesos intermitentes. La quinina se usó también con el objeto de combatir el elemento microbiano, causa probable de esta epidemia. En los casos ligeros el reposo, el abrigo y una dieta moderada fueron suficientes, y estamos seguros de que en estos casos el tratamiento expectante dio mejores resultados que el uso de medicamentos que no estaban justificados por el predominio de ningún síntoma. En las formas gastro-intestinales hubo necesidad de recurrir en algunos casos á la medicación evacuante. Las for-

mas reumatismales se combatieron bien con el salicilato de soda. El bromuro de potasio se usó también para combatir la agitación y el delirio. La ipecacuana, el tolú y el agua de laurel-cerezo se utilizaron también en la forma catarral. Las complicaciones exigieron siempre un tratamiento especial, pero que, por lo general, tenía por base una medicación tónica. En las neumonías y bronco-neumonías los tónicos, quina, alcohol, etc., fueron necesarios para combatir la adinamia que caracterizaba estas complicaciones. La convalecencia exigía mayores cuidados que la enfermedad misma, y hubo enfermos que no recurrieron al médico sino en la convalecencia, para combatir la anemia y la hipostenia del sistema nervioso de que yá hemos hablado en la sintomatología. El hierro y los tónicos dieron siempre buen resultado en la convalecencia. La estriquinina y el jarabe de Easton, que tiene también estriquinina entre sus componentes, combatían mejor esta anemia de la convalecencia que las solas preparaciones ferruginosas; y esto se comprende muy bien si se tiene en cuenta que el estado especial que se observaba en la convalecencia, dependía menos de una anemia globular que del agotamiento nervioso que había producido la infección; así, pues, los tónicos del sistema nervioso obraron mejor que los reconstituyentes globulares. La cafeína estaba indicada siempre que había tendencia al colapsus cardíaco. Contra el insomnio más ó menos tenaz de la convalecencia, se usaron con éxito variable todos los hipnóticos, cloral, uretana, sulfonal, etc.

II

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Ó CLASIFICACIÓN DE LA EPIDEMIA

En la primera parte de nuestro trabajo hemos estudiado con alguna detención los síntomas de la enfermedad que, bajo la forma epidémica, azotó á esta población en los primeros meses del presente año. Nos toca ahora clasificarla.

Si aceptamos, como no podemos menos de aceptar, después de la lectura de las páginas que preceden, la identidad de la epidemia de Bogotá con la epidemia europea, poco ten-

dremos que agregar á lo que hemos dicho yá respecto del origen y de la naturaleza de esta última. Sin embargo, antes de formular nuestras conclusiones queremos presentar un resumen de los cuadros clínicos que los autores clásicos hacen de la *gripa* y del *dengue* para poner de manifiesto las diferencias importantes que existen entre estas dos enfermedades, y la analogía notable entre la descripción clásica de la *gripa* y la que nosotros hacemos de la enfermedad que causó la epidemia que estudiamos.

Gripa—Con este nombre se designa una enfermedad general que en la forma epidémica se ha presentado en todos los países del globo; algunas veces simultáneamente en regiones distantes y bajo condiciones completamente diversas, como sucedió en Enero de 1837, en que apareció en Londres, en lo más riguroso del invierno, y en la misma época en el cabo de Buena-Esperanza, bajo los fuertes calores que trae el verano consigo. En otras partes la *gripa* se puede llamar endémica, como en Lyon, en donde aparece en casi todos los inviernos, y en Italia, en donde se le da el nombre de *influenza*.

La etiología, ó, mejor dicho, la naturaleza de la *gripa*, no es mejor conocida que la del *dengue*. Sin embargo, se multiplica el número de observaciones en que se señala la presencia de *diplococcus*, *solreptococcus* y *staphylococcus* en los esputos de los individuos atacados de *gripa*. Hasta ahora los ensayos que se han hecho inoculando conejos con cultivos de estos microbios no han dado resultado positivo ninguno. Leyden, de Berlín, entre otros, ha prestado mucha atención á estos estudios microbiológicos. Sea de ello lo que fuere, el tipo de la enfermedad y las complicaciones que trae consigo, hacen suponer, con sobrada razón, que es una enfermedad microbiana.

Descripción—Lo más característico de la *gripa* y lo que permite diferenciarla de las afecciones catarrales vulgares, es la intensidad de los fenómenos nerviosos. Los enfermos se quejan de un debilitamiento general con dolores vagos y cefalalgia intensa; con frecuencia sufren vértigos, náuseas y vómitos. Todos estos síntomas pueden mostrarse antes de que la fiebre aparezca. Los fenómenos dolorosos: neuralgias trifaciales, artralgias y miosalgias se muestran también desde el

principio y suelen prolongarse en todo el curso de la enfermedad. La invasión se hace casi siempre de una manera brusca, de ahí el nombre de *Blitz-Katarrh* que le han dado algunos médicos alemanes. Después de un calofrío más ó menos intenso, aparece la fiebre, muy variada también en tipo y en intensidad: continua ó intermitente, puede subir en pocas horas á 40° ó más, ó bien, tomar una marcha semejante á la de la tifoidea. Algunas veces la fiebre falta completamente. El pulso no presenta caracteres especiales. La piel está seca al principio, pero á la caída de la fiebre suelen presentarse sudores abundantes. No es raro observar erupciones miliares ó de sudamina, y en algunas epidemias se han señalado exantemas rubeoliformes y escarlatiniformes. Con frecuencia hay congestión de las mucosas nasal, faríngea y laríngea, lo que da lugar á coriza, y muy especialmente á una tos laríngea seca, á disfonía, y en ocasiones á una afonía completa. El dolor del pecho, que es un síntoma precoz, se acentúa y ocasiona una disnea más ó menos intensa, que alarma al enfermo; pero ni la percusión ni la auscultación revelan otra cosa que los síntomas banales de una bronquitis catarral. Existen síntomas de embarazo gástrico: anorexia, lengua blanca, sed intensa, náuseas, vómitos alimenticios ó biliosos, constipación ó diarrea; en algunas epidemias se ha notado, con cierta frecuencia, un tinte sub-ictérico de los tegumentos.

La duración media de la enfermedad es de 5 á 10 días, y la convalecencia es siempre larga y penosa.

Complicaciones—La neumonía es una de las complicaciones más frecuentes y también una de las más graves de la *gripa*; sobreviene con frecuencia de una manera insidiosa, sin gran dolor de costado; los estertores crepitantes son más gruesos y más húmedos que en la neumonía lobar franca; la tendencia á la adinamia es muy marcada.

Dengue.—Este nombre se aplica á una fiebre eruptiva que se presenta bajo la forma epidémica en las regiones tropicales. Sus países de predilección son los que se agrupan al rededor del golfo de México, y los bañados por el mar de las Indias. Las epidemias de *dengue* no han tenido hasta ahora la extensión que han tenido algunas epidemias de *gripa*, y en la zona templada siempre se han presentado durante el verano, lo que

hace pensar que esta enfermedad necesita para su desarrollo una temperatura elevada. Los conocimientos que se tienen sobre la etiología y la anatomía patológica de esta enfermedad son muy deficientes.

Los síntomas más notables son los siguientes: la enfermedad ataca ordinariamente en la noche, y el paciente despierta con dolores articulares muy intensos que pueden ocupar diferentes articulaciones, pero que se fijan de preferencia en las rodillas y en las pequeñas articulaciones de los pies y de las manos; junto con estos dolores, ó poco tiempo después, aparece una cefalalgia más ó menos intensa, que afecta principalmente la región frontal. Estos fenómenos dolorosos se acompañan de inquietud marcada ó de un estado de acabamiento y postración notables. El insomnio no es raro, y con frecuencia se prolonga hasta después de la convalecencia. La fotofobia es común; el delirio raro. La temperatura sube desde el principio á 38 ó 39°, y no es raro que alcance á 40° y hasta 41.5. Mouat ha visto un caso en que la temperatura subió á 42.7°. La temperatura elevada se sostiene poco tiempo, de ordinario solamente hasta la aparición del exantema, del cual hablaremos después, y la caída es también rápida; en pocas horas vuelve á la normal. El pulso es ordinariamente duro y poco frecuente relativamente. Algunas veces hay calofríos más ó menos marcados, pero siempre menos intensos que en las fiebres palúdicas. El embarazo gástrico de ordinario no se hace esperar: anorexia, náuseas y vómitos son síntomas muy frecuentes. En los primeros días la faringe está casi siempre congestionada. La orina, según Charles, no contiene nunca albúmina.

