

Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Redactores: 1º, Dr. Carlos Esguerra.—2º, Dr. Alberto Restrepo H.

SECCION OFICIAL

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN DEL DÍA 20 DE NOVIEMBRE DE 1896

(Presidencia del doctor Proto Gómez).

En Bogotá, á las 6½ p. m. del día 20 de Noviembre de 1896, se reunió en sesión ordinaria, en el local acostumbrado, la Academia Nacional de Medicina, con asistencia de los doctores Castañeda, Coronado, Esguerra, García Medina, Gómez (Proto), Manrique, Michelsen, Restrepo y Uribe.

Se leyó y aprobó sin modificación alguna, el acta de la sesión anterior, correspondiente al día 27 de Octubre último.

El *Secretario* dio lectura á una nota dirigida por el propietario de la imprenta de *La Luz* á los señores Redactores de la REVISTA MÉDICA, en que aquél manifiesta á éstos la imposibilidad que hay en continuar la publicación del periódico al precio acostumbrado, y la necesidad de modificar el contrato existente en el sentido de aumentar ese precio; nota que los señores Redactores someten á la consideración de la Academia.

Puesta en consideración, el señor doctor *Restrepo* manifestó:

Que desde la primera vez en que la Academia honró al doctor Esguerra y á él con el nombramiento de Redactores de la REVISTA, el Director de la imprenta de *La Luz* les manifestó que el precio de sesenta y siete pesos (\$ 67), por que venía publicando cada número de la REVISTA, con dos pliegos de texto, cubierta y una cuartilla de anuncios, en el papel y tamaño acostumbrados y en edición de 500 ejemplares, no de-

jaba utilidad ninguna á la imprenta, y que, por tanto, se hacía preciso aumentarlo. En vista de esto los Redactores se dirigieron á algunas otras imprentas, y en ninguna quiso hacerse la publicación al precio á que la hacía la imprenta de *La Luz*, sino á uno mucho mayor. Obtuvieron entonces del Director de ésta que se continuara el contrato vigente sólo por dos series más (XVII y XVIII), y que entonces se solicitaría de la Academia que mejorara el contrato. Así fue convenido, y es por esta razón que el señor Merchán solicita hoy que se le pague por cada número de la REVISTA, de las dimensiones y forma señaladas arriba, ochenta pesos (\$ 80), en vez de sesenta y siete (\$ 67).

Añadió que lo solicitado por el señor Merchán le parecía estrictamente justo, dado que el valor de las materias primas y del trabajo habían subido considerablemente entre nosotros de tres años á esta parte, y que, por tanto, la concesión que fue posible obtener para dos series, era imposible hoy.

Se podría, dijo, orillar la cuestión disminuyendo el tamaño de la REVISTA lo bastante para que cada número pudiera ser publicado por los sesenta y siete pesos del contrato anterior; pero habría entonces el grave inconveniente de que se defraudaría á los suscriptores, á quienes por el valor de dos pesos (\$ 2) se había prometido dar doce números de determinado tamaño, é iría á dárselos de un tamaño menor.

Entró luégo en otros detalles, y concluyó sentando la siguiente proposición:

“ Autorízase al señor Tesorero de la Academia para contratar la impresión de la REVISTA MÉDICA, destinando para ello hasta la cantidad de ochenta pesos (\$ 80) por cada número de 32 páginas de texto y con los anexos, dimensiones y forma acostumbrados.”

Puesta en consideración de la Academia, el señor doctor *Uribe* dijo:

Que creía debiera hacerse un presupuesto de todos los gastos que demandara la publicación y administración de la REVISTA MÉDICA, presupuesto que debería estudiar una Comisión nombrada por la Academia. Manifestó, además, que creía debiera señalarse un sueldo á los Redactores, el cual se incluiría en el citado presupuesto.

El señor doctor *Esguerra* dijo que también era de opinión

que la Academia señalase un sueldo, no á los Redactores, sino á aquél de ellos que se encargara de la administración del periódico, pues el trabajo de la redacción no era pesado, mientras sí lo era mucho el de la administración, el cual había estado y seguía estando á cargo exclusivo del señor doctor Restrepo.

El señor doctor *Restrepo* dijo que creía igualmente que la Academia estaba en el caso de señalar un sueldo fijo al Administrador de la REVISTA, fuera del eventual que indicaba el Reglamento, del producto de las suscripciones y anuncios, pues este producto se empleaba casi íntegramente en los gastos de administración, los cuales, con motivo del aumento enorme de los canjes del periódico, y con el exceso, cada día mayor, de la correspondencia que se debía sostener con el interior y el exterior, habían llegado á ser muy considerables. Que si en las dos series XVII y XVIII habían bastado los fondos procedentes de suscripciones y anuncios, para atender á todos los gastos de administración, eso se debía á que el entonces Tesorero de la Academia, doctor Abraham Aparicio, había suministrado algunas sumas para papel timbrado, bandas para el periódico, timbres, etc.; pero que en la serie XIX, que actualmente se publica, esos fondos no podrían alcanzar probablemente para cubrir dichos gastos, y que yá hoy resultaba de la cuenta de administración un pequeño saldo á cargo de la REVISTA.

Añadió que si solicitaba de la Academia el que se señalara un sueldo al Administrador de la REVISTA, entendía que ese sueldo no comenzaría á pagarse sino cuando la REVISTA pasara de manos del doctor Esguerra y suyas á las de los otros dos honorables colegas que la Academia tuviera á bien nombrar para sucederles en la Redacción. Que mientras el doctor Esguerra y él cumplían el nuevo período para que habían sido nombrados por la Academia, él (*Restrepo*), por las circunstancias particulares en que se hallaba, podía seguir encargado de la Administración del periódico sin necesidad de recibir sueldo ninguno de la Academia; pero que al encargarse de la Redacción, otros dos de sus honorables colegas, no les sería fácil, sin evidente perjuicio para sus ocupaciones habituales, hacerse cargo del trabajo de Administración, para el cual se verían forzados á nombrar un empleado, al que no podrían seguramente pagar con lo que quedara libre del producto de las

suscripciones y anuncios, después de cubiertos todos los gastos de administración; y que en tal emergencia, no sería justo que los nuevos Redactores pagasen de su bolsillo ese empleado, siendo lo natural que fuese la Academia quien lo pagase.

El señor *Presidente* puso nuevamente en consideración la proposición del señor doctor Restrepo, y la Academia la aprobó.

El *Secretario* dio lectura á una nota del señor Ministro de Gobierno, en que se comunica á la Academia la resolución de ese Ministerio, de poner á disposición de la Comisión encargada del estudio de la seroterapia aplicada al tratamiento de la lepra, una parte de la *Quinta de Segovia*, para que hospitalice allí los enfermos en quienes va á hacer sus estudios dicha Comisión.

El señor doctor *Manrique* dijo que la Comisión no había recibido nota alguna del Ministerio de Gobierno, pero que creía que ello consistía en que el Ministerio primero se entendía con la Academia, para que ésta se entendiera luégo con la Comisión. Que ésta yá estaba citada para reunirse al día siguiente, á la una p. m., en el Instituto, é iniciar definitivamente los trabajos.

El señor doctor *Uribe* manifestó que sentía no poder comunicar á la Academia algo importante acerca de la seroterapia, pues que le hacían falta para ello algunas preparaciones microscópicas que el señor doctor Ospina le estaba haciendo; pero que lo haría en la próxima reunión de la Academia.

Siendo llegada la hora, se levantó la sesión.

El Presidente, PROTO GÓMEZ.—El Secretario, *Ricardo Amaya Arias*.

TRABAJOS ORIGINALES

ESTUDIO

SOBRE ALGUNAS MANIFESTACIONES DE LA SÍFILIS, POR EL DOCTOR M. S. ALGANDONA, DE RUBIO (VENEZUELA)

(Conclusión).

Un motivo muy común de error de diagnóstico entre una sífilide y una enfermedad cutánea ó mucosa que pueda asemejarsele, es que esta enfermedad puede afectar en un sífilítico, en el segundo período sobre todo, la misma apariencia exterior,

los mismos caracteres que una sífilide. Por no admitir la mayoría de los sífilígrafos el eczema sífilítico, me fue imposible diferenciar hace poco, en un niño de once meses, de un eczema casi generalizado una sífilide eritematosa y pruriginosa. Resolví administrar á la madre, quien le amamantaba todavía, dos píldoras de Sédillot por día, y la enfermedad cedió en breve; pero cambié luégo este tratamiento por azufre al interior y baños emolientes, y la enfermedad volvió á su primitivo estado; repetida la primera medicación, el niño curó. El chancro simple, otra úlcera cualquiera, ó una erupción desarrollada en un individuo no sífilítico, revisten comúnmente los caracteres del chancro hunteriano ó de una sífilide, hasta el punto de que los maestros en el arte se ven precisados, como yo, á dar como contraprueba el tratamiento específico, y aun así estoy convencido de que, si los conmemorativos no ayudan, no siempre puede hacerse un diagnóstico seguro, juzgando solamente por la forma y caracteres objetivos de la lesión.

