

Revista Médica de Bogotá.

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES

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

SUMARIO: El trabajo médico nacional.—Lepra.—Fiebres del Magdalena.—Cálculos en el canal de Wharton.—El dengue.—El dengue y la gripe.—Abscesos del hígado y largas incisiones.—El actual catarro epidémico de Bogotá.—Revista de la prensa médica extranjera.

EL TRABAJO MEDICO NACIONAL

Por voluntad de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, manifestada en las elecciones que se hicieron en la sesión del 1.º de Marzo pasado, el personal de sus empleados para el actual nuevo período reglamentario quedó constituido así:

Presidente, Doctor Juan de D. Carrasquilla L.

Vicepresidente, Doctor Policarpo Pizarro.

Secretario, Doctor Pablo García Medina.

Tesorero, Doctor Gabriel Durán Borda.

Primer Redactor de la REVISTA MÉDICA, Doctor Abraham Aparicio.

Segundo Redactor, Doctor Carlos Michelsen U.

En virtud de esta honrosa designación, nuestro modesto nombre vuelve, pues, á aparecer al frente de la Redacción de la REVISTA MÉDICA. Excusada nos será la advertencia de que es la voluntad de servir á la Sociedad la que hace que nuestra reconocida insuficiencia acepte tan honroso cuanto delicado y difícil encargo.

Con patriótica satisfacción vemos hoy que la prensa médica no está únicamente representada en el país, como lo estuvo hasta hace poco tiempo, por nuestra REVISTA, y que al lado de ella han aparecido después las dos muy valiosas publicaciones médicas emprendidas en los departamentos del Cauca y de Antioquia.

Los Anales de Medicina del Cauca publican importantísimos estudios sobre nuestra medicina tropical, muchas observaciones experimentales sobre las varias y continuas epizootias que aparecen en el valle del Cauca, y muy notables relaciones quirúrgicas de operaciones practicadas por el lucido Cuerpo de Profesores con que hoy cuenta aquel Departamento.

La Academia de Medicina de Medellín, en su docto y magistral periódico, nos ha dado á conocer trabajos científicos de tanta y tan vastísima importancia, que bien comprueban la alta valía intelectual de la raza antioqueña y la gran superioridad de su Cuerpo médico.

Por otro lado, vemos también que temas propios de nuestra Medicina nacional han servido de Tesis para el Doctorado en la Facultad de Medicina de París, y que el mérito con que sus autores supieron coronar estos trabajos, ha dejado de ellos, y de la Facultad de Medicina de Bogotá, en donde hicieron sus estudios, honrosísimas recomendaciones.

Muy satisfactorio es, en verdad, que á los centros más adelantados del mundo civilizado se lleven—y luzcan allí por su propio mérito—los frutos de las enseñanzas adquiridas en el patrio suelo; y más aún si ellos se dan á conocer, como acaban de hacerlo los Doctores Carlos Esguerra y Alberto Restrepo H., con estudios de especial aplicación á nuestra localidad, y con apreciaciones deducidas de esos mismos estudios por profesores nacionales y por ellos mismos. Y más satisfactorio todavía si á esto se agrega, que de esos estudios ha surgido la rectificación científica de erróneas interpretaciones consignadas por autores extranjeros como verdades que, en tesis general, había aceptado la ciencia médica europea.

Puede asegurarse también que en la suerte futura de este país ha de intervenir, con mano decisiva, el resultado de los trabajos que en estos últimos años ha complementado la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales. La transmisión por herencia y por contagio de la desastrosa enfermedad que conocemos con el nombre de Elefancia de los griegos, es yá un hecho afirmativamente resuelto, y resuelto á la luz de vivísimas discusiones empeñadas en el seno de la Sociedad, con el acopio de estudio, de observación y de experiencia con que para ello han contribuido todos sus miembros, todos los Profesores de Medicina del país, y aun con el veredicto de los recientes estudios bacteriológicos sobre la materia.

Y no de otra suerte podría explicarse la manera relativamente rápida y alarmante como se ha propagado esta enfermedad por todo el suelo de Colombia. En Antioquia era la Lepra enfermedad tan completamente desconocida, que, según lo asegura el Doctor M. Uribe Angel, pudo señalarse el principio de su invasión con la llegada de un cundinamarqués que la sufría; y lo que en esa época, que no está muy distante,

apareció como dolencia individual, es hoy dolencia de familias, dolencia de poblaciones, y no muy tarde dolencia de la totalidad del país.

En Santander y en Boyacá se asegura que está infectada por la Elefancia la décima parte de su población. Y respecto de los demás Departamentos, los datos que se han recogido demuestran que, más ó menos, se observa en todos ellos la misma alarmante manera de propagación.

Toca ahora á nuestro ilustrado Gobierno llevar á la práctica los medios y las medidas que, en guarda de la propagación de la Elefancia, aconseja la ciencia como deducciones lógicas de los hechos observados y de las conclusiones que dejamos apuntadas. Ni debe arredrarlo para ponerlas en ejecución, la necesidad que hay de romper con mano resuelta y firme con los derechos y hasta con los afectos de la humanidad.

La gravedad creciente del mal ha demostrado que tales consideraciones no serán hoy motivo suficientemente poderoso para aplazar la resolución de este asunto, como lo fueron en el año de 1886, para suspender indefinidamente la consideración de un proyecto de Ley que sobre la materia presentó al Honorable Consejo Nacional el señor Doctor Nicanor G. Insignares S.

Es preciso declarar, por medio de una ley, que el aislamiento y la separación de toda persona que sufra de Elefancia de los griegos es una medida higiénica de urgente necesidad pública. Serán objeto del desarrollo y reglamentación de esta ley, entre otros, la construcción de Lazaretos, su organización y administración, etc. etc., y para todo puede contar el Supremo Gobierno con lo que juzgue necesario pedirle á la Sociedad de Medicina. No dudamos que en esta labor nos ayudará toda la prensa del país, como que es asunto de vital importancia el que con ella se trata de resolver. Y si nuestras indicaciones no fueren atendidas, y hemos de seguir presenciando el mismo lamentable abandono, que nos quede, á lo menos, la satisfacción del deber cumplido.

ABRAHAM APARICIO.

LEPRA

[Notas enviadas al señor Redactor de la REVISTA MÉDICA].

C. R., leproso, ha tenido dos hijos en una mujer sana, el primero se volvió leproso cuando cumplió dos años de edad, y el otro un mes después de su nacimiento.

L. S. tomó dos personas á su servicio, en estado perfecto de salud, y antes de un año ambas estaban leprosas como la señora.

L. P., completamente sano, casó con la señora M. P., y al cabo de tres meses estaba leproso: se halla hoy en el Lazareto.

He observado que los hijos de los gotosos han resultado leprosos, sin que sus ascendientes hayan sufrido la Elefancia; pudiera presentarle más de ocho casos que están en la actualidad sufriendo los estragos del mal; no creo que la circunstancia de ser gotosos sus padres influya en la producción de la Lepra, pero sí veo como muy rara la coincidencia que le apunto.

C. U. tuvo como mayordomo á un hombre sano, sin antecedentes ningunos, que se afectó de Lepra, comunicada por ella, la cual tuvo un curso rápido, haciéndolo morir antes que la señora que lo contagió.

R. NAVARRO.

Vélez, 13 de Enero de 1890.

 FIEBRES DEL MAGDALENA

Bogotá, Febrero 28 de 1890.

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

En cumplimiento de la comisión que el señor Presidente tuvo á bien encargarme, he leído con la mayor atención el importante trabajo presentado por el señor Doctor Carlos Esguerra con el objeto de solicitar el ser admitido como miembro activo de esta Sociedad, y os presento el siguiente informe:

Desde luego despierta el interés y atrae la simpatía el tema

escogido por el señor Doctor Esguerra, "*Contribution à l'étude de la Fièvre du Magdalena,*" por ser asunto propio de nuestro amado suelo patrio y por versar sobre una de las manifestaciones mórbidas que más abundan en nuestro territorio, mejor dicho, que tanto abundan, que se ha dicho, con sobra de razón, que forman el carácter propio y especial de nuestra patología. Dar á conocer en Europa, siquiera sea somera é incidentalmente, una parte de Colombia, haciendo notar algunas de sus condiciones climatéricas en relación con la aparición y desarrollo de las enfermedades que á influjo de su posición geográfica y de su topografía dominan, es obra de incontestable utilidad, mayormente si se tiene en cuenta que tan desconocido es nuestro país en Europa, que el mismo Doctor Esguerra, al presentar su tesis á los señores miembros del Consejo de Examinadores, tuvo necesidad de decirles:

"Para vosotros debe de ser enteramente nuevo el título de esta tesis, y acaso no ande equivocado si creo que esta es la primera vez que oís hablar de este asunto."

