

Revista Médica

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA DE BOGOTA

REDACTOR, DOCTOR PIO RENGIFO

SERIE II.

Bogotá, Agosto 1.º de 1874.

NUMERO 16

PARTE OFICIAL.

SESION DEL DIA 9 DE MAYO.

PRESIDENCIA DEL SEÑOR DOCTOR SARMIENTO.

En Bogotá, á 9 de mayo de 1874, se reunió la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales con el quórum reglamentario. Faltaron con excusa los doctores Montoya y Pizarro, y sin ella los demas miembros.

Se leyó y fué aprobada el acta de la sesion anterior.

Se puso despues en conocimiento de la Sociedad el recibo de algunas comunicaciones en que aceptan el cargo de miembros corresponsales de la Sociedad los señores Manuel Vicente de la Roche, Ricardo Rodriguez, Aureliano Posada, Primitivo Sinisterra, Ramon Rojas, Francisco N. Azuero é Ignacio Osorio Lozano. El señor E. Estrada, vecino del Estado de Santander, se excusó de admitir dicho destino.

Acto continuo el señor doctor Osorio obsequió á la Sociedad con varios trabajos científicos, y al hac rlo se expresó en los siguientes términos:

“Tengo el honor de presentar á la Sociedad una obra titulada “Trabajos científicos del doctor Antonio Vargas Reyes.”

Un trabajo “sobre el alcohol, el alcoholismo y la pelagra,” por el doctor Nepomuceno Contreras.

La tésis para el doctorado del señor Daniel J. Castañeda, que trata de la muerte aparente.

Un trabajo del señor doctor Joaquín García, sobre la lepra de los Griegos, cuyo título es “Paralisis tegumental,” interesantes páginas, en donde resalta el espíritu de observación del autor. Busqué con empeño el tratado sobre observación del mismo y no he podido encontrarlo.

La tésis del doctor Jos é M. Ruiz, sobre lá lepra de los Griegos.

Un trabajo sobre el tejido fibroso y la distincion de sexos de la trichina spiralis, por mi estimado maestro y amigo señor Eloy Ordoñez.

Varios trabajos de nuestro distinguido compatriota doctor José Triana cuyo título es “Plantas escogidas de la Nueva Granada”; y

El cuadro del movimiento de enfermos en el Departamento de hombres, correspondiente al mes de abril.”

En seguida se leyó y puso en discusion el trabajo de los doctores Aparicio y Pizarro, “sobre un caso de fiebre tifoidea, seguida de remitente,” y el informe presentado por el doctor Gómez, quien manifestó que en su informe no habia disicntido la posibilidad de la existencia de un absceso, por no poder verificar su asercion con la autopsia.

A propósito de esto el señor doctor Aparicio pidió la palabra y se expresó en los términos siguientes:

“La observacion que en asociacion del doctor Pizarro he tenido el honor de presentar, es, á mi modo de ver, rara é interesante para la ciencia; rara porque hasta ahora no se ha presentado el caso de una fiebre tifoidea seguida de remitente pernicioso; interesante porque ella dará ocasion á que oigamos las opiniones de los ilustrados miembros de esta Sociedad, objeto principal de la presentacion de este caso.

Si, como el doctor Gómez se inclina á creer en su informe, fué simplemente una recaída la que sobrevino á nuestro enfermo, sobre nosotros recaeria el gravísimo cargo de haberle tratado por el sulfato de quinina á altas dosis. Para creerlo así, no habia síntoma alguno, por que, como lo dice la observacion, el riguroso exámen que practicamos nos permitió creer que lesion orgánica no era de suponerse puesto que la sintomatología era á este respecto completamente negativa.”

Doctor Rocha. “No es mi intencion discutir ahora sobre el fondo de la cuestion: tiempo nos ha de sobrar para que, despues de haber copiado materiales clínicos y necroscópicos suficientes, que sirvan de base á nuestros raciocinios, emita cada cual en el seno de esta Sociedad, su opinion relativa á la frecuencia, ó á la rareza de las fiebres remitentes perniciosas en esta capital. Quiero solamente limitarme al exámen de la interesante observacion presentada por los doctores Pizarro y Aparicio, y juzgar, con los mismos datos suministrados por ellos, si en efecto, en el caso cuyos portadores nos describen, hubo una fiebre remitente pernicioso consecutiva á una fiebre tifoidea ya curada.

Por mi parte, señores, creo que en ese caso no hubo fiebre remitente, y que lo que como tal se diagnosticó no fué otra cosa que una recaída de fiebre tifoidea, durante la cual se presentaron exacerbaciones más apreciables que las que en circunstancias semejantes generalmente se observan. Posible es aun que el conjunto de síntomas que á juicio de mis dos distinguidos colegas ántes mencionados, caracterizaron la fiebre remitente, dependiese exclusivamente de la continuacion de la fiebre tifoidea, que por un momento, es decir, durante un dia, se creyó curada por que el pulso bajó á 80 pulsaciones por minuto. Nada de raro ó de extraño seria que aqui, como con alguna frecuencia sucede despues de una falsa convalecencia, al fin del segundo septenario, la fiebre hubiese continuado adquiriendo mayor gravedad en el tercero, hasta el punto de terminar con la vida del paciente.

La fiebre remitente pernicioso es rara en Bogotá; mientras que las recaídas de fiebre tifoidea son relativamente frecuentes, y nótese bien que en estas recaídas los síntomas que caracterizan la enfermedad, son oscuros é insidiosos, y que en ellos más bien que en la fiebre tifoidea primitiva, de la cual son consecutivos, se manifiestan de preferencia esas exacerbaciones nocturnas que simulan una verdadera fiebre remitente. Entre nosotros, es cierto, muchas fiebres tifoideas son precedidas y seguidas de un movimiento febril intermitente, pero la intermitencia en este caso no proviene de una infeccion palustre. Sea este el momento de rechazar la idea, bastante generalizada, de que á esta última causa deben atribuirse ciertos movimientos febriles fugaces é intermitentes que á veces constituyen los prodromos de una enfermedad aguda benigna ó grave, que está muy lejos de ser determinada por la accion deletérea de los efluvios.

Leyendo con cuidado la observacion no se nota mucha diferencia entre el estado del pulso durante la exacerbacion y despues de ella. Diez pulsaciones de más ó de ménos en el curso de una fiebre casi nada significan. El delirio y la agitacion del paciente por la noche, coincidiendo con el ligero aumento de las pulsaciones, nada prueban tampoco, puesto que todos sabemos que estos síntomas aparecen regularmente por la noche, ó adquieren entónces mayor intensidad

independientemente de todo elemento palustre. Además, los doctores Pizarro y Aparicio no nos dicen que el sudor terminase precisamente en cada exacerbación del movimiento febril. Mencionan sí, sudores insignificantes al principio y copiosos al fin de la enfermedad; pero ¿quién ignora que en la fiebre tifóidea, benigna ó grave también existen estos sudores en multitud de casos? El señor doctor Gómez, en su informe, dice con mucha razón, que habiendo faltado la autopsia, en el hecho especial á que nos referimos, no tenemos base alguna verdadera para caracterizar la enfermedad cuya historia se nos ha detallado; pero aun suponiendo que el exámen cadavérico hubiese permitido buscar las alteraciones anatómo-patológicas que produjeron la muerte, posible es que no se hubiese hallado ninguna, puesto que los autores nos enseñan que en las recaídas de la fiebre tifóidea, las lesiones características de esta enfermedad son realmente raras.

Los doctores Pizarro y Aparicio administraron sulfato de quinina á altas dosis; sin embargo el mal siguió su curso fatal, sin que se observase siquiera alguna influencia benéfica como resultado del tratamiento empleado. Sin darle á este hecho más importancia del que en sí encierra, sí debemos tenerlo en cuenta, como un elemento de criterio que nos ayuda á disipar las dudas que todavía abrigamos respecto de la naturaleza del mal. Añádase á este hecho otro no menos importante, deducido de la marcha de la enfermedad. En efecto, las fiebres perniciosas matan casi siempre en el segundo, tercero ó cuarto acceso, á más tardar, exceptuando casos especiales que por mi parte no he visto. Ahora bien, en la observación de los doctores Pizarro y Aparicio, las exacerbaciones se repitieron por muchos días consecutivos ántes de la muerte del enfermo.