He visto á veces cicatrices maculosas, de forma circular ó semicircular, de resulta de úlceras no sífilíticas, en individuos sanos y en individuos sífilíticos. No sé que ningún autor haya hecho esta última observación, ni me atrevo á dar explicación de esta particularidad; pero cabe señalar que solamente al agente específico que la produce debe una lesión la forma que tiene habitualmente.

La tardía aparición de los accidentes del terciarismo, tiene también mucha importancia en lo que respecta al diagnóstico, cuando éste se hace oscuro, de ciertas lesiones secundarias y terciarias; al pronóstico de la enfermedad general, á la higiene pública y privada; al tratamiento, y hasta á lo que atañe á la Medicina legal.

Por esta larga duración del período virulento, por la frecuencia y muchas veces abundancia de las manifestaciones de este período, como por el descuido de los enfermos é indiferencia de la autoridad civil respecto de esta enfermedad, concluyo que la sífilis es más grave entre nosotros que en Europa, lo que quizá provenga del descuido é indiferencia y de condiciones propias de la zona. Me sostengo más en esta creencia cuando recuerdo las diferencias que ofrece la tisis europea comparada con la de la altiplanicie de Bogotá y lugares fríos circunvecinos.

Es verdad que esta conclusión es aventurada, porque ni la frecuencia ni la abundancia de las manifestaciones secundarias son condiciones necesarias de gravedad en la sífilis; apenas constituyen, junto con una larga duración de dichas manifestaciones, una simple presunción; pero esta presunción tiene el apoyo de las otras tres condiciones. Por otra parte, muy raro debe ser (pues yo no lo he observado) que no tenga lugar el tercer período, y este último período no es jamás conjurado, lo aseguro, ni por un tratamiento científicamente dirigido, ni en un enfermo nuestro que se someta á él. La verdad debe buscar la luz de la razón, y yo espero que mis estudiosos colegas estarán en todo esto de acuerdo conmigo.

Esa misma conclusión está aparentemente en contradicción con lo que dije al hablar del chancro sobre el terreno y la semilla; pero el hecho es cierto: la sífilis es habitualmente grave entre nosotros, en el sentido de que son más que frecuentes, comunes, las manifestaciones terciarias, y las manifestaciones de este período.

(C.) Las manifestaciones sífilíticas que más he encontrado, además de las sífilides secundarias, son: las alteraciones de las uñas, desde las depresiones y los surcos, que indican una suspensión periódica de la nutrición, hasta la destrucción más ó menos completa del órgano; las alteraciones dentarias, de que hablaré más detenidamente; las alteraciones de los cabellos, de que diré algunas palabras; las inflamaciones, ulceraciones y destrucciones nasales; las otitis, principalmente la media supurada; las periostitis y osteo-periostitis de la tibia, "el hueso revelador de la sífilis hereditaria," como lo llama Fournier (he observado una periostitis del cúbito); las queratitis ulcerosa y difusa; el aborto; las lesiones viscerales, en el hígado, el intestino, el riñón y los pulmones.

Paso por alto las sífilides terciarias, y trataré solamente, aunque muy á la ligera, de algunas de estas manifestaciones, permitiéndome hacer algunas digresiones como complemento de mi estudio.

Alteraciones de las uñas.—Onixis y peri-onixis.—En la sífilis llamada hereditaria, es decir, en la sífilis contraída por impregnación en el seno materno, y en la adquirida cuando ha llegado al fin del segundo período, por lo menos, suele ha-

ber alteraciones unguiales que no dejan duda sobre su causa. Al principio, como deben decirlo los sifilígrafos, hay en una que otra uña (si no en todas), que deba ó pueda ser después más gravemente atacada, depresiones transversales de apariencia ondulada, que creo no calificar bien con el nombre de surcos. Parece como que el virus sifilítico saliera de tiempo en tiempo del sopor que caracteriza el estado de latencia y atacara entonces el organismo con más violencia: es entonces cuando, habiendo un detenimiento general de la nutrición, deben formarse esas depresiones transversales en las uñas. Esta explicación, aceptable para las uñas, no lo es fisiológica ni anatómicamente para los dientes, los cuales no se regeneran, según dicen los anatómicos. En el tercer período, en la sífilis constitucional, las ondulaciones pueden aproximarse más unas á otras, hasta llegar á constituir verdaderos surcos y hacer tomar á la uña la apariencia de una laminilla formada de escamitas transversales bastante aproximadas, como en la concha de la cstra; otras veces la uña se reblandece y aun toma la apariencia callosa, como si faltara á la madre la cantidad de sustancia calcárea necesaria para su endurecimiento. Siempre que esto último he encontrado, el enfermo ha estado bajo la influencia de una sífilis grave ó maligna, ó ha tenido osteítis, osteo-periostitis, ó solamente periostitis de la tibia, la bóveda del paladar, los huesos de la bóveda craneana, de alguna vértebra, etc., concurrentemente con otros signos de sífilis.

Los enfermos refieren, por ignorancia, las alteraciones de que hablo á golpes ó al uso del botín estrecho, porque aunque las uñas de los dedos suelen tener ligeras alteraciones, las más comúnmente afectadas y de un modo más marcado son las uñas de los dedos del pie, y muchas veces éstas son las únicas atacadas.

No he encontrado onixis profundo. Con el onixis se encuentra á veces el peri-onixis.

Alteraciones dentales.—Mucho he buscado, sin encontrar, los famosos dientes ganchosos de que habla el sabio Hutchinson; autores distinguidos han confesado no haberlos encontrado tampoco. En mi investigación he venido en caracterizar los dientes sifilíticos como sigue:

En la cara externa, y algunas veces en la otra, se encuen-

tran una, dos ó tres depresiones ó hundimientos verticales; estas depresiones se encuentran de preferencia en los incisivos y después en los molares; todos los dientes pueden no presentarlas á la vez; rara vez las he visto en los caninos. Muchas veces están apenas señaladas, y aunque siempre no lleguen hasta el borde dental, aunque absolutamente existan, el borde de los incisivos, de preferencia al de los otros dientes,—y éste es el carácter distintivo más marcado,—suele estar dividido por uno, dos y hasta por tres surcos: resulta así una verdadera sierrita compuesta de mamelones diminutos. En la corona de los molares se encuentran surcos, como hendeduras, que salen del centro de la cara triturante de la corona y que dividen ésta irregularmente, dando lugar á otro ú otros mamelones más pequeños; mamelones á veces puntiagudos, como picachitos, en los niños, y de distinta coloración que el resto de la muela; pero pueden existir los mamelones sin que haya surcos. Pocas veces se encuentran mamelones en los caninos.

He observado que los dientes se ponen quebradizos en los sifilíticos, de modo que la mordedura de un cuerpo algo duro, ó una contusión no muy violenta, determinan la caída del esmalte en la parte contusa. Quizá esta fragilidad provenga de la acción del mercurio; yo no podría negarlo.

En cuanto á la coloración general de los dientes, solamente puedo decir que apenas si puede servir para diferenciar los temperamentos, que no sean el nervioso y el linfático, que los más son temperamentos mixtos. Así, el color azulado y la transparencia caracterizan el linfatismo, y son propios de los tuberculosos; los dientes amarillos y gastados en la corona, como los de los herbívoros, son del temperamento bilioso; los largos son del temperamento nervioso; los grandes son característicos de la constitución fuerte, etc.

Alteraciones de los cabellos.—Hacer una descripción completa de las enfermedades del sistema piloso es tarea de los especialistas; como para los dientes, las uñas y demás manifestaciones sifilíticas de que he tratado y trataré ahora, no me propongo hacer sino una relación superficial. Ante todo hago observar que por falta de atención no he visto la foliculitis parcial que señala el Profesor Fournier.