Fundándose en esta consideración consagra el Doctor Esguerra el primer capítulo á la descripción geográfica y médica del valle del Magdalena, y apunta la razón que ha tenido para dar provisoriamente la denominación de *Fièvre del Magdalena* á una afección febril; endémica en la extensa hoya de nuestro principal río, para diferenciarla de otras formas febriles que se desarrollan durante ciertas épocas y que se han atribuído por unos á recrudescencias de la endemia palúdica, y por otros á epidemias de distinta naturaleza, pues no todos los médicos andan acordes respecto de su naturaleza; de suerte que la denominación que el autor le da, queda por esto justificada, y "tiene la ventaja de no prejuzgar nada acerca de su causa."

Describe una de esas recrudescencias de la endemia palúdica que tuvo ocasión de observar personalmente en Honda, en 1884, y hace notar que "los accidentes perniciosos se desarrollan siempre en el curso de una fiebre continua, y jamás en el de una intermitente ó remitente bien caracterizadas, y que esta observación yá la había hecho el señor Doctor Domingo Esguerra en su obra intitulada *Memoria sobre las fiebres del Magdalena*, en la cual dijo 'que la gravedad de la infección palúdica se señala por la tendencia que tiene á la continuidad, y que en las fiebres perniciosas son tan poco marcadas las remisiones, que suelen pasar inadvertidas.'" Cree el Doctor Es-

guerra (Carlos) que no se deben considerar como remisiones reales ciertas calmas más ó menos pasajeras de los síntomas perniciosos, porque ellas no van acompañadas de una baja equivalente de la temperatura del cuerpo.

Estudia luégo algunas de las formas más importantes de la fiebre del Magdalena, como la remitente biliosa entre las benignas, y las congestiva, delirante, diaforética, tetánica, convulsiva, álgida y colérica, entre las malignas, acerca de cuya naturaleza palúdica no cree necesario discutir, por estar casi todos los médicos de acuerdo en este punto; pero sí examina las condiciones que contribuyen á darle una fisonomía propia. Descarta de estas condiciones la intensidad de la afección y examina las especiales del medio exterior y las del individuo afectado, dando mayor importancia á éstas que á aquéllas, fundándose en que la observación ha dado á conocer que la fiebre ataca de preferencia á los recién llegados y á los que han sufrido ó están sufriendo afecciones palúdicas. Explica este hecho, puramente fisiológico, diciendo que á los primeros los ataca porque, no estando su organización habituada al medio en que se colocan, la digestión se altera, el hígado parece que funciona con más actividad, hay un trastorno que se revela por el estado gástrico y bilioso que se observa en las personas que llegan á un país cálido, y si en éste reina la malaria, lo más probable es que, al ser atacados, la afección se manifieste en la forma biliosa: á los segundos, porque en ellos las vísceras digestivas, y sobre todo el hígado, se hallan más ó menos alteradas en sus funciones, lo que basta para explicar el predominio de los accidentes biliosos.

Respecto de las perniciosas hace notar que los accidentes no se presentan jamás en el curso de una fiebre francamente intermitente, y que aun la remitencia es muy dudosa en las formas perniciosas; siendo, además, digno de notarse que durante las grandes epidemias los accesos no se presentan con caracteres tan netos como en las épocas en que sólo existen endémicamente; observación que lo indujo á considerar las fiebres de las epidemias como de naturaleza diferente de las que causa la endemia palúdica. Sobre este punto discurre con lucidez en la última parte de su trabajo, de la cual trataré más adelante.

En la descripción de la fiebre de las epidemias distingue

tres formas principales: la regular ó perniciosa amarilla de los Doctores Vargas Reyes y D. Esguerra; la hemorrágica y la tifoidea, respecto de cada una de las cuales aduce consideraciones de mucho interés para la diagnosis diferencial entre éstas y las fiebres endémicas descritas antes.

Termina el trabajo por un estudio general que comprende la naturaleza de las fiebres endémicas del Magdalena, y establece con sólidos fundamentos la unidad, causas apreciables y naturaleza probable de la fiebre de las epidemias. Paréceme ésta la parte más importante de todo el trabajo, como podéis juzgarlo por las conclusiones, que son:

1.^a La endemia palúdica con sus recrudescencias epidémicas anuales forma por sí sola la patología febril de la mayor parte del Alto Magdalena;

2.^a La fiebre amarilla existe también en el Alto Magdalena, y es la que ha originado las grandes epidemias;

3.^a La fiebre de las epidemias, después de haber aparecido como enfermedad nueva y siempre epidémica al principio, ha llegado á ser endémica, durante un tiempo más ó menos largo, en las ciudades que ha visitado;

4.^a Al estado de enfermedad permanente, la fiebre de las epidemias permanece silenciosa durante la mayor parte del año, y se muestra casi exclusivamente en el momento de la recrudescencia de la endemia palúdica, tomando algunas veces el aire de una epidemia;

5.^a Para dejar fuera de toda duda la naturaleza amarilla de la fiebre de las epidemias, se necesita aún hacer un estudio anatomo-patológico más completo é investigaciones microbiológicas.

Juzgando, como lo he manifestado antes, muy importante esta parte del trabajo, en lugar de hacerlos una relación abreviada de su contenido, la cual necesariamente resultaría muy imperfecta y defectuosa, me ha parecido más conveniente proponeros:

1.º Publíquese en la REVISTA MÉDICA DE BOGOTÁ la parte del trabajo del señor Doctor Esguerra que lleva por encabezamiento: “*Étude d'ensemble de l'endemie et des epidémies.*”

2.º Admítase como Miembro activo de la Sociedad al señor Doctor Carlos Esguerra.

Señores Miembros de la Sociedad.

JUAN DE D. CARRASQUILLA L.

CALCULOS EN EL CANAL DE WHARTON

Señor Secretario de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales.—Bogotá.

En el número 143 de la REVISTA MÉDICA se halla publicada el acta de la sesión del día 13 de Agosto pasado, y en ella se refiere el caso que el Doctor Manrique cita de un fragmento óseo que permaneció por algún tiempo detrás de una de las amígdalas, y que produjo una induración con infarto ganglionar que pudo ser tomada por un epitelioma glandular.

De su lado el Doctor Herrera refirió el caso de un tumor duro del plano de la boca, en una señora de setenta años, con infarto ganglionar y que producía grandes dolores; tumor que se impuso por un epitelioma y que no era sino un cálculo del canal de Wharton.

En el mismo orden de casos se halla el siguiente: un hombre de unos sesenta y cinco años vino á mi consulta, quejándose de un tumor que llevaba en el plano de la boca, desde algún tiempo atrás; tumor que le impedía ya para mover la lengua; le hacía la deglución dolorosa, y más que todo, le dolía mucho cuando bostezaba. Al examinarlo, noté debajo de la lengua y hacia el lado izquierdo un tumor cubierto por la mucosa aún sana, pero muy congestionada, largo y grueso como una ciruela, indoloro al tacto y algo movable.

Mi primera impresión fue que trataba de alguna degeneración epiteliomatosa de la región, pues los ganglios submaxilares estaban infartados y dolorosos.

Por una singular casualidad, al hacer alguna presión sobre el tumor, noté que por el orificio del canal de Wharton se escapó una pequeña gota de pus; tomé una sonda número 1.°, de las que se usan para practicar el cateterismo de los conductos lacrimales; hice en ella el cateterismo del canal de Wharton, y pude obtener la sensación que produce un instrumento metálico que se frota sobre un guijarro. Adquirí entonces la convicción de que dicho tumor era producido por un cálculo del canal excretor de la glándula submaxilar; abrí ampliamente el tumor, salió pus y mucha saliva al practicar mi

incisión, y pude extraer el cálculo que hoy le remito para que lo haga depositar en el Museo anatomo-patológico de la Sociedad.

Creo que en casos semejantes, el cateterismo del canal de Wharton, y cuando éste no sea posible, una punción exploratriz podría usarse como medio diagnóstico.

Dígnese, señor Secretario, dar cuenta de esta comunicación á esa honorable Sociedad, y acepte las manifestaciones de estimación, con que soy su colega y amigo,

J. T. HENAO.

EL DENGUE

Tal es el nombre generalmente aceptado para designar una epidemia febril que ha invadido todas las ciudades europeas con admirable profusión y rapidez. En toda la plenitud de su período de expansión llegó ya al Continente americano, de tal manera, que Nueva York se halla hoy tan invadida por la epidemia como París.

Relatar cuál sea la sintomatología precisa de esta epidemia, no es dato que podamos reproducir en este escrito, puesto que las diversas formas bajo las cuales aparece no permiten encerrarla en el estrecho cuadro nosológico de una entidad febril que reviste siempre fisonomía personal. Es verdad que en medio del concierto epidémico actual, por muy insólitas que sean sus manifestaciones, giran siempre al rededor de un centro, desde luego aceptado y reconocido como la *facies* de la enfermedad.