Permítaseme una reflexión ántes de concluir: he notado cierta tendencia á confundir las fiebres remitentes perniciosas con la fiebre remitente biliosa de los países cálidos. La primera es evidentemente de origen palustre; mientras que la segunda depende de ciertas condiciones de alta temperatura y humedad climatéricas, incompletamente conocidas hasta hoy. Contra una de esas enfermedades es eficaz el tratamiento por la quinina, mientras que la otra resiste á este medio curativo y cede más bien á la acción de los purgantes, particularmente del calomel.²

Doctor Aparicio—La posibilidad de que existiese algun absceso profundo en alguno de los órganos, fué otra de las cuestiones que tuvimos presentes al establecer nuestro diagnóstico, y creyendo que el riñón sería el origen donde esta lesión se revelaba por menos síntomas, suplicamos al señor doctor Liborio Zerda hiciera el análisis de la orina, y por medio de él no descubrió sino una pequeña cantidad de albumina, que, como se sabe, depende de otras muchas causas independientes de la inflamación.

La diarrea que se observó en los últimos días del paciente, dependió de la acción irritante del sulfato de quinina. Hacia esta época no hubo tampoco meteorismo ni ningún otro síntoma de los que del lado de las vías digestivas se observan en la fiebre tifóidea.³

Doctor Plata Azuero—“Empiezo por declarar que si me hubiera hallado en presencia del caso que nos ocupa, habría obrado bajo la inspiración que guió á los autores de la observación: esto quiere decir, que para mí la enfermedad que arrebató al paciente, no fué una recaída de una fiebre continua, sino un ataque de una afección distinta, la que no fué, á mi juicio, otra cosa que una fiebre palustre perniciosa. Voy á expresar las razones en que apoyo mi opinión, y á ensayar el rebatir las que sostiene la omisión y las que acaba de emitir el señor doctor Rocha C.

Todos estamos acordes en creer que la primera afección del paciente fué una verdadera fiebre continua, de carácter tifóideo: el cuadro es completo; nada en él faltó para caracterizar el tifoidismo de una manera evidente. La disidencia no empieza sino cuando comienza la segunda enfermedad. Es de allí, pues, y solamente de allí de donde voy á tomar la afección, para tratar de probar las dos siguientes proposiciones: 1.^a la segunda enfermedad que atacó al sujeto en cuestión, no fué una recaída de fiebre continua,

sino una verdadera fiebre palustre; 2.^a esa fiebre se presentó bajo la forma perniciosa.

En efecto, señor Presidente, el paciente cae nuevamente enfermo después de algunos días de perfecta covalencia, covalencia que no ha sido puesta en duda ni por los mismos profesores que combaten las ideas de los autores de la observación. ¿Y cuál fué el aparato de síntomas que se presentó á los ojos de aquellos profesores? Una fiebre que en las mañanas daba al pulso 100 pulsaciones por minuto, y que por las tardes de las 2 á las 3, lo hacía subir á 120 ó 130 pulsaciones; esta exacerbación periódica traía consigo viva cefalalgia, agitación, delirio y aumento de calor, que eran seguidos de copiosos sudores. Estos sudores producían la relajación de esa tensión violenta del organismo, la calma del paciente, la desaparición del delirio, el descenso de la temperatura y la baja de 20 á 30 pulsaciones por minuto. En las mañanas los observadores hallaban al paciente en bastante buen estado, sin observar otro síntoma notable que la aceleración del pulso, el que latía 107 veces por minuto; pero por la tarde volvía á aparecer la misma escena de las tardes anteriores. ¿No es esto, señor, la verdadera marcha de una fiebre remitente, ó si se quiere de una fiebre pseudocontinua, esto es, de una de las formas del paludismo? ¿Dónde están los síntomas característicos de la fiebre tifóidea? Los observadores no hallaron, ni dolor en las fosas ilíacas, ni meteorismo, ni garguleo intestinal, ni manchas rosáceas, ni sudamina, ni petequias, ni enrojecimiento, ni contracción, ni sequedad en la lengua, ni ninguno de esos síntomas cuyo conjunto caracteriza el tifoidismo, síntomas todos que se hallaron en su completa manifestación en la primera enfermedad del paciente. ¿Cómo, pues, llamar “recaída de fiebre tifóidea” una enfermedad en que faltan los caracteres propios, los rasgos fisiomónicos característicos, los síntomas patognomónicos de esta enfermedad? Y no se diga que los observadores pudieran dejar de inquirir la existencia de estos síntomas, pues, por el contrario, ellos interrogaron en el mayor esmero todos los órganos de la economía, y debieron hacer este estudio preocupados con la reaparición de la fiebre tifóidea, más bien que con la reaparición de la fiebre palúdica, puesto que aquella era la enfermedad que acababa de sufrir el paciente, y ellos son sobrado instruidos para saber cuán fáciles son las recaídas en las fiebres continuas. Y apesar de esta preocupación, ellos nos dicen que no hallaron los síntomas de la fiebre tifóidea, y sí encontraron todos los característicos del paludismo. Además, téngase en cuenta que quienes esto nos afirman, son profesores muy conocidos entre nosotros; profesores que están al alcance de las actuales discusiones sobre la naturaleza de las fiebres en esta ciudad; profesores que en ese estudio no solo estaban animados por el interés de la ciencia y de su propia honra, sino por el interés que en ellos despertaba la salvación del jóven é interesante enfermo, y el cuidado que debían desplegar en el exámen de ese caso que iban á someter á la discusión en esta Sociedad. Pero el señor doctor Rocha nos dice que las exacerbaciones nocturnas se presentan en las fiebres continuas, y que ellas no bastan á caracterizar el paludismo. El señor doctor Rocha tiene razón: en las fiebres continuas se presentan esas exacerbaciones febriles; pero ellas están muy distantes de semejarse á los accesos que se observan en las fiebres palustres; en aquellas, el pulso va acelerándose poco á poco, paso á paso de una manera insensible, desde por la mañana hasta llegar en la noche á su más alto grado; mientras que en las fiebres palustres, en su forma remitente, esa exacerbación constituye un verdadero acceso que no consiste en el aumento gradual y paulatino del estado febril, sino en la brusca exacerbación de la fiebre, en el aumento inesperado y notable de las pulsaciones, y en la aparición más ó menos repentina de síntomas que no se hallan durante la mañana, y que no se encuentran sino en su más débil manifestación. Además, esos accesos se presentan casi constantemente durante el día, y más especialmente de las dos á las tres de la tarde, mientras que en las fiebres continuas la exacerbación llega á su máximo de intensidad en las noches ó en las madrugadas. Ahora bien, si en el paciente se han presentado los accesos, con los caracteres propios del paludismo; si en él

faltaban los síntomas y los signos propios de las fiebres continuas ¿por qué llaman tifoidea aquella enfermedad? ¿Dónde se halla una sola manifestación, un solo fenómeno típico que la caracterice?

Por otra parte, el señor doctor Rocha Castilla nos declara que es muy común que las fiebres intermitentes simples se presenten inmediatamente después de las continuas; esta es una verdad, y esa verdad fué la que se presentó en la fiebre en cuestión, con la sola diferencia de que los accesos tuvieron al principio el carácter de intermitente simple; pero bien pronto tomaron el de pernicioso cerebral, que fué, en mi opinión, la enfermedad de que pereció el paciente. Y digo que aquella fiebre palúdica fué la forma pernicioso cerebral, por que los síntomas y la marcha de la afección que estudiamos, son los síntomas y la marcha de esa forma de la infección palúdica: accesos por las tardes con pulso que latía 20 ó 30 veces más que por la mañana, con intensa cefalalgia, con agitación y delirio, seguidos de sudores que traían en la mañana la calma de todos esos síntomas; he ahí en globo los rasgos fisiológicos de cierta variedad de la fiebre palustre pernicioso, y aquí los que se presentaron en el enfermo de los doctores Aparicio y Pizarro: luego el sujeto de la observación sufrió una verdadera fiebre pernicioso cerebral.

Pero el Sr. Dr. Rocha nos pregunta: ¿y son tan frecuentes las fiebres perniciosas como las continuas? Es verdad que no; la forma pernicioso no solo es muy rara en este clima, sino que no es común aun en los países calientes, bañados con una atmósfera cargada de miasmas palúdicos; pero de que sea rara no se deduce que no suela presentarse, aunque raras veces, en esta ciudad bajo la forma cerebral ó intestinal ó pectoral ó otra, como algunas veces hemos tenido ocasión de observarla.

Aunque yo sostengo que en Bogotá son muy frecuentes las fiebres palustres, y aun más que las continuas, conyengo en que si se nos habla de un enfermo que ha sido atacado de fiebre con síntomas cerebrales, en un país caliente, debemos inclinarnos á sospechar la existencia de una fiebre pernicioso; como si se trata de esa misma enfermedad en Bogotá debemos suponer que es un caso de fiebre continua, ó de una inflamación cerebral, más bien que de un ataque pernicioso; pero, lo repito, de que esta forma sea rara aquí, no se sigue que no exista, como no debe deducirse que no pueda presentarse la fiebre tifoidea en los países cálidos, por la sola razón de que allí es poco frecuente esta enfermedad.

