

Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

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

SECCION OFICIAL

ACTAS DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESION DEL DIA 18 DE MARZO DE 1894

(Presidencia del doctor N. Osorio).

En Bogotá, á 18 de Marzo de 1894, se reunió la Academia Nacional de Medicina, con asistencia de los señores doctores Aparicio, Castañeda, Carrasquilla, Esguerra, García Medina, Gómez Antonino, Gómez Proto, Herrera J. D., Lombana Barreneche, Manrique, Medina, Osorio, Pardo y Roca.

Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

Dicose lectura al informe del señor doctor Gabriel J. Castañeda, á quien se pasó en comisión el trabajo del señor doctor Julio M. Escobar, titulado *Paralelo clínico*; en el cual el autor presenta dos observaciones clínicas, relativa la una á un caso de fiebre remitente biliosa hematórica, y la otra á un caso que él califica de fiebre amarilla bastarda.

Se pusieron en discusión las siguientes proposiciones con que termina su informe el señor doctor Castañeda:

“1.ª El trabajo del señor doctor Julio Escobar es importante y científico.

“2.ª Nómbrase al señor doctor Julio Escobar miembro correspondiente de la Academia de Medicina Nacional.

“3.ª Publíquese su trabajo en el periódico oficial.”

EL DOCTOR PROTO GÓMEZ.—Si aprobamos la última de las proposiciones sin hacer antes algunas indicaciones, se podría creer, según lo dispuesto en uno de los artículos del Reglamento, que esta Academia se hace responsable de las opiniones del

autor del trabajo. Como yo, por mi parte, no creo que en una de las observaciones se trata de una *fiebre remitente hematórica*, ni en la otra de un caso de *fiebre amarilla*, tendré que pasar por la pena de darle mi voto negativo á la proposición que ordena la publicación de las importantes observaciones del señor doctor Escobar, como mandato de la Academia.

EL DOCTOR CARLOS ESGUERRA.—Yo sí creo que los casos relatados por el doctor Escobar se refieren, el primero á una fiebre biliosa hematórica, y el segundo á una fiebre amarilla. Es cierto que la fiebre biliosa hematórica es rara en el alto Magdalena, pues aun cuando en algunas observaciones de fiebre biliosa se ha hablado de orinas rojas, color de sangre, en ninguno de esos casos se ha hecho un análisis químico ni microscópico para demostrar la presencia de las hematias, y, por consiguiente, no se pueden considerar como formas hematóricas. En la observación del doctor Escobar, la presencia de la sangre en las orinas está perfectamente comprobada por un examen químico al cual debemos dar fe, tanto por los detalles que de ese examen se dan en la observación, como por la competencia y seriedad del médico que tales observaciones remite.

En cuanto al segundo caso, creo también que se trata en él de una fiebre amarilla, como lo sostiene el autor del trabajo. Por supuesto que no se trata de un caso típico, pues faltan algunos de los síntomas más característicos, como son la disminución de la orina, y á veces una anuria completa, y la presencia de la albúmina, que no se señala en la observación; pero esto no me parece que excluya el diagnóstico de fiebre amarilla, toda vez que en clínica es muy raro encontrar los tipos clásicos. En todas las enfermedades existen formas anómalas y formas incompletas ó *frustráneas*, que, estudiadas aisladamente, serían de muy difícil entrada en el grupo patológico á que realmente pertenecen. La raquialgia, los vómitos sanguíneos, las petequias, etc., me parece que justifican el diagnóstico de fiebre amarilla, sobre todo si se practica en una localidad en donde esta enfermedad se presenta con frecuencia, como es el caso de esta observación.

No encuentro razón para discutir la publicación de este trabajo en el periódico órgano de la Academia, cualesquiera que sean las opiniones que individualmente formen los miem-

bros de ella sobre el diagnóstico riguroso de las dos observaciones que contiene; ni creo tampoco que esa publicación aparezca responsable alguna para la Corporación que la ordene, siendo así que todo cuerpo científico, al acoger un trabajo, de lo único de que se hace responsable es de su seriedad y del mérito científico que tenga; y ambas condiciones las reúne el trabajo del doctor Escobar, que estamos discutiendo.

EL DOCTOR J. M. LOMBANA B.—Es muy difícil formarse una idea exacta del trabajo presentado, habiéndolo oído leer á la ligera. Con todo, voy á hacer algunas observaciones sobre los puntos que en él se tratan.

Respecto á la primera observación, considero que evidentemente se trata en ella de una fiebre biliosa hematúrica, si se tienen en cuenta los síntomas y la reacción de la orina, tan bien descritos por el autor.

En cuanto á la segunda, las opiniones que sobre ella me he formado no están de acuerdo con el diagnóstico de fiebre amarilla, que hace el doctor Escobar. En primer lugar, las indicaciones termométricas se alejan en un todo de la marcha de la temperatura en la fiebre amarilla. La temperatura más alta que trae la observación apenas alcanza á $38^{\circ}.2$, el sexto día, y esto precisamente en la época que vendría á corresponder al segundo período de la enfermedad, cuando la temperatura llega á 37° ó es más baja aún. Es de sentirse que no se haya consignado en la observación la temperatura del enfermo después del escalofrío del segundo día.

En el tifo amarillo, la raquialgia y la cefalalgia, que son muy intensas, se presentan como signos característicos durante el primer período; pero no se les observa sino muy excepcionalmente en el segundo período, y esto siempre que hayan existido desde el principio. En la observación de que hablo, si mis recuerdos no son imperfectos, estos síntomas se presentaron algunos días después de haber principiado la enfermedad.

En cuanto á las grandes equimosis, tanto de la cavidad bucal como de la superficie cutánea, que se mencionan en la observación, diré que ellas se presentan muy excepcionalmente en la fiebre amarilla, y esto en casos en que la desorganización de la sangre es muy considerable y el pronóstico

casi absolutamente mortal; condiciones que parece no existen en el caso descrito.

La presencia de la albúmina en las orinas, así como la disminución de la cantidad de éstas, son síntomas clásicos que invariablemente existen en la fiebre amarilla. La albúmina, sobre todo, es tan frecuente, que se la observa aun en los casos más benignos.

Los vómitos de la fiebre amarilla, cuando son teñidos por la sangre ó formados casi exclusivamente por ella y las mucosidades estomacales, son negros, de color de sedimento de café, debido esto á que la sangre sale de los vasos, por exudación ocasionada por la alteración de los capilares; de modo que la sangre existe siempre en pequeña cantidad en la cavidad estomacal, y hay tiempo de que la hemoglobina sufra las transformaciones químicas necesarias para dar la coloración negra. En la observación de que trato, se habla de un vómito de sangre rutilante, que evidentemente proviene de la ruptura de un vaso, accidente que no se observa en la fiebre amarilla.

Quedaría un último argumento en favor de la opinión sostenida en el trabajo del doctor Escobar, y éste sería la circunstancia de haberse curado la enfermedad sin el uso de la quinina; pero si se atiende á que algunas otras enfermedades infecciosas, que pudieran acercarse mucho á la enfermedad descrita, curan sin la quinina, y si se tiene en cuenta que aun cuando la enfermedad hubiera sido de naturaleza palúdica, puede curar sin ese agente terapéutico, influyendo para esto favorablemente las condiciones higiénicas y la asepsia intestinal por medio de los purgantes, pierde el argumento mucho de su fuerza.

EL DOCTOR JUAN E. MANRIQUE.—Análogas impresiones á las expresadas por el señor doctor Lombana B. he experimentado al oír leer las muy importantes observaciones del señor doctor Escobar. Con todas las reservas provenientes de no tener más nociones sobre estos dos casos que las que he podido coger con la rápida lectura que de ellas acaba de hacerse, me permito hacer algunas observaciones que estimo conducentes.

Que en el primer caso se trata de una infección palúdica grave, y que esta infección se caracterizó por todos los sínto-

mas conocidos de una fiebre remitente biliosa, no hay duda ninguna; pero que por el hecho de haber orinado sangre una sola vez este enfermo, digamos que su fiebre fue hematórica, me parece un poco arriesgado; pues si un epifenómeno alcanzara á ponerle apellido á una enfermedad, pronto llegaría el caso de que la memoria humana no pudiera retener todos los nombres y sobrenombres que se fueran acumulando en el cuadro nosológico. Por mi parte, deseo saber, y por eso lo pregunto á mis colegas más experimentados en la observación de las enfermedades de nuestros climas calientes: ¿basta que un enfermo orine sangre una sola vez para llamar hematórica la enfermedad que lo aqueja? Me atrevo á dudarlo. Era todavía yo alumno de la Escuela de Medicina cuando leí un trabajo de los doctores Osorio y Gómez (Proto) sobre este mismo tema; y si mis recuerdos no me engañan, en la fiebre biliosa hematórica que ellos describieron, la hematuria duraba más tiempo, casi tanto como la infección que la producía. Si se me permitiese ponerle mote á la observación de que hablo, yo la llamaría *fiebre remitente biliosa complicada de hematuria y melanuria*, título que me parece más conforme con los hechos que constan en la observación. No creo que un síntoma que no es constante, pueda servir para caracterizar una afección, y en mi humilde concepto, la hematuria puede servir para distinguir variedades, pero nó entidades morbosas. Conforme con mis recuerdos, creo que el fenómeno hematuria, en nuestros climas calientes, es mucho más frecuente en las enfermedades del grupo amarillo que en las del grupo palúdico. Creo, pues, que en el primer caso del doctor Escobar la hematuria fue un accidente intercurrente, menos importante por su valor clínico y por su duración, que la melanuria que la precedió y la siguió durante varios días, confirmando con su presencia el diagnóstico de fiebre remitente biliosa.