Los cabellos se alteran en la generalidad de los casos, y

casi siempre puede verse yá la alteración, desde el principio del período secundario, en los que reemplazan á los que poco antes han caído. La cabellera pierde á veces su suavidad, su brillo, y aun deja de ser lisa en los de pelo lacio, para volverse esponjosa, semejante á la estopa. El cabello mismo se pone áspero y grueso, casi comparable con la cerda, y no se deja humedecer fácilmente por el agua. Me ha parecido que los cabellos que están en estas condiciones,—sobre todo en los individuos que tienen un trabajo intelectual, como en los que sufren de cefaleas repetidas, y en los que por su temperamento ú otra razón sufren accidentes de origen nervioso,—pierden con facilidad su materia colorante, dando así lugar á la canicie prematura.

Debo ser franco: en algunas de las descripciones que ahora hago,—las de las uñas, los dientes y los cabellos, por ejemplo,—suscribo solamente mis impresiones; desconozco casi en absoluto lo que sobre esto dicen los especialistas, así es que puede tachármese de vanidoso; pero lo que aseguro es que con los ligerísimos signos que doy, debidos casi únicamente á mi práctica, he vencido muchas veces las dificultades de un diagnóstico.

Alteraciones de las fosas nasales.—Son comunes las alteraciones de los huesos propios de la nariz, del tabique y la mucosa nasales que nos hacen ver á cada paso esos tipos de perro *bull dog* cuya fisonomía excita tanto la hilaridad de las gentes. La mucosa, los cartílagos, los huesos y su periostio son el sitio de inflamaciones y ulceraciones crónicas que, cuando no se sospecha su naturaleza, resisten á toda medicación que no sea la específica, como me sucedió en un niño de tres años, robusto, hijo de una sifilítica; niño al cual traté una afección catarral crónica de la nariz, cuya mucosa estaba hipertrofiada y ulcerada, y que no curó sino cuando á los tres meses de tratamiento le prescribí licor de Van-Swieten, en vista solamente de la adenopatía inguinal que no había buscado, única parte en donde tenía ganglios sifilíticos. Esta adenopatía específica, estas lesiones nasales y la otitis media supurada son, junto con la enteritis, lesiones particularmente frecuentes en los niños.

La mucosa nasal es, más de lo que se sospecha, el sitio de

lesiones que pasan inadvertidas para el médico, cuando éste no tiene el cuidado de explorarla con atención, y estas lesiones son comúnmente específicas de la sífilis. Me atrevo á decir que pasan inadvertidas, porque muchos casos de destrucciones de los huesos y de los cartílagos, y, por consiguiente, de deformaciones repugnantes, provienen de que se desconoce á tiempo la naturaleza de la afección.

Las lesiones de la nariz de carácter sifilítico no tienen, en mi opinión, signos que las distinguan de las lesiones de otro orden que tienen lugar en este órgano; y como muchas veces pueden ser indolentes ó poco dolorosas, no se puede siempre decir si afectan solamente la mucosa, ó si han principiado por los huesos ó los cartílagos, y, por consiguiente,—no teniendo en cuenta los antecedentes y las lesiones concomitantes,—si son ó no de carácter secundario ó terciario. Más comunes en los niños, coinciden muchas veces en ellos con alteraciones secundarias, como sífilide pápulo-ulcerosa ó impétigo; otras veces constituyen la única manifestación aparente ó visible.

Las destrucciones, las perforaciones del tabique nasal, de la bóveda palatina, etc., consideradas aisladamente, no son siempre, en mi concepto, propias de la sífilis constitucional; es decir, del terciarismo, porque habría que demostrar antes si las lesiones han principiado por una goma ó por un simple absceso.

Alteraciones de los ojos.—Es extrema la frecuencia de las queratitis difusa y ulcerosa; en cuanto á las demás lesiones oculares, como la del círculo ciliar coróideo (que diz que es muy común), nada puedo decir, porque necesitaría de la autorizada voz de nuestros especialistas. Hago, sí, constar que repetidas veces he tenido que ver con una conjuntivitis, simple en apariencia, pero que parece ser específica, bastante persistente y resistida á la medicación mejor dirigida, y que cede como por encanto al mercurio al interior. La he visto, por ejemplo, en el enfermo de la observación IV, aislada de toda otra lesión. Someto esto al estudio de los oculistas, porque no me lo explico, y porque el mismo hecho de ceder al mercurio no prueba suficientemente que dicha conjuntivitis sea de naturaleza sifilítica.

Lo repito, no puedo entrar en largos desarrollos sobre

ninguna de las manifestaciones de la sífilis, ni sobre todas ellas, porque esto implicaría un estudio especial á que no podemos darnos fácilmente los médicos en Colombia; porque me vería obligado á dar á este artículo la extensión propia de una obra didáctica, y porque nuestros clientes—si tales pueden calificarse—no se someten á una medicación racional y suficientemente larga, como debemos reconocerlo unánimemente. ¿Qué médico se atrevería á proponer á su cliente tratarle por inyecciones hipodérmicas, por bien indicadas que éstas estuvieran, que no recibiera después de la primera el pasaporte de retiro?

Aborto y parto prematuro.—Demostrar por un número suficiente de observaciones que la infección sífilítica es verdaderamente la causa más común de la mayor ó menor frecuencia del aborto y el parto prematuro en nuestras mujeres, es tarea larga y laboriosa, que exige especial atención. Solamente puedo decir que, siempre que he examinado una mujer que ha tenido más de un aborto, la he encontrado ser sífilítica; pero debo confesar que he visto á gran número de estas mujeres tener, sin tratamiento específico y en toda la fuerza de la virulencia unas veces, y otras en estado latente, varios partos de término cuyos productos han podido vivir.

Algunas palabras sobre sífilis infantil.—Nada especial tengo que decir sobre los caracteres clásicos por los cuales se reconoce la sífilis por impregnación, ó por contagio intra-uterino, en el recién nacido. Me limito por ahora á agregar que rara vez—que no sea quizá en un hospital—se encuentra completa la tríada sintomática de Hutchinson, por frecuentes que puedan ser la queratitis intersticial, la otitis media y las alteraciones dentales.

La mayoría de los niños de la clase desvalida son sífilíticos, y gran número mueren á temprana edad, lo mismo que en Europa, en épocas en que no reina ninguna epidemia; y cuando no mueren, la caquexia sífilítica les coloca en idénticas condiciones que á los niños europeos. He podido convencerme de que gran número de niños considerados como atrépsicos deben su estado, no tanto á la alimentación defectuosa que por carencia de recursos reciben, cuanto á la caquexia sífilítica, que quiero llamar *atrepsia específica*. Invito á mis respe-

tables colegas colombianos á que verifiquen mi aserto, porque hasta ahora dicha atrepsia ha sido exclusivamente atribuída á la alimentación defectuosa.

Por razones indiscutibles, los hijos de los campesinos llegan rara vez á este estado.

Consideraciones puramente teóricas me inducen á decir que es crecido el número de abortos, partos prematuros, nacimientos de niños muertos, recién nacidos contagiados al nacer, ó poco después, y la poli-mortalidad de los niños de baja edad por efecto de la infección sifilítica, intra ó extra-uterina. Cuando en todo el país se hagan las inscripciones de los nacimientos y fallecimientos de adultos y de niños, sabremos cuánto se debe á la sífilis; mientras tanto, estaremos reducidos á señalar los hechos, agravantes en el sentido de que estos niños han tenido tiempo, antes de morir, para ejercer el contagio.

Consideraciones respecto de los obreros y los estudiantes. — Si es verdad que la ignorancia de las más triviales reglas de la Higiene causa gran mal en esta sección de la sociedad y en todo el país, gastando inútilmente una excesiva cantidad de brazos por las pésimas condiciones de existencia en que vive la clase desvalida, también lo es que la mayor pérdida se debe al descalabro mucho mayor que la sífilis causa en ella. Antes, pues, que preocuparse por la alimentación, el vestido y la habitación que más le convenga, es preferible procurarle los medios de subsistencia en un trabajo productivo, alentando y favoreciendo el desarrollo de la industria, la agricultura y el comercio, con lo que además de protegerse á la Nación, sustrayendo las masas de la ociosidad y, por consiguiente, de la miseria, se evitan todos los males provenientes de éstas; males materiales, morales é intelectuales que son una calamidad general y una amenaza para las generaciones futuras, como lo señalé en una ocasión.