Esto explica la diversidad de denominaciones que ha recibido en los diferentes países, y la negativa de varias notabilidades médicas para considerar la actual epidemia como la misma que con el nombre de *fiebre dengue* se conoció en Europa en épocas anteriores.

Se la ha llamado de diversas maneras: *la grippe* de los franceses, *fiebre reumática*, *trancaso*, *fiebre polka*, *mal de las rodillas*, *fiebre roja*, *escarlatina reumática*, etc. etc. Pero el nombre de *dengue* que le dieron en Cádiz, parece ser el que

más popularidad ha alcanzado, y es también el que acepta la prensa médica.

La fisonomía general de la fiebre *dengue*, dice el Doctor Maurel, es fácil de caracterizar: la constituye una mezcla, en proporciones variables, de una fiebre eruptiva y de un reumatismo muscular febril.

Evoluciona en dos tiempos. Rara vez hay malestar prodómico; siempre invade bruscamente; hay cefalalgia frontal intensa, dominando la escena; síntomas gastro-intestinales, y á todo esto se agrega gran postración.

Al siguiente día, los dolores musculares de los lomos y de los miembros adquieren mayor intensidad; y como fenómeno característico aparece una primera erupción eritematosa ó escarlatiniforme. Esta es muy variable; algunas veces sorprende por su intensidad; la cara se pone tan enrojecida y congestionada, que de aquí le ha venido el nombre de *fiebre roja* dado á esta enfermedad. En otras ocasiones, la erupción es tan fugaz, que pasa inadvertida, si no se busca con mucho cuidado, y apenas es notable en el tronco.

La fiebre fluctúa entre 39° y 40°. El pulso y la respiración tienen los caracteres de las enfermedades febriles.

Este primer período dura, por término medio, dos días. Sigue luego una mejoría general, que dura igualmente dos ó tres días, y entonces los dolores calman, la fiebre disminuye y la erupción desaparece.

A esta mejoría sigue una segunda erupción, menos fugaz que la primera, y variable por sus caracteres. Reviste las formas del sarampión, de la erisipela y de la escarlatina. La fiebre y todos los demás síntomas dolorosos experimentan, al aparecer la segunda erupción, su natural recrudescencia. Esta exacerbación dura poco tiempo, y puede asegurarse que la mejoría sigue al completo desarrollo de la erupción. Termina la escena con un prurito de los más incómodos, consecuencia natural de la descamación de las fiebres eruptivas.

La convalecencia del *dengue* es generalmente larga, y no guarda proporción ni con la intensidad ni con la duración de la enfermedad.

El *dengue* no da inmunidad contra sí mismo, es decir, que puede sufrirlo una misma persona varias veces, y aun á cortos intervalos.

Por lo demás, razas, sexos, edades y condiciones, todos están sometidos á su epidémica influencia. Hasta los perros, los gatos, los corderos, los bueyes y los caballos han sido víctimas del *dengue*.

Durante largo tiempo se consideró que esta epidemia pertenecía exclusivamente á los países calientes, y que sus dos grandes focos eran el mar de las Indias y el mar de las Antillas. Hoy se ha visto que la actual epidemia, considerada por muchos médicos como una manifestación de aquélla, tuvo su origen, ó mejor dicho, partió del centro de Rusia.

Por lo que hace á la naturaleza de la enfermedad y á su carácter nosológico fundamental, las Academias y Sociedades Médicas han guardado prudente y muy justa reserva.

En la fisonomía de la actual epidemia no han podido hallar la reproducción exacta de las epidemias anteriores, pero esto se explica, como lo dice el Doctor J. V. Laborde, porque los medios y las condiciones se modifican con los tiempos, y las transformaciones que de aquí surgen influyen necesariamente sobre las modalidades nosológicas, y en especial sobre las enfermedades epidémicas.

Se cree que respetará las alturas, porque así se ha observado en otras epidemias.

Su período de incubación dura cuatro días, y éste es un dato importante bajo el punto de vista de las precauciones que deban tomarse como medidas preventivas generales.

La gravedad de la actual epidemia ha venido acentuándose últimamente bajo una forma infecciosa excepcionalmente grave.

En el principio de su aparición, las Cortes, los Gobiernos, los Colegios, los Liceos, todas las colectividades hubieron de suspender sus trabajos porque en todos aparecieron centenares de enfermos. No hubo mortalidad, pero sobrevinieron luego complicaciones laríngeas, brónquicas y pulmonares, que elevaron su cifra al diez por mil. Hoy se asegura que se ha cuadruplicado en París la mortalidad por afecciones de los órganos respiratorios, es decir, por la principal complicación de la epidemia reinante.

Las personas debilitadas por enfermedades anteriores, los tuberculosos, los viejos y los niños han sido las víctimas predilectas.

Entre las complicaciones observadas actualmente, se cita la erisipela de la cara, desarrollada por un catarro naso-faríngeo intensísimo, con síntomas ataxo-adinámicos, y terminación por bronco-pulmonía infecciosa consecutiva.

Que la actual epidemia es de carácter esencialmente infeccioso, es un punto de doctrina sobre el cual han resultado de acuerdo, tanto las observaciones de Ch. Bouchard, en Francia, como las presentadas por Renvers y De Leyden á la Sociedad de Medicina de Berlín. Y no de otra manera podría explicarse el hecho de que esta enfermedad apareciera simultáneamente en regiones muy apartadas unas de otras, sobre un número considerable de personas á la vez, y que luégo, con prontitud vertiginosa, haya recorrido en poco tiempo todos los centros populosos. El contagio por sí solo no es capaz de tanto.

· Cuanto al tratamiento, es la quinina el remedio que se ha empleado con mejor éxito al principio de la enfermedad. Debe administrarse á la dosis de 1 y 2 gramos diarios. Basta esta medicación, en los casos no complicados, para que la fiebre caiga rápidamente.

Se asegura que la antipirrina obra maravillosamente para combatir el violento dolor de cabeza, que muy rara vez falta en el principio de la enfermedad. Se la prescribe por dosis fraccionadas de 0,50 centigramos cada una hasta completar 1 y 2 gramos diarios, según las necesidades y el efecto producido.

Puede muy bien administrarse simultáneamente la quinina y la antipirrina.

Cuando los dolores cefálicos toman el carácter dominante de las neuralgias y afectan las diversas ramas del nervio trigémino ó trigemelo, la asociación de la quinina con la aconitina ha producido excelentes resultados.

Se administran en píldoras que contengan cada una 0,20 centigramos de bromhidrato de quinina y un cuarto de miligramo de nitrato de aconitina. Cada cuatro horas se toma una de estas píldoras hasta la concurrencia de cuatro en diez y seis ó veinte horas.

Para calmar los grandes dolores musculares se han conseguido buenos y rápidos efectos friccionando las partes dolori-

das con un linimento compuesto de trementina y cloroformo, en la proporción de 100 por 50.

La narceína se ha usado con muy buenos resultados para calmar la tos, que tánto mortifica, sobre todo por la noche, en las complicaciones brónquicas. Se administra en píldoras ó jarabe en la proporción de dos centigramos cada tres ó cuatro horas.

Para las manifestaciones gastro-intestinales que se complican con catarro diarreico, ha probado muy bien, como antiséptico apropiado para estos casos, el *naftol*, bien sea empleándolo solo ó asociado al bismuto.

Como medios reparadores de las fuerzas, que con tánta prontitud se pierden, se usan las diversas preparaciones de la quina: el vino, la decocción y el extracto.

Por lo demás, el abrigo, usado desde que invade la enfermedad, la quietud, los cuidados y la quinina administrada inmediatamente, constituyen la base del tratamiento general.

El tratamiento especial lo determinan los casos particulares y las complicaciones.

ABRAHAM APARICIO.

Bogotá, Febrero 15 de 1890.

EL DENGUE Y LA GRIPPE .

Epidemias de *dengue* en Sur América—Sintomatología—Diferencias entre el *dengue* y la *grippe* ó *influenza*—Naturaleza del *dengue*.

La epidemia que hoy reina en Europa con el nombre de *dengue*, no es desconocida en las altas regiones de la Zona intertropical. Aquí en Bogotá apareció hace precisamente un siglo, y fue tan extensa, que muy pocos habitantes dejaron de sufrirla. Probablemente no hizo víctimas numerosas ni fue muy intensa, porque no quedaron grabados recuerdos muy duraderos de ella. Tenemos á la vista una descripción que hace Leblond, quien visitó á Bogotá por aquellos tiempos, y por eso juzgamos que no hay duda de que esa epidemia fue el *dengue* que hoy llama nuestra atención.