Con respecto á la segunda observación, tengo también algo que decir. Aun cuando mi experiencia con la fiebre amarilla es mucho menor que la de los colegas que me han precedido en el uso de la palabra, los casos que he tratado en mi práctica han sido tan claros y me han interesado tanto, que sus caracteres permanecen grabados en mi memoria de una manera indeleble. No dudo que se trate de una infección amarilla, pero

de una forma bastarda, tan bastarda que para colegas experimentados como los doctores Lombana B. y Gómez (Proto), ha sido difícil aceptarla. Yo no experimento las mismas dificultades, porque creo que la infección amarilla presenta caracteres muy distintos, según se la observe en tiempo de epidemia ó en casos esporádicos. Creo que es útil, conforme á los hechos clínicos, admitir que esta infección, epidémica en sumo grado, está siempre representada en las orillas del Magdalena, en tiempos normales, por una enfermedad menos epidémica y menos contagiosa, porque la infección es menos poderosa, y que es la llamada fiebre amarilla bastarda ó esporádica, la cual ha sido descrita por Burot con el nombre de fiebre biliosa inflamatoria.

Hay en el caso segundo del doctor Escobar anomalías que quiero hacer constar, para hacer ver hasta dónde puede ser anómala una fiebre amarilla esporádica. En la fiebre epidémica, el principio brusco y la rápida elevación de temperatura, junto con la raquialgia, la curvatura general y el estado congestivo de todas las mucosas, constituye un síndrome casi característico para un médico experimentado. En el enfermo del doctor Escobar, la temperatura fue más baja en los primeros días; nunca pasó de 38° C., y contrastaba con la agitación, la curvatura y la violenta cefalalgia frontal. La constipación obstinada,—tan obstinada, que he visto enfermos en quienes con 3 gramos de calomel no he alcanzado á determinar la peristalsis intestinal—la acolia completa, y la albuminuria con gran disminución en la cantidad de la orina, constituyen otro grupo de síntomas que no faltan jamás en la forma epidémica de la fiebre amarilla, y que en el enfermo del doctor Escobar apenas se han iniciado unos (constipación que cede al crémor), entretanto que los más importantes han faltado por completo (albuminuria y acolia). En este enfermo el vómito negro apenas alcanzó á esbozarse, lo mismo que las deposiciones melánicas, que no estuvieron representadas sino por corpúsculos negros y no por aquellas grandes cantidades de materias negras, color de tinta de China ó de hollín, que estamos acostumbrados á ver en los enfermos atacados de la forma epidémica de esta fiebre. En cambio, las hemorragias fueron precoces en el enfermo del doctor Escobar, y tanto las petequias

generalizadas de la piel, como las de las encías y de la lengua, y el tinte icterico que apareció al tercer día, contribuyen mucho en mi espíritu para creer que este enfermo sufrió una infección amarilla, más bien que una infección palúdica. En resumen, la ausencia de acolia, de albuminuria, de disminución en la cantidad de orina, el acuerdo entre el pulso y la temperatura, y el curso de la línea termométrica, no corresponden á un caso típico de fiebre amarilla, en el cual estos fenómenos existen siempre, en grado más ó menos marcado, según las epidemias. Podría decir, sin temor de equivocarme, que el doctor Escobar observó en su enfermo un diminutivo de infección amarilla, suficiente para aceptar la existencia de este agente infeccioso en la ciudad de Honda, pero insuficiente para darse uno bien cuenta de hasta dónde alcanza esta infección, cuando es epidémica, á perturbar todas las grandes funciones vitales.

Creo, pues, muy importantes las observaciones del señor doctor Escobar, y por eso me he permitido llamar la atención de la Academia sobre lo que en ellas me ha parecido más digno de estudio, siguiendo el ejemplo de nuestro respetado Vice-presidente, quien ha iniciado la discusión.

EL DOCTOR C. ESGUERRA.—Si no recuerdo mal, en la observación del doctor Escobar, relativa al caso de fiebre que él califica de remitente biliosa hematórica, si bien es cierto que sólo un día se probó por un análisis químico la presencia de la sangre en la orina, al día siguiente la orina estaba oscura, color de vino Málaga, y se dice que era menos albuminosa que la del día anterior. El color especial de la orina, y la albúmina, hacen pensar que todavía la orina era hematórica, tanto más cuanto en los días posteriores se dice que la orina no era albuminosa ni daba la reacción de la sangre. Por mi parte, creo que si la fiebre biliosa hematórica es de naturaleza palúdica, y la presencia de la orina en la sangre es lo único que la diferencia de las formas biliosas graves ordinarias, tan frecuentes en la hoya del Magdalena, desde el momento en que el médico compruebe este síntoma, está autorizado para agregarle el epíteto de hematórica. No habiendo diferencia de naturaleza, no encuentro razón para limitar el nombre de fiebres biliosas hematóricas solamente á aquellas que presentan este síntoma en todo el curso de la enfermedad.

Respecto de la segunda observación, repito que no me parece un caso típico de fiebre amarilla, pero que no por esto rechazo este diagnóstico. En las descripciones de las formas anómalas es muy difícil encontrar consignados todos los elementos que han podido servir para hacer el diagnóstico. En el caso presente, parece que la discusión del diagnóstico no podía tener lugar sino entre la fiebre amarilla y una perniciosa de origen palúdico; y limitado el diagnóstico á estas dos entidades, me inclino decididamente á la primera. Recuerdo haber observado en Honda un caso de fiebre que consideré como amarilla, y que sin duda se asemejaba más á una fiebre tifoidea que á la amarilla; pues si prescindimos de la localidad y de la época en que fue recogida esta observación, el vómito constante, aun cuando no negro, la ictericia y la disminución de la orina, con albuminuria, no harían excluir el diagnóstico de fiebre tifoidea biliosa á quien leyera hoy esa observación, aislánola de las observaciones del grupo á que pertenece. Si no recuerdo mal, en mi enfermo hubo una pequeña hemorragia intestinal, pero que tampoco tenía nada de característico.

La constipación, aunque se presenta en la fiebre amarilla, no es constante; en algunos casos se observa diarrea y hasta diarrea biliosa, lo que suele hacer difícil el diagnóstico con las fiebres biliosas de origen palúdico.

Como la mayor parte de los síntomas de las enfermedades infecciosas, la raquialgia de la fiebre amarilla es variable en intensidad y en duración; y como parece que esta raquialgia tiene relación con la congestión renal (ó nefritis amarilla), que ocasiona la anuria y la albuminuria, y estos dos fenómenos no se observaron en el caso del doctor Escobar, no debe sorprendernos tampoco que la raquialgia no apareciera desde el primer momento. En cuanto al vómito, si bien es cierto que se habla de un vómito de sangre rutilante, en otra parte se menciona también un vómito con partículas negras color de café, que es propio de la fiebre amarilla. Las petequias y equimosis que se mencionan en la observación, son también frecuentes en esta fiebre. Por otra parte, creo que ni el vómito negro ni la albuminuria, aun cuando son los síntomas más característicos de la fiebre amarilla, sean indispensables para aceptar ese diagnóstico en las formas benignas ó anómalas; porque si así se

exigiera, se haría excepción para la fiebre amarilla, pues en ninguna otra infección hay un síntoma cuya existencia sea indispensable para el diagnóstico. La asociación de los síntomas existentes, la marcha de la enfermedad, etc., es lo que permite siempre hacer un diagnóstico, y en ningún caso la presencia ó ausencia de determinado síntoma.