Males materiales, por lo que tiene relación con la enfermedad en sí misma, en los enfermos como en los que no lo están; por incapacidad de los individuos para desarrollar toda la suma de trabajo mecánico que puede y debe dar un hombre sustraído á las malas condiciones en que le coloca dicha enfermedad, por lo menos durante algún tiempo; por invalidez para

prestar el servicio militar; por fallecimiento de adultos y de niños, lo que tiene relación con el aumento proporcional de la población; por impotencia adquirida; por los frecuentes abortos y partos prematuros, y por la consiguiente degeneración de los individuos y de la especie.

Por no extenderme demasiado no hago mención de los males morales.

En cuanto á los intelectuales, se deducen de lo que acabo de señalar. Los sifilígrafos europeos estudian este asunto con lujo de erudición que vendría mal en esta modesta y sencilla delineación sobre la sífilis. Solamente agregaré que se pretende mejorar la situación de los estudiantes y obreros con la higiene corporal. Lo más conveniente es no sacrificarles abandonándoles culpablemente al contagio de la sífilis. Si me expreso de este modo, es porque creo estar de acuerdo con las observaciones y experimentos de los sabios, observaciones y experimentos aplicables en un todo á nosotros.

Lamento sobre manera estar en absoluta imposibilidad para verificar mis suposiciones y extender mi estudio, presentando estadísticas sobre la proporción de sifilíticos que haya en los colegios, hospicios y asilos; sobre la proporción de adultos atacados de enfermedades mentales que haya en los últimos de estos establecimientos, enfermedades que se han hecho más frecuentes que antes, según comunicación verbal que me hicieron en el año 1887 los hoy doctores J. Joaquín Restrepo y Nicanor González, y, especialmente, sobre la proporción de enfermedades, como el tabes y la parálisis general, atribuidas, hoy más, á la sífilis. Pero abrigo la esperanza de que los médicos encargados del servicio en estos establecimientos aclararán, no muy tarde, estas cuestiones. Sin duda alguna, lo que no se deba á la sífilis en los hospicios y asilos, será, en gran parte, tributario del alcoholismo en los últimos de éstos.

Lesiones viscerales terciarias.—En cuanto á las lesiones viscerales terciarias, diré algunas palabras sobre la nefritis; pero antes debo manifestar que las hepatitis crónicas, quiero decir, las cirrosis, son, creo, junto con las lesiones intestinales, más frecuentes que las demás enfermedades viscerales; me he limitado á notar esta frecuencia. El último caso de los que he visto es el de un niño de unos ocho años, cliente del doctor

Araújo, al cual vi para una ascitis que este médico puncionó; esta ascitis provenía de una cirrosis mixta, con antecedentes de sífilis constitucional cuyos caracteres hice notar al colega: dientes en forma de sierra, tan característicos como rara vez los he visto; onixis solamente en las uñas de los dedos del pie; adenopatía, cervical é inguinal; dolores osteócopos; frente prominente. Ignoro los antecedentes paternos.

Nefritis.—Pueden estar en la verdad los sifilígrafos que niegan la sífilis renal; pero no viendo yo el por qué de esta negativa, mejor dicho, no comprendiendo por qué no ha de ser atacado el riñón como las demás vísceras, me adhiero á los de opinión contraria; además, tengo ejemplos probatorios é innegables que fortalecen mi convicción; uno de ellos es el enfermo de la observación I. Como se ve en ella, por un error detestable respecto á la patogenia, respecto á la naturaleza de la lesión renal en este enfermo, dicha lesión se prolongó más de cuatro años, hasta que el tratamiento mercurial, que hubiera sido nocivo en caso de que dicha lesión no hubiera sido de naturaleza sifilítica, vino á demostrar que sí puede haber y hay nefritis sifilítica. No es del caso averiguar de qué forma de mal de Bright se tratara; el hecho es que la enfermedad existía.

Bien sé que esta observación, como muchos otros puntos de este *Estudio*, no resiste un examen serio, porque ella es puramente clínica, y porque para merecer el crédito que le quitan los detalles en que no he entrado, por no ser tan minucioso sin utilidad práctica, necesitaría—repito—un nombre ilustre que estoy lejos de merecer y adquirir.

Si es difícil establecer el diagnóstico en la sífilis renal precoz, no es siempre fácil establecerlo en la forma tardía, cuando los conmemorativos no ayudan, porque no siempre se encuentra la tríada sintomática de la nefro-sífilis (riñón, hígado y bazo); porque el hígado y el bazo pueden estar comprometidos en sus funciones por causas distintas de la sífilis, por el paludismo y el alcoholismo, por ejemplo; porque también sobre el hígado repercuten las lesiones del riñón brightico común, y por último, porque las nefritis mixtas son, creo, más comunes que las otras.

Me ha parecido que no siempre principia la forma precoz,

que es más rara que la tardía, con el aparato agudo que debe distinguirla: el dolor lumbar es muchas veces poco intenso desde el principio, y, aparte de la edad de la infección, éste es uno de los síntomas más característicos de la nefro-sífilis tardía.

En mi concepto, cuando la nefritis no se mejora absolutamente con el tratamiento racional que se aplica en las formas comunes; cuando persiste muchos años, no obstante una rigurosa higiene y un buen tratamiento medicamentoso, y, sobre todo, cuando casi por sí sola se mejora de tiempo en tiempo, en un antiguo sífilítico, hay serias presunciones para considerarla como específica de la sífilis y aplicar la medicación mercurial, la cual puede no producir un resultado favorable y rápido, por la irritación que el mercurio, aun tomado á pequeña dosis, puede y debe producir al principio sobre el riñón; mas si se consiguiera con él siquiera una ligera mejoría, ¿no es ésta una presunción de que se trata de una nefro-sífilis, precoz ó tardía? Lo mismo digo respecto de la hépato-sífilis.

Recomiendo como muy útil el mercurio á pequeñas dosis, muy espaciadas, y repetir los ensayos tres y cuatro veces, si fuere necesario. Bien sé que los especialistas recomiendan el yoduro de potasio á alta dosis; pero á mí no me ha dado algunas veces el resultado rápidamente satisfactorio que es de esperar, quizá por no haber persistido en las grandes dosis de que ellos hablan y de que no soy partidario: creo que tres á cuatro gramos, á lo más, son suficiente. Sistemáticamente, pues, casi siempre que he encontrado turbaciones renales con signos tórpidos, oscuros, he dado con éxito inmediato una preparación puramente mercurial. De más está decir que este tratamiento debe suspenderse y hasta desecharse, cuando aparezca la tríada sintomática de la intolerancia mercurial (estomatitis, enteritis y albuminuria), y que el tratamiento más racional y clásico, como el más conveniente en los casos urgentes, son las fricciones ó las inyecciones mercuriales.

Se comprende que este asunto requiere una serie de observaciones suficientemente numerosas para acarrear una convicción íntima, y que, á la verdad, hoy por hoy, no es siempre fácil probar en clínica que tal enfermedad visceral es ó no de

naturaleza sifilítica, así como no lo es en ocasiones asegurar que tal individuo está ó no sifilítico. Tal es, por ahora, el estado de la ciencia sifiligráfica.

M. S. ALGANDONA,
(De la Facultad de Colombia).

Rubio (Venezuela), Febrero 12 de 1894.

REPRODUCCIONES

LAS GRANDES INYECCIONES

DE SOLUCIONES SALINAS EN LAS HEMORRAGIAS Y LAS
INFECCIONES, POR ANDRÉ CLAISSE, INTERNO DE
LOS HOSPITALES DE PARÍS

La idea de introducir directamente en el organismo principios medicamentosos, para hacerlos obrar sobre él de una manera más activa, no es nueva: sabemos que en el siglo XVII se practicaron con este objeto inyecciones en las venas; pero sólo en la primera mitad de nuestro siglo se empleó este método para hacer penetrar grandes cantidades de líquido. Al año de 1830 parece que se deben hacer remontar las primeras inyecciones en masa; Jöehrnichen (de Moscou) las practicó, con algún éxito, en el período álgido del cólera; Magendie, Thomas, Latta lo imitaron algunos años después. Por lo demás, este método de tratamiento pocos imitadores encontró en cada epidemia, como puede deducirse de la memoria de Dujardin-Baumetz, que lo alababa en 1873 (1); y casi se le consideró como una novedad, cuando se le empleó y preconizó en numerosos casos, en la epidemia de 1884, debido, sobre todo, á los esfuerzos de Hayem (2).

La práctica quirúrgica empleó primero las inyecciones intra-venosas en el tratamiento de la anemia aguda que sigue á las grandes hemorragias: Landerer (3), en 1881, Richard-

(1) *Union Méd.*, 21 de Octubre de 1873.