El síntoma más importante es el exantema. Este se presenta ordinariamente después de 24 ó 36 horas de haber principiado la enfermedad y en medio de un conjunto sintomático muy variado; ordinariamente es de un rojo vivo y se asemeja bastante al exantema de la escarlatina ó de la roseola. Comúnmente aparece primero en las manos ó en la cara y luego se generaliza; sin embargo, no siempre se observa su extensión á toda la cubierta cutánea. El exantema puede ser muy fugaz y desaparecer en pocas horas. Frecuentemente la erupción se limita á una sola aparición, y en seguida el enfermo entra

en una convalecencia franca. Otras veces la enfermedad no tiene una terminación tan rápida, y después de una primera remisión acompañada de la aparición del exantema, se produce una nueva exacerbación de síntomas, que precede á la aparición de un segundo exantema. Las formas más frecuentes del exantema son la escarlatiniforme y la roseoliforme, y no es raro que en los casos que hay segunda erupción ésta sea diferente de la primera. Casi siempre el último exantema se termina por descamación. En algunos casos se presentan sudores profusos durante la remisión.

De las complicaciones, la que se ha observado con más frecuencia es la pericarditis. El ojo es también un órgano de predilección para las complicaciones de esta enfermedad.

El *dengue*, como la mayor parte de las enfermedades infecciosas, suele producir el aborto y el parto prematuro.

La convalecencia es lenta y penosa, y los enfermos quedan tan débiles y extenuados, como después de una larga enfermedad.

CONCLUSIÓN

Todo lo que hemos dicho en el curso de este informe nos conduce naturalmente á concluir que la enfermedad que se presentó en Bogotá, bajo forma epidémica, en los primeros meses de este año, fue la *gripa*.

Los hechos de observación que prestan apoyo más sólido á esta conclusión son los siguientes:

1.° La enfermedad que reinó en Bogotá es idéntica á la que causó la epidemia europea; epidemia que, como lo hemos dicho ya, se presentó en otoño y en invierno, época en que han aparecido con bastante frecuencia las grandes epidemias de *gripa*.

2.° Las manifestaciones eruptivas fueron relativamente raras, y entre éstas dominaron las erupciones miliares ó de sudamina, y fueron raros los exantemas escarlatiniformes y roseoliformes, que son los característicos del *dengue*.

3.° En la mayor parte de los enfermos predominó el tipo catarral, propio de la *gripa*; y

4.° La complicación que se observó con más frecuencia

fue la neumonía, hecho que caracteriza siempre las epidemias de *gripa*.

Señores Miembros de la Sociedad.

A. APARICIO.—CARLOS ESGUERRA.—OSCAR A. NOGUERA.

Bogotá, Julio de 1890.

SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES

SESIÓN DEL 16 DE AGOSTO DE 1890

En Bogotá, á 16 de Agosto de 1890, se reunió la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales con asistencia de los socios Doctores Amaya, Barreto, Castañeda, Carrasquilla, Durán Borda, Esguerra, García Medina, Herrera, Manrique, Michelsen, Muñoz, Noguera, Pizarro y Tamayo. Se excusaron de concurrir los Doctores Aparicio, Buendía, Medina y Osorio.

Dióse lectura al acta de la sesión extraordinaria del 2 de Agosto, y fue aprobada. Se leyó una nota del señor Doctor M. Plata Azuero, con la cual envía á la Sociedad el primer tomo de su obra de *Terapéutica General y Especial*. Se ordenó conservarlo en la Biblioteca, dar las gracias al señor Doctor Plata Azuero por el envío de la obra y felicitarlo por su trabajo.

La Comisión (Doctores Castañeda y Osorio) á cuyo estudio pasó el Proyecto de Reglamento, lo devolvió para su discusión en tercer debate y se puso al orden del día.

El señor Doctor Barreto devolvió con un informe favorable el trabajo del Doctor Carlos Putnam. Dicho informe termina con las siguientes proposiciones:

“1.^a Admítase al señor Doctor Carlos E. Putnam como miembro de número de la Sociedad. 2.^a Publíquese el trabajo presentado con tal objeto.”

Paesta en consideración de la Sociedad la primera proposición, fue aprobada en votación secreta con el número de votos exigido por el Reglamento, y en consecuencia fue declarado el Doctor Putnam miembro de número de la Sociedad.

La segunda proposición fue modificada por el Doctor Manrique y aprobada así:

“Publíquese el trabajo del Doctor Patnam y el informe de la Comisión.”

Continuó la lectura del informe de la Comisión (Doctores Aparicio, Esguerra y Noguera) encargada del estudio de la epidemia que ha reinado en esta ciudad.

Concluída la lectura, principió la discusión.

El Doctor Manrique:

He oído con profundo interés el notable informe de la Comisión, y principiaré por felicitarla por la luz que ella nos ha dado en esta cuestión. Más con el objeto de dar una explicación que con la esperanza de dar luz ea el asunto, he tomado la palabra. No me fue posible dar respuesta á la circular de la Comisión como lo deseaba, y al dar mi excusa, aprovecho la ocasión para subsanar esta omisión suministrando algunos datos de mi práctica, con las deducciones que ella me ha dado. El primer caso se me presentó el 22 de Diciembre del año próximo pasado, en el barrio de San Victorino, y confieso que quedé perplejo al establecer el diagnóstico en vista del cuadro que se me presentaba; diagnosticué un reumatismo articular agudo. Y efectivamente: la invasión brusca, el escalofrío, la cefalalgia intensa, el ascenso súbito de la temperatura á 41° p. m.; la sed intensa y los fuertes dolores articulares, especialmente en las rodillas, todo hacía creer en un reumatismo. Pero á los tres días todo esto terminó bruscamente con una erupción vesiculosa, que en tres se secó y desapareció sin dejar rastro. La convalecencia fue lenta; durante ella había fiebre, que parecía terminar por crisis: sudor, diarrea ó sueño, pero volvía luégo á presentarse. Esto último fue muy común en muchos de los enfermos que observé después; algunas veces la fiebre fue continua; otras intermitente, remitente, y aun afectaba una forma recurrente. Insisto en esta última, porque ella puede ser fácilmente confundida con el *relapsing fever*.

El segundo caso lo vi el 1.º de Enero de este año; lo volví á ver al tercer día de la enfermedad, y diagnosticué un tifo, pues había *curvatura*, raquialgia, cefalalgia, rigidez en la región cervical, lengua seca, y 40½ grados por la noche; todo esto me hizo establecer ese diagnóstico erróneo. A esto se agrega

que el enfermo tenía una erupción franca que me pareció formada por manchas lenticulares más ó menos grandes; pero más tarde pude ver que no era sino un exantema generalizado. Tres días después la enfermedad había marcado su curso y el diagnóstico era claro. En la misma familia de este enfermo apareció pronto otro caso, que se inició de un modo raro; aparecieron convulsiones violentas, que se reproducían á cortos intervalos y que amenazaban matar por asfixia al niño. Prevenido yá por los dos errores de diagnóstico anteriores, pude yá decir que se trataba de la invasión del *dengue*, y, efectivamente, al siguiente día apareció la fiebre acompañada de erupción. En esta casa, que pronto fue invadida, predominó la forma reumatismal.