Desde el momento en que se conviene en que en Bogotá se presentan casos frecuentes de paludismo, se conviene también en que esa entidad febril puede presentarse bajo la forma intermitente, la remitente, pseudo-continua, y por consiguiente la pernicioso, pues estas no son sino meras formas, variantes apenas del paludismo, y no enfermedades distintas. Si, pues, hay aquí casos de fiebres intermitentes, es evidente que deben hallarse también hechos, aunque raros de fiebres perniciosas, de las cuales es, á mi juicio, el observado por los doctores Pizarro y Aparicio.

Pero el señor doctor Rocha pregunta si una fiebre pernicioso puede durar tanto tiempo como duró en el individuo en cuestión Y yo contesto que aunque es verdad que lo más común es que un ataque pernicioso arrebatase al enfermo en el primer acceso, es muy frecuente observar accesos perniciosos que duran 45 y aun más días, debiéndose tener en cuenta que es muy raro que la fiebre pernicioso se presente bruscamente en un individuo sano; que lo que se observa frecuentemente es que el acceso pernicioso no se muestra sino después de varios ataques de fiebres intermitentes simples; y fué esto lo que á mi juicio sucedió con el paciente. Además, en los accesos perniciosos se observa multitud de veces que toman el tipo terciano, y más aún el doble terciano: esto es, aquel en que los accesos se corresponden por su violencia ó por su benignidad cada tercer día; de manera que el del primero se semeja al del tercero; el del segundo al del cuarto &c. y si no me engaño, pues hasta ahora oigo leer la observación por primera vez, y no la tengo á la mano para verificar el hecho, me parece que eso fué lo que pasó en el enfermo de que nos ocupamos.

A mi juicio, y por las razones que he expresado, la duda no debe existir respecto de la naturaleza de aquella enfermedad, entre el paludismo y una fiebre pirogénica, ó causada por un absceso, por un foco de supuración cualquiera en el fondo de la economía. En efecto nada hay que se semeje más á una fiebre intermitente, y más aún á una remitente, que una fiebre producida por la supuración. Fácil es cometer un error, y yo he referido varias veces en mis lecciones de clínica uno muy grave que hace muchos años cometí en Cúcuta, junto con uno de mis profesores, en un enfermo afectado de un absceso del hígado. En este caso, tuvimos la imprevisión de dejarnos guiar por los informes que nos dieron los allegados del paciente; se nos habló de accesos cotidianos de frío, de calor y de sudor; nos hallábamos en un país en que son endémicas las fiebres palustres, y calificamos de intermitente una fiebre de 4 ó 5 días y después comprendimos que era producida por un enorme absceso del hígado; pero en ese caso el error nació de que no exploramos atentamente cada uno de los órganos, ni estudiamos cuidadosamente la marcha de la afección, mientras que en el hecho, objeto de la observación, se interrogó con el mayor cuidado el estado de todo el organismo, y nada se halló en él que explicara los accesos. Por otra parte, es muy difícil que pueda equivocarse un práctico hábil, cuando estudia con esmero el organismo de su enfermo y la marcha de la enfermedad, pues todos sabemos que si en la fiebre producida por un absceso se presentan los estadios de frío, de calor y de sudor, la aparición de éstos está muy distante de seguir la marcha regular y periódica que casi siempre se observa en las fiebres intermitentes: las horas en que se presentan los accesos, el carácter de éstos; la historia de su desarrollo y otras varias circunstancias, hacen imposible el error, cuando se estudia el caso con la sostenida atención con que lo hicieron los observadores.

Antes de concluir, debo rectificar una opinión expresada en su informe por el señor doctor Proto Gómez.

Tengo la íntima convicción de que él en su bien meditado informe, expresa únicamente la convicción concienzuda que ha formado en la cuestión, y yo respeto profundamente esa opinión, hija de sus convicciones, como respeto las ideas igualmente concienzudas del señor doctor Rocha; pero no puedo dejar sin respuesta el expresado argumento. El señor doctor Gómez da á entender, al concluir su informe, que una prueba más de que no se trataba de una fiebre pernicioso, es que la quinina fué impotente para salvar al paciente.

Yo no puedo aceptar ese raciocinio, pues la quinina no es un específico infalible, como no lo es el mercurio ni el yodo para la sífilis, como no lo es ningún medicamento para afección alguna conocida. No hay práctico, y especialmente de los que ejercen en los países cálidos, que no haya palpado muchas veces la absoluta impotencia de la quinina, del arsénico y de todos los antifébriles conocidos para atacar victoriosamente, no solo una fiebre pernicioso sino una intermitente simple; no hay médico que no haya visto curarse con las aplicaciones más desatentadas y absurdas, intermitentes que habían resistido tenazmente á todos los agentes terapéuticos mejor administrados. --- Qué! ¿por que en ciertos casos la sífilis se burla del yodo y del mercurio, y el paludismo resista á la quinina, debemos sostener que ni aquello era sífilítico ni esto intoxicación palúdica?...

El buen juicio y la ilustración del señor doctor Gómez nos contestará que no.

En conclusión, creo que en el caso de que nos ocupamos, el enfermo pereció de un ataque de fiebre palustre pernicioso, de forma cerebral, y no de una recaída de la fiebre tifoidea que lo atacó al principio. Y si bien es verdad que en ese caso, yo tal vez habría aumentado la dosis de quinina, la habría elevado probablemente á 3 gramos diarios y la habría administrado en otra forma, acaso sin alcanzar mejor suceso, yo en este caso, lo repito, habría obrado inspirado por el mismo pensamiento, por la misma convicción que guió á los dos profesores, autores de la observación.

Doctor Rengifo. Disiento completamente de la opinión emitida por los doctores Pizarro y Aparicio acerca de la

naturaleza de la fiebre tifoidea de que trató la observación, é igualmente de algunas de las opiniones del señor doctor Plata Azuero, quien sostiene la exactitud del diagnóstico hecho por los autores del trabajo. Y comenzando por el fin de la argumentación del señor doctor Plata, debo confesar que esoy en abierta oposición con la idea de que se acepten sin discusión las opiniones de observadores, aunque ellos merezcan la confianza que los inteligentes doctores Aparicio y Pizarro, porque si así fuese, nuestro papel quedaría reducido á oír la lectura de los trabajos presentados, sin discutirlos. Convento en que no se puede poner en duda la veracidad de un comprosor, pero hay derecho para creer que muchas veces ha habido errores involuntarios, y con mayor razón para expresar con independencia nuestros juicios. Por otra parte, en estas discusiones no es la exactitud de los hechos relatados lo que entra en juego, sino su interpretación, de la cual dependen las conclusiones que deben deducirse. No me habria detenido tanto sobre este punto si ya en otra ocasión no se hubiera querido establecer el precedente de que bajo la autoridad del observador, debían ser aceptadas sin condiciones las conclusiones adivinadas.

Afirma el señor doctor Plata que las fiebres remitentes tienen en la aparición de sus estadios, tanto en cuanto á la sucesión, á la duración y á la época del día, reglas fijas de las cuales rara vez se separan. Por mi parte, creo que es una verdad demostrada que la medicina práctica no se presta á cálculos matemáticos, y estas reglas por ser demasiado precisas, pecan por falta de exactitud. En mi concepto, nada hay tan irregular como las fiebres palustres en su desarrollo, en su marcha &c; pero no puedo ménos que llamarla la atención el encontrar que la perniciosa consecutiva á la fiebre tifoidea de la observación, tuvo un tipo cotidiano, igual bajo todos sus aspectos al de las fiebres sintomáticas de una alteración visceral profunda, latente. Es cierto que los autores nos dicen que á pesar del cuidadoso exámen de todos los órganos, nada pudieron descubrir. Sabido es que las flegmasias y las supuraciones de órganos internos pueden seguir una marcha insidiosa y aun causar una terminación fatal, sin que ningun síntoma local revele su existencia. Por otro lado, el estado de postración del paciente hacia casi imposible un exámen suficientemente detenido para que á pesar de la idoneidad de los observadores, tales lesiones hayan podido existir sin ser reconocidas.

El señor doctor Rocha ha hecho la oportuna observación de que en Bogotá las fiebres tifoideas comienzan muchas veces por un estado febril intermitente, y terminan de igual modo. Mi experiencia personal está completamente de acuerdo con esto; aun más, ella me enseña que el movimiento febril intermitente, inicial y final, es en Bogotá sumamente frecuente en las afecciones tifoideas, sin que la modificación producida por los antiperiódicos, el curso ni la duración nos permitan dudar de la naturaleza de la fiebre.