(2) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 18 de Noviembre de 1884.

(3) *Lancet*, Junio de 1892, artículo de Spencer.

son (1), Hytler (2), en 1891, daban observaciones muy interesantes: desde entonces el empleo de este método se ha generalizado, y sus maravillosos resultados se han manifestado de modo indiscutible.

Tiempo hacía que los fisiólogos habían demostrado la inocuidad de las grandes inyecciones subcutáneas ó intra-venosas en los animales sanos (de Cyon) (3), y la posibilidad, merced á ellas, de reemplazar hasta los dos tercios de la masa total de la sangre (Schwartz) (4). Dastre y Loye fijaron, en 1888 y 1889, de manera clara, las condiciones del paso al través del organismo, de los líquidos inyectados, é indicaron que con ello se haría un verdadero lavado de la sangre: de ahí la idea, muy racional al parecer, de emplear este lavado en los casos de infección generalizada. Los resultados obtenidos por estos experimentadores en los animales infectados ó intoxicados, no fueron, sin embargo, favorables. Pero la terapéutica se apoderaba del método, y, empleado al principio con timidez, veía pronto ensancharse el cuadro de sus aplicaciones. Sahli (5), en 1890, hacía inyecciones en masa en la anemia y las preconizaba en los diferentes casos que señalaremos. Ultimamente la atención se ha dirigido á las grandes infecciones quirúrgicas: la impotencia de otros medios y la eficacia, á veces extraordinaria, de este método, lo impulsaron grandemente; las comunicaciones sucedieron á las comunicaciones: discusión en la Sociedad de Cirugía (18 de Diciembre de 1895), publicaciones de Lejars (6), de Jayle (7), de Pierre Delbet (8), de Duret (9), de Taffier (10), discusión en la Academia de Medicina (30 de Junio de 1896).... Mas á pesar de las investigaciones experimentales, numerosas desde hace varios meses,

(1) *Lancet*, Septiembre de 1891.

(2) *Lancet*, Octubre de 1891.

(3) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 29 de Julio de 1884.

(4) Tesis de agregación de Halle, 1881.

(5) *Corresp. Blatt. für Schweiz. Aerz.*, 1890, página 545.

(6) *Press. Méd.*, 1.º de Enero y 23 de Mayo de 1896.

(7) *Press. Méd.*, 4 de Enero de 1896.

(8) *Press. Méd.*, 22 de Febrero de 1896.

(9) *Sem. Gynécol.*, 28 de Abril y 5 de Mayo de 1896. *De l'hématocatharsise.*

(10) *Soc. de Biol.*, 17 de Mayo de 1896.

grande oscuridad reina aún sobre el modo como obran estas inyecciones: es ésta una cuestión todavía nueva, y, según nuestra creencia, muy difícil de resolver.

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

Estas inyecciones en masa de agua salada sólo se hicieron al principio por la vía intra-venosa; la necesidad de una rápida introducción, cuando se está en presencia de casos de anemia aguda ó aun de cólera, era indicación suficiente para escoger los vasos mismos como lugar de penetración de la inyección. Mas como se sabe con cuánta rapidez se efectúa la absorción de líquidos introducidos en el tejido celular, muchos clínicos recurrieron al método hipodérmico (1), que presenta la ventaja cierta de una mayor sencillez y cuyo manual operatorio es menos delicado.

1. *Inyección intra-venosa.*—Esta pequeña operación, casi tan fácil de ejecutar como una sangría, se practica naturalmente, en el hombre, al nivel de una vena superficial: una de las safenas, ó mejor, una cualquiera de las venas del pliegue del codo. Varios instrumentos son precisos: un embudo grande ó recipiente cualquiera (2), provisto en su extremidad inferior de un tubo de caucho de 1 metro 50 de largo, á que se adapta la cánula del trócar mediano del aparato de Potain; tijeras, sonda acanalada, aguja de sutura, pinzas de disección, dos pinzas hemostáticas, hilo de seda, jeringa de 1 centímetro cúbico: instrumentos todos que se habrán pasado previamente por el autoclavo á 115°, ó que se habrán hervido en una vasija durante un cuarto de hora.

Se desinfecta cuidadosamente la piel de la región, y se anestesia la línea de incisión por medio de una inyección subcutánea, de 1 centímetro cúbico de solución de clorhidrato de cocaína al 1 por 100. Se descubre la vena haciendo una incisión paralela, de 4 á 5 centímetros, y se la carga sobre la sonda acanalada: se pueden pasar inmediatamente los dos hilos que servirán para ligar la vena en los dos extremos de la incisión,

(1) Parece haber tenido la preferencia en la última discusión en la Academia de Medicina.

(2) Puede usarse también la botella en que ha sido esterilizada la solución, adaptándole un *vacia-botella*, fácil de establecer.

y anudar desde luego el hilo inferior. Se levanta y se tiende entonces la vena con las pinzas de disección, y se incisa la mitad de su circunferencia. Lleno el recipiente con la solución, se toma la cánula, y se deja correr el líquido para comprobar que no queda aire en el tubo conductor, y, sin detener el chorro de líquido, se introduce el instrumento en la herida abierta de la vena. Se hace levantar entonces el recipiente, de manera que se obtenga un escape lento y regular: 40 á 60 centímetros de altura bastan por lo regular, y unos 10 minutos se emplean para introducir así unos 1,200 gramos de líquido. Antes de que el nivel del líquido haya alcanzado la parte inferior del recipiente, se detiene su salida comprimiendo con los dedos el tubo; se retira la cánula; se anuda el hilo superior; se pasan dos puntos de sutura á la piel, y se cura con yodoformo. Toda la operación ha durado 20 minutos, y ha sido absolutamente indolora.

Muy á menudo hay que repetir una ó varias veces la inyección; para ello puede abrirse otra vena, ó usar la misma, agrandando la incisión cutánea 2 ó 3 centímetros hacia arriba, é introduciendo la cánula á algunos centímetros por encima de la primera abertura.

II. *Inyección en el tejido celular.*—Su práctica es por demás sencilla: se hace uso de uno de los aparatos señalados arriba, reemplazando la cánula por una aguja del aspirador de Dieulafoy; también puede emplearse una jeringa esterilizable, de 20 centímetros cúbicos de cabida, ó bien el aparato de Pofain de bomba impelente. Se aseptica la región; y, seguros de que no se introducirá aire, se hunde la aguja, larga de 6 á 8 centímetros, en el tejido celular subcutáneo, en regiones en que aquél se deje extender fácilmente (epigastrio y flancos, pared torácica lateral, regiones lumbar ó escapular, muslo); algunos autores prefieren hundir profundamente la aguja en las masas musculares glutias.

Se introduce entonces el líquido con lentitud, para lo cual, si se emplea un recipiente abierto, se levanta éste á la altura de un metro, más ó menos. El líquido forma una bolsa ancha bajo la piel, y ésta se tiende. El amasamiento con la mano activa la absorción; y así puede inyectarse, por una sola picadura, hasta 4 ó 500 gramos en pocos minutos. Se retira entonces

la aguja, y se cierra la pequeña herida con una gota de colodión. En otras regiones se hacen las picaduras que sean necesarias. La absorción se efectúa con bastante rapidez; la distensión del tejido celular es poco dolorosa.

Trataremos de establecer las indicaciones de estos dos procedimientos, los cuales, desde luego, se emplean á menudo simultáneamente.

III. *Sangría-transfusión.*—Por último, hay autores que han propuesto, para las infecciones, hacer preceder la inyección de una sangría de 250 á 300 gramos. Barré (1) ha obtenido buenos resultados, en dos casos de uremia y en un caso de neumonía, inyectando una cantidad de líquido igual á la de la sangre que simultáneamente retiraba. Parece indicado desde luego practicar, en seguida de la sangría, una inyección abundante: tal es la práctica seguida por Bosc (2) contra el cólera y la neumonía, y por Tuffier contra el tétano.

La solución.—No se puede pensar en disponer constantemente de suero humano fresco en suficiente cantidad; no puede recurrirse al suero de animales, á causa de sus propiedades tóxicas; hay, pues, que recurrir á líquidos preparados artificialmente (3). Su primera cualidad debe ser el no alterar sino al minimum los elementos histológicos de la sangre: por esa razón hay que rechazar el agua destilada. Puede hacerse uso de una de las soluciones siguientes:

Agua destilada.....	1,000 gramos.
Cloruro de sodio.....	7 —

O

Agua destilada.....	1,000 gramos.
Cloruro de sodio	7 —
Sulfato de sodio.....	7 —

La solución debe ser límpida, y no contener ningún cuerpo extraño; se la esterilizará pasándola por el autoclavo á 120°, ó por una ebullición de 20 minutos.