El 7 de Enero vi otro caso notable por la invasión súbita. Se trata de un comerciante que, al abrir un bulto de mercancías, sintió como primer accidente una intensa raquialgia y luégo fiebre, que continuó con suma fuerza por tres ó cuatro días, y al fin terminó sin consecuencia alguna. Siguiendo la marcha de la epidemia indicada por estos casos, se ve que pasó del barrio de San Victorino á la Calle Real, de modo que no había una invasión regular; después de estos primeros enfermos esperaba que la epidemia se generalizara, pero no fue así: casi puede decirse que eran esporádicos los casos diseminados que se presentaron. Así, no volví á ver *dengue* sino yá al fin de Enero, veinte días después, en una enferma de una afección cardíaca. Al día siguiente de un malestar general aparecieron violentos accesos de sofocación sin bronquitis, los que atribuí á su afección cardíaca. Esta señora tiene siempre 110 pulsaciones, y desde el momento en que fue atacada por la epidemia, el pulso empezó á bajar notablemente á medida que la temperatura subía. Llamo la atención sobre este hecho porque creo que el miasma ejerce una acción especial en los centros nerviosos, retarda el pulso y quizá obra también sobre la fibra muscular, de lo cual trataremos luégo.

Después de este último enfermo transcurrieron semanas sin presentarse casos numerosos. Vino después la cuaresma, que trajo reuniones numerosas en las iglesias, lo que facilitaba la propagación de la epidemia por las malas condiciones de alumbrado de nuestros templos, por la aglomeración y el cam-

bio brusco de temperatura. Yá al fin de la cuaresma la epidemia se generalizó de tal manera, que visitó todas las casas de la ciudad.

¿Cuántos enfermos tuvo cada uno de nosotros?

Difícil es decirlo; en cuanto á mí, sólo tengo presentes algunos por circunstancias especiales; recuerdo sí no haber tenido caso alguno desgraciado inmediato. En cuanto á las formas de la epidemia, la más rara para mí fue la catarral; la más común fue la reumatisal, la cual precedía casi siempre á la catarral. Las complicaciones más comunes, y al mismo tiempo las más graves por sus consecuencias, fueron las endocarditis y endarteritis. Las convalecencias eran en muchos casos un período de mucha gravedad, porque durante ella aparecían manifestaciones más ó menos graves de enfermedades que antes habían sufrido los pacientes. Así, la sífilis era la que más se agravaba con la epidemia; bajo su influencia aparecía una erupción de placas mucosas ó muchas veces afecciones periósticas tibiales, claviculares y maxilares. Cosa igual sucedía con la blenorragia; vi un caso de reumatismo blenorragico después de un *dengue* en un individuo que sufría antes blenorragia; ese reumatismo vino acompañado de una endocarditis, que puso en gran peligro la vida del paciente.

Se pueden establecer otras formas, como la gástrica. ¿Era esto *dengue*, ó era resultado del uso del pescado *panche* ó del ayuno, como sucede frecuentemente? Hubo una forma gastro-intestinal semejante á la colerina, que se acompañaba algunas veces de ictericia y que fue grave en algunos casos. Hubo una forma tifoidea rara; la vi en tres ó cuatro enfermos, como yá lo he hecho notar; en éstos observé una retención de orina que no se podía atribuir al tratamiento. Esa parálisis de la vejiga persistió aun después de cesar la fiebre.

Hacen constar mis colegas de la Comisión que las neumonías y bronquitis fueron comunes; pero yo creo que si se llevara una verdadera estadística, veríamos que estas enfermedades no fueron más comunes que en el año pasado. Esta complicación fue más frecuente y más grave en Europa, porque allá es más común la tuberculosis, y esta epidemia ha tenido la peculiaridad de despertar la diátesis tuberculosa.

¿Influirá esta epidemia en la mortalidad futura? Creo que sí. Esta epidemia ha afectado con mucha frecuencia el endocardio y dejado por consiguiente el germen de continuas lesiones cardíacas. Pasada la epidemia, todos hemos podido observar en la consulta enfermos con un soplo que no es el de la anemia, en la base ó en el vértice del corazón, ó en las arterias; ese soplo está acompañado de fatiga al caminar y vértigos. Todos estos enfermos han tenido como antecedente un *dengue* más ó menos intenso. Recuerdo un caso, que vio también el Doctor Herrera. Es una niña que sufría de coto y para el cual deseaba medicarse. Examinada con cuidado, nada se percibió en la región cardíaca, pero en la gotera vertebral se percibía claramente un soplo, como si hubiera un aneurisma. Es este un caso de endarteritis que no sabemos hasta dónde llegue, y en el cual no hay antecedente alguno reumatismal; pero sí ha tenido la enferma el *dengue*.

La epidemia que acaba de pasar agravó las afecciones cardíacas existentes y provocó lesiones en los individuos predispuestos.

Otro punto que llama la atención es que la mujer se infectaba en la época del período; la menstruación predisponía á la epidemia, y ésta ocasionaba dismenorreas ó períodos abundantes. En la gestación no ejerció influencia notable; provocaba dolores, pero no había aborto. En el estado puerperal aparecía muy pronto la enfermedad; duraba bastante tiempo y terminaba por fiebres intermitentes. Y aquí tenemos un caso de fiebre en el estado puerperal, que no es fiebre puerperal; así debería considerársele si siguiéramos ciertas ideas publicadas en la REVISTA MÉDICA, en la cual se ha dicho también: que decir que se cura la fiebre puerperal es *charlatanismo* (1). Como efecto especial sobre el puerperio sólo se observó un aumento de los loquios, lo que hacía más lenta la convalecencia; pero no tuve ocasión de observar las lesiones del endocardio, que eran de esperarse en este estado.

En la forma reumatismal la hipertermia era acompañada de delirio violento, con impulsiones suicidas en muchos casos.

(1) Las ideas publicadas en la REVISTA MÉDICA se resumen así: dada la complejidad de accidentes y de alteraciones que comprende el síndrome llamado *fiebre puerperal*, quien se jacte en absoluto de curarlo lo hace por ignorancia ó por charlatanismo.

Fue á veces tan intenso el delirio, que se temía hubiera una meningitis. En cuanto á la forma nerviosa, creo que fue la misma reumatismal en la mayoría; sin embargo, observé una forma que se iniciaba con vértigos, la cual sufrí yo. Esta forma se observó especialmente en los ancianos.

El punto litigioso es éste. Dicen muchos que no es *dengue*, porque el *dengue* es una fiebre eruptiva. En la epidemia hemos tenido erupciones polimorfas, pero que se han presentado en la mayoría de los casos, aunque en ocasiones han sido fugaces, y muchas veces ha sido una verdadera sudamina. La *gripa* tiene también erupciones, pero éstas son más raras y variables y también más fugaces.

La duración de la enfermedad fue indeterminada, pues que las complicaciones no han dejado de ejercer su influencia durante muchas semanas y aun meses. Esto debe tenerse en cuenta para juzgar de la enfermedad. Las complicaciones dependían de la diátesis existente ó latente. Entre estas complicaciones citaré una otitis que reclamó la trepanación. El pronóstico ha sido grave por las consecuencias.

En cuanto á la clasificación creo que la enfermedad fue *dengue*. No ignoro que aquí ha habido otras veces epidemias de *gripa*, la última de ellas muy bien descrita por el señor Doctor N. Osorio en un interesante artículo publicado en la REVISTA MÉDICA. Pero la *gripa* supone catarro, pues que no hay *gripa* seca, y que todas sus variedades y complicaciones están sobre un fondo catarral. En la epidemia de este año hemos podido ver todo esto sin catarro. Fundándome en esta ausencia de accidentes catarrales me inclino al *dengue*. Por su duración y su transmisión por contagio nada podemos deducir; pero sí se debe hacer notar que las endocarditis y endarteritis, que fueron tan comunes, son más frecuentes en el *dengue* que en la *gripa*. Si comparamos las complicaciones aquí observadas con las que menciona Charles, casi podríamos decir que aquí la epidemia fue distinta, pues las observadas por él fueron muy benignas; quizá él se refiera á las complicaciones inmediatas y no haya seguido las consecuencias posteriores de la enfermedad.