EL DOCTOR JUAN D. HERRERA.—La interesante discusión sobre el importante trabajo del doctor Escobar (de Honda), es una muestra patente del interés que despierta entre nosotros el valioso óbolo con que nuestros laboriosos colegas de fuera de la capital contribuyen á la creación de la medicina nacional. Nada tengo que agregar á lo que sobre fiebre amarilla y fiebres del Magdalena han expuesto los honorables miembros que me han precedido en la discusión, y si hago uso de la palabra, es con el fin de hacer dos observaciones: es la primera, que nuestras apreciaciones sobre cuadros clínicos presentados por nuestros colaboradores, no pueden tener otro sentido que el de la generalización de las leyes científicas, aplicadas á la discusión de casos concretos, pero en que nos falta la observación directa, individual, de los cuadros clínicos discutidos; por consiguiente, se debe comprender que estas discusiones tienen por objeto el ilustrarnos, sin que ellas envuelvan reproche de ninguna clase. Es la segunda, hacer notar que el caso presentado como de fiebre amarilla, ha sido medicinado en parte por la antipirina, sin tratarse de un caso en que predominara la hipertermia; y teniendo en cuenta que en la fiebre amarilla los riñones suelen estar comprometidos, y que en este cuadro clínico hay tendencia á la anuria, creo que está contraindicado este agente terapéutico. Es cierto que en el caso á que me refiero, dominaron las neuralgias, pero creo que en casos análogos al discutido, debe hacerse uso de otros agentes terapéuticos que no presenten la importante contraindicación á que he hecho alusión.

EL DOCTOR J. M. LOMBANA BARRENECHE.—Es cierto que no se debe pretender que los casos que se observan, tengan todos los síntomas con que se describen las enfermedades en los libros clásicos. Esas descripciones son, por decirlo así, un tipo ideal, que muy rara vez se puede observar completo en la práctica, y que por lo mismo no pueden exigirse para admitir un

diagnóstico; y al hacer las objeciones que he hecho al diagnóstico de fiebre amarilla admitido por el doctor Escobar, he querido llamar la atención á la circunstancia de que el caso descrito se aleja, en mi concepto, de la fiebre amarilla, por todos los síntomas que en él se observaron. Es cierto que hay formas anómalas y abortivas que se apartan mucho del tipo clásico, pero aun así, siempre conservan muchos de los caracteres del tipo á que pertenecen, y por ellos se las puede reconocer.

Respecto á la observación que ha hecho el doctor Esguerra, de que después del vómito rutilante hubo vómitos negros, tengo que objetar que siempre que hay una hemorragia dentro de la cavidad estomacal, aun cuando el enfermo vomite mucha sangre rutilante, líquida ó recién coagulada, siempre queda alguna más dentro de la cavidad estomacal; y esta que queda, al contacto con los jugos gástricos, toma la coloración negra, pudiendo salir más tarde, ya en vómitos negros, ya por la vía intestinal; y esto mismo ha podido ser lo sucedido en el caso de que tratamos.

EL DOCTOR PROTO GÓMEZ. —La interesante y calmada discusión que acaba de tener lugar, demuestra la importancia que tienen las observaciones del doctor Escobar, y hace ver que hay muchos de nuestros colegas que no participan de las opiniones consignadas en ellas. Esto era lo que yo esperaba y lo que me proponía alcanzar cuando inicié la discusión, con el fin de salvar nuestra responsabilidad y poder dar mi voto afirmativo á la proposición que está en discusión.

Cerrada la discusión, se votaron las proposiciones del informe del doctor Castañeda. Las proposiciones primera y segunda fueron aprobadas en votación ordinaria, y la tercera en votación secreta. Como esta proposición fue aprobada con los votos exigidos por el Reglamento, la Academia declaró electo miembro correspondiente al doctor Julio Escobar.

A las ocho de la noche se levantó la sesión.

El Presidente, NICOLAS OSORIO.

El Secretario, *Pablo García Medina.*

TRABAJOS ORIGINALES

FIEBRES DEL ALTO MAGDALENA

PARALELO CLINICO

Por el doctor Julio M. Escobar, de Honda (Tolima).

Señores Redactores de la REVISTA MEDICA de Bogotá.

Deseoso de cooperar á la tarea emprendida por ustedes, no menos que de esclarecer en mi propio ánimo y en el de mis ilustrados colegas del país, el tan debatido punto de si existe ó nó la fiebre amarilla en el alto Magdalena, me permito enviar á ustedes dos observaciones clínicas, que así por la proximidad cronológica de ellas, como por la disparidad de su esencia, me han parecido dignas de consideración detenida.

No predominan en su historia los signos racionales, sino sólo los sensibles; porque, interesado como estoy ahora y como lo estuve en el Congreso Médico del año pasado, en demostrar que sí había casos esporádicos de fiebre amarilla en las dichas riberas del Magdalena, he tenido en mira, al formular mi relato, exponer los hechos, dando á la ecuación personal la menor influencia posible, y negándosela en absoluto á toda idea preconcebida. Finalizado que las haya, agregaré los comentarios que estimo del caso, prestando así ocasión de ver el juicio que, sobre la materia, se dignen nuestros profesores emitir.

I.—X. X., natural de Tunja, y de treinta y dos años de edad, lleva tres de permanecer en Honda, sin haber sufrido otro quebranto en su salud, hasta hoy 3 de Noviembre de 1893, día en que lo veo, sino dos ataques leves de paludismo, que han cedido á ligeras dosis de quinina y á algunas precauciones higiénicas; el último de ellos ocurrió á mediados del mes de Octubre, y de entonces á esta parte sus ocupaciones lo han forzado á trasnochar varias noches consecutivas, pernoctando las tres últimas en Perico y Yeguas, lugares eminentemente palúdicos. Comoquiera que el tiempo ha sido lluvioso y los trabajos que inspecciona verificados en despoblado, repetidas han sido las veces que las ropas humedecidas se le han secado sobre el cuerpo. El día 1.º tuvo un acceso febril, que, empezando

á las 9 a. m., por escalofrío, concluyó á las 2 p. m. por una sudación profusa; el día 2, el acceso vino más temprano, y aunque hacia las 5 p. m. le pareció que el calor febril disminuía, ni se refrescó totalmente, ni en la noche pudo dormir, porque la cefalalgia y el quebrantamiento general no se lo permitieron. A las 4 a. m. tuvo vómitos repetidos, cuya coloración ignora; tampoco sabe cuál afectara la orina que en el curso de la noche emitió. Hoy, día 3 á las 7 y minutos, ha orinado abundantemente y de color oscuro.

Día 3.—9 a. m.: temperatura, 40°.2; piel seca, de color amarillo azafrán, lo mismo que las escleróticas; pulso lleno, regular y á 120. Cefalalgia frontal; estropeo general; náusea frecuente, y vómito de un color semejante al de la solución de sulfato de cobre; lengua ancha, cubierta de espesa capa saburral amarilla; bazo perceptible bajo el borde costal; borde hepático á tres centímetros del borde costal en la línea mamaria; dolor intenso al comprimir la región epigástrica; diarrea ligera, dos deposiciones en la noche y una en la mañana, formada esta última por materias de color amarillo subido en unas partes, y de color de azúcar muy morena en otras. Lo hago orinar en mi presencia, y da 154 gramos de orina color de agua de moras, sin que la micción sea dolorosa ni forzada. Sometida la tercera parte de ella, después de acidularla con ácido acético, por estar neutra, á la acción del calor, se coagula, ocupando el coágulo las dos terceras partes del tubo de ensayo, y sin que la adición de alcohol lo vuelva á disolver; tomada la segunda porción y sometida directamente á la reacción de Pettenkofer, es imposible cerciorarse del resultado por causa del oscuro color primitivo; tomada la tercera, acidulada, calentada y filtrada, para separar el coágulo, y dividido el producto en dos porciones, da la primera dudosamente la reacción de los pigmentos biliares, y la otra, de una manera clara y concluyente, la de la sangre cuando se la trata por la tintura de guayaco unida á la esencia de trementina ozonizada. R. Agua destilada, 250 gramos; sulfato de quinina, 2 gramos; agua de Rabel, C. S.; sulfato de magnesia, 40 gramos. "Copas," que consume en el día, de hora en hora. Dieta líquida; limonada cítrica por tisana.

Día 4.—9 a. m.: temperatura, 39°.6; piel seca y de color amarillo azafrán, como las escleróticas; pulso lleno, depresible,

regular y á 108; cefalalgia menos intensa; náuseas menos frecuentes; oído pesado y con zumbidos; disminución de la macidez esplénica y de la hepática; persistencia de la sensación dolorosa provocada por la presión sobre el epigastrio; lengua ancha, menos saburral que ayer y rosada en los bordes; sed notable. Las "Copas" han producido seis deposiciones durante el día, y cuatro en la noche, siempre amarillas, pero menos oscuras. Orina en mi presencia, y la poca cantidad de líquido que suministra tiene color de vino de Málaga, da la reacción de los pigmentos biliares y es menos albuminosa que la de ayer. R. Sus copas s. f. de ayer, é iguales dieta y tisana.