“Esta enfermedad, dice Leblond, principia por cefalalgia, fiebre y dolores semejantes á los del reumatismo y que hacen equivocarla con

éste; pero después de algunas horas aparece una congestión general de la piel, y aumentan los dolores generales; la piel congestionada se siente endurecida y sensible, y se cubre luégo de una erupción fugaz la cual desaparece después de poco tiempo bajo la influencia de sudoríficos. Esta epidemia coincidió con la aparición de lluvias abundantes.”

Como se ve, se trataba en esa época de lo que hoy se describe con el nombre de *dengue*, y tenemos con esto una prueba de que esta epidemia puede llegar á invadirnos.

En el resto de Sur-América también se ha observado la epidemia. Pezet refiere que en 1818 hubo en Lima una epidemia tan extensa, que “de los 70,000 habitantes de la ciudad muy pocos quedaron inmunes.” Después de esta epidemia hubo en el Callao y en Lima otra en 1851, aunque menos extensa que la primera. En el Brasil se observó una serie de invasiones de 1845 á 49, sin que jamás pasara de San Pablo. Se llamó desde entonces á esta enfermedad *fiebre de polka*.

Hacia el Norte de América apareció en 1780 en Filadelfia, pero su duración fue corta. En el Sur de los Estados Unidos apareció en 1827, y llamó la atención por la extensión extraordinaria que tuvo en muy poco tiempo. Se extendió por las costas del Golfo de México, invadió á Jamaica, en Diciembre de 1827, á Cuba, Curazao y á las costas de Venezuela en 1828. Waterson cita á Cartagena entre las ciudades invadidas por la epidemia de ese año. En 1850 volvió á invadir el Sur de los Estados Unidos, y esta epidemia parece que fue la misma que se extendió en 1851 á Lima y al Callao. Hoy ha llegado á New York; en su marcha hacia el Sur se encuentra yá en la ciudad de México, en Panamá, y pronto llegará al centro de la República.

Las primeras noticias de la aparición del *dengue* se tuvieron en 1779. A Gaberti se debe la primera descripción al hablar de la epidemia que apareció en el Cairo, llamada allí *abu rocabé* (dolor de rodillas), á causa de los dolores que se presentaban en estas articulaciones. El misionero Persin describió en 1780 una epidemia en Coromandel; y en ese mismo año señaló Rush la epidemia de Filadelfia, que hemos mencionado. En la epidemia de Sevilla, en 1784, Cubillos indica el exantema que acompaña al *dengue*, pues menciona una *expulsión cutánea rosácea*. Esta erupción se llamó entonces en España *la piadosa*, porque coincidía con la declinación de la enfermedad.

El Profesor alemán Hirsch nos da la siguiente descripción del *dengue*:

“Hay, dice, un período de incubación, cuya duración no pasa de dos días, caracterizado por debilidad general, cefalalgia, dolores articulares y alteraciones gástricas. Este período falta muchas veces. Aparecen después escalofríos, más ó menos intensos, seguidos de fiebre considerable, pues la temperatura sube á 40 ó más grados; los dolores articulares son más intensos, especialmente en las pequeñas articulaciones (dedos, manos y pies), luégo las grandes articulaciones participan de esta exacerbación del dolor, el cual tiene la movilidad de los dolores reumáticos. A medida que avanza la enfermedad, esos dolores son más intensos en los músculos y en los huesos, y aun llegan á ser á veces intolerables. La lengua aparece roja y sucia; hay náuseas y rara vez vómito. El insomnio es casi constante y suelen presentarse delirio y convulsiones, especialmente en los niños. En la mayor parte de los casos se presenta un exantema fugaz, pues que no dura sino de dos á cuatro horas, después del cual viene una abundante transpiración de un olor característico, con la cual se completa la remisión de la fiebre, y que coincide con la desaparición de los dolores. Poco después de este período aparece una nueva erupción más duradera que la inicial; es de un color rojo brillante, irregular en su forma, bastante parecido á la urticaria y aun al pénfigo. Rara vez dura más de veinticuatro horas, y casi siempre termina por escamación. En este estado suelen presentarse infartos de los ganglios linfáticos, y algunas veces angina y producciones aftosas en la cavidad bucal. La enfermedad dura generalmente de seis á ocho días, pero la convalecencia es larga y penosa.”

Nuestro ilustrado compofesor, Doctor A. Aparicio, nos ha dado una clara y exacta descripción de la actual epidemia en un importante artículo publicado en *El Telegrama*. Ella sirve de complemento á la descripción anterior y prueba también que el actual *dengue* es igual en sus caracteres al que se ha observado en épocas anteriores. El Doctor Aparicio añade:

“La convalecencia del *dengue* es generalmente larga y no guarda proporción con la duración de la enfermedad.”

Lo que es una prueba más de que aun en esto no ha variado la marcha de la enfermedad, pues reviste los mismos caracteres que en otras épocas. Debemos añadir también que en el curso de la convalecencia suelen reaparecer los dolores articulares, aunque con poca intensidad.

Comparando las descripciones del *dengue*, que hemos citado, con las clásicas de la *grippe* ó *influenza*, se ve claramente que el *dengue* es una entidad distinta de la *grippe*, y que hay un error notable en hacer sinónimos estos nombres. En efecto: el *dengue* tiene de ordinario un período de invasión más ó menos duradero, mientras que la *grippe* invade bruscamente, razón por la cual los alemanes la llaman *blitz katarrh* (catarro fulminante). Si es cierto que en la *grippe* hay fiebre

considerable acompañada de malestar, postración y dolores erráticos muy intensos, también lo es que los síntomas catarrales dominan desde el principio de la enfermedad y llaman la atención por su intensidad. La sensación de cosquilleo, de calor y de sequedad en la garganta, dice Jaccoud, acompañada de estornudos repetidos, anuncian la pronta aparición de una violenta coriza; y, efectivamente, ésta aparece pronto, se extiende á los senos frontales y ocasiona violentas cefalalgias; la mucosa laríngea se inflama, la voz se enronquece, y aun puede producirse una completa afonía. La tos es ronca quintosa, acompañada de disnea y de dolores en la parte anterior del tórax.

En el *dengue* hay también muchas veces un período catarral más ó menos intenso, pero es de una duración muy corta y precede ó acompaña á la erupción que hemos mencionado.

En la *grippe* la piel se congestiona durante la hipertermia, y aun *suele* presentarse una erupción *miliar* en algunos casos, ó de *sudamina* en otros; pero no se observan las dos erupciones exantemáticas sucesivas, que son características del *dengue*. Esta diferencia entre las dos enfermedades es cardinal. El *dengue* podría quizá considerarse, por esa erupción, como una fiebre eréptica, al paso que la *grippe* está á una distancia muy grande de estas fiebres.

En 1879 tuvimos en Bogotá una epidemia de *grippe* que principió en el mes de Marzo y terminó en Agosto del mismo año. El Doctor Nicolás Osorio siguió con cuidado esa epidemia, y publicó un interesante trabajo en la REVISTA MÉDICA (Junio de 1879). Gracias á él, podemos hoy estudiar los caracteres y la marcha de esta epidemia de *grippe* típica. No hemos encontrado en ese estudio nada que pueda compararse con el *dengue*, pues que faltó en absoluto toda erupción. Nos refiere además el Doctor Osorio, en su estudio mencionado, que se presentaron muchos casos de *grippe* de forma tifoidea, y que la ausencia de manchas rosáceas servía para establecer el diagnóstico. Tenemos en esta epidemia una prueba más de que la *grippe*, que nos ha invadido en otras épocas, es bien diferente del *dengue* que hoy se ha descrito confundiéndolo con la primera.

Las neumonías, las pleuresías y la diarrea se observan con

más frecuencia y con más intensidad en la *grippe* que en el *dengue*. En éste también pueden presentarse, como sucede en las fiebres eruptivas, y entonces el pronóstico puede ser grave y la terminación fatal. Estas complicaciones han sido frecuentes en la actual epidemia en Europa.

Estos corpúsculos son distintos del microorganismo encontrado por Bouchard y Netter en el *mucus* brónquico en el *grippe*, y que es un *streptococcus* muy semejante al de la erisipela.

Algunos médicos, entre ellos Dujardin-Beaumetz, han designado la actual epidemia con el nombre de *dengue modificado*, distinguiéndola así de la *grippe* común.

Aun en el lenguaje común se ha admitido diferencia entre las dos enfermedades. Los franceses han llamado al *dengue* comúnmente *giraffe* y también *bouquet*; este último nombre es, según Hirsch, corrupción de la palabra *bucket* con que designan el *dengue* los ingleses.