Por otra parte, la *gripa* ataca de preferencia á los niños y los mata por bronquitis capilar; ahora fueron muy raros los

niños afectados, aun en las familias que fueron totalmente atacadas. La *gripa* provoca el aborto con mucha facilidad, hecho comunmente observado aquí en otras epidemias. Ahora si hubo aborto, fue muy raro; yo no tuve ocasión de observarlo, y sí vi que en la mayoría de los casos el embarazo no fue perturbado. La invasión no fue brusca como en la *gripa*; hemos visto que aparecieron casos aislados en diversos barrios en el transcurso de muchos días, y que al principio esos casos eran casi esporádicos. Es peculiar de la *gripa* invadir bruscamente, y no de un modo gradual, como ha sucedido, y su invasión se caracteriza por un catarro inicial. Lo que hemos tenido no ha sido una epidemia de un carácter franco, pero sí más semejante al *dengue* que á la *gripa*.

Después del *dengue* se han observado ahora con más frecuencia que antes retenciones de orina, parálisis vesicales; puede ser esto la consecuencia de la acción hipostenizante de la enfermedad sobre los centros nerviosos, y que puede sostenerse en algunos casos por mucho tiempo después de la enfermedad.

A las ocho y cuarto se levantó la sesión.

El Presidente, JUAN DE D. CARRASQUILLA I.

El Secretario, *Pablo García Medina*.

SESIÓN DEL 23 DE AGOSTO

En Bogotá, á 23 de Agosto de 1890, se reunió la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales con asistencia de los socios Doctores Amaya, Aparicio, Barreto, Buendía, Carrasquilla, Coronado, Esguerra, García M., Michelsen, Muñoz, Noguera, Ospina, Pizarro y Tamayo. Los Doctores Osorio, Durán y Medina se excusaron. Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

El señor Doctor Barreto presentó la primera entrega de la obra titulada *Prontuario de Medicina Legal y Jurisprudencia Médica*. El Presidente dio las gracias á nombre de la Sociedad, y ordenó se le diera lectura en una de las próximas sesiones.

Continuó la discusión sobre el informe de la Comisión de epidemias.

Doctor Herrera :

Estoy de acuerdo con la relación hecha por el Doctor Manrique en cuanto á las formas de la epidemia en cuestión. Sobre estas formas ocupé yá la atención de la Sociedad en una de las sesiones pasadas de una manera detallada, y no quiero insistir sobre la materia. En cuanto á la pulmonía no me pareció, teniendo en cuenta la observación en mi clientela civil, que fuera tan rara como lo asignó el doctor Manrique, pues yo tuve ocasión de observar once casos, uno de ellos en asocio de los Doctores Torres y Noguera, típico de lo que se ha llamado la *influenza*, en lo cual estuvimos de acuerdo todos. Tengo conocimiento de que el mismo Doctor Manrique tuvo ocasión de observar varios casos de pulmonía, que comenzaron con el cuadro sintomatológico de la epidemia reinante entonces, y si á estos casos agregamos los que los demás profesores tuvieron ocasión de observar, no creo que deba considerarse esta complicación como excesivamente rara en la epidemia de que tratamos. Sí debo hacer constar que esta complicación se presentó en la recrudescencia del invierno, reinando todavía la epidemia.

Entre las formas asignadas por el Doctor Manrique no hay constancia de la parálitica que tuvimos ocasión de observar, forma que yá había mencionado yo en otra sesión y que pudiera considerarse como una variación de la nerviosa ó como una exageración de la hipostenizante. También tuvimos ocasión de observar otra forma que no ha sido mencionada, y que pudiera considerarse como una variedad de la reumatismal; quiero hablar de la forma que afectó el aspecto de un verdadero eritema nudoso muy doloroso é idéntico al eritema nudoso reumatismal. Pero basta de formas, pues que la Sociedad se halla yá suficientemente ilustrada sobre el particular, y he tomado la palabra más con el objeto de prevenir una discusión, que veo pronta á establecerse, sobre el nombre que deba llevar la epidemia. Sobre este particular no me propongo en mi relación inclinar el criterio de la Sociedad hacia tal ó cual nombre, desde el momento en que carecemos de los elementos precisos para el estudio experimental de la naturaleza íntima de la epidemia. Yo tengo para mí que el nombre de un cuadro patológico debe encarnar en sí la

naturaleza misma de ese cuadro, aun cuando sea aproximadamente, pues de otro modo las relaciones científicas serían de difícil interpretación ó se prestarían á interpretaciones erróneas. La Comisión encargada del estudio de la epidemia, y á la cual me permito felicitar por su luminoso y práctico informe, le da el nombre de *gripa* ó *influenza*. El Doctor Manrique en su exacta relación le da el de *dengue*, y las relaciones que encontramos en las revistas científicas de los centros europeos nos llegan con el nombre de *gripa* ó *influenza* las unas, y de *dengue* las otras. Ahora bien: en ninguna de ellas he encontrado un estudio experimental y serio sobre la naturaleza íntima de la enfermedad, única cosa que podría resolver la cuestión del nombre. Si estudiamos el cuadro clínico de estas afecciones, notamos que en ambos encontramos varios síntomas que son idénticos ó semejantes y varias complicaciones del mismo orden. ¿Pueden ser los dos cuadros clínicos en cuestión, formas ó variedades de una misma entidad patológica? Sin los datos experimentales que nos faltan no pretendo allanar la cuestión, sino sentar las leyes biológicas en el orden microbiano, que sí pueden servirnos de base en la presente discusión. La Sociedad excusará mi atrevimiento al tratar profundidades por sobre las cuales han pasado las eminencias europeas, pero entro en este terreno llevado por el deseo de que nuestro centro científico no pase por sobre la cuestión quizá más importante de resolver en la actual epidemia, á saber: la naturaleza de la enfermedad, una vez que encontramos grandes disidencias en las relaciones hechas. Todos nos dicen que es de naturaleza microbiana, pero ninguno nos ha demostrado la especie de microbio que produce la *gripa*, ni la especie de microbio que produce el *dengue*, ni si estas dos especies tienen formas típicas que las caractericen como especies distintas. A nadie se le oculta hoy el modo como actúan los cuatro órdenes cosmológicos de factores externos sobre los organismos, influenciando sobre ellos para producir variaciones en la especie macroscópica, hasta el punto de surgir de ella variedades ó razas. El orden astronómico, es un orden en el cual el equilibrio móvil sufre constantemente variaciones, que traen consigo la modificación de las fuerzas que están cayendo sobre los organismos; en efecto, los astrónomos han llegado á encontrar variantes en la órbita terrestre, variantes que se suceden por ciclos de 21,000 años, du-

rante los cuales la excentricidad de la órbita es más grande que en otros. Durante el período en que la órbita terrestre tiene su menos excentricidad, los climas templados y fríos son cada uno menos templados y fríos que cuando la órbita, en otro ciclo en que alcance el mismo grado de excentricidad recibirá las fuerzas solares en distinta cantidad y calidad. En efecto: no encontramos dos inviernos ni dos veranos exactamente iguales. Todo esto quiere decir que las fuerzas generadas por el orden astronómico están sufriendo constantemente variaciones y modificando el medio ó los medios en los cuales viven los organismos y vienen á ser factores directos ó indirectos de la variación de la especie orgánica.

Las mismas observaciones se han hecho en el orden geológico, meteorológico y orgánico, considerado éste último á su turno como medio del cual surgen fuerzas que tienen acción sobre los organismos.

Si ahora combinamos las infinitas variaciones de las fuerzas generadas por estos cuatro órdenes cosmológicos, combinaciones variables hasta el infinito, no podemos desconocer que los organismos que están recibiendo fuerzas variadas y que no son completamente idénticas en dos momentos dados de su vida, dejen de ser factores de la variación del individuo y por consiguiente de la especie.