Día 5.—9 a. m. Temperatura, 38°.9; piel ligeramente húmeda y menos ictérica, lo mismo que las escleróticas; pulso lleno, depresible, regular y á 100; escasa cefalalgia; no hay ya náusea; oído muy pesado, con sensación de abombamiento cefálico; hígado y bazo como ayer; es leve el dolor que provoca la compresión del epigastrio; lengua ancha y rosada en toda su extensión, salvo en la parte posterior; sed moderada; ocho deposiciones en el día, y tres en la noche. Orina escasa, de color subido, no albuminosa, que no da la reacción de la sangre, y sí claramente la de los pigmentos biliares. R. Agua destilada, 250 gramos; sulfato de quinina, 1.50 centigramos; agua de Rabel, C. S.; sulfato de magnesia, 30 gramos; "Copas," que consume en el día. Dieta, etc., como antes.

Día 6.—9 a. m. Ha dormido bien. Temperatura, 38°.2; piel ligeramente húmeda y de color amarillo pajá; las escleróticas de color amarillo huevo; pulso lleno, depresible, regular y á 96; cefalalgia leve; no hay náuseas; oído menos pesado, pero con zumbidos; hígado menos extenso; bazo como anteayer; no hay dolor al comprimir el epigastrio; lengua ancha y rosada, excepto en la parte posterior; sed moderada. Hubo diez deposiciones, de carácter simplemente diarreico, en el día, y cuatro en la noche; orina color de ron, sin albúmina, sin sangre y siempre cargada de pigmentos biliares. R. Las copas de ayer, pero bajando la sal de quinina á 1 gramo; lo restante lo mismo, y huevos pasados por agua hirviendo.

Día 7.—9 a. m. Noche mala, porque los llamamientos ventrales han sido de cada momento; por lo demás bien. Temperatura, 37°.2; piel húmeda, más bien pálida que ictérica;

escleróticas de color amarillo paja; pulso blando, muy deprimible, regular y á 80; no hay cefalalgia ni náusea; zumbidos de tiempo en tiempo en los oídos; el hígado apenas excede el borde costal, pero el bazo se percibe aún bien; no provoca dolor la presión epigástrica; lengua ancha, húmeda y rosada en toda su extensión; ligero apetito; sed notable; las deposiciones, de aspecto diarreico simple, han sido incesantes y han estado acompañadas de tenesmo anal. Orina color de ámbar, escasa y con menos abundancia de pigmentos biliares. R. Sulfato de quinina, 80 centigramos; ácido tartárico en polvo, 30 centigramos; glicerina, C. S. para 8 píldoras, que consume en el día. Decocción de cebada por tisana; dieta de pan, leche hervida, coladas de arroz y huevos *ut supra*.

Día 8. - 9 a. m. Noche regular, y durante ella cuatro deposiciones diarreicas simples. Temperatura, 37°.3; piel húmeda y no icterica; escleróticas de color amarillo paja; pulso lleno, deprimible, regular y á 76; no hay cefalalgia, náuseas ni zumbidos de oído; la macicez hepática es normal, y la esplénica menor que ayer; lengua normal y apetito marcado; sed natural. De las 6 a. m. á esta parte, no ha venido sino una deposición, más consistente y menos copiosa que las de ayer; orina en cantidad no escasa, sin albúmina y que apenas presenta la reacción de los pigmentos biliares. R. Como ayer, bajando á 70 centigramos la dosis de sulfato de quinina. Se agrega carne fresca asada en la alimentación.

Durante los días 9, 10 y 11 la convalecencia se realiza sin tropiezo alguno, y toma 60, 50 y 40 centigramos de sulfato de quinina, respectivamente, en píldoras, según la forma indicada, para empezar á tomar, desde el 12 en adelante, dos copas diarias de vino quinado en las comidas. El tinte icterico de las escleróticas no desaparece totalmente sino hasta el día 21, pasando cada día por matices más y más desvanecidos.

II.—Z. Z., natural de Bogotá, de treinta y un años de edad, de temperamento nervioso, es persona que desde hace un año no viene á tierra caliente. El día 15 de Diciembre de 1893, después de haber trasnochado hasta las 5 a. m., y habiendo pernoctado en Villeta, emprende viaje para Honda, adonde llega después de diez horas de marcha, bajo los rayos de un sol abrasador. No sintió novedad alguna durante los prime-

ros días; pero en la tarde del día 21 comenzó á sentir dolor gravativo en la cabeza, dolores vagos en todo el cuerpo y desvanecimiento. Ningún tratamiento en ese día.

Día 22.—La noche ha sido agitada; sigue la cefalalgia; pulso á 90; anorexia y quebrantamiento. A las 4 p. m., escalofrío intenso; inquietud; pulso á 110. R. 80 centigramos de sulfato de quinina, que consume á las 7 p. m.

Día 23.—Noche agitada; sed ardiente; ojos enrojecidos; piel ligeramente húmeda; constipación; lengua limpia y ancha; náusea ligera. 7 a. m.: temperatura, 36°.8; pulso, 70; petequias generalizadas, una de ellas en la lengua, que sangra abundantemente, y dos más en la encía superior; la cefalalgia ha disminuído; lengua ligeramente biliosa hacia la base; piel seca; orina abundante, color de ámbar y sin albúmina. Toma á las 12 del día 40 gramos de crémor soluble, en 400 gramos de agua azucarada, por copas. Dieta líquida. A las 4 p. m.: temperatura, 37°.4; pulso á 70; grande agitación; reaparición de la cefalalgia frontal, para cuyo alivio se le ordena la aplicación de compresas empapadas en agua avinagrada; el purgante ha producido siete deposiciones abundantes y de aspecto natural. Siendo mucha la agitación, y habiendo aparecido vómitos tenaces con partículas de color negro-café, á las 12 de la noche se le da 1 gramo de hidrato de cloral, con 20 gramos de jarabe de morfina, en dos porciones, con media hora de intervalo, y puestas en medio vaso de leche; después de lo cual duerme por cuatro horas consecutivas.

Día 24.—7 a. m. Temperatura, 37°.5; pulso lleno, deprecible y á 80; no hay vómito; poca cefalalgia; quebrantamiento; no aumentan ni en número ni en dimensiones las petequias; piel seca; la lengua sangra menos; orina abundante, color de ámbar, alcalina y sin albúmina; saburra lingual, biliosa, ligera; náuseas; nada particular por lo demás. Receta: 40 gramos de crémor soluble, en la forma de ayer. Dieta láctea. A las 4 p. m.: temperatura, 37°.5; pulso á 90; ha vomitado dos veces la leche coagulada; ha hecho seis deposiciones formadas de materias negruzcas y de pequeños glóbulos de *caseum*; la piel está seca y áspera; persiste el enrojecimiento ocular y hay yá ligero tinte icterico del surco naso-geniano.

Día 25.—La noche fue agitada hasta las 12; á las 9, á las

9½ y á las 11 hubo deposiciones iguales á las anteriores. A la media noche tomó 1 gramo de cloral con jarabe de morfina, y á la 1 vino un sueño interrumpido por pesadillas, el cual duró hasta las 4, hora en que tomó leche. 7 a. m.: temperatura, 37°.9; pulso lleno, depresible y á 80; sed mediana; no hay vómitos; las Petequias de la piel palidecen, las de la boca han desaparecido totalmente; subsiste la congestión ocular; la ictericia es ligera y terrosa; orina clara, ácida, abundante y con signos ligeros de albúmina; la cefalalgia es moderada, pudiera decirse más bien pesantez, sobre todo en los globos oculares; la lengua está ancha, menos saburral al centro, roja en la punta y en los bordes. R. Su poción con 40 gramos de crémor soluble. Dieta láctea, y vino de Champaña en agua alcalina. A las 4 p. m.: temperatura, 37°.6; pulso lleno, depresible, regular y á 80; no hay vómitos ni náuseas. A las 5 p. m.: vómito de leche coagulada, mezclada con pequeña cantidad de sangre rutilante y líquida. A las 9 p. m.: violenta raquialgia, contra la cual se ordenan fricciones con esencia de trementina, mezclada con alcohol alcanforado; alivio momentos después, pero seguido de inquietud. El crémor ha producido seis deposiciones líquidas, de aspecto natural y escasas. A las 11½ toma 50 centigramos de hidrato de cloral con 10 gramos de jarabe de morfina, que producen tranquilidad y sueño hasta las 3 a. m., hora en que repite el remedio, y duerme luégo apaciblemente hasta las 8.