Hay en la convalecencia de la fiebre tifoidea una susceptibilidad tan grande en el enfermo; su organismo se encuentra tan deteriorado y funciona con tanta irritabilidad y debilidad, que el menor estímulo da lugar á reacciones constitucionales, violentas muchas veces, al punto de inclinarnos á creernos en presencia de una lesión grave. Así, por ejemplo, en dos casos de fiebre tifoidea que he observado últimamente, un diviso del tamaño de una almendra en el uno, y dos más pequeños en el otro, situados en ámbos casos sobre la pared abdominal, produjeron en mis pacientes, niños entre 10 y 12 años, accidentes muy semejantes á los de la observación que discutimos. Al tercer día de la convalecencia, cuando el pulso latía casi normalmente y el aspecto y modo de ser de los enfermos, no ménos que la época, no dejaban duda de la terminación de la enteritis tifoidea, cuyos períodos habían atravesado felizmente, la fiebre reapareció con intensidad, con recargos vespertinos, sensación de frío en las extremidades y sudores nocturnos abundantes, accidentes que llenaron de consternación á la familia y me causaron mucha alarma. Al descubrir el vientre noté los fúrunculos, los cuales llegaron ántes de una semana á la supuración; y habiendo sido abiertos por la lanceta, los fenómenos anteriores se disiparon, y los pacientes entraron en una

convalecencia franca. Ahora bien, si una lesión local pudiese despertar en un organismo gastado por el envenenamiento tifoideo simpatías constitucionales tan marcadas ¿cuán graves serán los síntomas generales que producirá la lesión de algun órgano interno importante, ligado íntimamente en el estado fisiológico con los demás órganos? Creo, pues, que el redactor del informe, señor doctor Gómez, ha fijado juiciosamente la naturaleza de la afección consecutiva á la fiebre tifoidea, al señalarla como causa probable una supuración profunda, ó una alteración de alguna víscera.

Se nos dice que con el raciocinio podemos resolver el problema de la naturaleza de la afección consecutiva á la fiebre tifoidea. Pero pregunto ¿cómo en una discusión no especulativa sino sobre hechos prácticos podemos juzgar de lo que no hemos visto? Sólo forjando eslabones que no existen en la cadena patológica y haciendo deducciones hipotéticas sin nada que pruebe su exactitud. Además, por lo mismo que la quina fué impotente para combatir la supuesta remitente, sólo la autopsia podría habernos suministrado la prueba perentoria, presentándonos las lesiones características de ella, y demostrando la ausencia de otras alteraciones suficientes para explicar el cortejo febril remitente, en todo punto igual al que produce la fiebre hética; pues repito que me adhiero á la opinión expresada en el informe, y que no veo en la fiebre en cuestión otra cosa que un movimiento febril remitente, sintomático de una lesión profunda.

Doctor Plata Azuero—Cuando dije que al oír leer la observación habia creído notar que los accesos tomaron el tipo doble terciano, tan frecuentes en las fiebres perniciosas, no aseguré este hecho como indisputable, puesto que agregué que no habia examinado bien esta parte de la observación porque la oía leer por primera vez. Ahora confidencialmente se me hace notar una verdadera contradicción en un pasaje de la historia, relativa al estado del pulso. En efecto, despues de decirnos que el pulso estaba á 100, se asegura que él habia bajado á 110, lo que no puede ser sino un error de pluma, que suplico al doctor Aparicio se sirva aclarar. Este error de la historia hace imposible averiguar si en efecto en la fiebre habia la correlación ó correspondencia indicada entre los accesos, es decir, si en la fiebre existía ó no el tipo doble terciano. Pero aunque ella no tuviera tal tipo, esto no tiene gran importancia en la cuestión, puesto que la fiebre perniciosa puede tomar en su marcha cualquiera otro tipo que no sea el doble terciano.

Quiero tambien ántes de concluir, llamar la atención de los miembros de esta sociedad, sobre la doctrina del antagonismo de las fiebres continuas y las palustres, doctrina antigua que sostiene que una de estas enfermedades excluye á la otra. No recuerdo si hacen alusión á ella los autores de la observación, ó el doctor Gómez en su informe; más sea de ello lo que fuere, deseo conocer la opinión de mis compañeros sobre esta doctrina que yo creo completamente errónea, y considero como de tantos absurdos que corren por tradición en el mundo científico. En cuanto á mí, no sólo no creo que esas dos especies de fiebres se excluyan mutuamente, y mucho ménos que la una sea preservativa de la otra, sino que tengo la más firme convicción, basada en numerosísimas observaciones, de que esas dos enfermedades pueden presentarse una despues de otra, ó la una en el curso de la otra, y aun marchar las dos paralelamente y á la vez en el mismo sujeto. (Para probar que al terminar una fiebre palustre puede presentarse una continua, el que habla citó un caso notable observado recientemente por él, que tambien vió el doctor Rengifo, y sobre el cual el orador hizo varias observaciones).

Doctor Aparicio—La observación que hace el doctor Plata A. respecto al hecho de que en la historia del caso que hen os sometido á discusión se halla una variación inexplicable del pulso, depende evidentemente de un error al sacarla en limpio, y tengo seguridad de que al compararla con el original se hallaría que en vez de decir 110, dice 120.

Doctor Osorio—Creo que no debemos ocuparnos sino del caso que ha motivado esta discusión. ¿Se trata, segun opinan los autores de la observación, de una fiebre remitente perniciosa, ó más bien de una recaída de la fiebre

efluída; de una recrudescencia de esta fiebre, ó de la existencia de un foco de supuración?

El ocuparme de estas cuestiones me llevaría muy lejos y el avanzado de la hora no me lo permitiría. Me concretaré solamente á decir que, en mi opinion, los hechos clínicos deben examinarse sin preocupación de ningún especie, pues es fácil incurrir en errores muy graves. Citaré un hecho que apoya lo que acabo de decir.

Enflamado en consulta á ver al señor N. N. y encontré el siguiente cuadro sintomático: fiebre intensa, sudor abundante y delirio. Se me informó que en los días anteriores había tenido fuertes calofríos, seguidos de fiebre y sudor. No pude obtener más datos, pues á causa de la gravedad del enfermo reinaba la mayor confusión en la casa.

Dos médicos lo recetaban, y uno de ellos decidió pararlo de la fiebre remitente en Bogotá, había considerado el caso del señor N. N. como una fiebre remitente perniciosa.

Una circunstancia casual vino á disipar mis dudas, pues alcancé á oír estas palabras, "si no se hubiera puesto el hierro entonces hubiera muerto de la hemorragia."

El señor N. N. moría de una infección purulenta, causada por la inflamación de una várice después de la aplicación del percloruro de hierro. A la sagacidad y talento del médico no debería ocultarse una infección purulenta, pero la idea que él tenía de la frecuencia de las fiebres perniciosas en Bogotá, no le dejó tomar más datos, y con los que tenía definió su naturaleza. Por lo avanzada de la hora propongo que se suspenda la discusión y se vote la proposición que está sobre la mesa."

Finalmente, se ordenó publicar la historia y el informe sobre que versa la anterior discusión.

El doctor Medina presentó, las cuentas de su manejo como Tesorero de la Sociedad. El Presidente las pasó en comisión al estudio del doctor F. Rivas.

Siendo avanzada la hora se levantó la sesión á las 11 de la noche.

El Secretario,

EVARISTO GARCÍA.

REVISTA EXTRANJERA

ENDOCARDITIS.

Causas inmediatas de las alteraciones que produce en el corazón, por Walter Moxon.

(Lancet, nov. de 1873.)

Inflamación y destrucción de la Endocarditis.—Se sabe que las inflamaciones del corazón son mucho más frecuentes del lado izquierdo; pues la endocarditis del lado derecho es sumamente rara, excepto en casos de deformidad. Debe también recordarse en el examen del corazón, que el endocardio del lado izquierdo es mucho más espeso que del derecho.

Del mismo modo, los parches sífilíticos, ó nó, se presentan con mucha más frecuencia en el lado izquierdo, así como sucede también con la degeneración grasosa, bien sea la que se presenta en líneas, ó la que ocupa todo el espesor del órgano en los corazones, fatigados por el trabajo, de los viejos. Puede decirse, por consiguiente, que el ventrículo que trabaja con más energía, es el que más sufre de alteraciones. Más tarde demostraré que el sitio de la endocarditis corresponde siempre á los puntos en que el frote es más pronunciado, y que los casos menos frecuentes en que el espesamiento y la inflamación del endocardio se presentan del lado derecho, son casos de hipertrofia nada común del corazón derecho en el punto en donde ejerce más acción mecánica, y por lo mismo causan más deterioro en la estructura. Todas estas consideraciones se unen para probar que si el corazón izquierdo es el que más sufre, es por ser más fuerte y trabajar más que el derecho, fijando así el mecanismo de sus válvulas ó irritando su membrana interior con el roce de la sangre; mientras que el corazón derecho sufre menos por que el juego sobre su contenido y sobre las válvulas es menos enérgico. Como otra prueba de esto, debemos recordar que en la vida fetal, época en que sobre el corazón derecho recae todo el trabajo, casi todos los enfermos atacan en general más bien que el izquierdo.