En las anteriores leyes encuentro yo la dificultad de muchos patólogos para la exacta delimitación de muchos cuadros clínicos que se dan la mano por la mayor parte de sus síntomas, y que pueden ser generados por el mismo microbio que haya variado según la localidad, según el terreno orgánico invadido y según la mayor ó menor fuerza vital de cada individuo microbiano, aunque pertenezcan á una misma especie. Esta es la explicación que yo me doy del porqué, en la epidemia de que tratamos y que ha sido casi universal, nos hayamos encontrado con casos que unas veces se marcan en el cuadro clínico llamado *dengue* y otras con casos idénticos al cuadro clínico descrito con el nombre de *gripa* ó *influenza*, teniendo en consideración que los millares de casos observados en la epidemia se han encontrado en todas las localidades imaginables. Y aun suponiendo que las localidades fueran enteramente idénticas, no podemos hacer esta misma suposición para los individuos afectados, que son el medio orgánico en que vive el microbio, medio que viene á ser variado hasta

el infinito, y, por consiguiente, el cuadro clínico tiene que ser también variado. De ahí la infinidad de formas, de complicaciones y de consecuencias que hemos relatado.

En tal virtud yo no discuto sobre el nombre de la actual epidemia, y aceptaré el que la Sociedad quiera darle, salvo la rectificación que el porvenir científico haga de él alguna vez que se conozca la naturaleza íntima de la enfermedad.

En cuanto al hecho de que la epidemia no haya atacado á los niños sino excepcionalmente, me separo de la opinión del Doctor Manrique, pues tuve ocasión de observar en muchas casas afectados de la epidemia á todos los niños, y hago observar que en ellos la enfermedad fue, por regla general, benigna. Esto me lo explico por el hecho de que la gravedad de la enfermedad en cuestión, ha dependido sobre todo de las complicaciones y de las consecuencias. En los niños el microbio se ha encontrado en presencia de una organización vigorosa, ó por decirlo así, naciente. El gasto de la vida en ellos es pequeño y poco, mientras que es grande el acúmulo de las fuerzas vitales, las cuales, habiéndose ejercido muy poco sobre estos jóvenes organismos, no los han deteriorado todavía por gasto funcional, y por consiguiente, resisten mejor la influencia del microbio, produciendo en ellos la enfermedad pocas complicaciones y casi ninguna consecuencia. Todos los que tuve ocasión de observar respondieron bien á un antiséptico, que fue el sulfato de quinina. Las mismas consideraciones, pero en sentido opuesto en los adultos ó en los viejos, nos explican la mayor gravedad de la enfermedad en cuanto á formas, complicaciones y consecuencias.

Doctor Aparicio:

Creo que para continuar la discusión debemos precisar cuáles fueron las formas de la epidemia que dominaron y cuáles las complicaciones que con mayor frecuencia aparecieron; esto no es difícil en vista de los datos que ha reunido la comisión y de lo que todos hemos observado. Dice el señor Doctor Manrique que la forma más rara fue la catarral, lo que no puede aceptarse, porque precisamente esa fue la forma más común. Al pedir á la Sociedad que declare cuáles fueron las formas más comunes, no se le hace anticipar nada respecto de la naturaleza de la epidemia; se trata de hechos observados

y nada más. Por otra parte, lo que nos proponemos es que quede constancia para el porvenir del carácter que ha tenido la epidemia. En cuanto á su naturaleza, no creo que estemos en aptitud para fijarla todavía.

En seguida el Doctor Aparicio propuso:

La Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, después de leído el informe de la Comisión que ha estudiado la epidemia de Bogotá en el presente año, declara:

1.º La forma catarral fue la más dominante en el curso de la epidemia.

2.º Las manifestaciones eruptivas fueron muy variadas y menos frecuentes que la forma catarral.

3.º Las complicaciones inmediatas más frecuentes fueron las del aparato respiratorio, y entre éstas la bronquitis.

4.º Las complicaciones mediatas más frecuentes fueron las endocarditis y endarteritis, complicaciones menos numerosas que las anteriores.

Puesta en discusión esta proposición, el Doctor Aparicio pidió que se discutiera y votara por partes.

Doctor Barreto :

Con la proposición que se acaba de leer no se resuelve nada respecto á la naturaleza de la epidemia; no se decide si es *dengue* ó *gripa*. Por mi parte, no pretendo tampoco inclinar á la Sociedad á este nombre ó al otro; pero me creo en el deber de manifestar mis opiniones por haberme interrogado el Doctor Manrique sobre algunos puntos en la sesión anterior. Decía él en su discurso, que habían sido muy raros los accidentes que se habían presentado en el curso de la epidemia, durante el embarazo, y señalaba el hecho de que en la *gripa* estos accidentes son más frecuentes, de manera que se observaba más comunmente el aborto en la *gripa* que en el *dengue*. No fueron, sin embargo, muy raros los casos de aborto en la actual epidemia; yo vi tres casos, y uno de parto prematuro. Es bien sabido que el aborto se produce no solamente por afecciones febriles catarrales intensas, sino por muchas otras circunstancias que deben tenerse en cuenta. En los primeros meses las adherencias placentarias son muy débiles y el aborto es fácil si hay accesos fuertes de tos, por ejemplo, ó simplemente una fuerte elevación de la temperatura en el curso de

una enfermedad febril. Ahora bien: en el principio de la enfermedad se observaron accesos violentos de tos convulsiva, que fue en ocasiones muy tenaz. Lo mismo puede decirse del parto prematuro, y ya he mencionado un caso, que se miró como muy favorable por las condiciones especiales de la enferma. No veo, pues, en la rareza ó frecuencia de estos accidentes nada que sea especial en el *dengue* ó en la *gripa*.

Nos decía también el Doctor Manrique que las mujeres eran afectadas durante el período menstrual. En esto no hay particularidad, pues que es también sabido que durante la menstruación es cuando la mujer está más predispuesta á ser afectada por las enfermedades epidémicas. Nada prueba tampoco, en mi concepto, el que en el estado puerperal no haya visto él presentarse francamente la epidemia sino accidentes febriles; esto está de acuerdo con lo que ha expuesto el Doctor Herrera.

Me ha llamado la atención el que el Doctor Manrique no haya observado la forma catarral, que él ha juzgado rara. En lo que yo pude observar me pareció lo contrario: todos los enfermos se quejaban, al principiar la enfermedad, de lo que comunmente se llama *romadizo*, lo que prueba que principiaba con ligero catarro. El hecho de que éste no se manifestara siempre en la mucosa naso-faríngea nada prueba, pues se manifiesta en todas las mucosas; fue común en la mucosa gastro-intestinal, especialmente en las personas que tenían esta mucosa afectada. Además, entre los tratamientos aconsejados en los periódicos se indicaban los purgantes, lo que hacía que muchísimas personas tomaran un purgante al sentirse afectadas. ¿La acción de ese purgante no sería un derivativo que impidiera la manifestación catarral en las mucosas superiores? Creo que sí, como sucede generalmente, y esta causa hacía sin duda menos frecuentes los catarros nasofaríngeos.

Doctor Esguerra:

Entiendo que el objeto de las proposiciones presentadas por el Doctor Aparicio ha sido darle bases á la discusión, y por eso creo que debemos aprobarlas. Para dejar constancia del carácter de la epidemia hay que buscar las formas más comunes; la más común fue la forma febril-catarral; las

eruptivas y las complicaciones del aparato respiratorio, como neumonías y bronquitis, se pueden señalar como frecuentes. Yo me propongo entrar en la discusión una vez que se hayan fijado por la Sociedad las bases que se han propuesto.

Cerrada la discusión, fue aprobada la primera parte por unanimidad, lo que se hace constar en el acta á petición del Doctor Aparicio.

Por ser avanzada la hora se levantó la sesión.

El Presidente, JUAN DE D. CARRASQUILLA.