Recorriendo la historia de las epidemias del *dengue* y de la *grippe*, se ve también la diferencia que hay entre estas dos entidades. La *grippe* se generalizó en Europa desde 1510, y fue conocida antes de esta fecha en Italia y Alemania; en 1627 apareció en Norte América, y fue ésta la vez primera en que la *grippe* ó *influenza* apareció en el Nuevo Mundo. En 1647 apareció en todo Sur América, según refiere Villalba; el *dengue* apareció mucho tiempo después. Yá hemos visto que fue en 1779 cuando apareció en el Cairo, en 1780 en Filadelfia, y en 1784 en España. Los médicos que han mencionado estas diversas epidemias, las han descrito separadamente. Así por ejemplo, la epidemia de *dengue* de 1850 en New York se describió como distinta de la epidemia de *influenza* que había aparecido poco antes, en 1843. Preciso es que se hayan visto siempre grandes diferencias en estas enfermedades para que se hayan descrito las epidemias como distintas hasta la actual, en que ha habido una confusión que debe rectificarse. Por otra parte, la *grippe* se observa endémicamente en algunos países fríos, como en el Norte de Rusia; mientras que el *dengue* no reina endémicamente en ningún país frío, y la pandemia pártase en lo general de países cálidos en la época de lluvias abundantes.

Es posible que ambas epidemias puedan presentarse á un mismo tiempo, ó que venga una en pos de otra; y puede suceder que actualmente esté aconteciendo lo primero; pero en

todo caso deben conservar sus respectivos nombres, como diferentes que son las dos entidades.

En cuanto al tratamiento del *dengue*, recomendamos la lectura del artículo yá mencionado del Doctor A. Aparicio, publicado en el número 911 de *El Telegrama*. Sólo tenemos que agregar el empleo de la pilocarpina en inyecciones hipodérmicas, aplicación que ha sido la que mejores resultados ha producido cuando la temperatura sube y la piel está seca. Se puede emplear en la dosis de uno á dos centigramos.

La exalgina, en la dosis de 30 á 40 centigramos, y la anti-pirrina en la dosis de 40 á 50 centigramos, son muy útiles para combatir los dolores intensos del período de invasión. El bromuro de potasio y de sodio, asociado al sulfato de quinina, son de grande utilidad también. Se ha empleado igualmente con buen éxito la siguiente combinación: bromuro de sodio, salicilato de soda aa 5 gramos; agua endulzada, 180 gramos; tintura amoniacal de quinina, 10 gramos. M. Una cucharada cada dos ó tres horas.

Algunos prácticos ingleses administran la ipecacuana al principio en dosis fraccionada; después de esta aplicación administran el jaborandi y el sulfato de quinina.

Puede considerarse el *dengue* como una enfermedad infecciosa. Así la consideran Bouchard y otros autores. Charles ha encontrado en la sangre de individuos atacados de *dengue*, pequeños corpúsculos redondos que él ha considerado como elementos orgánicos y á los cuales asigna un papel específico en la producción de la enfermedad.

PABLO GARCÍA MEDINA.

Bogotá, Febrero 28 de 1890.

EL ACTUAL CATARRO EPIDEMICO DE BOGOTA

La epidemia que repentinamente ha llegado á Bogotá, y que está hoy en la plenitud de su evolución, no es la enfermedad conocida aquí con los nombres de *catarro* y de *peste*, es decir, no es una simple coriza aguda con reacción febril y complicaciones brónquicas: es, evidentemente, algo más fuerte todavía que la más intensa coriza, y que la entidad designada por los autores franceses con el nombre de *grippe*.

La epidemia que estamos sufriendo es una nueva entidad patológica para nosotros, muy distinta de las anteriormente observadas, y á la cual no se ha dado todavía un nombre propio nacional.

Entre las diversas formas bajo las cuales la hemos visto hacer su evolución y desarrollo, aparecen mezclados, en proporciones muy variables, varios de los síntomas característicos de la *fiebre dengue*, y muchos de los que constituyen la *influenza*, nueva entidad patológica que la prensa médica francesa quiere últimamente que se acepte como denominación más apropiada para la actual epidemia europea.

Pero lo que sí podemos asegurar, dadas estas consideraciones, es que el actual *Catarro epidémico de Bogotá* es la misma dolencia viajera que, después de recorrer toda la Europa, llega yá á la América del Sur. Otra razón más en apoyo de esta creencia, es la manera repentina como la enfermedad hizo su llegada á esta capital y la rapidez con que se extendió por toda su población. Y es también de notarse que aquí se presentó cuando no se tenía ni noticia de que la tal epidemia hubiese llegado siquiera á nuestro litoral marítimo.

Tan sólo una salvedad debemos hacer en esta apreciación, y es que en el desarrollo que la enfermedad adquiere en Bogotá, ha de variar su sintomatología de acuerdo con las modificaciones que la altura, el clima y demás condiciones propias y especiales de la localidad determinen en el *proceso* ó evolución de la epidemia.

Generalmente ha principiado por un repentino calofrío, seguido de muy fuerte dolor de cabeza, abundante fluxión catarral, lagrimeo y violentos dolores musculares extendidos por todo el cuerpo. Esta escena inicial, que es de poca duración (dos ó tres días), ha solido terminar en los niños por una erupción vesiculosa difluente, con la cual coincide la mejoría, pero no termina la enfermedad. Esta vuelve luégo á reaccionar bajo la forma de un catarro brónquico fuerte acompañado de mucha postración de fuerzas y de agudísimos dolores musculares. Pasan cuatro y seis días más en esta situación y la enfermedad declina, pero declina lentamente, dejando en pos de ella mucho abatimiento, intermitencia febril, algunas veces neuralgias varias; es decir, termina por una convalecencia insidiosa. En las personas adultas, al primer período inicial

sigue una calma que en muy pocos casos, y sólo en personas de piel muy delicada, ha coincidido con erupciones vesiculosas sobre un fondo eritematoso. Lo más comúnmente observado es que á los síntomas catarrales siga la aparición de agudísimas neuralgias frontales, occipitales, auditivas y ciáticas y con ellas gran postración de fuerzas, alternativas de bienestar y de disgusto general, y todo este cuadro dominado por grandes dolores en la cabeza, la espalda, los lomos y las extremidades, dolores llevados á tal punto que hacen necesaria la quietud.

Esta situación alterna entre la convalecencia que parece va á principiar y la enfermedad que vuelve á recrudecer en sus síntomas, ó á cambiar de forma. De esta manera un mismo individuo ha sufrido todas las variedades de la enfermedad, cree haberla padecido dividida en dos y más sesiones, y aun haberla tenido repetidas veces.

En algunos casos hemos observado que aparecen como variantes del grupo general descrito, epíxtasis, vértigos, congestiones de la piel que se manifiestan por enrojecimiento y aumento de calor, alteraciones gastro-intestinales consistentes en fuertes dolores de vientre, vómito algunas veces, y otras diarrea. En estos casos no hay síntomas catarrales.

Es de notarse que á pesar de la intensidad del catarro brónquico, del lado de los pulmones nada grave ha ocurrido, que en estos casos la auscultación revela ausencia casi completa del ruido respiratorio. Hay, pues, una verdadera *parecia* funcional.

Todavía no hace un mes que esta epidemia se presentó en Bogotá, y ya puede asegurarse que más de la tercera parte de la población la ha sufrido. Aquí, como en Europa, sus principales focos de difusión han sido las grandes aglomeraciones de individuos, es decir, los cuarteles y los colegios.

El Hospital Militar se vio repentinamente invadido por tan extraordinario número de enfermos de este padecimiento, que en dos días su número pasó de 200, se agotaron los locales y no hubo materialmente cómo recibir más.

En los colegios, puede decirse que apenas principia el desarrollo de la epidemia, y ya la tercera parte de los estudiantes están sufriendola.

Igual cosa se observa en las casas y habitaciones particulares: no hay una siquiera en donde no se encuentren varios enfermos.

Como término medio de su duración puede fijarse un período de seis días.

Se ha particularizado este nuestro actual catarro epidémico, como lo decíamos al principio, por la manera repentina y como de sorpresa con que se presentó en Bogotá, por la rapidez con que se difundió en muy breve tiempo y por la muy completa semejanza que ofrece en su variada sintomatología con la actual epidemia europea.

El tratamiento generalmente usado ha sido el siguiente: al principio un purgante ó vomi-purgante cuando el estado saburral de las vías digestivas lo reclama. Después, las indicaciones han ido surgiendo de la forma que afecta la enfermedad. La quinina en los casos de marcada intermitencia, así en la fiebre como en la aparición de neuralgias. Los diaforéticos y los pectorales se han usado profusamente.

Para todos, y especialmente para los niños, hemos aconsejado mucho abrigo. En los niños ha sido más franca la manifestación de esta epidemia bajo la forma de una fiebre eruptiva.

En los adultos en quienes no ha aparecido con síntomas catarrales, se ha notado que desde el primer día la temperatura sube á 40° y que luégo siguen las manifestaciones de una forma biliosa. Los purgantes han obrado muy bien en estos casos.