Deberá inyectarse á la temperatura del cuerpo; y como

(1) *Désintoxication du sang (Rev. de Thérap., 1.º de Junio de 1896).*

(2) *Press. Méd., 3 de Junio de 1896.*

(3) Es preciso, absolutamente preciso, renunciar al término *suero artificial*, pues no hay comparación posible entre el agua salada y el suero sanguíneo.

pierde algunos grados durante las manipulaciones, se la verterá en el embudo á una temperatura de 40° más ó menos.

Velocidad de la inyección.—Yá no se trata aquí de la velocidad tóxica fijada por Dastre y Loye en el conejo y en el perro: esa velocidad estaba establecida para lavados de muy larga duración, con cantidades de líquido inusitadas en el hombre. En éste, una inyección de 1,500 gramos y de 10 minutos de duración, no determina ningún síntoma de intolerancia; la velocidad de 2'5 á 3 (= 3 centímetros cúbicos por minuto y por kilogramo de sujeto), en las condiciones dichas, no es, pues, tóxica.

Cantidad.—No parece útil inyectar más de 1,500 gramos en una sesión; los fenómenos de reacción que bien pronto estudiaremos, se manifiestan con esta dosis. Pero hay á veces necesidad de renovarla por varios días seguidos. Lejars ha inyectado con éxito hasta 7 litros en 7 horas, y 26 litros en 9 días. No creemos, con todo, que semejantes enormes dosis sean á menudo necesarias. 4 litros en 24 horas nos parecen, á la altura á que están nuestros conocimientos, la dosis máxima que no deba sobrepasarse de ordinario; sólo en los casos de anemia aguda grave, parece ser cuando se deba ir más allá, en proporciones muy grandes á veces.

FISIOLOGÍA EXPERIMENTAL

Los experimentadores se limitaron en un principio á demostrar la inocuidad de este método en los animales. De Cyon, partidario de las inyecciones intra-venosas en el cólera, vio, en 1866, que la introducción de agua oxigenada en el sistema circulatorio del perro es bien soportada. Schwartz, en 1881, inyectó en conejos cantidades de agua salada iguales á la mitad de la masa sanguínea, sin accidentes ningunos. Demostró así que la presión arterial, abatida por una abundante pérdida de sangre, se levantaba rápidamente, y que un conejo privado de los dos tercios de su sangre puede vivir, si se le reemplazan éstos con cantidad igual de agua salada.

Los experimentos de Dastre y Loye (1) establecieron que las inyecciones intra-venosas pueden alcanzar cantidades mucho más considerables: hasta *siete* veces el volumen de la sangre

(1) *Arch. de Physiol.*, 1888 y 1889.

en el conejo, y más de *cuatro* veces en el perro. Existe, pues, más que una dosis tóxica, una *velocidad tóxica*: si se la traspasa, el animal muere con descenso de temperatura, aceleración de la respiración, debilitamiento del corazón.

En estos experimentos, desde que la cantidad de líquido inyectado iguala á la masa de la sangre, una descarga se produce; la producción de orina aumenta, el aparato regulador comienza á funcionar: la curva de la orina emitida es paralela á la de la solución introducida: los orines, normales al principio, no están compuestos bien pronto más que de agua salada; durante todo este tiempo la presión arterial permanece inmutable. Una parte del líquido se queda en el organismo; la otra permanece en la sangre, y, sobre todo, se deposita en los tejidos: volverá á pasar en seguida á la sangre y se escapará por los emontorios, aumentando aún, por consiguiente, después de la inyección, la cantidad de orina, de sudores, de saliva, de materias intestinales. Se produce, pues, un verdadero *lavado de la sangre*, y del organismo todo. Los autores indicaban yá la posibilidad de sustraer de esta suerte los productos perjudiciales esparcidos por el cuerpo, y recomendaban el lavado de la sangre en las infecciones. Sin embargo, sus resultados experimentales eran del todo desfavorables (1): los animales infectados ó intoxicados gravemente, morían más pronto si se les lavaba: ¿habría allí disminución de resistencia vital, ó difusión más rápida de las materias nocivas en todos los departamentos del organismo?

Los experimentos emprendidos recientemente no han sido más felices: Lejars (2), después de unas pocas tentativas hechas en perros infectados por la vía peritoneal, obtuvo sólo un caso de mejoría análogo á los que se observan en el hombre. Delbet (3) también obtuvo resultados muy inconstantes, en perros intoxicados por la estriénina: uno solo curó manifiestamente por una hematocatarisis muy precoz.

La experimentación ha suministrado datos mucho más claros en los casos de grandes hemorragias. Yá habíamos señalado los muy interesantes experimentos de Schwartz. Delbet

(1) *Soc. de Biol.*, 6 de Abril de 1889.

(2) *Soc. de Biol.*, 9 de Mayo de 1896.

(3) *Soc. de Biol.*, 6 de Junio de 1896.

formula conclusiones análogas, y confirma que la presión sanguínea, abatida por una hemorragia abundante, puede remontar prontamente al estado normal con ayuda de la inyección intra-venosa.

La inyección de líquido parece que no sólo reemplaza suficientemente la cantidad de sangre perdida, cuando no pasa de una cifra muy elevada, sino que tiene una acción hemostática cierta. Hayem, en 1882, hizo cesar epistaxis graves, subcontinuas, por medio de una transfusión de 120 gramos de sangre venosa (1). Pensaba entonces que, "la introducción de sangre humana normal, es decir, provista de hematoblastos activos, remediaría á la disminución de coagulabilidad de la sangre," pues es la precipitación de los hematoblastos el comienzo de la formación de los coágulos. Pero en realidad la acción es otra: Hayem vio, en experimentos múltiples y muy rigurosos, que la inyección intra-venosa favorece, por el solo líquido, la coagulación en los medios en que la sangre está estancada (ligadura de las venas) ó en que está yá ayudada por la compresión, la acción de cuerpos extraños.... El agua destilada ó salada obra de una manera activa. Volveremos luégo sobre esta acción de la inyección intra-venosa sobre los elementos mismos de la sangre.

Vaquez (2) la estudió en la sangre de un perro sano: la introducción de la solución cloruro-sulfatada al 7 por 100, altera ligeramente los glóbulos rojos; su contorno aparece algo almenado; su diámetro medio aumenta (en 0μ , 3); no hay, en fin, modificaciones en las relaciones numéricas de las clases diversas de leucocitos, ni en la reacción con las materias colorantes.

Por el contrario, en los individuos infectados, la acción (directa ó indirecta) sobre los glóbulos blancos es evidente; hemos confirmado (3) que la leucocitosis, que existe en toda infección, sufre una caída muy rápida á seguida de las inyecciones en masa. Volveremos sobre este hecho, que consideramos asaz importante.

Señalaremos, en fin, la serie de experimentos de Bosc y Vedel (4), que han demostrado que el agua ordinaria no poseía

(1) *Sang.*, página 444.

(2) *Soc. de Biol.*, 6 de Junio de 1896.

(3) *Soc. de Biol.*, 18 de Julio de 1895.

(4) *Soc. de Biol.*, 13 de Junio, 4 y 27 de Julio de 1896.

acción tóxica, y que su cantidad sola, á dosis muy grandes, provocaba accidentes, á diferencia del agua destilada, que tiene un verdadero poder tóxico (1) aun en pequeña dosis. Esos experimentos han demostrado que las soluciones fuertes (7 por 100) tenían una acción muy enérgica para poderlas emplear en altas dosis, y han podido obtener, en perros infectados, resultados muy análogos á los que observamos en el hombre.

RESULTADOS TERAPÉUTICOS

1.—1. Los fenómenos observados, á seguida de las inyecciones en masa, en los individuos en estado de *shock* ó de anemia aguda, habían asombrado yá, por la rapidez de su aparición, á los primeros adeptos del método: parecen verdaderamente devolver la vida á individuos exangües, sin pulso casi y sin respiración, con extremidades frías, pálidos, privados de todo sentimiento. La mejoría se manifiesta á menudo desde los primeros 100 gramos de inyección: el pulso vuelve á hacerse perceptible, la respiración se hace mejor.