El Secretario, *Pablo García Medina.*

SESIÓN DEL 30 DE AGOSTO

En Bogotá, á 30 de Agosto de 1890, se reunió la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales con asistencia de los Doctores Aparicio, Amaya, Barreto, Buendía, Carrasquilla, Durán Borda, Esguerra, García Medina, Herrera, Manrique, Michelsen, Muñoz, Noguera y Tamayo. Estaban excusados los Doctores Castañeda, Medina, Osorio, Rocha y Sandino G. Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

Estando presente el señor Doctor Carlos E. Putnam, se le exigió la promesa de cumplir con los deberes que le impone el Reglamento como miembro de número de la Sociedad.

El Doctor Durán Borda presentó un trabajo del señor Doctor D. Gutiérrez y Arango, titulado: *Renguera. Profilaxia. Inoculaciones.* Este trabajo, según lo manifestó el Doctor Durán Borda, tiene importancia excepcional, porque es el primer estudio microbiológico relacionado con la *renguera* y por los resultados prácticos á que puede dar lugar dicho estudio. El Presidente lo pasó en comisión al Doctor Michelsen.

El señor Doctor Noguera presentó á la Sociedad un enfermo que recibió una herida penetrante en el abdomen, por la cual hizo hernia una masa considerable de asas intestinales, y que fue tratada con buen éxito por el señor Carlos Angulo, practicante del servicio del Doctor Noguera. El 3 de Agosto se practicó la sutura en las dos heridas intestinales que había, y el día 12 del mismo mes podía considerarse curado el enfermo.

El señor Presidente dispuso que la observación presen-

tada por el Doctor Noguera pasara á la Redacción de la REVISTA MÉDICA para su publicación en el periódico.

Continuó la discusión de la segunda parte de la proposición del Doctor Aparicio, que dice así:

2.º Las manifestaciones eruptivas fueron muy variadas y menos generales que la forma catarral.

Doctor Manrique :

Antes de entrar en materia debo advertir una vez más que la exposición sincera que hice á la Sociedad versó principalmente sobre lo que yo había visto, y que no ha estado en mi ánimo generalizar mis observaciones extendiéndolas á toda la epidemia.

He visto, por la parte del acta que he alcanzado á oír, que el señor Doctor Herrera no está de acuerdo conmigo en la rareza con que fueron atacados los niños, hecho que me llamó la atención desde el principio de la epidemia. El Doctor Herrera ha visto muchos niños aun en una misma casa afectados, pero debe recordarse que yo me refería á los niños de pecho, á los *nourrisons*, y que el Doctor Herrera ha visto muchos enfermos, pero de edad mucho mayor, y no fue á éstos á los que yo me refería en mi relación. Queda siempre el hecho de la rareza de la epidemia en los niños de pocos meses, y además la benignidad en los de mayor edad.

En la proposición que se discute se establece la frecuencia de las formas y se señala la catarral como la más frecuente. ¿Fue más frecuente la catarral que la reumaismal? Esta es una cuestión de estadística que está muy lejos de poderse resolver con los datos que tenemos, en mi humilde concepto. Decía yo que la forma catarral había sido rara en mi práctica, y luégo, para cerciorarme, he estado repasando mis notas con el objeto de recordar el mayor número de casos tratados y las formas observadas, y he podido convencerme una vez más de que á mí no me tocó la serie catarral de la epidemia. Había, es verdad, en muchos casos, como lo observa el señor Doctor Barreto, una tos intensa y tenaz muchas veces, pero tos quintosa y seca que no era acompañada de fluxión catarral nasal ni brónquica. Aunque esto no contribuya, según algunos, á establecer si lo que hemos tenido ha sido *dengue* ó *gripa*, insisto por la importancia que tiene

para mí. Se quiere establecer también que las formas eruptivas fueron más raras que las anteriores; pero ¿á quién y cómo consta esto? Las erupciones que se presentaron tuvieron dos caracteres: la polimorfa y la fugacidad, que nos impedía en muchos casos seguir la marcha y nos engañaba respecto á la época de su aparición y desaparición; en unos casos se podía ver aunque fuera fugaz, en otros pasaba completamente inadvertida. Y esto mismo sucede en otras fiebres; en la fiebre roja de Calcuta y de Mauricio, por ejemplo, es también tan fugaz, que suele pasar inadvertida, y sin embargo, se describe como fiebre eruptiva. Vi con más frecuencia las erupciones en los individuos rubios, de constitución linfática; en unas ocasiones fue un *rasch* solamente, más ó menos generalizado; en un caso, en los espacios interdigitales de las manos, apareció antes del sudor, que coincidía con la caída del termómetro. Recuerdo un caso en que se desarrollaron tan notables vesículas, que en la casa creyeron en la existencia de una varicela; después de tres días desaparecieron, dejando neuralgias frontales y esa postración y abatimiento de la terminación del *dengue*.

Creo que la Sociedad aventuraría mucho al establecer ese orden de frecuencia en las formas de la epidemia, teniendo en cuenta lo que he dicho sobre la forma catarral y la fugacidad de la erupción en muchísimos casos en que ella duraba apenas algunas horas.

Doctor Herrera :

Estoy de acuerdo en que fue más rara la epidemia en los niños de pecho, bien que los accidentes en éstos muchas veces podían pasar casi inadvertidos por la dificultad de observar en ellos algo de una manera clara. En los niños de mayor edad sí fue considerable el número de atacados. Me prometía no decir nada más en esta cuestión, pero veo que vamos á entrar en otra discusión en que, como en la anterior, carecemos de datos suficientes para decidirnos, pues que los datos estadísticos en que podíamos apoyarnos están fundados únicamente en recuerdos vagos. Se ha establecido que la forma catarral ha sido la más frecuente en la epidemia. Pero ¿cuál es la forma catarral? Si por tál entendemos aquella que venía acompañada de fluxión nasal, no podríamos admitirla como

la más común; pero si por esa forma entendemos el cuadro febril que afecta á las mucosas, entonces sí podremos considerarla como la más frecuente, lo que se explica, porque el microbio obra sobre todas las mucosas y aun sobre las serosas, como lo prueban muchas de las complicaciones observadas. Ahora se trata de decidir que la forma eruptiva fue mucho menos común que la catarral. De acuerdo con lo que dice el señor Doctor Manrique, yo vi el exantema, cuya mancha ha sido de extensión variable, las pústulas, y sobre todo las vesículas. Es muy difícil separar estas manifestaciones de las catarrales; y aquí se nos presenta de nuevo la cuestión naturalidad de la enfermedad, que es la piedra de toque; ¿cómo podremos separar esas formas completamente, si la causa es una misma, es decir, que el microbio obra unas veces sobre la mucosa y otras sobre la piel, produciendo esas erupciones? La tos tenaz que se ha mencionado como accidente común, puede ser producida por una erupción sobre las mucosas, como sucede á veces en el sarampión cuando la erupción es rara. Es seguro que en todas ó casi todas las formas catarrales había también la forma eruptiva que se marchaba sobre las mucosas y se manifestaba allí con más intensidad que sobre la piel.

En vista de estas dificultades, creo que la Sociedad no puede decidir el orden y frecuencia de las formas; y, por otra parte, no hay necesidad de esto, porque en el luminoso y práctico informe de la Comisión queda constancia de lo que se vio.

Doctor Esquerro:

Los miembros de la Comisión encargada del estudio de de la *gripa* agradecen debidamente los benévolos conceptos que se han emitido respecto de su informe, y están verdaderamente complacidos viendo que su trabajo ha sido el punto de partida de esta discusión, yá muy interesante, y que habrá de dar, entre otros resultados prácticos: 1.º, el dejar de esta epidemia una de las historias más completas y científicas que se registran en los anales de nuestra Medicina nacional; y 2.º, fijar definitivamente el lugar que la enfermedad que ha constituido esta epidemia debe ocupar en el cuadro nosológico.