El tratamiento general que hemos usado en el Hospital Militar consiste en administrar primero un vomi-purgante y luégo una poción preparada así: infusión de tilo, 200 gramos; alcohol á 30°, 40 gramos; acetato de amoníaco, 10 gramos; y jarabe de corteza de naranja, 40 gramos. Para tomar una cucharada cada dos horas.

El tratamiento particular ha sido por medio de la quinina para las intermitencias, la ipecacuana como pectoral, la anti-pirrina como antineurálgico.

Yá hemos tenido ocasión de observar tres casos de neumonía como complicación de este catarro epidémico. Es de notarse que en todos se presentó bajo la forma oculta y velada de las pulmonías centrales, es decir, que la inflamación partió de la parte central y profunda del órgano hacia su periferia. En estos casos la postración ha sido extrema y notablemente desproporcionada con el inmediato anterior estado general de los pacientes. Uno de ellos terminó por muerte, y los otros dos se hallan hoy en tan lenta convalecencia, que más parece ser de una fiebre tifoidea que de una pulmonía.

A. APARICIO.

Bogotá, Marzo 31 de 1890.

ABSCESOS HEPATICOS Y LARGAS INCISIONES

(Tercera serie).

DOS CASOS MAS TRATADOS CON ÉXITO FELIZ

Me propongo en este artículo seguir dando cuenta de los felices resultados que he obtenido en mi práctica, tratando los abscesos francos del parenquima hepático por el procedimiento de Little.

Las siete observaciones que hasta hoy llevo publicadas prueban, con la inflexibilidad de los números, las ventajas del procedimiento de Little sobre los demás que se emplean para tratar los abscesos del hígado. Las dos nuevas observaciones que hoy doy á luz, constituyen dos casos más que vienen á corroborar las conclusiones por mí emitidas desde el año de 1883.

OBSERVACION 8.^a

B. B., de veinticuatro años de edad, de muy buena salud habitual, natural de Manizales, agricultor, y un poco dado al uso de las bebidas alcohólicas.

En el año de 1884, estando de guarnición en Honda, tuvo abscesos de fiebres intermitentes, cuyo tipo no puedo fijar, pues unos días había dos abscesos, otros uno, y otras ocasiones parecía quererse acentuar el tipo terciano; lo cierto fue que estuvo durante cinco meses con manifestaciones palúdicas agudas. Vino á esta ciudad y su enfermedad desapareció, y estuvo bien durante cuarenta días, para volver á sufrir los mismos abscesos, siempre de forma irregular, durante dos meses más.

Repuesto nuevamente, pasó á habitar una finca á las orillas del río Cauca, y allí permaneció bien durante ocho meses. Estuvo entonces tres días con fiebre, la que desapareció después de tomar un vomitivo. Pasados dos meses, tuvo una mañana calofrío, fiebre y dolor en el hombro derecho, y en la tarde del mismo día este dolor se irradió al hipocondrio derecho, y era tan fuerte, que le impedía respirar. Quince días per-

maneció así, y luégo se restableció mediante una terapéutica racional. Algún tiempo después intentó volver á su finca, pero desde que montó á bestia notó que el movimiento de ésta le hacía reaparecer el dolor. Prescindió del viaje por algún tiempo hasta que, creyéndose curado, se puso en marcha, y cuando llegó á su casa de campo yá el dolor al hombro era muy fuerte, tuvo calofrío, luégo fiebre, y con ésta permaneció más de dos meses, marcándose en ella el tipo cotidiano.

Repuesto nuevamente, permaneció así unos seis meses, y al fin de éstos, sus abscesos febriles con dolor al hombro y al hipocondrio reaparecieron con motivo de abusos alcohólicos.

Tratado luégo durante algún tiempo, volvió á recuperar aparentemente su salud, hizo nuevo viaje á su finca, y á los seis días de estar allá se casó, y con motivo de sus bodas abusó ese mismo día del licor, y por la tarde yá estaba postrado con fiebre, dolor al hígado y al hombro y calofríos muy fuertes; estuvo con fiebre continua con remitencias vespertales durante los días que permaneció en su finca; emprendió luégo viaje para esta ciudad, el que realizó con mucha dificultad, porque el movimiento de la bestia le era insoportable. Aquí permaneció entonces un mes en la cama y se repuso algo. Hizo entonces un paseo á bestia, y al regresar á su casa estaba nuevamente muy mal.

Al día siguiente, 8 de Noviembre de 1888, fuí llamado á ver este enfermo, porque su médico se había ausentado; su estado era este: decúbito dorsal semisentado; piel terrosa amarillenta; sus facciones expresaban un vivo dolor; tinte ictérico conjuntival muy marcado; lengua seca y saburrosa; inapetencia, digestiones lentas y perezosas; evacuaciones excrementiciales mezcladas con gleras y acompañadas de tenesmo; respiración anhelante y entrecortada; submatitez en la mitad inferior de la región posterior del pulmón derecho; ruidos respiratorios muy oscuros en esta misma parte del pulmón. El enfermo se quejaba de un dolor fuerte en la región hepática (línea axilar), dolor que se irradiaba al hombro y brazo correspondientes; descubierta esta región y vista por su plano anterior, no se notaba allí ni bosaladura, ni cambio de color en la piel, ni nada anormal; no sucedía lo propio al mirarla en la línea axilar, entre ésta y la escapular: aquí se notaba desde el principio el aumento en el volumen de la región; la separación anormal de las costillas, y la piel con su coloración normal; el dolor espontáneo y constante en este mismo punto se exaspe-

raba con la presión, y llegaba á su apogeo al comprimir al nivel del noveno espacio intercostal, á un centímetro de una línea que uniera el ángulo posterior de la axila con la espina iliaca postero-superior; matitez en la región hepática circunscrita por estos límites; en la línea external llegaba á dos centímetros más arriba del apéndice sifoideo; en la línea mamilar subía hasta la séptima costilla con una extensión vertical de siete centímetros; llegaba hasta el octavo espacio al nivel de la línea escapular con una latitud vertical de siete centímetros; nada de fluctuación. La palpación profunda por debajo de las falsas costillas no despertaba dolor ni permitía hallar el borde de la glándula. Al nivel del límite superior de la zona de matitez, medía el tronco en su mitad derecha cuarenta y seis centímetros, y cuarenta y cinco en el inferior; en los puntos homólogos del lado opuesto hallé cuarenta y dos y cuarenta y un centímetros, respectivamente.

Con el trocar número 3.º del aspirador de Potain hice una punción exploradora sobre el punto donde el dolor era más fuerte, y en el noveno espacio intercostal, no obstante haber notado que mi trocar se hallaba en una cavidad, no llegó líquido alguno al frasco aspirador, retiré dicho trocar, y, convencido de que existía un foco purulento en el punto donde había hecho la punción, no obstante el resultado negativo de ésta, quise probar el buen funcionamiento de mi aspirador; hice nuevamente el vacío en el frasco aspirador, dispuse el aparato como para hacer una nueva punción, introduje el trocar en un vaso de agua, abrí las llaves y el líquido del vaso no fue aspirado. Remediado el defecto del aparato, hice nueva punción exploratoria por el mismo punto de la primera, y pude extraer unos dos gramos de pus; suspendí luego para operar al siguiente día por el procedimiento que he empleado y que aconsejo en estos casos.

El fiasco de la primera punción me ha enseñado un pequeño detalle muy importante en la práctica, detalle que recomiendo á todo el que me lea: *antes de servirse de un aspirador debe siempre el cirujano cerciorarse del buen funcionamiento de su aparato.*

Convencido, pues, de la existencia de un absceso en el lóbulo derecho del hígado, y muy profundamente situado, resolví operarlo al siguiente día, lo que hice, en asocio del Doctor Londoño, por medio del procedimiento de los médicos de Sanguay, descrito por Itromery Little, así: antisepsia

listeriana de todos los instrumentos; lavado antiséptico de la pared costal; punción exploratoria para servirme del trocar con que la hacía como de un conductor para guiar luego el bisturí que de un golpe debía llegar hasta el fondo del foco; retirar luego el bisturí haciendo con él, al sacarlo, una incisión de ocho centímetros, la que comprendía todos los tejidos, inclusive la pared hepática; esta incisión la hice en el noveno espacio intercostal sobre el punto indicado ya; una gran pinza colocada entre la novena y décima costillas aseguraba el apartamiento de éstas y permitía la salida de un chorro de pus bien ligado, sin fetidez y mezclado con coágulos de sangre negra, dependientes de hemorragias que se habrían hecho en el interior del foco; con presiones bien hechas ayudé la vaciada de dicho foco; se lavó en seguida con una abundante irrigación de agua tibia, y se terminó con una inyección fenicada de 2 por 100. El aseo completo del campo operatorio, un grueso drain colocado en el foco y un vendaje listeriano terminaron la operación. Se calcularon de 800 á 1,000 gramos de pus.