Día 26.—Temperatura, 37°.8; humedad en la piel; pulso lleno, regular y á 84; subsisten la pesantez cefálica y el enrojecimiento ocular, lo mismo que el tinte icterico terroso; no hay vómito, pero sí náusea; las Petequias palidecen; lengua como ayer; orina color de ámbar, abundante, alcalina y sin albúmina. R. 30 gramos de crémor soluble disueltos en 300 gramos de agua azucarada, que tomará por copas, mezclándoles una cucharada de vino de Champaña y dos de agua alcalina efervescente. Dieta láctea. Vómitos á las 2½, formados por grumos de *caseum*, moco estomacal y una pequeña cantidad de sangre líquida y rutilante. A las 4 p. m.: temperatura, 38°.2; pulso á 84. Hubo inquietud ligera á las 9 p. m., con raquialgia menos intensa que anoche; se aplicaron las fricciones terebinto-alcanforadas con igual alivio. A las 10½ p. m. tomó 50 centigramos de hidrato de cloral con jarabe de morfina, y durmió hasta las 2 a. m.,

hora en que tomó otra dosis igual, y durmió bien hasta las 6 a. m. Hubo en el día seis deposiciones, favorecidas por un enema de agua fría.

Día 27.—7 a. m.: temperatura, 38°.1; piel seca; pulso lleno, depresible, regular y á 90; subsiste la pesantez cefálica; el enrojecimiento ocular se acentúa en el ojo izquierdo; las petequias palidecen y el tinte icterico queda estacionario; ni náuseas ni vómitos; lengua ancha, saburral, blanca y medianamente húmeda; orina abundante, color de ámbar, ácida y no albuminosa. R. 2 gramos de antipirina divididos en cuatro papeles, para que tome uno cada tres horas. Dieta láctea, y pequeños tragos de vino de Champaña con agua alcalina efervescente. A las 4 p. m.: temperatura, 37°.1; piel seca; extensa equimosis que ocupa toda la cara anterior de la articulación radio-carpiana derecha; pulso lleno, depresible y á 80; grande inquietud, y náusea que finaliza por un vómito, formado exclusivamente por 236 gramos de sangre líquida y rutilante, expulsados á las 9 p. m.; no ha venido llamamiento ventral, pero sí ha orinado. A las 10½ p. m. toma 50 centigramos de hidrato de cloral con jarabe de morfina, y duerme tranquilamente desde las 11 hasta las 6 a. m.

Día 28.—7 a. m.: temperatura, 36°.5; piel ligeramente húmeda; pulso lleno, depresible, regular y á 72; subsiste la pesantez cefálica; el enrojecimiento del ojo izquierdo permanece estacionario, mientras que el del derecho ha ido hasta producir una hemorragia subconjuntival, que ocupa todo el lado externo del ojo; las petequias palidecen y el tinte icterico es menor; náuseas repetidas; lengua ancha, húmeda y rosada; orina abundante, turbia por la presencia de *epithelium* vesical y moco concreto, rojiza, ácida y sin albúmina. R. Una copa de vino de Champaña con una cucharada de agua alcalina efervescente, cada dos horas. Dieta láctea. A las 4 p. m.: temperatura, 37°; sudor ligero en todo el cuerpo; tranquilidad; ninguna náusea; pulso á 72. A las 10 p. m. toma su mezcla de cloral, morfina y leche como de costumbre, y duerme apaciblemente media hora después; sueño que con leves interrupciones se sostiene hasta las 5 a. m.

Día 29.—7. a. m.: temperatura, 36°.7; piel ligeramente húmeda y menos icterica; las petequias palidecen más; se toma

nota de una equimosis del tamaño de la palma de la mano, situada sobre la cara externa de la pierna derecha, la cual, por su coloración parece tener á lo menos dos días de existencia, habiendo pasado hasta hoy inadvertida; pulso lleno, regular, depresible y á 74; pesantez cefálica ligera; el enrojecimiento del ojo izquierdo ha desaparecido por completo, el del derecho es menor, pero persiste la equimosis subconjuntival; no hay náusea; lengua ancha, húmeda y rosada; orina abundante, enturbiada por *epitelium* y moco vesicales, alcalina y sin albúmina. R. El tratamiento y la dieta de ayer. A las 4 p. m.: temperatura, 37°.2; pulso á 75. A las 9 p. m.: náusea ligera y ansiedad epigástrica, que ceden cuando á las 11 toma su indicada mezcla de cloral, morfina y leche, con lo cual duerme hasta las 5 a. m.

Día 30.—7. a. m.: temperatura, 36°.5; piel húmeda y no icterica; las equimosis son casi imperceptibles, excepto la de la pierna y la subconjuntival, que toman ya un color verde amarilloso; lengua ancha, rosada y húmeda; ligero apetito; orina abundante, límpida, color de ámbar, neutra y sin albúmina. Han ocurrido dos evacuaciones ventrales, de consistencia y aspecto naturales. R. El tratamiento y la dieta anteriores. A las 4 p. m.: temperatura, 36°.7; pulso, 70. A las 10 p. m. toma su preparación de cloral y morfina, no para combatir síntoma ninguno, sino para aumentar el sueño que existe. Duerme bien hasta las 6 a. m.

Día 31.—7 a. m.: temperatura, 36°.6; piel húmeda, no icterica; pulso lleno, depresible, regular y á 60; ligera pesantez cefálica; restos de las equimosis subconjuntival y tibial en vía de reabsorción; lengua ancha, rosada y húmeda; buen apetito; orina abundante, límpida, color de ámbar, alcalina y sin albúmina. R. Su vino de Champaña con agua alcalina, y por alimento, leche, pan tostado, sagú, coladas de arroz, y huevos pasados por agua hirviente. A las 4 p. m.: temperatura, 37°; pulso á 66.

Seis días después, todos los signos de la enfermedad habían pasado, menos la pesantez cefálica, que de tiempo en tiempo se marcaba, y la depresión de fuerzas consiguiente. El 10 se puse en marcha para Bogotá, donde ha permanecido hasta hoy sin alteración ninguna en su salud.

Que en X X. se trata de un caso de fiebre remitente biliosa hematúrica, con todos y cada uno de sus caracteres, me parece que no admite duda; que la causa específica de esa fiebre fue el miasma palúdico y no otro alguno, es por demás claro; pero que en Z. Z. se tratara de una fiebre amarilla, merece discutirse. Verdad que ni una ni otra observación están acompañadas de examen bacteriológico, único medio, según algunos, de ser acreedor á la fe del mundo científico en la precisión de un diagnóstico particular; pero es el caso que yo siempre he creído que, antes de surgir la microbiología, había buenos diagnósticos, y que si Koch hubo de recurrir á tuberculosos clínicos para encontrar su bacilo, fue en diftéricos, calificados de tales porque ofrecían los síntomas descritos por Bretonneau, en quienes Klebs encontró el suyo. Si á esto agregamos que Pettenkofer ingiere, en Munich, y en presencia de testigos fidedignos, toda una colonia de bacilos en vírgula, sin ser por esto víctima del cólera ni mucho menos, habrá de hallárase la razón cuando miro la ciencia de lo infinitamente pequeño, no como el faro que ilumina la senda del médico, sino como un rayo de luz que raras veces está á su alcance y que no pocas lo deslumbra. Verdad también que la marcha de la afección de Z. Z. no es la de una fiebre amarilla típica; pero ¿hay alguna pirexia, siquiera sea exantemática, que permanezca siempre invariable en sus manifestaciones y en el orden en que éstas se suceden? Siendo la enfermedad únicamente un acto biológico pervertido, ¿hay lugar á extrañar que las manifestaciones patológicas del sér organizado cambien, una vez que las fisiológicas hacen otro tanto cuando varían los medios que lo rodean? Paréceme que no: además, no hay que olvidar que las enfermedades, como todo lo que es organización ó efecto de ella, siguen una evolución no interrumpida, que si bien las despoja de algunas modalidades para darles otras, deja siempre en el fondo de ellas caracteres que son inherentes á su esencia: no porque la sífilis sea hoy día menos grave que en la Edad Media, y pase más rara vez al período terciario, dejan de ser, hoy como entonces, los huesos superficiales los predilectos para sus exostosis. De ahí que, imbuído en estas ideas, y hallando en Z. Z. brusca traslación de la altiplanicie á tierra caliente, con previa y prolongada ex-

posición á los rayos solares, ausencia de antecedentes palúdicos, congestión ocular que va hasta la hemorragia, agitación inusitada, ictericia tardía, petequias, extensas equimosis, violenta raquialgia, vómitos sanguíneos y cefalalgia desde que la temperatura desciende, ansiedad epigástrica y discrepancia entre el número de pulsaciones y el calor axilar, no haya vacilado en inscribirlo en mi libro de notas con el título de *fiebre amarilla bastarda*. No quiero, en fin, suponer que ninguno de mis colegas lo tome por un caso de paludismo, porque entonces habría de convenir conmigo en que, sobre ser una forma hasta hoy desconocida, tendríamos una manifestación de las más graves del envenenamiento pantanoso, combatida felizmente por una dosis de 80 centigramos de sulfato de quinina, tomada una sola vez por el paciente, en el curso de diez días que duró la enfermedad. Si, pues, negamos que en el alto Magdalena exista la fiebre amarilla, ya genuina, ya bajo una forma más ó menos modificada por las condiciones locales, confieso ingenuamente, señores Redactores, que no sabría qué lugar asignarle al caso de Z. Z. en el cuadro nosológico.