Carácter especial del endocarditis.—Al hablar de la inflamación del endocardio no se cree que este processus cubra jamás toda la superficie, al modo de la pericarditis que puede ocupar todo el pericardio, ó la peritonitis todo el peritoneo. La inflamación es siempre circunscrita, y jamás se extiende á toda una ca-

vidad, ni deposita linfa en todo ella. A veces solemos encontrar algunos parches de endocarditis, perceptibles por granulosaciones ó fibrina sobre la membrana, pero á no ser en rarísimos casos, estos parches están al alcance de un coágulo fibrinoso sobre una válvula, el cual se ha rozado con esta parte durante la acción del corazón. Al reflexionar sobre la posibilidad de este contacto en un caso individual, es necesario no perder de vista que la cavidad del corazón se obtura durante la contracción, de modo que partes que en el diástole y en el corazón "muerto" están distantes se tocan unas á otras. El estudio de gran número de casos, me hace concluir que "esta fricción con los coágulos fibrinosos, al mismo tiempo que el esfuerzo mecánico, son la causa principal, sino la única directa de la endocarditis;" el reumatismo y otros estados generales, tan solo crean una vulnerabilidad de los tejidos fibrosos que impide el que resistan á la irritación del roce. Como corolario de estos hechos, se deduce que en todos los casos en que se sospecha la endocarditis, debemos hacer cuanto esté en nuestro poder para moderar la fuerza de la acción cardíaca, y colocar en la posible el corazón izquierdo en las mismas condiciones que el derecho, reduciendo el frote, causa eficiente única de las alteraciones anatómicas que resultan de la endocarditis.

Comparación de la endocarditis con otras inflamaciones.—En tiempo en que la inflamación se consideraba como un acto propio de los vasos y que se dudaba de la existencia de éstos en el endocardio, era naturalmente una pregunta de difícil contestación, la de si los efectos aparentemente inflamatorios de la endocarditis, pertenecían realmente á la inflamación. La dificultad era mayor con respecto al endocardio que, á otros tejidos no vasculares, como la córnea y el cartilago que dan lugar á un producto inflamatorio poco abundante ó nulo, por que la ausencia de los resultados de inflamación permitían una negativa de su existencia; pero como un depósito abundante de linfa acompaña la endocarditis, una viva discusión se engendró, dando por resultado el que para algunos el depósito de linfa era en todo semejante al de otras membranas serosas, mientras que para otros era tan solo la fibrina de la sangre precipitada, la cual está en exceso en el reumatismo, enfermedad que con la mayor frecuencia causa la endocarditis. Siguiendo esta investigación, Lee y otros han hecho experiencias interesantes sobre las inflamabilidad de las superficies vasculares internas, que prueban que el endarterium no produce linfa ni pus únicamente sobre su superficie, como una membrana serosa ordinaria.

Un gran número de los estudios microscópicos más cuidadosos han fijado definitivamente esta cuestión, pero modificando el punto de partida. La modificación consiste en que la inflamación no se considera ya como exclusivamente el acto de los vasos, si bien las acciones en los vasos componen sus fenómenos principales y más visibles en las inflamaciones comunes.

Virchow y otros han demostrado que el acto más constante y quizá el esencial en la inflamación, es la irritación de las partes parenquimatosas de los tejidos, representadas por sus elementos celulares. Esta creencia destruye el argumento de que la endocarditis no puede sobrevivir por no ser las válvulas vasculares; mientras que se ha probado que algunas de ellas, especialmente la mitral, contienen vasos capilares que se congestionan en la inflamación. Podemos, pues, examinar el processus de la endocarditis del mismo modo que el de las inflamaciones de otros tejidos; pero debe confesarse que la circunstancia de que su superficie esté en contacto con la sangre, es peculiar. Observaciones y experiencias, demuestran que la sangre viva tiende siempre á depositar fibrina sobre una superficie desigual, especialmente cuando se encuentra en exceso en la sangre, cuando la sangre es arterial y está en contacto con una superficie sin vitalidad, y finalmente, cuando hay algún obstáculo á su curso. Todas estas condiciones se presentan en las desigualdades de una superficie endocárdica inflamada, sobre todo cuando el depósito fibrinoso ha comenzado en varios puntos adyacentes, caso en el cual una superficie áspera de baja vitalidad ad, retarda la corriente sanguínea por sus desigualdades, al paso que la inflamación hace la sangre hiperinótica, y que por el corazón izquierdo circula siempre sangre arterial. Alimitiendo estas condiciones, es natural creer que cualquiera alteración del endocardio por medio de la hinchazón ó la exudación, pronto inducirá el depósito de concreciones sobre las partes ásperas. Tal depósito tiene lugar indudablemente, y es la fibrina así depositada en cantidad sobre una superficie inflamada, la que constituye la particularidad de la endocarditis y establece la diferencia entre ella y la inflamación de otras partes. Es una desgracia positiva, además, el que los efectos de la inflamación sean tan permanentes en el corazón, cuando los efectos del reumatismo sobre las otras serosas, son generalmente transitorios. La persistencia de la lesión en la endocarditis, depende simplemente de la falta de contrapresión. En las artikulaciones las membranas hinchadas, están comprimidas contra tejidos sólidos tan pronto como desaparece el derrame líquido, lo que produce la reabsorción de los nuevos productos; mientras que el

corazon carece de la presión directa de los sólidos contra las válvulas inflamadas, las que se encuentran sumergidas en la sangre, por lo cual los nuevos depósitos persisten.

Carácter especiales de la endocarditis.—La endocarditis puede ser plástica o ulcerativa. En el primer caso y en el principio, hay una ligera hinchazón y un color rosado de la membrana, coloración que no sé si es imputable a la congestión, ó a la imbibición de la materia colorante. Esta tiene lugar cerca de los bordes de la válvula, formando una línea de pequeñas prominencias en el lugar de contacto de sus segmentos, en donde el roce es mayor. Algunos han pensado que esa peculiaridad depende de la composición especial de la línea de contacto de las válvulas. Es cierto que esta línea es más fibrosa y espesa que el resto de la válvula; pero este espesor fibroso depende evidentemente de la irritación crónica á que está sometida por la acción del corazon. La prueba de esto es, que en los jóvenes no se encuentra esta disposición, y que el espesor crece con la edad; y que no existe en las válvulas de un corazon derecho normal, y, finalmente, que se encuentra en este lado, cuando hay hipertrofia del corazon. Una hilera de pequeñas prominencias en esta línea, se observa en la correa, en el reumatismo agudo y en la píemía puerperal—esto es, en la endocarditis plástica aguda, cuando la alteración del corazon es reciente. La alteración puede dar lugar á un soplo suave durante la acción cardiaca, pero no causa obstrucción notable en los orificios, ni envenena la sangre con sus productos, de modo que en este periodo es de poca importancia; solo las consecuencias posteriores son graves. Ya he señalado la ausencia de contrapresión como causa de la persistencia de la hinchazón de las válvulas, y esto explica por qué el corazon despues del reumatismo, de la correa &c. ejerce su acción sobre una estructura mórbida espesa y reblandecida. Curioso es observar en las endocarditis de este origen cuando la muerte tiene lugar durante el periodo agudo, que la alteración está limitada á esta línea de elevación en forma de cuentas, á lo largo del borde de contacto de los segmentos. Si una válvula con estos nódulos se corta para el examen microscópico á través del plano de la cortina, de manera que presente una sección que comprenda uno de estos pequeños nódulos, se verá que está compuesta de una hinchazón opaca, del tejido de la válvula, con multiplicación de los elementos celulares á la cual se debe el levantamiento de la superficie. Si el nódulo forma un grano prominente, en su cima se nota una cápsula de fibrina, separada de su sustancia por una línea bien definida por el microscopio, siendo la primera sin estructura, mientras que el cuerpo de la elevación ofrece núcleos de tejido fibroso colocado con regularidad. Aunque ejemplos de endocarditis en este periodo son frecuentes, no es fácil saber cuáles son las alteraciones intermedias, entre éste y el periodo avanzado de alteración valvular, que mucho despues es fatal, destruyendo sus funciones.—Me parece, sin embargo, que entre estos periodos, repeticiones frecuentes de la inflamación se presentan, y á veces encontramos, en efecto, exudaciones de focos diferentes. No hay duda de que un estado de irritación inflamatoria constante sucesiva altera lentamente las válvulas. La causa probable de estos, que las válvulas permanecen hinchadas por falta de presión, y estando más reblandecidas que en el estado natural, el roce es mayor, mientras que pueden resistir ménos á los efectos de la acción del corazon que fomenta la irritación crónica de la válvula alterada, aumentando gradualmente su espesor por medio de una especie de tejido cicatricial, sobre el cual se depositan sales calcáreas frecuentemente; todo esto causa los efectos tan temibles de contracción y de deformidad que nos son familiares. Permítaseme de nuevo insistir aquí, sobre la necesidad de aconsejar á todos los que han tenido fiebre reumática ó correa, el que eviten cuidadosamente todo esfuerzo muscular que aumente con la acción del corazon la fricción contra las válvulas, siempre comenzando por una válvula, y generalmente no acompañada á la forma plástica ménos grave y que acabamos de describir. Algunos autores describen la endocarditis como si á la hinchazón de la membrana siguiese la ulceración; pero no debemos desviarnos de los hechos considerando la endocarditis ulcerativa como parte de los casos comunes de endocarditis, tales cuales se representan en la correa, el reumatismo &c: la aparición de la ulceración es una complicación tan rara como formidable de la endocarditis plástica. Cuando la ulceración está limitada al endocardio, esto es, á una válvula, una erosión de la superficie se forma, y el lado afectado de la válvula sufre una solución de continuidad. La válvula está compuesta de dos capas de endocardio, entre las cuales hay un tejido fibroso y vasos. Ahora bien, cuando un lado del endocardio se encuentra roto, la fuerza del corazon ejerce su presión principalmente sobre la parte ménos resistente empujando la capa restante y formando así una aneurisma aguda de la válvula, la cual es saliente en el sentido opuesto al de la mayor presión, de modo que en la mitral la prominencia tiene lugar hacia la aurícula y en las sigmoides hacia el ventrículo. Muy fácil es entonces el que la ulceración ó el sístole venzan la capa restante de endo-