Tan pronto como introduje el bisturí en las paredes hepáticas, el paciente experimentó un agudo dolor en todo el trayecto del nervio frémico con irradiación al plejo braquial; el operado daba agudos gritos y decía que su brazo se arrancaba. Este dolor, que fatigaba y agotaba al paciente, y que estorbaba las maniobras operatorias, fue calmando instantáneamente con una inyección hipodérmica de sulfato de morfina puesta sobre la inserción external del extremo cleido mastoideas. El día fue bueno y el enfermo durmió bien durante la noche.

Día 10.—Nada anormal: temperatura matinal, 37°; pulso, 90; supuración abundante. Por la tarde el termómetro llegó á 39° y el pulso á 104. Se hicieron dos lavados en el día con la solución fenicada, y se cambió dos veces el vendaje. Al interior vino de quina y un gramo de sulfato de quinina en dos tomas.

Día 11.—Todo como el día anterior. Se aumentó al doble la dosis de sulfato de quinina.

Día 12.—La supuración había disminuído muy notablemente; el paciente se quejaba de un fuerte dolor en la pared

costal, entre la axila y la herida operatoria; había allí aumento en el volumen de la región; la piel estaba roja y se notaba edema duro; vómitos biliosos, malestar, orina escasa y negruzca, estado tifoídico, temperatura $38^{\circ}\frac{2}{10}$, pulso 96.

Suspendí el lavado fenicado y lo hice únicamente con agua caliente. Por la tarde, temperatura, $38^{\circ}\frac{3}{10}$, pulso 96. Poción excitante.

Día 13.—Hubo buena noche; dolor calmado; lo demás como el día anterior. Cataplasmas emolientes para cubrir con ellas todo el costado derecho. Durante el día el absceso de fiebre con calofrío y sudor.

Día 14.—Hubo en la noche nuevo calofrío y fiebre seguida de sudor copioso; reapareció la supuración; la hinchazón y el edema habían desaparecido; la orina era normal; estado general bueno; temperatura 38° , pulso 96.

Del mismo modo continuó este enfermo siempre con sus abscesos febriles y nocturnos; y esto hasta el día 18, en que cambié la quinina por dos gramos de ácido bórico al interior; de este día en adelante no volvieron á aparecer dichos abscesos, y el paciente marchó hacia una convalecencia franca, la que era completa el 4 de Diciembre, día en que le di de alta. El ácido bórico lo administré durante cinco días, á la dosis de dos gramos diariamente.

Este enfermo lo volví á ver en el mes de Julio de este año, y está completamente bueno, no obstante haberse entregado nuevamente á sus faenas campestres.

En los anales de la cirugía no son escasos los casos de muerte súbita, aun con una simple punción exploratoria del hígado. ¿Podrá esto atribuirse á una acción refleja que tenga por punto de partida alguna lesión del frénico en sus ramos periféricos? El agudo dolor causado á este enfermo al punccionar su hígado me ha sugerido esta idea.

Es digno de notarse el buen resultado obtenido en este caso con el ácido bórico para combatir los abscesos febriles que se habían mostrado refractarios á la quinina.

OBSERVACION 9.^a

En el mes de Noviembre del año pasado fuí llamado á ver un niño de cinco años y medio, robusto, de buena constitu-

ción, sin antecedente hereditario alguno, y al que diez y ocho meses antes había operado por un absceso hepático, del que había curado rápidamente.

Quince días hacía que este niño se mostraba triste, que se quejaba de peso en la región hepática, de mucha fatiga al andar; tenía vómitos biliosos y evacuaciones serosas abundantes; había perdido el sueño y le daban abscesos febriles todas las noches. El estado de este enfermito el día 28 de Noviembre era este: sentado en un lecho, abatido y asustado porque temía nueva operación; algo demacrado, pálido, tinte icterico conjuntival; lengua sucia, inapetencia, evacuaciones serosas; pulso débil, regular y frecuente (100), temperatura 37°. Puesto en decúbito dorsal y descubierto el abdomen, se notaba en la región hepática, sobre el séptimo espacio intercostal, la cicatriz que quedó después de la primera operación; la región aumentada en su volumen; tenía su piel de color normal; la palpación producía dolor en el hipocondrio, donde se tocaba el borde del hígado; matitez desde el séptimo espacio hasta dos centímetros abajo del borde costal; la mensuración daba un centímetro más de este lado que del izquierdo; los pulmones funcionaban bien, salvo suave oscuridad del ruido respiratorio hacia la base del derecho.

Diagnosticué una hepatitis, la que probablemente habría terminado por supuración; prescribí un tratamiento tónico, y con motivo de un viaje que tuve que hacer en esos días, no volví á ver este niño hasta el 12 de Enero de este año, época en que lo hallé en este estado: la demacración había aumentado notablemente, piel amarillenta y terrosa, pulso débil y frecuente (100), temperatura 38°; al descubrir la región hepática noté una boceladura bien apreciable; la piel roja por debajo de la última costilla; dolor al tacto y más marcado sobre el hipocondrio; la mensuración dio cuatro centímetros más del lado derecho; casi diariamente había habido abscesos febriles, precedidos de calofrío. Una punción exploratoria con el trocar número 3.º del espirador de Poptain demostró la existencia de un foco purulento; esta punción la hice sobre la línea mamilar, á dos centímetros abajo del borde costal.

Al siguiente día practiqué en el mismo punto, con rigurosa antisepsia y por el procedimiento ya descrito, una incisión

de seis centímetros, la que prolongué más bien hacia afuera por temor de herir la vesícula biliar; de dicho absceso extraje unos 400 gramos de pus muy bien ligado y sin fetidez alguna; coloqué un drain grueso, por el que hice en los días siguientes inyecciones desinfectantes de ácido fénico al 2 por 100, y apliqué la curación listeriana.

El paciente se repuso inmediatamente; la fiebre no volvió á aparecer; mejoró el estado general, y á los veinte días entraba en una convalecencia franca; á los veinticuatro días fue expulsado el drain, y como quedara un trayecto fistulado por donde se escapaban algunas gotas de pus diariamente, hube de introducir por él una sonda uretral de caucho número 6.º, por la que hice durante ocho días inyecciones yodadas; pasado este tiempo, el trayecto fistulado cicatrizó, y hoy el niño está completamente bueno.

Como desde la primera operación que practiqué á este enfermo abrigué la duda de que pudiera ser que me hallara al frente de un quiste hidático, y como la repetición de la lesión era nuevamente sospechosa desde el mismo punto de vista, hice ahora un escrupuloso examen del pus extraído, y no encontré en él nada absolutamente que pudiera infirmar mi primitivo diagnóstico.

JOSÉ TOMÁS HENAO.

(Continuará)

REVISTA

DE LA LA PRENSA MÉDICA EXTRANJERA

SUMARIO.—Nuevos agentes de la medicación analgésica: *antipirrina*, *exalgina*, *fenacetina* y *acetanilida*. — Tratamiento de la icteria hepática por las inyecciones hipodérmicas de pilocarpina. — Tratamiento de la angina granulosa por el raspado y las cauterizaciones yódicas, previa anestesia local.

De las ruinas de la medicación antitérmica, que con tanto furor hizo su entrada en la terapéutica de las enfermedades febriles, han surgido nuevos agentes para la medicación analgésica.

La antipirrina, la exalgina, la fenacetina y la acetanilida forman hoy un grupo de poderosísimos agentes para combatir el elemento dolor. En el orden en que los hemos apuntado los coloca Dujardin-Beaumetz por sus reconocidos efectos analgésicos y por sus condiciones de solubilidad para administrarlos.

La antipirrina, dice el autor que hemos citado, disminuye la

actividad de la medula y del cerebro, y en lugar de producir aquella excitación cerebral tan apetecida por los morfiómanos, más bien determina una completa disminución de esta actividad. Es en la jaqueca y en las neuralgias congestivas donde obra mejor la antipirrina. Obra igualmente muy bien en los fenómenos que resultan de la excitación del eje cerebro-espinal, y de aquí ha venido su empleo, propuesto por Legroux, para el tratamiento de la *corea*. Sin asegurar que cure en todos los casos, sí se prometen excelentes resultados. Hay que elevar un poco las dosis: se ha ido hasta 5 gramos diarios, y ha producido entonces una erupción escarlatiniforme, particularmente cuando se ha administrado á las niñas.

Por nuestra parte, aseguramos también, con muy notables hechos clínicos, los magníficos efectos obtenidos con la antipirrina para calmar el elemento dolor.