De ustedes atento y seguro servidor,

JULIO M. ESCOBAR.



REPRODUCCIONES

ESTUDIOS DE HIGIENE

EPIDEMIAS ANTIGUAS Y EPIDEMIAS MODERNAS.—LOS NUEVOS CAMINOS DE LAS GRANDES EPIDEMIAS

Por M. A. Proust, de la Academia de Medicina de París.

(Continuación).

IV.—TIFO Y ENFERMEDADES TIFICAS

La historia del *tifo* es interesante; y parece que es ésta una enfermedad relativamente reciente, puesto que la primera descripción de ella se la debemos á Fracastor, y la primera epidemia considerable fue la que devastó la armada de Lautrec delante de Nápoles. De ahí en adelante el tifo domina en la piretología de los siglos XVII y XVIII, y durante las guerras del pri-

mer Imperio reinó casi en toda la Europa. Hacia 1814 desapareció de Francia, hasta el punto de negar su existencia la mayor parte de nuestros médicos, á pesar de algunas epidemias locales observadas en las prisiones. En este año de 1893, cuando se observó en cierto número de departamentos del Norte y en París, se consideró incierta la diagnosis; no se afirmó la existencia del tifo sino muchas semanas después de su aparición. Por otra parte, en los países en que el tifo es menos excepcional, el principio de algunas epidemias se ha señalado por las mismas fases de incertidumbre; la epidemia de Silesia, por ejemplo, no fue reconocida oficialmente sino en Diciembre de 1876, siendo así que los primeros casos remontaban manifiestamente al mes de Agosto.

Lo que más llama la atención en la historia de la epidemia tífica de 1893, en Francia, es la influencia de los vagos sobre su propagación. El vago camina lentamente: en esta epidemia vemos que un vago contamina á otro vago en los albergues insalubres en que habitan, y luégo van al hospital á infectar á los que los cuidan, médicos, estudiantes, enfermeras laicas ó religiosas, víctimas todos del deber profesional. La prisión, la posada, el refugio común, el asilo para la noche, ven pasar sucesivamente estos huéspedes errantes, pero con lentitud. En esta epidemia, hallamos dondequiera el vago: en Lila, en los alojamientos de la calle de Etaques; en Amiens, en el asilo del abate Clabot; en París, en el depósito de la Prefectura de policía. Preciso es que se sanee el asilo temporal del vago, siguiendo el camino que éste lleva, y que se tomen con tales huéspedes las precauciones necesarias. El señor doctor Napias nos ha dado de ciertas prisiones y asilos dolorosos, pintorescos bosquejos, que desgraciadamente son muy verdaderos.

“Algunas prisiones son exiguas, mal dota las de útiles en lo concerniente á la balneación y á la desinfección. La aglomeración en ellas es frecuentemente considerable, sobre todo durante la mala estación. Es allí donde los vagos van á tomar sus cuarteles de invierno, lo que hacen con una habilidad tál, que hace mucho honor al conocimiento que tienen del código, para hacerse adjudicar los pocos meses de reclusión de que han menester. Antes ó después de la mansión en la prisión, el vago

puede elegir entre el albergue á la intemperie (*à la belle étoile*), que no es siempre el peor, y, si dispone de algún dinero, el alojamiento con cama, provisto de ropa ó mantas que se lavan con regularidad cada quince ó cada ocho días. Estas mantas se dan siempre al ocupante, no á la cama, por período determinado: acuéstese quien se acostare!”

Hay dondequiera alojamientos de este orden ínfimo, en que las mantas se cambian todos los días, pero se las vuelve á emplear después de lavarlas sumariamente para quitarles las manchas demasiado visibles. Este género de hoteles amoblados no es especial de nuestro país: los señores Napias y du Mesnil vieron, en Inglaterra, *common lodging*, en que la promiscuidad era completa. M. Napias visitó, en Anvers, una tarde, una fonda que tenía en la planta baja un garito, y arriba, debajo de las tejas del techo, formando un suelo inclinado, un dormitorio en donde se levantaban camas aquí y allá en todas las orientaciones. En una de esas camas roncaban dos borrachos, una joven dormía en otra, en la tercera estaba una mujer con el niño á quien amamantaba; había lavado las únicas ropas con que lo cubría, y las tenía secándose encima de la cama, colgadas de una cuerda. Para que el niño no tuviera frío, lo había rodeado de su camisa, y ella estaba desnuda, debajo de las mantas ó cobijas medio separadas á causa del calor. Un par de amantes reposaba un poco más lejos; en el lecho vecino, un viejo vago abría los ojos inquietos á la luz de la bujía que alumbraba al visitante.

En los distritos en que el paso de los vagos es considerable, el asilo tiene cierta organización: no es una pieza desnuda con paja sobre la tierra apisonada; el suelo está embaldosado, y el local amoblado con una cama campestre de madera. Allí se acuestan encima y debajo, en los momentos de mucha concurrencia; una vasija de agua y un vaso de noche completan el mobiliario. La paja de la cama se cambia cuando se ha gastado. Encima de la puerta de uno de estos albergues escribió un vago: *Hotel fin de siècle*.

El doctor A. J. Martín y yo visitámos varios de estos alojamientos, que no son en nada superiores á los que acabamos de describir.

En Europa, el tifo reconoce dos focos principales: la Ir-

landa y Silesia: en Irlanda no ha cesado jamás de reinar, y á dondequiera que la emigración irlandesa lleva sus pasos, el tifo la sigue. Así es como el tifo penetra en los grandes puertos de Inglaterra y en la América del Norte. De su segundo foco europeo, la Silesia, el tifo irradia hacia las costas rusas del Báltico, la Prusia oriental, Suecia y Dinamarca. Durante la guerra de Crimea, los ejércitos rusos y aliados fueron diezados por el tifo, que nuestros soldados importaron hasta el Val-de-Grâce, pero que no se fijó en Francia. En 1869, después del hambre, Argelia fue devastada por una espantosa epidemia de tifo. Durante la guerra franco-alemana, el tifo no se mostró ni en París ni en Metz, ni entre los sitiados ni entre los sitiadores. Durante los últimos meses de 1892, y hasta fines de Mayo de 1893, una epidemia formidable de tifo se declaró en el *mutessariflik* de Benghazi (Tripolitana), la antigua Cirenaica, é hizo millares de víctimas, cuyo número no se supo ni se sabrá jamás. Como sucede casi siempre en las epidemias orientales, no se conocen la naturaleza y la magnitud del mal, sino cuando éste llega á su fin.

Tan débil es el contagio de la fiebre tifoidea, como fuerte el del tifo: en los hospitales, y en los ejércitos en campaña, la enfermedad acomete cruelmente á médicos y enfermos; en Crimea, de 450 médicos, murieron de tifo 58; en Irlanda, en un período de veinticinco años, de 1220 médicos encargados del servicio de los establecimientos públicos, hubo 560 con tifo, y murieron 132 (Murchison). A propósito del tifo, es permitido decir que la historia de las enfermedades de los pueblos no puede separarse de la historia de la civilización. Atacando la ignorancia, la intemperancia y la imprevisión, es como se evitan las grandes epidemias de hambre, de las cuales es el tifo cortejo inseparable. El tifo, dijo Virchow, es un castigo que el pueblo se inflige á sí mismo, por su ignorancia y su indiferencia. A este respecto, se han cumplido ya grandes progresos, que sería injusto desconocer. No obstante, la Irlanda y la Prusia oriental están siempre bajo la inminencia de los mismos desastres, y una mala cosecha basta para que estos pueblos sufran de hambre y de tifo. Fuera de Europa, las condiciones son aún más deplorables: en Argelia, la incu-

ria y el fanatismo de los árabes los expone perpetuamente al hambre y á todas sus tristes consecuencias; el tifo de Argel en 1869 sirve de lamentable ejemplo. Análogas condiciones, pero en escala mucho más vasta, se hallan en las Indias orientales, donde la vida de más de 200 millones de individuos depende del éxito de una cosecha de arroz. Tócales á Francia y á la Gran Bretaña el honor de hacer cuanto les sea posible para prevenir estas grandes catástrofes, que tienen constantemente amenazada de hambre y de tifo á una porción notable de la humanidad.

V.—LA PESTE

Agosto 6 de 1720.—*Gaz. de Holl.*, viernes 9 de Agosto.