cardio y aun perforen la válvula. Tales perforaciones no son raras ni en las válvulas aórticas ni en la mitral, y ensuendredores notan vegetaciones más ó ménos nodulares de fibrina que ocultan el orificio. Estas vegetaciones pueden adquirir dimensiones considerables é incrustarse de sales calcáreas, ulcerando por el roce la pared del corazon con que vienen en contacto. Estas ulceraciones y perforaciones valvulares, y las ulceraciones del músculo del corazon que parten frecuentemente de ellas, constituyen en la enfermedad peligrosa, con caracteres muy distintos de los de la endocarditis plástica, que sólo es peligrosa por los efectos consecutivos, pues da lugar á una contracción valvular é induce la hidropesía &c. La endocarditis ulcerativa va acompañada de epilepsia; puede producir supuraciones píemicas por embolismo en órganos distantes, por partículas desprendidas de la úlcera; y las masas fibrinosas al rededor de ésta pueden ir á obstruir las arterias femorales ó cerebrales &c, causando una hemiplegia la garganta del pié ú otras lesiones graves. La ulceración puede ser consecutiva á la endocarditis plástica crónica, y á sus síntomas viniendo así á concluir el caso con las consecuencias de la obstrucción. En general una sin hidropesía, y en su forma típica suele confundirse con la fiebre continua. Algunos autores aseguran que pus formando pequeños abscesos se encuentra en la válvula en estas circunstancias; pero no tengo experiencia sobre esto.

Limitación de la endocarditis á las válvulas y á su vecindad.—Repto que cuanto he dicho acerca de la endocarditis aguda se aplica casi exclusivamente á las válvulas y á las inserciones de estas, así como á los puntos en donde hay roce con las masas de fibrina. De cuando en cuando se encuentra una mancha de espesamiento nodular del endocardio en la aurícula izquierda, cerca de la raíz de la mitral, y una ó dos veces, muy excepcionalmente, sobre una ruptura parcial del septum ventriculorum. Si se pregunta ahora qué resultado práctico dan estas consideraciones, espero que sea el que se reconozca más generalmente que las enfermedades del corazon, por estrechez consecutiva al reumatismo, dependen del roce sobre las válvulas, las que san lentamente cuando el process continuo y lento. Con este conocimiento, la indicación evidente es la necesidad de reposo prolongado despues de un ataque de fiebre reumática: todos nuestros esfuerzos deben tener por objeto el conseguir que la acción del corazon sea tan lenta y tan suave cuanto es posible.

GUAYACO,

en las afecciones del ovario.

(Por el profesor Cleland—Irish Hospital Gaz. Enero 1873).

El guayaco antiguamente gozó de más reputación que ahora. Hacía los años que yo uso en casos de afecciones inflamatorias de los ovarios. Uno de los primeros casos en que le administré, fué en una oftalmía doble en una niña de 17 años, que habia resistido á todo tratamiento local, habiendo en dos ocasiones hecho la excisión de una parte de la conjuntiva con utilidad transitoria. Despues de muchos meses atribuyendo la persistencia de la enfermedad á la no aparición del periodo que tan sólo una vez se habia presentado con mucha escasez, administré la resina de guayaco en dosis de 0,50 cents. y tuve la satisfacción de que la enferma sin otro tratamiento dejase el hospital perfectamente buena. Desde entonces me he servido de este medicamento para la amenorrea, y en algunos casos con notable éxito. Apenas hace quince dias que una muchacha de 14 años que habia estado bajo mi inspección por una sinovitis aguda de la rodilla, producida por una pequeña herida con una aguja de marfil para tejer, volvió á verme á causa de la misma inflamación que al fin ha producido la supuración. Considerando el aspecto líntico de esta muchacha, alta, y lo leve de la irritación original, conjeturé que el estado de su constitución tenia algo que venia con la enfermedad de la articulación. Le administré 10 granos de resina de guayaco por dia. A la cuarta dosis se presentó el periodo y la artritis marcha favorablemente. Sin duda puede objetarse que en estos dos casos la aparición de la menstruación es una simple coincidencia, como puede serlo; pero cuando estas coincidencias se presentan con frecuencia se acaba por creer en el remedio.

Igualmente notables son los efectos del guayaco en las afecciones ovariás inflamatorias. Recuerdo á una enferma que por muchos años sufrió de ataques agudos de esta clase. El dolor á un lado era tan intenso que le quitaba el sueño, y hubo necesidad de sanguijuelas. Administré el bromuro de potasio y más tarde el arsénico con buen éxito, pues paró á la paciente. Más de un año despues, sin embargo, su salud no estaba del todo restablecida, y existían aún el dolor de la rabadilla y la debilidad que caracterizan los desarreglos de los órganos sexuales y que hacen la vida intolerable. Prescribí el guayaco, y algun tiempo

después la madre de la enferma me mostraba la mayor gratitud porque su hija se había puesto buena casi de repente. Podría mencionar muchos otros casos en que el guayaco se ha mostrado igualmente eficaz, pero mi intención es solamente manifestar, que he visto lo suficiente para convencerme que debo hacer conocer á otros médicos que tienen mejores oportunidades para estudiar este remedio, los resultados favorables que he obtenido. Mi experiencia, sin embargo, me prueba que el guayaco es inútil en los casos agudos y en aquellos en que la enfermedad primitiva está situada en el útero.

Prescribo, generalmente 0'50 centigramos de la resina de guayaco por la mañana. Esta cantidad produce diarrea en algunos enfermos después de algunos días, lo que debe advertirseles. En este caso el remedio puede tomarse cada tercer día.

RETENCION DE LA URINA.