La cuestión que tratamos en estos momentos no es una cuestión banal de nombres, es más bien un asunto de clasificación, ó, si se quiere, de diagnóstico diferencial. Desde el

momento en que apareció la epidemia todos nos preguntábamos si se trataba de una enfermedad nueva para nosotros ó de una enfermedad que en otras épocas se hubiera presentado bajo la forma epidémica. Las dos enfermedades descritas á que más se asemejaba eran la *gripa* ó *influenza* y el *dengue*. Veamos á grandes rasgos cuáles son los caracteres distintivos de estos dos enfermedades y cuáles las formas y complicaciones más frecuentes de la epidemia que estudiamos. El *dengue* se clasifica en el grupo de las afecciones eruptivas y la *gripa* entre las afecciones catarrales. Yá hemos podido probar en el curso de la discusión que en esta epidemia las formas catarrales fueron las más comunes; es cierto que al principio las formas simplemente febriles y las dolorosas parecieron dominar, pero á medida que la epidemia avanzaba, las manifestaciones catarrales se hacían más frecuentes y principiaron á manifestarse las complicaciones pulmonares, bronquiales, etc., que, como hemos visto, fueron las complicaciones inmediatas más frecuentes. Esta misma marcha tuvo la epidemia en Europa y luégo en las Américas del Norte y del Sur. Hemos visto también que en esta epidemia las manifestaciones eruptivas no fueron muy frecuentes y que en todo caso fueron notables por la variabilidad de sus caracteres y de su época de aparición, de manera que no podríamos considerar esta epidemia como una epidemia de una afección eruptiva. El Doctor Manrique nos dice que en su práctica las manifestaciones eruptivas fueron las más frecuentes, é insiste en la fugacidad de esas manifestaciones para explicar el que hayan podido pasar inadvertidas para muchos observadores. Por mi parte creo que en la descripción de esta epidemia no debemos tener en cuenta esa eventualidad, porque el síntoma dejaría de tener importancia si fuera de una fugacidad tál, que no pudiera observársele. En la epidemia de Bogotá el nombre de *dengue* previno desde el primer momento á los observadores de la posibilidad de manifestaciones eruptivas y puedo asegurar que todos las buscábamos con el mayor cuidado.

En la *gripa* las manifestaciones eruptivas se han observado en otras epidemias, y de ellas se ha dicho lo mismo que podemos decir en esta epidemia: que son variables en ca-

raeteres y en época de aparición. En cuanto á manifestaciones catarrales en la *gripa*, es cierto que son casi constantes; sin embargo, en algunas de las epidemias, desde el siglo XV para acá, se han señalado las mismas formas reumatismales ó dolorosas, gástricas, etc., que en la actual epidemia. En la epidemia de 1580 descrita por Henish no se hace mención de accidentes catarrales. En la de 1775, que lo fue por Heberden, se citaron casos de botones rojos y circulares de la piel y aun de erupciones análogas á la escarlatina. Vemos, pues, que estas manifestaciones no son esenciales ó indispensables en la *gripa*. En el *dengue* no se señalan manifestaciones catarrales ni complicaciones frecuentes del aparato respiratorio. Aunque la *gripa* se defina como enfermedad catarral, esta definición no indica que los síntomas catarrales no puedan faltar. El nombre de una enfermedad, la definición que de ella se da y su descripción general, se refieren á las manifestaciones más frecuentes, pero no quedan comprendidas todas las formas excepcionales bajo las cuales pueda presentarse la enfermedad. Veamos un ejemplo. La viruela se define como enfermedad eruptiva, y en su descripción se insiste en que es el síntoma característico la pústula cutánea, y sin embargo, todos sabemos que puede haber *viruela sin viruela*, y que en algunas epidemias estas formas anómalas son frecuentes. Lo mismo podremos decir de otras enfermedades. Además, si esta observación del Doctor Manrique la aceptamos para la *gripa*, deberíamos aceptarla para el *dengue*, enfermedad eruptiva, y sin embargo el Doctor Manrique nos dice, y con razón, que la erupción puede faltar; en la epidemia de Bogotá faltaron con frecuencia las erupciones. Si no se acepta una *gripa* sin catarro, debemos ser consecuentes y no aceptar tampoco un *dengue* sin erupciones.

Como manifestaciones catarrales se considera la tos quintosa que sucedía al período febril catarral, sin síntomas locales de ninguna clase.

El *dengue* se ha considerado como una enfermedad propia de los climas cálidos, y la *gripa*, como más frecuente, bajo la forma endémica, en los climas templados ó fríos. Este carácter, á mi modo de ver, no tiene una grande importancia; pues se ha visto que los límites en que han querido fijarse la endemia y las epidemias de ciertas enfermedades es artificial,

pues que se han mostrado también en condiciones y localidades diferentes. Sea de ello lo que fuere, lo cierto es que el *dengue* se ha considerado exclusivo de los climas tropicales y subtropicales. Entre el *dengue* y la *gripa* hay un carácter diferencial más importante. Hasta hoy las epidemias de *dengue* han sido siempre circunscritas y las de *gripa* se han hecho notables por su generalidad. La grande epidemia de que hace parte la de Bogotá tuvo este carácter de universalidad. Las epidemias de *gripa* han comenzado al principio ó al fin del invierno, y sabemos que la epidemia apareció en Rusia en el mes de Noviembre.

La duración de la epidemia es también diferente en la *gripa* y en el *dengue*. En la primera, la duración de las epidemias es de seis á ocho semanas, y en la segunda, de tres á cinco meses. A este carácter no le debemos dar un gran valor, pero sí debemos observar que la duración de esta epidemia ha sido de uno á tres meses. Las epidemias de *gripa* invaden rápidamente, y en las de *dengue* la invasión rápida no es característica. La invasión y generalización de la epidemia de Bogotá fue rápida; pues si bien es cierto que algunos médicos observaron unos pocos casos en Diciembre, estamos seguros de que la epidemia no se hizo sensible para la generalidad de los médicos sino á principios de Marzo. La epidemia apareció entonces en todos los barrios y se generalizó en pocos días.

De la gravedad no podemos sacar ningún carácter distintivo; ha habido epidemias de *gripa* benignas, y otras, como la de 1762, se han hecho notables por su gravedad.

El Doctor Manrique nos decía que la *gripa* era más frecuente en los niños, y que siendo así que la epidemia de Bogotá había afectado á muy pocos niños, encontraba en esto un nuevo argumento en favor del *dengue*. Debo observar que el Profesor Jaccoud, entre otros, considera la *gripa* como enfermedad más frecuente en los adultos que en los niños y viejos. Warren y Rush dicen que los niños menores de ocho años casi siempre se libran de la *gripa*. La poca frecuencia de la enfermedad en los niños, sería, pues, más bien un argumento en favor de la *gripa*.

El Doctor Herrera nos hablaba en la sesión pasada, de las transformaciones incesantes que sufren los seres macroscópi-

cos y microscópicos por la influencia que sobre ellos tiene el medio en que viven, medio esencialmente variable por causas que el Doctor Herrera señala muy bien. En el fondo estamos de acuerdo en la teoría de la variabilidad de las especies; pero para el caso particular que estudiamos, debemos observar que esa variación es lenta y que se necesita de siglos, no para cambiar de una especie á otra, sino para crearse una nueva variedad. Los seres microscópicos deben transformarse también con suma lentitud, pues sus manifestaciones clínicas poco han cambiado. La viruela que describió Hipócrates es poco más ó menos la misma que observamos hoy. Al tratarse de enfermedades no debemos olvidar que hay un elemento más variable que el microbio que las produce, y es el observador que las estudia. Cada día se conocen mejor las manifestaciones y complicaciones de las enfermedades, y se relacionan mejor con su verdadera causa síntomas que antes no se habían notado, ó se consideraban independientes de la enfermedad. Hoy, que conocemos mejor las enfermedades infecciosas, sabemos que en la viruela, enfermedad que hemos escogido para nuestras comparaciones, puede haber complicaciones cardíacas, renales, etc. Me inclino á creer que estas complicaciones no son nuevas, y que si antes no se habían mencionado, era porque no se las había relacionado con la verdadera causa. Si esta epidemia de *gripa* aparece más grave por las complicaciones tardías y que no se habían señalado en otras anteriores, debe ser por la causa señalada, pues ahora treinta años creo que habría sido difícil referir á una epidemia yá extinguida, las endocarditis ó endarteritis observadas dos ó tres meses después.