“La peste está en Marsella, y la han traído los buques á los cuales se dio falsa declaración para evitar la cuarentena; no se extenderá mucho, porque M. Moustier ha establecido buenas órdenes. Se han llevado los pestíferos á las enfermerías; después de que mueren, los parientes y los que habitan en sus casas son conducidos también á las enfermerías, y sus casas se cierran con muros. Los equipajes de los tres bajeles pestíferos fueron enviados á una isla desierta (*Hyères*), á dos leguas de Marsella, con las mercaderías.”

15 de Agosto.

“La peste continúa en Marsella, y el hambre también, porque no hay víveres ni dinero; los burgueses no se han podido ir para sus *bastillas*; han negociado sus piastras á 14 francos 10, y no les queda más que el papel. El parlamento de Aix prohibió la comunicación, so pena de la vida; todos los vecinos están vigilantes: es un verdadero infierno el estar así sin socorro y sin esperanza. Se dice que el obispo hace maravillas.”

25 de Agosto.

“La peste de Marsella se ha extendido á los campos, y se empieza á temer por la Provence; 6,000 paisanos guardan la Durance para los franceses; el Duque de Saboya hace guardar el Var. En Barcelona se ha prohibido toda correspondencia con Marsella, y lo mismo han hecho todos los países extranje-

ros, lo que dará por resultado la ruina del comercio de esta ciudad.”

— — —
2 de Septiembre.

“La peste está en Marsella más fuerte que nunca. Se ha enviado para allí á M. Chicoyneau, médico de Montpellier, canciller de la Universidad, yerno de Chirac, médico del Regente, con un tal M. Loutré, hábil cirujano. Ellos le escribieron de allí á M. de Roquelaure, comandante en Languedoc, que acababan de ver el espectáculo más lamentable y espantoso que la naturaleza puede presentar á los hombres: una enfermería donde hay más de 500 enfermos moribundos, abandonados y sin ningún socorro, pues no tienen ni siquiera agua para beber; una aglomeración de cadáveres, que no se sacan, permanece en las salas de la enfermería; una ciudad desolada que gime, familias enteras destruídas, los médicos y cirujanos casi todos muertos, los religiosos de la Mercy reducidos de 80 á 4, de los cuales huyeron yá 3; los alrededores de la ciudad plagados de pillos y ladrones que saquean las *bastillas* de los burgueses, quienes no saben cómo podrán escapar de la peste ó de los ladrones. Los genoveses, por piedad, les acaban de enviar 8,000 quintales de trigo, y hacen la guardia en Montpellier. Todos los cuerpos, empezando por el clero, hacen esta guardia, y no dejan entrar á nadie. En Aix murió un hombre de la peste en un barrio, y la casa mortuoria fue amurallada; en la puerta de la ciudad *se dio muerte á tres hombres de Marsella* que quisieron entrar. El Parlamento juzgó necesario este homicidio y ordenó una guarda exacta. En Lyon se empezó también á poner guardias en las puertas; el Arzobispo mismo comenzó á hacer guardia, y no se dejaba entrar á nadie sin un billete de salud.”

— — —
25 de Septiembre.

“La peste sigue en Marsella más fuerte que nunca. M. de Sangeron, comandante de las galeras, entró á la ciudad con tropas y con los condenados á galeras, quienes limpiaron en tres días la ciudad de los cuerpos muertos y de las inmundicias; pero tres días después yá estaba de nuevo en pésimo estado. El consejo dio un decreto en 26 artículos, con fecha 14 de Septiembre, el cual es un bello reglamento sobre las pestes

y las prevenciones. El Obispo, que hasta el presente ha hecho maravillas, viendo que yá no habrá remedio, se encerró con víveres en su casa y la hizo amurallar. El pueblo—que casi nunca tiene razón y que no la tuvo en este estado de dolor, porque el dolor es injusto—se disgustó con el Obispo; rodeó su casa de cadáveres para hacerlo perecer, y le arrojó algunos por encima de las paredes; éste fue un sitio de nuevo género, que el Obispo se vio obligado á sostener. El mal llegó á Provence y destruyó muchas grandes aldeas. Se vende en París un escrito con el título de *Perfumes y remedios contra la peste*, de que se sirvió el P. León, agustino descalzo de Francia, por orden del Rey, en 1666, 1667, 1668 y 1669. Oíle decir á Chirac, médico del Regente, que la declaración de la peste es peor que la peste misma, porque no hay comunicación de ciudad á ciudad, ni de aldea á aldea, y porque se carece de víveres y de socorros, lo que causa males al espíritu y al cuerpo, el hambre y los delirios.”

— —

11 de Diciembre.

“Se han visto cartas de Marsella, del 27 de Noviembre, en que se dice que la peste está más declarada que nunca; que cuarenta personas sanas fueron atacadas, en un mismo día, de esta enfermedad, con todos los signos más característicos de la peste, y tales como no se les había visto semejantes; que murieron en dos días; que se atribuye esta nueva desgracia á los días cálidos que reinaron últimamente, y que no se tiene más esperanza que la helada, pero que se teme que en la primera *reverdezca*, es el término de la carta. Brune, famoso negociante de Marsella, escribe que no se extrañe que no escriba más, porque no le queda yá más que una hoja de papel.”

(Continuará).



V A R I A

CORRESPONDENCIA MEDICA

Girardot (Cundinamarca), Marzo 1.º de 1894.

(DOCTOR AURELIO FAJARDO)

Tengo mucho gusto en corresponder á la invitación que se sirvieron hacerme los señores Redactores, en su circular, y envíoles hoy mi primera revista, la cual corresponde á mi práctica médica de un año en esta sección de la República.

Aun cuando esta población y sus alrededores gozan, desde hace algún tiempo, de gran fama por lo malsano de su clima, yo, en un año que llevo de permanencia aquí, no he visto nada que la justifique, pues no sólo no se ha presentado ninguna epidemia, sino que la mortalidad es muy poca si se la compara con la de otras poblaciones, que están rodeadas de mejores medios, y en donde las autoridades se preocupan más quizá por la observancia de algunas medidas higiénicas, que aquí no se practican.

La comparación entre el número de nacimientos y el de las defunciones, en el año pasado, y el hecho de contar ya la localidad con un vecindario de cerca de 3,000 habitantes, demuestran la bondad relativa del clima de este lugar. Esto influirá, no lo dudo, en el ánimo de muchas de nuestras gentes del interior, quienes temen á estos climas como á una verdadera epidemia, y dejan de extender sus relaciones comerciales é industriales, por una preocupación que es hasta cierto punto infundada, si se tienen en cuenta los beneficios y cambios climatéricos favorables, que traen consigo las buenas costumbres y las industrias bien establecidas.

Colocada la parte alta de la población á 120 metros, más ó menos, del Magdalena, á una altura sobre el río de 35 á 40 metros; en un terreno casi completamente plano y en partes bajo y pantanoso, sin desagües artificiales ni naturales, en donde las aguas lluvias se depositan en tiempo de invierno en grandes cantidades y á distancia de un kilómetro y medio nada más de la población, es natural que el desarrollo de efluvios, y miasmas palúdicos consecutivos, forme la base de nuestra patogenia.

Además, es tan reducida el área de población, que las casas, amontonadas, aunque en orden, casi no tienen solar, ó si lo tienen es muy pequeño; y es esta la causa de que en un espacio relativamente pequeño para tierra caliente, vivan muchas gentes amontonadas, en compañía de perros, gallinas, cerdos, etc., que son los encargados de hacer la policía de las materias fecales, pues casi en ninguna casa hay excusados, y la gente no se preocupa tampoco por esta incomodidad. Además, las basuras y desperdicios de las casas las arrojan á lo sumo á algunos zanjones que quedan dentro de la población, y allí permanecen hasta que el invierno barre todo y hace la limpieza, que tan fácilmente pudiera hacerse si las autoridades tomaran parte en el asunto.

Son también insuficientes las bodegas de los vapores y del Ferrocarril, y la carga permanece entre la población y el río, á la intemperie, por mucho tiempo, sobretudo en los largos veranos en que los vapores no pueden subir el río por falta de agua. Entonces los depósitos de cueros, principalmente, envenenan el aire, produciendo efluvios que sin duda han sido la causa de las epidemias de otros tiempos, de las cuales ahora nos hemos salvado por causas desconocidas.

El matadero público, consistente en seis ú ocho postes enterrados que sostienen un techo de paja, colocado al Noroeste de la población, lejos del río relativamente y á donde hay que transportar, en barriles, el agua necesaria para limpiar á medias las mesas en que se expende la carne, constituye otro foco de infección no menos peligroso. Es de notarse también que en los días de mercado se expende en la plaza una gran cantidad de carne venida del Tolima y de las haciendas y pueblos vecinos, sin que nadie sepa su verdadera procedencia; carne que extienden los vendedores en cueros, que por la humedad del suero sanguíneo y por la acción de los rayos solares, se descomponen fácilmente y despiden olores nauseabundos, que se perciben muchas veces dos y tres días después del mercado.