(Por el doctor G. Macleod. "Glasgow Med. Jour." Mayo 1874)

Un número considerable de casos de retención, difíciles de tratar, entran á nuestras salas. Como regla general, la retención depende de estrechez orgánica; pero no son pocos los enfermos en quienes la produce la congestión proveniente de un exceso en la bebida. Pocas afecciones hay en las cuales tengamos más que deplorar la intervención inoportuna, cualquiera que sea la causa que ocasiona la retención. Muy pocos son los casos que se nos presentan, en los cuales el uso de instrumentos de un modo descuidado ó ignorante, no hayan producido serias lesiones; y en la mayor parte excepcionales en los de estrechez orgánica y próstata hipertrofiada, el alivio, después de su entrada al hospital, se obtiene sin hacer uso de instrumentos. Mi regla es dar un baño tibio general y en él inyectar 6 miligramos de acetato de morfina subcutáneamente. Si esto no basta, administrar una dosis competente de aceite de castor y de tintura de opio, y en seguida un segundo baño. Me es fácil recordar el pequeño número de casos, en medio de la multitud que entran al hospital, en los cuales me he visto obligado á combatir por medio de la sonda síntomas urgentes, y en ningún caso he sido necesario el hacer la punción de la vejiga. El cloroformo es precioso en el manejo de estos casos. En los últimos seis meses, dos veces me ha permitido llevar la doble indicación de vaciar la vejiga, y de curar la estrechez, viéndome obligado á usar instrumentos contra la retención, y es á este respecto que las observaciones anteriores me han sido sugeridas. Habiéndome sido imposible en un caso de estrechez orgánica considerable, con mucha laceración del canal, el introducir una sonda, pasé con poca dificultad el dilatador de Holt, que por su figura es muy propio para atravesar la contractura, y de esta manera me fué posible romper la estrechez; el mismo tiempo que combatir la retención. Posteriormente, he tratado de igual modo un caso semejante, y es porque el uso del dilatador me ha parecido eficaz y pronto para "matar dos pájaros con una misma piedra," que he creído útil el recordar estos hechos. Debo añadir, que conviene que los médicos fuera del hospital usen más cautela y menos fuerza en el tratamiento de la retención de la orina.

ESTRECHEZ.—Tratamiento por el Dr. P. J. Molony.

(Brit. Med. Jour.—Noviembre de 1872.)

La dificultad de pasar un cateter de adelante hacia atrás, al traves de una estrechez, depende de la seguridad con que el instrumento entra en la bolsa formada al alrededor de la estrechez; y en otras palabras, segun el similitud del señor Jordan de que se va del embudo. Este accidente se impide fácilmente por la sonda del señor Hutton, llamada de "rieles," y aun mejor por una pequeña modificación de ella. La sonda usada generalmente, consiste en una sonda flexible del número 3, cortada por el ojo y en un pedazo de cuerda de violín usado como estilete, el cual tan pronto como la sonda llega á la estrechez, se empuja hacia la vejiga, y viene á servir como un riel sobre el cual la sonda avanza. Si en lugar de un número 3, tomamos un número 10 cortado, de modo que la superficie quede lisa al traves del ojo, y la pasamos hasta la estrechez, es evidente que su extremidad llenará perpendicularmente á la boca de la sonda, así como la porción vaginal del útero en la del especulum. En seguida, se inyecta una pequeña cantidad de aceite en este cañon, y se introduce el instrumento que se desea, el cual puede ser una bugia filiforme, una cuerda de violín ó una sonda del número 1. Últimamente me he servido de este método con buen suceso, después de haber abandonado la esperanza de penetrar á la vejiga, y por tanto, recomiendo su ensayo en casos difíciles.

PATOLOGIA Y DIAGNOSTICO de la enfermedad Bright aguda, por el doctor G. Johnson.

(Brit. Med. Jour. Febr. de 1873.)

Aunque la enfermedad de Bright va generalmente acompañada de descamación epitelial, ésta puede faltar, la orina presentando sólo algunos molles hialinos en lugar de verdaderos moldes de los tubos urinarios; en otras ocasiones éstos pueden encontrarse unidos con células de exudación, de modo que los moldes de los tubos y la descamación pueden abundar, estar sólo en pequeña cantidad ó faltar completamente.

Si las avariencias microscópicas son variables, los síntomas generales y los caracteres físicos y químicos de la secreción son iguales, y sobre todo la presencia de una cantidad considerable de albumina en la orina es un fenómeno constante. Pero debo advertir que, aunque rara vez, suelen encontrarse casos de hidropesía general aguda con orina escasa, sin huellas de albumina. En la generalidad de los casos los términos albuminaria aguda y enfermedad aguda de Bright, son sinónimos. Blackall, Roberts y Basham han publicado casos de hidropesía aguda consecutiva á la escarlatina y á la exposición al frío y á la humedad, y yo mismo he observado cuatro casos de la misma naturaleza, en los cuales no se encontraba huella alguna de albumina ó de moldes tubulares. En uno de mis casos éstos se encontraron y la albumina apareció después de seis semanas de haberse presentado la anasarca.

No sé cuál sea la explicación de estos casos tan notables como excepcionales, pero me atrevo á presentar las siguientes consideraciones. Hay una causa peculiar de la hidropesía que acompaña á la albuminuria, y esto nos explica la frecuente asociación de la alteración renal de la hidropesía producida por la fiebre escarlatina ó por la exposición al frío y á la humedad. En estas dos series de casos, las funciones de la piel están manifestamente turbadas: en el un caso por la alteración cutánea específica; y en el otro, por la acción del frío. Es por esto que la albuminuria difterítica, que rara vez compromete la piel, es excepcionalmente seguida de hidropesía.

Viene ahora la cuestión de saber si la supresión de la secreción cutánea es suficiente para producir la anasarca sin implicar los riñones; si la hidropesía general aguda es una metástasis de la traspiración al tejido celular y las membranas serosas; y si la escases de la orina en estos casos excepcionales es el resultado de su traslado mórbido á los tejidos en que se hace el derrame, así como por una acción diversa la traspiración se suspende y la piel se seca en los diabéticos, á causa de la enorme cantidad de líquido que atraviesa sus riñones. No puedo resolver satisfactoriamente estos problemas. En la mayor parte de los casos de la hidropesía aguda sin albuminuria, la orina es escasa y de color subido. En uno citado por el doctor Roberts sólo 8 granos se segregaron en 24 horas; pero la orina aunque no contenía albumina contenía molles uriníferos. En los 7 últimos días de vida del paciente la orina secretada fué de 6 á 7 onzas. No se hizo la autopsia. En otro caso del mismo autor, la orina presentaba los mismos caracteres, pero no tenía molles ni albumina. La enfermedad duró 5 meses y los riñones eran un buen ejemplo del riñon "liso y blanco de Bright."

El doctor Wilks ha publicado un caso de hidropesía general sin albuminuria en una mujer de 35 años, en la cual hubo supresión de la secreción en sus últimos cuatro días. Los riñones estaban voluminosos y pálidos y juntos pesaban 17 onzas. La porción cortical á la simple vista estaba penetrada de pequeños puntos roncados semejantes á granos de arena, los que bajo el microscopio resultaron ser los cuerpos de Malpighi, cuyos capilares estaban cubiertos de grupos de glóbulos grasos, mientras que los tubos estaban sanos.

En resumen, hemos visto que las principales variedades de la enfermedad de Bright aguda con albuminuria son las siguientes: 1.º Con inflamación epitelial (nefritis descamativa); 2.º Sin descamación; con moldes hialinos ó sin ellos; 3.º Con moldes de células de exudación, con ó sin molles epiteliales y descamación. Por último, hemos visto que hay una clase distinta de casos excepcionales oscuros en su patogenia, independientes de enfermedad del corazón y sin albuminuria, casos de enfermedad aguda de Bright, ó por lo menos de hidropesía aguda general y febril.

Alteraciones de la sangre.—El efecto de la enfermedad aguda de Bright es no sólo la mezcla de los constituyentes sanguíneos con la orina sino también la acumulación de una gran cantidad de materiales urinarios en la sangre. La orina contiene más ó menos sangre, y la sangre mas ó menos principios urinosos. El doctor Christison fué el primero que demostró la enorme cantidad de urea contenida en la sangre y en los derrames inflamatorios. La sangre, además, se altera por la pérdida de sus constituyentes normales, lo cual reduce la densidad del suero á 1,022

ó 1,020. La disminución de la densidad es proporcional á la albúmina de la orina; lo que probablemente se explica por el paso del suero al través de los riñones. La hemoglobina, cuya proporción normal es 1,335 en 10,000, se ha encontrado reducida á 955 en un caso, á 564 en otro, y en un joven después de tres meses de enfermedad, sin haber sido sangrado á 427. Al principio, la pérdida de materia colorante es ménos rápida de lo que indica la palidez del paciente. Es muy probable que el aspecto blanco de la piel provenga de la cantidad de agua en el tejido subcutáneo.

Etiología.—La enfermedad aguda de Bright puede presentarse en todas las edades, desde la infancia hasta la edad muy avanzada. La humedad y el frío y la fiebre escarlatina, son las dos causas más frecuentes. Pueden obrar aisladamente, pero su combinación es una causa determinante muy poderosa. La difteritis frecuentemente produce la albuminuria; pero rara vez la hidropesía. Entre las causas ménos frecuentes se cuentan el sarampion, la erisipela, piemia, la reabsorción de materias deletéreas uterinas después del parto, la fiebre reumática, la infección palúdica, el tifo, la fiebre tifoidea, el cólera, y por último exesos de mesa especialmente en los dispépticos. En la mayor parte de los casos de albuminuria aguda, no consecutivos á la escarlatina y la exposición al frío, falta la hidropesía, y la alteración renal es solamente una complicación; sin embargo esta albuminuria puede dar lugar á una degeneración renal crónica incurable. El exceso de alcohol ocasiona más bien la enfermedad crónica de Bright que la aguda. En un caso del doctor Vaster la ingestión de una enorme cantidad de licor produjo una albuminuria transitoria, resultado probablemente de la congestión renal dependiente de la excreción del alcohol por los riñones.