Continuando la operación, la presión arterial se aproxima á la normal, los latidos del corazón se regularizan, los labios se coloran, los ojos recobran su brillo; el sentimiento reaparece, las extremidades se calientan, á veces un ligero calofrío se manifiesta.

A menudo, cuando se ha terminado la introducción de los 1,500 á 2,000 gramos de líquido, la vida ha vuelto por completo. A veces estos fenómenos se suceden con más lentitud, y sólo poco á poco se efectúa la mejoría. Casos hay en que no ha sido aquélla duradera, y en que el enfermo ha vuelto á caer rápidamente en el colapsus: una segunda inyección puede reanimarlo de nuevo, á veces definitivamente.

2. Los resultados obtenidos en el hombre en los casos de infección, merecen detenernos algo más: su estudio nos parece todavía más interesante, tanto más cuanto parecen aún mal conocidos ó mal interpretados por muchos. Una serie comparable de fenómenos se manifiesta en la mayor parte de los casos, sea que se trate de infecciones médicas (neumonía, cólera), ó de infecciones de orden quirúrgico (infección puerperal, post-

(1) Bouchard, *Arch. de Physiol.*, de 1889.

operatoria, etc.), que son las que más particularmente consideramos aquí.

Observados por gran número de clínicos, esos fenómenos han sido bien reconocidos en un artículo de Bosc (1), quien ha hecho resaltar las etapas por que han pasado.

Tomemos una infección grave cualquiera, puerperal, por ejemplo: todos los aparatos están interesados y funcionan mal; la temperatura alcanza 40° más ó menos: inyectámos 1,300 á 1,400 gramos en diez minutos.

Desde que hemos llegado á la mitad de esta dosis, una mejoría comienza á producirse; el pulso se vuelve más regular, más amplio, más fuerte; la respiración se hace más profunda, se precipita menos; á veces la temperatura desciende algunos décimos al fin de la inyección. Cierta bienestar se manifiesta entonces; la inteligencia es más viva; á menudo una micción se produce, aunque poco abundante aún.

Lo más á menudo el paciente entra en una nueva faz, llamada de *reacción crítica*, la cual principia á veces 4 á 5 minutos, otras más tarde, 20, 30, 40 minutos después de la inyección. Un calofrío violento se presenta acompañado de intensa sensación de frío, de aceleración del pulso, el que conserva su fuerza, pero se muestra á menudo ligeramente irregular. La temperatura sube rápidamente (insistimos sobre este hecho), y pasa á veces de 40° á 41° en el espacio de una hora. A este período de frío sucede pronto (45 á 60 minutos más tarde) un estadio de calor: la temperatura no cambia; la faz se vuelve roja, las conjuntivas se inyectan, la respiración se hace anhelosa; el pulso muy enérgico, permanece acelerado; á veces se ha notado una exageración de los reflejos rotulianos. Los diversos emonitorios comienzan á funcionar: el sudor abunda; la orina aparece, pero su cantidad es aún muy variable; la diarrea suele manifestarse.

Entonces, ó sea al cabo de tres horas más ó menos, la verdadera mejoría, la *reacción post-crítica*, aparece: pulso, respiración, inteligencia recobran poco á poco su estado normal. La temperatura vuelve á caer rápidamente, y ya son numerosos los casos en que la curva ha recorrido 3 á 4° en pocas horas: de 41° que era una hora después de la inyección, descen-

(1) *Press. Méd.*, 17 de Junio de 1896.

dió á 37°, seis horas más tarde. Este descenso rápido, total mismo podríamos decir, es un hecho muy frecuente y de la mayor importancia. La mejoría así obtenida puede ser definitiva: la temperatura entonces no vuelve á subir, y el enfermo entra bruscamente en convalecencia.

En los casos más graves, por el contrario, la mejoría es apenas pasajera, y el estado vuelve á agravarse al cabo de 36 á 48 horas. Una nueva inyección procurará entonces una nueva mejoría, quizá la curación misma. En varios casos no se obtiene ésta sino después de una verdadera lucha, por varios días sostenida.

Naturalmente, no pretendemos que tan favorables resultados sean constantes: siempre se les ha observado en casos muy graves, hasta desesperados; pero hay infecciones de tal manera profundas, que sólo se ha conseguido retardar en ellas un poco ó aun nada la muerte.

Hay un punto sobre el cual deseamos insistir, y es la naturaleza y la rapidez de las excreciones. Casi siempre la orina es abundante: las primeras micciones pueden manifestarse, raras veces, es cierto, inmediatamente después de la inyección, y en las 24 horas el enfermo expelle de 2 á 2½ litros de orina; esta poliuria se prolonga habitualmente con los mismos caracteres, como acontece en la convalecencia de toda enfermedad infecciosa. A veces no aparece sino dos ó tres días después de la hematocatarsis. La diarrea es bastante frecuente, y aun suele á veces reemplazar la poliuria: las deposiciones son abundantes, líquidas. Hemos señalado yá los sudores profusos que constituyen uno de los primeros fenómenos observados.

Añadiremos, en fin, que los resultados obtenidos por la inyección subcutánea, suficientemente abundante, son de todo punto comparables á los de la inyección intra-venosa; la reacción crítica es, sin embargo, menos intensa, y la mejoría sobreviene con más lentitud.

II.—Los resultados obtenidos en la práctica son yá tan numerosos, que no podemos pensar en dar de ellos una indicación precisa en este artículo. Sería fastidioso, sobre todo, y nada enseñaría, enumerar todos los casos publicados, referentes al tratamiento de la anemia aguda. Limitémonos á señalar las observaciones más recientes de *shock* operatorio, publica-

das por Lejars, Duret, Jayle, en las cuales los efectos de la inyección intra-venosa ó subcutánea fueron muy favorables.

La aplicación del método en las infecciones, aunque de fecha más reciente, ha suministrado, sin embargo, un número yá considerable de observaciones, que si las analizáramos todas, nos expondríamos á constantes repeticiones: los fracasos son en ellas mucho menos numerosos que los resultados satisfactorios; pero es todavía imposible deducir de allí una estadística cualquiera. Así, en este estudio de detalles, sólo podemos enviar al lector á las fuentes que hemos citado: casi todas éstas son yá de antigua fecha, pues no se ha juzgado necesario publicar los numerosos éxitos que á la hora presente suministra este método. Recordemos las observaciones de Duret, de infecciones puerperales curadas; Porak, en 1893, había reunido yá ocho casos de eclampsia con seis curaciones por las inyecciones en masa (1); Audebert (2) recomienda el método en esa afección. Las observaciones de infección generalizada, de septicemia post-operatoria, de peritonitis agudas, son yá numerosas, mucho más de lo que permiten indicarlo los casos publicados por Lejars, Delbet, Duret, Jayle, Tuffier y los que han sido relatados en las sesiones yá citadas de la Sociedad de Cirugía y de la Academia de Medicina. Por último, Tuffier ha curado dos enfermos atacados de tétano confirmado, empleando la sangría-inyección.

MODO DE ACCIÓN.—Las inyecciones salinas en masa producen, pues, efectos fisiológicos y terapéuticos ciertos, y los resultados que con ellas se alcanzan nos parecen actualmente bien conocidos en casos asaz diferentes. ¿Cuál es su modo de acción? Es esta una cuestión muy interesante y muy importante por sus conclusiones prácticas.

1.—Parece de fácil resolución en los casos de anemia aguda: la gravedad de este estado depende sobre todo del abatimiento más ó menos rápido de la presión arterial, por defecto de repleción del sistema circulatorio; el reflejo cardíaco se halla mal excitado; el corazón se contrae débil é irregularmente, sobre el vacío, por decirlo así. Desde que se llenan los vasos, el corazón recobra su vigor, la presión remonta rápidamente,

(1) Tesis de Bernheim, 1893.

(2) Congreso de obstetricia de Burdeos, Agosto de 1895.

y todo vuelve entonces á entrar en el orden: la anemia de los centros nerviosos desaparece igualmente; todas las funciones se normalizan.

Hemos visto experimentalmente establecida la acción coagulante de las inyecciones intra-venosas; obran como hemostáticos por un doble mecanismo: excitan la vaso-constricción de las arteriolas rotas, y sobre todo activan allí la precipitación de los hematoblastos, centros de formación de los coágulos; en una palabra, estrechan el orificio y favorecen la formación del tapón.