Cuando la epidemia apareció en Rusia, y sobre todo, cuando se extendió al centro de Europa con caracteres que la alejaban de la *gripa*, según algunos, y la acercaban al *dengue*, se llegó á pensar que se trataba de una epidemia de *dengue* modificado por la circunstancia de haberse desarrollado en la zona templada, y como en esa época las manifestaciones catastrales son frecuentes, se explicaban así éstas en una enfermedad que ordinariamente no las tiene. Pero siendo así que la epidemia se generalizó con los mismos caracteres y complicaciones en la zona tórrida, no se puede aceptar una modificación por influencia del medio que hubiera sido tan permanente

que se conservara aún en las localidades de donde es originaria la enfermedad. Esas variaciones por el medio son siempre fugaces, y sólo nos sirven para explicar las diferencias que hay entre las diversas epidemias de una enfermedad y la misma enfermedad desarrollada en diferentes individuos.

Se pensó igualmente en una epidemia mixta. Pero también nos parece difícil de comprender cómo los dos microbios ó los agentes productores de esa epidemia mixta emigraban siempre juntos y encontraban en todas partes las mismas condiciones favorables para evolucionar simultáneamente. Tratándose de una epidemia mixta de *dengue* y de *gripa* lo natural hubiera sido que en unas partes hubiera aparecido sólo el *dengue*, y en otras la *gripa*, ó que hubiera predominado éste ó aquél en algunas partes, lo que no consta que se haya observado.

Nos dice el Doctor Herrera que no podemos establecer la discusión entre *dengue* y *gripa* por cuanto que no conocemos el agente infeccioso que los produce, y que podría suceder que estas dos enfermedades fueran dos manifestaciones diferentes de un mismo microbio. No discutiré la posibilidad del hecho, pero sí diré que la noción microbiana no es indispensable para hacer la clasificación de una epidemia ó el diagnóstico diferencial de una enfermedad. Poco importa que dos enfermedades, clínicamente diferentes, sean producidas por un mismo microbio, pues siempre el médico tendrá que hacer el diagnóstico diferencial y tomar las indicaciones de las manifestaciones clínicas. La unidad microbiana no implica unidad clínica, pues bien sabemos que hay entidades clínicas tan diferentes como la erisipela, la infección purulenta y la fiebre puerperal, que hasta hoy se consideran como ocasionadas por un mismo elemento infeccioso.

En nada cambiarían, pues, las condiciones actuales del *dengue* y de la *gripa* si hoy se demostrara que estas dos enfermedades son producidas por un mismo microbio, mientras el *dengue* sea una fiebre eruptiva y la *gripa* una afección catarral; mientras el *dengue* sea una enfermedad de los climas tropicales y subtropicales, y la *gripa* una enfermedad de todos los climas, y, en fin, mientras existan entre estas dos enfermedades las diferencias clínicas que hemos señalado. En todas

las complicaciones de la *gripa* se ha encontrado el *neumococcus* de la neumonía lobar, y sin embargo, creo que ningún clínico pretenderá confundir en una sola entidad patológica la *gripa* y la pulmonía.

Sea cual fuere, pues, el resultado final de los estudios microbianos en lo que se refiere á la *gripa* y al *dengue*, siempre habrá que tener en cuenta las manifestaciones clínicas de estas enfermedades para hacer el diagnóstico diferencial. Esas manifestaciones son las que han conducido á la Comisión á concluir que la epidemia observada fue de *gripa* y no de *dengue*, como lo quiere el señor Doctor Manrique.

Doctor Aparicio:

Creo que en esta segunda parte de la proposición se trata también de hechos cumplidos. En la epidemia de que tratamos fue mucho más considerable el número de casos de forma catarral sin erupción, que los casos de manifestaciones eruptivas. Es verdad que hubo algunos casos de erupción sin catarro, como sucedió en un niño mío, que no tuvo otra manifestación que un exantema de poca duración en la cara; pero es también cierto que fueron todavía mucho más numerosos los casos en que las erupciones aparecían después de algunos días de accidentes catarrales. No hay para qué definir éstos, puesto que se habla ante una Sociedad científica que los interpreta como manifestaciones patológicas que ocurren en todas las mucosas. Fueron muy raros, repito, los casos de erupción sola; y sucedía rara vez que fuera ésta la única manifestación de la enfermedad. También se vieron casos en que no había otra manifestación que una violenta neuralgia, que precedía ó seguía á la forma catarral, ó bien estaba sola, reemplazando á todos los demás síntomas. Por estas circunstancias y por ser las manifestaciones eruptivas tan variables, así en su carácter como en su aparición, no creo que podamos elevarlas al rango de forma, como sucede con los accidentes catarrales que dieron fisonomía á la epidemia. Debe tenerse en cuenta que las personas que permanecían encerradas tenían una enfermedad más corta que aquellas que se exponían á los cambios atmosféricos; y que aun en las que se juzgaban alentadas bastaba un cambio brusco de temperatura para que volvieran á sufrir un nuevo ataque.

Como complicaciones inmediatas se presentaron desde el

principio de la enfermedad las de las vías respiratorias, especialmente las bronquitis. Hubo entre estos accidentes síncope que llegaron á ser mortales, y aun parálisis del pulmón, ó mejor paresia del neumogástrico, que era, sin duda, la causa de congestiones y neumonías centrales que no se revelaban por síntomas estetoscópicos. Las complicaciones mediatas ó tardías, como las endocarditis y endarteritis, parálisis, etc., aparecían en lo general en individuos predispuestos á ellas.

El Doctor Manrique modificó la proposición reemplazando la frase "forma catarral" por esta: "manifestaciones catarrales." Fue sustentada por su autor y por el Doctor Herrera, y combatida por el Doctor Esguerra. En seguida el Doctor Herrera propuso: "Suspéndase lo que se discute y reconsidérese la primera parte de la proposición." Puesta en discusión, el Doctor Herrera manifestó que el objeto de esta reconsideración era el de que, para ser consecuente la Sociedad, se reemplazaran las palabras "forma catarral" por las de "manifestación catarral," pues que en su concepto no había razón para designar de un modo las manifestaciones catarrales y de otro las eruptivas. Combatida esta proposición por el Doctor Barreto, fue negada por la Sociedad.

Por ser avanzada la hora se levantó la sesión y quedó pendiente la discusión de la modificación del Doctor Manrique.

El Presidente, JUAN DE D. CARRASQUILLA L.

El Secretario, *Pablo García Medina.*

SESIÓN DEL DÍA 6 DE SEPTIEMBRE

Se abrió la sesión con asistencia de los Doctores Barreto, Buendía, Carrasquilla, Darán Borda, Esguerra, García Medina, Herrera, Medina, Michelsen, Osorio, Putnam, Sáenz P., Sotomayor y Tamayo.

.....
 Continuó la discusión de la proposición del Doctor Aparicio con la modificación del Doctor Manrique, quien la retiró previo permiso de la Sociedad. Fue aprobada la segunda parte de la proposición primitiva.

La 3.^a parte fue modificada por el Doctor Osorio, y se aprobó en esta forma:

“3.^a Las complicaciones inmediatas más frecuentes fueron las del aparato respiratorio, y entre éstas las bronquitis y las neumonías.”

La 4.^a parte de la proposición fue negada.

A solicitud del Doctor Michelsen se consideraron las conclusiones con que termina el informe de la Comisión á cargo de los Doctores Aparicio, Esguerra y Noguera. Dichas conclusiones fueron aprobadas.

El Doctor García Medina propuso lo siguiente, que fue aprobado: “Publíquese el informe de la Comisión y las discusiones de la Sociedad en un solo número de la REVISTA MÉDICA.”

El Presidente, JUAN DE D. CARRASQUILLA L.

El Secretario, *Pablo García Medina.*