Diagnóstico.—En la generalidad de los casos los síntomas son tan característicos que es difícil confundir la enfermedad aguda de Bright con otra. Los únicos casos en que esto es posible son aquellos en que la albuminuria aguda no va acompañada de la hidropesía. Pero habiendo descubierto la albuminuria no siempre es fácil distinguir si el ataque es agudo ó si existe una degeneración renal crónica. Como regla general, sin embargo, la orina de color subido, color de humo y teñida de sangre, de gravedad específica eleva la indica un ataque agudo reciente. Del mismo modo un sedimento copioso de moldes epiteliales y sanguíneos y de células de exudación tienen la misma significación. Por otra parte la orina de gravedad específica baja pálida y muy albuminosa, es prueba de una alteración crónica, y la aparición de moldes oleosos abundantes y de células aisladas, confirman esta opinión.

Pronóstico.—La tendencia de la enfermedad aguda de Bright es terminal ó curable completa: es una enfermedad tan curable como la bronquitis aguda ó la neumonía. La perspectiva de salud es mejor para el enfermo mientras más pronto comienza el tratamiento; pero la persistencia por largo tiempo y sin memoria de los síntomas agrava el pronóstico. Este es más favorable en los jóvenes y en las personas de edad média que en las más avanzadas en años; sin embargo la enfermedad suele ser benigna y curable aun en los viejos. Fácil es comprender que las probabilidades de curación aumentan á medida que el enfermo puede ponerse al abrigo de vicisitudes atmosféricas.

En los casos favorables á una secreción abundante de orina de gravedad específica comparativamente baja más pálida y ménos albuminosa y la disminución de la hidropesía, son los primeros síntomas de reposición. La albuminuria es el último síntoma que desaparece en unos pocos días ó meses. Si la orina continúa albuminosa por más de seis meses, es muy probable que nunca deje de serlo; pero he visto casos de curación completa aunque la orina ha continuado albuminosa por dos y aun tres años. La curación debe considerarse como incompleta mientras haya albúmina en la orina, aunque la hidropesía y los demás síntomas hayan desaparecido del todo.

La regla general es que la enfermedad aguda de Bright se cure. Hay, sin embargo, casos no muy raros en los cuales se termina por la muerte. Los síntomas y complicaciones que denotan un peligro nada comun son: la secreción de orina escasa y muy albuminosa; el vómito frecuente; la anasarca abundante, con tendencia á la inflamación erisipelatosa de la piel; el derrame en el tórax, sea en la pleura ó en el pericardio ó en ambos, acompañado de síntomas exóticos; la inflamación del pulmón, de la pleura, del pericardio ó del endocardio; el dolor de cabeza agudo y denso que suele ser sucedido de convulsiones y de coma. A pesar de la gravedad de estos síntomas no siempre son mortales; pues la curación suele sobrevenir después de haberse presentado síntomas formidables de envenenamiento urémico.

La consideración de las causas exítantes de la enfermedad renal, es un elemento pronóstico. Cuando resulta de un defecto constitucional inherente, sin causa determinante manifiesta, es en general más rebelde al tratamiento que cuando proviene de la exposición al frío ó de la influencia de algun veneno específico, como el de la escarlatina ó de la erisipela. Hay, por tanto, excepciones á esta regla general, por lo cual cada caso particular debe ser estudiado minuciosamente.

Debo insistir en la recomendación siguiente, de mucha importancia práctica: antes de declarar al enfermo perfectamente sano es necesario examinar la orina, no solamente cuando ha estado quieto y no ha tomado alimento, sino también después de este el ejercicio, condiciones que aumentan la cantidad de albúmina en la orina. Sucede, en efecto, que la orina ántes del almuerzo contiene albúmina, mientras que después de comer está cargada abundantemente de ella. En algunos casos el ejercicio parece tener una influencia más marcada en este sentido, sin duda por la congestión renal que induce.

Un ataque de enfermedad aguda Bright no confiere inmunidad contra ataques posteriores; por el contrario la enfermedad puede repetir en el mismo individuo ya por una predisposición inexplicable, ó por la que resulta de un ataque anterior. Mi experiencia me permite establecer que la albuminuria aguda dependiente de una causa no específica tiene más tendencia á reproducirse que la que reconoce un veneno mórbido específico como el de la escarlatina que rara vez ataca de nuevo al mismo individuo; pero he conocido enfermos tan desgraciados que aun tenidos dos ataques de escarlatina, acompañado cada uno de albuminuria.

EL SR. DOCTOR DON JOSE TRIANA.

Con este título publica en "El Americano" el señor Cornelio Fernandez, amigo y compañero de viaje del señor Triana en la comisión corográfica de la Nueva Granada, un artículo biográfico. Cuando un periódico extranjero y político adorna sus páginas haciéndolo conocer, no he podido prescindir de dar algunas noticias sobre nuestro ilustre compatriota, en un periódico científico de nuestro país.

En la exposición universal de 1867, el señor Triana obtuvo el gran premio y la gran medalla de oro por su colección de plantas medicinales é industriales, entre las cuales mencionaré las siguientes: la quina tunita, la pitayó, la amarilla, roja y blanca de Mútis, el malambo, el canelo de páramo, el canelo de los andaqueis, El Caratero, (*elaphrium interjerimum Tul*) corteza dimética. El diomate corteza astringente maderá muy fina, arroyan corteza para curtir y tintorear, el bejuco zarare, dos especies de ipacacuana, (*cel cephoelis* y *el bejuco*) de saba emética. La Zarpaparrilla, la rufania Sabanailla, el bálsamo empleado contra la sarna, como veneno para los pescados. El bálsamo de Tolu (*mifrosejovm toluiferum*), la planta que produce el aceite de canine, el aceite de María, la resina de mamey anti-reumatisal é insecticida, la otova, el peraman, la caraña resmacopal y el frailejon. El aceite de caparrapi, el tacar cuya almendra da una especie de manteguita, dos especies de guacos, el morado y el blanco, el gualandai, la coca que es la misma Peruana.

Entre las plantas y productos industriales la Chilca, la chica, el añil, el acbote, el palo del brasil, el palo mora, el dividive de las costas del Atlántico y el de la region fria de los Andes, el tunc, el barna, res Pasto, la cera de laurel, la de palma, el caucho, varias muestras de tabaco, cacao y café &c.

La medalla de bronce por la preparación y buen arreglo de los herbarios. "La exposición popular ilustrada nos dice: El herbario de la Nueva Granada formado por Triana, comprende más de cinco mil especies clasificadas y determinadas genéricamente, la cuarta parte de las especies son nuevas." Otra medalla de bronce por los sombreros de paja llamados de Panamá.

Presentó además infinitud de objetos que por no ser premiados, no dejan de tener un gran mérito é interés, entre ellos se encuentra la monografía de la familia de las melastomáceas, que más tarde obtuvo el premio quinquenal fundado por A. J. de Bonfolle, para mejor monografía del género ó familia que más se merezca en el concurso.

Ultimamente el señor Triana recibió la gran medalla de oro por su obra de quinas que como premio de su trabajo le dió la sociedad central de agricultura de Francia.

Sus condecoraciones y premios son tan numerosos, que basta enunciar los títulos y condecoraciones que ha alcanzado para que lo consideremos como una gloria de nuestro país, premios y condecoraciones que no debe sino al talento, al estudio y á su constancia y abnegación.

En número 45 de "La Caridad", año IX, encontramos un artículo, cuyo título es: Honor al Mérito, tomado de "El Herald", y dice: "los únicos colombianos que hasta ahora han sido condecorados por sociedades científicas de Europa son dos Melastomáceas, los Drs. Manuel Vicente de la Roche y Posada Arango."

Reconozco el mérito de estas dos distinguidas notabilidades científicas de nuestro país y me es grato tributarles un homenaje de gratitud y admiración, por sus trabajos científicos. Al mencionar al lado de estos señores los demás compatriotas como Triana, Ordóñez, Manrique, Torres Caicedo y otros que han obtenido honores por sus trabajos, realiza su mérito haciendo parte de una familia de sabios, delante de la cual, las generaciones presentes deben descubrirse con respeto é inspirar á las venideras el desce de seguir sus huellas.

NICOLAS OSORIO.