Dujardin-Beaumetz coloca en seguida, bajo el punto de vista analgésico, á la *exalgina*, y dice que si esta sustancia fuese más soluble, de seguro que ocuparía el primer lugar, porque es más activa que la antipirrina y porque no produce erupciones. Debe emplearse en dosis mucho menores: de 0.50 centigramos diarios á 1 gramo y á 1.50 han sido sus mayores dosis. Por causa de su insolubilidad en el agua, es menester formularla en una poción ligeramente alcoholizada.

La exalgina es muy eficaz contra el elemento dolor, cualquiera que sea su procedencia: obra igualmente bien en las neuralgias, ya sean esenciales ó sintomáticas, en los dolores de los tabéticos y en la angina de pecho. En treinta y dos casos de neuralgias, publicados por Gaudineau, no hubo sino tres casos de fiasco; y en tres casos de cardialgia con accesos de angina, tres sucesos completos.

Viene después la *fenacetina*, sustancia también muy insoluble, y cuyos buenos efectos analgésicos son notables, según Dujardin-Beaumetz, en las neuralgias fugaces y variables de las histéricas y de los neuratáxicos. Se emplea en dosis de 0.50 centigramos á un gramo diario.

En último lugar coloca Dujardin-Beaumetz la *acetanilida* ó *antifebrina*, no porque este medicamento sea menos potente que los otros, sino porque determina en los que lo toman una cianosis que desagrada al paciente y á los que lo rodean, pero que no tiene mal resultado ninguno, y así se ha podido administrar durante meses y años seguidos. Se emplea en dosis de 1 gramo y de 1.50 diarios.

Es contra los dolores fulgurantes de los tabéticos que la acetanilida ha producido sus mejores resultados. Dujardin-Beaumetz

dice que posee un gran número de observaciones de atáxicos que no habían podido aliviarse de sus dolores por ninguna otra medicación, y que bajo la influencia de esta sustancia los vieron ceder como por encanto.

En tres casos de epilepsia, y después de un tratamiento por la acetanilida que duró ocho meses, asegura el autor citado que obtuvo completo éxito. Aconseja, finalmente, que los epilépticos que no han curado ó mejorado por el bromuro, ó que no pueden tolerarlo, deben ensayar el uso de la acetanilida, medicamento que no tiene inconvenientes, y que puede emplearse con muy fundadas esperanzas de éxito.

Ratificando Dujardin-Beaumetz, en otro trabajo posterior, los excelentes efectos analgésicos de la exalgina, con ocasión de algunas observaciones que sobre los peligros del empleo de esta sustancia le hiciera M. Hepp, dice que los buenos efectos que ha obtenido en centenares de casos de neuralgias esenciales tratados por la exalgina, sin que tuviera en ninguno de ellos motivo alguno de inquietud, los atribuye á no haber excedido de 0.40 á 0.50 centigramos la dosis empleada en cada toma, y á *considerar la fiebre como una contraindicación para el empleo de la exalgina.*

Por esta razón, al principiar esta revista, decíamos nosotros que de las ruinas de la medicación antitérmica han surgido los nuevos medicamentos analgésicos.

En efecto, la talina, la kairina, la antipirrina y todos los cuerpos derivados de esta serie, que se aconsejaron como muy buenos antitérmicos, bajan la temperatura, es verdad, pero lo hacen deteniendo las oxidaciones de la sangre y las funciones de los glóbulos sanguíneos, sin que por esto se modifique en nada la gravedad, la duración ni la letalidad de la fiebre. Para tales casos, y más para cuando se trata de enfermedades infecciosas, en las cuales la elevación de la temperatura no es sino un síntoma, Dujardin-Beaumetz ha dicho que, lejos de bajar la temperatura por medio de drogas que determinan depresiones peligrosas para el organismo, debe sostenerse y levantarse el estado general por medio de los tónicos.

TRATAMIENTO DE LA ICTERIA HEPÁTICA POR LAS INYECCIONES HIPODÉRMICAS DE PILOCARPINA.

Muchos de estos casos, refiere el Doctor Witkowski, en los cuales el uso de las inyecciones hipodérmicas de pilocarpina le ha producido muy satisfactorios resultados. Bajo la influencia de un centigramo de pilocarpina empleado diariamente y durante tres semanas, ha visto que tanto la ictericia como el abultamiento del hígado y sus dolores desaparecieron comple-

tamente. En casos de cólicos hepáticos ha conseguido el mismo buen resultado: los cólicos desaparecieron, y el hígado dejó muy pronto de manifestarse sensible á la presión. El autor asegura haber tratado por este método más de treinta casos, y todos con resultado satisfactorio. Sólo ha sido ineficaz este tratamiento en los casos de ictericia consecuencial de tumores hepáticos. Si en casos dudosos la pilocarpina no hace desaparecer la ictericia en el curso de diez ó diez y seis días, el autor asegura que se trata de una enfermedad maligna. Concluye aconsejando el empleo de la pilocarpina en todos los casos de ictericia, siempre que el estado del corazón lo permita. Dice que la rasquiña ó comezón de la piel desaparece desde que se aplican las primeras inyecciones.

TRATAMIENTO DE LA ANGINA GRANULOSA POR EL RASPADO Y LAS CAUTERIZACIONES YÓDICAS, PREVIA ANESTESIA LOCAL.

La faringitis granulosa es una afección bien difícil de combatir. Los astringentes, el nitrato de plata, el cloruro de zinc, etc., las soluciones alcalinas en gargarismos ó en pulverizaciones, y todos los tratamientos generalmente conocidos y empleados no dan por resultado sino mejorías transitorias. Actualmente se acepta como medio heroico é infalible la cauterización ígnea de las granulaciones, bien que sus resultados no han sido tan satisfactorios como se dice.

El Doctor Ruault (*Archives de laryngologie, Agosto de 1889*), dice que el yodo es el medicamento poderoso y seguro para curar esta enfermedad, pero no se debe usar como se ha empleado hasta ahora, es decir, en soluciones débiles aplicadas ligeramente sobre la mucosa de la faringe tapizada por una capa de *mucus*, de tal manera que este barniz protector es el que recibe la acción del medicamento. Que es condición indispensable para conseguir buen resultado que el yodo se aplique inmediatamente sobre los tejidos que va á modificar. En tal virtud, propone que se limpie perfectamente el fondo de la garganta por medio de un fuerte pincel ó de una brocha, y que se locione con una solución al 2 por 100 de bicarbonato de soda. Previa comprobación de un completo estado de limpieza de toda la faringe, procede á aplicar en toda su superficie una solución de cocaína, la cual repite con algunos minutos de intervalo, hasta cerciorarse de que se ha obtenido la anestesia. Se procede entonces á aplicar la solución yodo-yodurada (10 por 100 de cada uno en agua destilada), pero lo hace sirviéndose de una brocha fuerte y resistente con la cual frota de una manera enérgica sobre la pared faríngea. Insiste en que la frotación debe ser tál, que produzca hemorragia. Se deja luégo reposar

un poco al enfermo y se repite la aplicación, pero sirviéndose ya de un pincel más suave. La anestesia, producida por la cocaína, permite la práctica de estas maniobras, pero viene después una penosísima sensación de ardor ó de quemadura que persiste por algún tiempo.

Después de cuatro ó seis días, cuando han caído las escaras blancas que cubren las superficies escoriadas, se repite la operación y se continúa así el tratamiento por tantas veces cuantas sean necesarias. Cinco ó seis aplicaciones han bastado, dice el Doctor Ruault, para conseguir la curación del catarro y de las granulaciones.

A. A.

FORMULARIO

DIFTERIA

<i>Papayina</i>	7.50 centigramos.
<i>Hidronaftol</i>	0.18 íd.
<i>Acido muriático dil.</i>	xv gotas.
<i>Agua destilada</i>	120 gramos.

M. Pulverizaciones cada media hora hasta que la respiración sea fácil. (Doctor Caldwell).

GRIETAS DEL SENO

<i>Salol</i>	3 gramos.
<i>Clorhidrato de cocaína</i>	0.20 centigramos.
<i>Eter sulfúrico</i>	3 gramos.
<i>Colodión</i>	30 íd.

M. Untar una ó dos veces.

GASTRALGIA

<i>Clorhidrato de cocaína</i>	0.30 centigramos.
<i>Clorhidrato de morfina</i>	0.20 íd.
<i>Tint. belladona</i>	5 gramos.
<i>Agua de laurel cerezo</i>	25 íd.

M. De 10 á 15 gotas cada hora.

Esta misma fórmula se puede emplear con buen éxito en los vómitos y estados espasmódicos de las histéricas.

QUEMADURAS

<i>Salol</i>	2 gramos.
<i>Bicarbonato de soda</i>	4 íd.
<i>Aceite de olivas</i>	} aa 15 íd.
<i>Agua de cal</i>	

M. Para empapar el algodón con que se deba cubrir la parte quemada.