II.—El modo de acción de las inyecciones salinas en las infecciones es cuestión mucho más delicada, rodeada todavía de oscuridad y que se halla aún lejos de estar resuelta. Para explicarla, se han invocado mecanismos muy sencillos: eliminación, en cierto modo por acción mecánica, de las toxinas, de las bacterias mismas, por los emontorios cuya actividad es puesta en juego, como por un verdadero lavado de la sangre. Mas en realidad, el problema parece ser mucho más complejo.

No estamos en presencia de un simple lavado de la sangre; pues, por una parte, la cantidad de líquido empleado es insuficiente para que se pueda asimilar este método al empleado por Dastre y Loye, en condiciones del todo diferentes; y por la otra parte, ¿hay en estos casos una eliminación semejante de elementos nocivos? ¿Hay realmente una toxiuria? Podrá pensarse así viendo la diuresis abundante que á menudo se establece; pero esa poliuria (ó la diarrea que puede reemplazarla) no aparece con frecuencia sino varias horas después de una mejoría manifiesta; y tampoco está establecido que las orinas eliminadas entonces, sean más tóxicas ó siquiera más cargadas de sustancias albuminóideas que anteriormente (1).

Por último, si las inyecciones intra-venosas obraran simplemente gracias á la poliuria producida por el aumento de la presión arterial, no se asistiría á esas modificaciones tan rápidas, tan especiales. En cuanto á esta elevación misma de la presión arterial, es por cierto muy importante, pero tanto puede ser efecto como causa de la mejoría general.

(1) Los exámenes en este sentido son todavía insuficientes, pero no han permitido hasta ahora confirmar un aumento de toxicidad de la orina, ni siquiera una hiperazoturia, que es compañera frecuente de la primera.

Hay más que esto, creemos. Todos los síntomas generales señalan una intoxicación cuyos efectos se producen en todos los órganos y particularmente en el sistema nervioso. La acción tan rápida de las inyecciones intra-venosas, sólo puede explicarse, ó por la destrucción de las toxinas, ó por un aumento casi instantáneo de la resistencia del organismo.

La transformación de las toxinas por la inyección de 1,200 gramos de agua salada, es problemática; pero no es imposible hacerla entrar en cuenta (Charrin). Parece, en cambio, que la defensa fisiológica manifiesta una actividad nueva, muy intensa: la reacción que sigue rápidamente á la inyección, el alza momentánea de la temperatura, el cambio de caracteres del pulso despiertan ya la atención en este sentido: ¿osaríamos decir que este período crítico es el momento más arduo del combate empeñado entre el organismo y los principios patógenos?

La fagocitosis desempeña ciertamente un papel enorme en la defensa de los tejidos: el aporte de glóbulos blancos y la proliferación de ellos al nivel de los focos de infección es intensa, al propio tiempo que aumentan en la masa sanguínea misma. Es posible que la gravedad de los accidentes infecciosos dependa en parte de una insuficiencia en su acción. ¿Será debida esta insuficiencia á la hipertoxicidad misma de la sangre? El agua salada obra quizá disminuyendo esta toxicidad por simple dilución, aportando, sobre todo, elementos que levantan la vida celular: ésta se reanima, y la lucha se avigora: los leucocitos, cuyo número disminuye rápidamente en la sangre, van á obrar al foco de infección, y á destruir allí, á la vez, microbios y toxinas que de ellos derivan. Desde luego, lo que acabamos de decir de los leucocitos, debiera aplicarse probablemente, de una manera general, al organismo entero, cuyas células todas entran en juego.

(Concluirá).

OBITUARIO

EL DOCTOR CARLOS MANRIQUE

El día 2 del mes en curso dejó de existir en esta ciudad, después de larga y dolorosa enfermedad, el señor doctor D. CARLOS MANRIQUE, miembro distinguido de nuestro Cuerpo Médico.

Tocó al doctor MANRIQUE hacer sus estudios en una época en que entre nosotros se carecía de todo elemento de enseñanza científica, y en que sólo el amor al estudio congregaba á algunos jóvenes para buscar las enseñanzas de profesores que habían adquirido sus conocimientos con no menores dificultades que aquellos á quienes los iban á transmitir. Mas, á pesar de todos estos obstáculos, el doctor MANRIQUE adquirió sólidos conocimientos médicos, y ejerció con lucimiento su profesión durante algunos años, casi nunca por espíritu de lucro. Muy joven todavía dejó á un lado el ejercicio activo de la medicina, y se dedicó á trabajos agrícolas y otros; pero entusiasta siempre por los estudios médicos, y dotado de noble y generoso corazón, siguió siempre cultivándolos para servir á sus amigos y á los infelices, á quienes socorría también con mano pródiga. La austeridad de su vida, la rectitud de su carácter y su incansable actividad para el trabajo, le granjearon la estimación de cuantos lo conocieron.

Como para juzgar acertadamente á un hombre, el medio mejor es estudiar su obra, si así procedemos con el doctor MANRIQUE, tendremos que reconocer que á pocos hombres les debe tanto nuestra sociedad, pues ella recibe como herencia suya, además del ejemplo de sus virtudes, una respetabilísima y numerosa familia, cuyos miembros varones, inteligentes y laboriosos, ejercen todos con lucimiento diversas profesiones, mereciendo la estimación y el respeto de la sociedad.

Era el doctor MANRIQUE padre de nuestro colega y querido amigo el doctor Juan E. Manrique, á quien la Redacción de la REVISTA, cumpliendo con un doloroso deber, presenta su sentida expresión de pésame.

De acuerdo con lo ordenado en el artículo 77 de la Ley 157 de 1896 de 12 de Diciembre, sobre prensa, comenzamos hoy á insertarla en la REVISTA.

LEY 157 DE 1896

(12 DE DICIEMBRE),

sobre prensa.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

TITULO I

DISPOSICIONES PRELIMINARES

Art. 1.º De acuerdo con el artículo 42 de la Constitución, la prensa es libre en tiempo de paz, pero responsable, y se regula de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley.

Art. 2.º Todo libro, folleto, revista, periódico, grabado, etc., llevará inscrita la fecha de su publicación y el nombre del establecimiento en que se hubiere editado.

Art. 3.º Ninguna empresa periodística podrá recibir subvenciones del Tesoro Nacional, Departamental ó Municipal ó de Gobiernos ó Compañías extranjeros, á no ser que en este último caso medie el permiso de que trata el artículo 42 de la Constitución.

Exceptúanse de esta disposición las publicaciones de carácter científico ó literario, y las hechas en países extranjeros, cuando en ellas se trate de defender la honra ó los intereses nacionales.

Art. 4.º Los escritores públicos pueden tratar libremente y discutir dentro de los términos de la presente Ley:

1.º Los actos oficiales, los asuntos de interés público y las reformas que estimen justas en la legislación; y

2.º Las candidaturas para puestos de elección popular ó parlamentaria, mientras ellas no hayan sido renunciadas.

Habrá amplia libertad para discutir todos los actos de la vida pública de los candidatos, dentro de los límites de la moral y de la decencia; pues sólo serán prohibidos los ataques á la vida privada.

TITULO II

DE LOS IMPRESORES

Art. 5.º Son impresores el propietario, el administrador ó el encargado de un establecimiento de tipografía, litografía, grabado, etc.

Art. 6.º Todos los propietarios, administradores ó encargados de imprentas establecidas en el territorio de la República tienen el deber, dentro de los sesenta días subsiguientes á la promulgación de esta ley, de informar al Gobernador del Departamento respectivo y al Ministro de Gobierno, por medio de manifestación escrita en papel sellado, acerca de lo siguiente:

- 1.º Nombre del lugar donde se halle el establecimiento;
- 2.º Nombre de la imprenta; y
- 3.º Nombre y nacionalidad de su propietario.

(Continuará).

ADVERTENCIA

Por circunstancias independientes de la voluntad de los Redactores, grave enfermedad del segundo Redactor y Agente señor doctor Alberto Restrepo H. y falta absoluta, en la ciudad, del papel en que se ha editado la REVISTA en los últimos tiempos, se ha demorado hasta hoy la aparición del número de Enero. Por este motivo no podremos tampoco terminar la publicación de la presente serie, pues ya se acerca la época en que deben encargarse de la redacción del periódico los señores doctores J. M. Lombana Barreneche y Carlos Michelsen U., nombrados por la Academia para un nuevo período reglamentario.

La inteligencia é ilustración de los nuevos Redactores, nos autorizan para despedirnos de los lectores de la REVISTA, asegurándoles que, bajo su dirección, esta publicación tendrá mayor brillo é importancia científica de la que nosotros hayamos podido darle con el solo impulso de nuestra buena voluntad.