Ninguna de las calles de la población está empedrada, y como el terreno es casi completamente plano, en los inviernos se forman en todas ellas lodazales, que no se secan sino en los veranos rigurosos, y esto, por consiguiente, es otra causa de infección que ni siquiera se ha pensado en remediar.

Pudiera extenderme más sobre el particular; pero creo que las causas apuntadas son suficientes para llamar la atención de la Junta de Higiene y de la Academia Nacional de Medicina, á fin de que, interesadas estas dos Corporaciones en el asunto, interpongan su influencia y autoridad cerca del Gobierno, para obtener de éste los medios de remediar los males que amenazan tan seriamente á un pueblo que, por su situación topográfica, está llamado á ser uno de los primeros centros comerciales de la República.

Si á todo esto se agrega una temperatura media de 28 á 29° del centígrado, con oscilaciones de 5 y 6°, se puede calcular fácilmente que todas ó casi todas las enfermedades que se presentan llevan por compañero inseparable el paludismo, cuyas manifestaciones todas se observan diariamente, desde la fiebre perniciosa de forma cerebral y disintérica, hasta la caquexia palustre, las intermitentes, etc.; manifestaciones que ceden fácilmente al tratamiento por el sulfato de quinina, la quina, el arsénico y los tónicos.

Fuera del paludismo, de algunos casos de sífilis, de tubérculos y de miseria fisiológica, que tan á menudo se observan, sobre todo en la clase pobre, los casos que he tenido ocasión de seguir en un año se reducen á los siguientes:

1.° Hepatitis supurada en un alcoholizado, tratada quirúrgicamente por el método de las incisiones largas, y terminada por la muerte, por agotamiento, diez días después de la evacuación del pus.

2.° Caries de la tibia en un muchacho escrofuloso, tratada quirúrgicamente por la resección casi total del hueso, con resultado satisfactorio.

3.° y 4.° Epitelioma de la lengua y mixoma del velo del paladar, tratados ambos por las inyecciones colorantes de picotánico sin ningún buen resultado.

5.° Distocia por presentación del hombro, operada después de 48 horas de trabajo y de 12 de manipulaciones inútiles, seguida de fiebre puerperal y terminada felizmente para la madre, debido quizá á la antisepsia, á las inyecciones desinfectantes intrauterinas, y al tratamiento al interior por el sulfato de quinina como base, los tónicos y los estimulantes.

6.° Retención placentaria por adherencia incompleta, ope-

rada 16 horas después del parto (hora en que fui llamado), seguida de fiebre puerperal, y terminada por la muerte al 4.º día, á pesar de una antisepsia rigurosa y de un tratamiento semejante al anterior, aunque con algunas pequeñas variaciones.

7.º Caso sospechoso de envenenamiento, denunciado por mí á la autoridad, y que ha quedado en la oscuridad.

8.º Neumonía infecciosa de origen palúdico, cuya historia tengo el gusto de acompañar (1).

MEDICINA PRACTICA

TRATAMIENTO DE LA PERITONITIS TUBERCULOSA POR LAS INYECCIONES DE NAFTOL ALCANFORADO

El doctor Guignabert recomienda en su tesis el empleo de las inyecciones de naftol alcanforado, para el tratamiento de la peritonitis tuberculosa. Cita dos casos en que los resultados obtenidos han sido del todo satisfactorios, y advierte que las formas ascíticas de la enfermedad son las que más ventajas reportan de este tratamiento.

Hé aquí la técnica operatoria que preconiza:

En materia de instrumentos, basta poseer un trócar ordinario de Reybard y una jeringa de Pravaz; como sustancias medicamentosas, un poco de naftol alcanforado puro, y una solución antiséptica para lavar la región donde se hace la punción.

Después de lavar cuidadosamente, con alguna solución antiséptica, un punto situado á igual distancia del ombligo y de la espina iliaca anterior y superior, en que no aparezca vena alguna dilatada, se practica allí la paracentesis, sirviéndose para ello de un trócar sometido á la acción de la llama.

Se deja salir casi todo el líquido, dejando sólo una mínima porción de él en el vientre. Se inyecta entonces, por la cánula, en la cavidad peritoneal, el contenido de cinco jeringas de Pravaz de naftol alcanforado. Se retira al punto la cánula, y se cierra la abertura abdominal con algodón aséptico y colodión.

(1) Esta observación fue publicada en nuestro número anterior.

(N. de la R.),

Los fenómenos consecutivos son de lo más sencillo. El naftol alcanforado, debido á los movimientos peristálticos del intestino, recorre toda la cavidad peritoneal, y puede así ejercer su acción modificadora, directamente, sobre todos los puntos enfermos.

Los enfermos á quienes se ha aplicado este tratamiento, sólo han sentido dolores insignificantes, durante las pocas horas que siguen á la intervención. Apenas sí, en los días siguientes, el vientre se manifiesta sensible á la palpación, y la temperatura es mayor que la normal: en los casos citados, se la vio subir, el tercero y cuarto día, á 38°.2, y una vez á 39°.

Es de notarse también que una ligera ascitis aparece en los primeros días que siguen á la operación; ascitis que no tarda en desaparecer definitivamente.

Las consecuencias alejadas nada tienen de graves. Cuando la ligera reacción peritoneal ha desaparecido, y cuando el vientre ha vuelto á aparecer suave, blando, se perciben masas pastosas, formadas probablemente por neomembranas y por el epiplón engrosado.

Estas masas persisten durante bastante tiempo, pero disminuyen diariamente; de suerte que al cabo de dos meses, poco más ó menos, el vientre se vuelve blando en toda su extensión, y ya no se perciben en él masas pastosas ó duras.

(*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*).

FORMULARIO

11.—*Tópico contra la erisipela.*

M. Constantin-Paul aconseja aplicar sobre las placas recientes la pomada siguiente:

R. Vaselina blanca.....	40	gramos	00	centigramos
Sacarato de cal.....	10	—	00	—
Sublimado	0	—	05	—

La curación se obtendrá en tres días con la ayuda de este tópico.

BIBLIOGRAFIA

4.º *Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles, pour 1894, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, pharmacien de 1^{re} classe, lauréat de l'École de pharmacie de*

Paris. Introduction par le D^r HUCHARD, médecin des hôpitaux. *Cinquième édition*. 1 vol. in 18 de 314 pages, cartonné, 3 fr.

M. BOCQUILLON-LIMOUSIN est l'auteur de trois Formulaires dont le succès va toujours croissant, grâce à leur ingénieuse conception et au soin avec lequel ils sont tenus au courant des progrès de la thérapeutique: le *Formulaire des alcaloïdes*, le *Formulaire de l'antiseptie*, et le *Formulaire des médicaments nouveaux* arrivé à sa 5^e édition.

Les formulaires ayant quelques années de date ne répondent plus aux besoins actuels, tant la matière médicale s'est transformée par de nombreuses acquisitions. Un peu dérouté au milieu de cet arsenal exotique, dont la posologie est incertaine et les propriétés physiologiques à peine indiquées, ce n'était pas sans inquiétude que les médecins ordonnaient et que les pharmaciens livraient à leurs clients des produits de synthèse mal purifiés et des drogues vaguement déterminées. Les voici en possession d'un guide précieux, grâce à ce formulaire, qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

Parmi les 500 articles importants qu'il renferme, nous citerons l'*antipyrine*, la *caféine*, la *cocaïne*, l'*exalgine*, l'*hyppone*, l'*ichtyol*, les *injections d'huile*, la *kola*, le *menthol*, le *naphto*, la *phénacétine*, la *résorcine*, la *saccharine*, la *salipyrine*, le *salol*, le *strophantus*, le *sulfonal*, etc.

L'édition de 1894 contient un grand nombre d'articles nouveaux, parmi lesquels nous signalerons les suivants: *Abrine*, *Agathine*, *Alumnol*, *Antispasmine*, *Benzonaphthol*, *Bétol*, *Cardine*, *Chloralose*, *Créosotal*, *Dulcine*, *Eucalyptol*, *Extraits d'organes*, *Formanilidine*, *Gal'anol*, *Gallobromol*, *Hydrastinine*, *Kola*, *Liquides Capsulaire*, *Cérébral*, *Pancréatique*, *Testiculaire*, *Thyroïdien*, *Pental*, *Pipërazine*, *Scopolamine*, *Sels de strontiane*, *Sirum artificiel*, *Thiosinamine*, *Tilpyrine*, *Tolysal*, *Trional*, *Urophérine*, etc., qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire.

Le *Formulaire des médicaments nouveaux* de BOCQUILLON-LIMOUSIN est donc le complément indispensable des Formulaires officinaux et magistraux précédemment parus, et notamment du *Formulaire officinal et magistral* de JEANNEL, qui reste toujours le plus complet de tous.

Los articulos no firmados pertenecen á

LA REDACCION.