

GACETA MEDICA DE CARACAS

Director: DOCTOR L. RAZETTI

CUERPO DE REDACCION

MEDICINA: Dres. T. Aguerrevere Pacanins, N. Guardia, hijo, B. Herrera Vegas, P. Herrera Tovar. E. Meyer Flegel, J. M. Ríos Llamozas, F. A. Risquez

CIRUJIA: Dres. P. Acosta Ortiz, A. Couturier, J. M. Escalona, M. Herrera, M. R. Ruiz, J. de D. Villegas Ruiz

Administrador: Bachiller Jesús G. Sucre

Tip. de vapor Guttenberg

GACETA MEDICA DE CARACAS

Caracas: 15 de Julio de 1893

ADVERTENCIA

Los señores suscritores que no hayan recibido el número anterior se servirán avisarlo al Administrador ó reclamarlo en la oficina del periódico, Sur 6, N. 29.

SUMARIO

LA SÍFILIS Y EL MATRIMONIO, *por el Dr. J. de D. Villegas Ruiz.*

LECCIONES DE BACTEREOLÓGIA, *por el Dr. José G. Hernández.*

SOCIEDAD DE MÉDICOS Y CIRUJANOS.

Dianóstico y tratamiento de la fiebre amarilla.

PRENSA EXTRANJERA.—*La seroterapia del tétanos.*

NOTAS.

LA SÍFILIS Y EL MATRIMONIO

Por el Dr. J. de D. Villegas Ruiz

No es mi propósito contribuir con algo nuevo en el curso de este desaliñado artículo; como que la índole de la materia y lo comenzante de mi carrera profesional no se prestan á tanto. Si deseo que las ideas que en él se encuentren sirvan de alerta á padres é hijos de familia, los más interesados y con seguridad los menos penetrados, de la importancia social de *la sífilis en sus relaciones con el matrimonio.*

Discípulo del eminente Alfredo Fournier, tuve la fortuna, como muchos de mis actuales compañeros, de seguirlo paso á paso en el curso de sus brillantes disertaciones sobre la tesis que he elegido, no diré para desarrollar, diré más bien para medio resumir en este escrito.

Algunas observaciones personales me ha propor-

cionado la suerte en los tres años que llevo de ejercicio de la Medicina; ellas me han convencido de que nada tienen de exajeradas las ideas de nuestro maestro, asegurándonos más todavía, sobre las tremendas responsabilidades que gravitan sobre el médico, que por ligereza, negligencia ó error, da un fallo favorable al cliente, á quien la enfermedad, ó sus sospechas, traen á su gabinete de consultas.

De entre esas observaciones son ocho las que más impresión han hecho en nuestro espíritu. ¿Para qué especificarlas, si con más ó menos variantes en todas se trata de lo mismo?

Bochorno y desgracia de muchos seres, ausencia de la paz doméstica en muchos hogares, remordimientos de conciencia en muchos hombres, muda pero elocuente desesperación en muchas señoras.

En todos ha sido el marido el portador de la enfermedad, habiéndola adquirido seis, antes del matrimonio, y los dos restantes, más vergonzoso aún, después de casados.

Los abortos repetidos, los partos prematuros con algunas de sus terribles consecuencias, los fetos macerados, los niños sífilíticos, cuya cortísima existencia fué un martirio general, han sido forzosas deducciones de aquellos enlaces. El contagio de dos nodrizas quienes á su vez dieron la enfermedad la una á su propio hijo que murió y la otra á su marido. El contagio también de una señorita que agena á los peligros que la rodeaban no escaseaba sus inocentes y sinceras caricias á uno de los niños, su sobrino; contagio que se verificó por un chancro del labio inferior, cuyas serias consecuencias estoy tratando en la actualidad, hé aquí más resultados aún de la sífilis, llevada como presente de bodas, consciente ó inconscientemente, á la infortunada mujer, á quien se ha elegido, ó por partícipe de una desgracia, ó por heredera de los frutos de una vida disipada.

Y, terminan aquí los desastres de la sífilis en el matrimonio? ¿Concluyen con esto las desgracias de dos seres cuya unión ha sido el punto de partida de una serie de calamidades? No, que estos no son sino preludios de mayores desdichas en la generalidad de las veces. En efecto, las manifestaciones de la sífilis terciaria, casi siempre muy lejanas, constituyen la espada de Damócles suspendida en el porvenir de un matrimonio sífilítico—Desde la demencia, producida por una goma cerebral, hasta la ceguera completa, desde la ataxia locomotriz-progresiva, hasta la

esclerosis en placas, desde las necrosis de los huesos largos, hasta las parálisis específicas, nos encontramos con una falange de espectros que se hierguen altaneros, y que si por desgracia entran en acción, hacen del hombre un ser inútil para sí mismo, para su familia y para la Sociedad.

Imaginémonos á ese hombre, como al único sostén de su mujer y de sus hijos, como al único agente productor en un hogar que consume más drogas que alimentos, é imaginemos en fin á ese hombre sin más patrimonio que una labor constante . . . Qué va á ser de esa familia? . . .

La sífilis, á más de ser pues, una enfermedad grave por sus consecuencias, tiene por caracteres principales: el ser eminentemente contagiosa, eminentemente crónica y trasmisible por herencia. Hé aquí porqué élla es incompatible con el matrimonio, estado social que requiere la mancomunidad de costumbres y las más estrechas relaciones.

La facilidad para adquirirla es sorprendente. Basta el contacto más ligero del producto específico con cualquiera superficie, [denudada de su epidermis ó de su epitelio, para que la infección se verifique produciendo el chancro.

El empleo de un objeto cualquiera usado por un sifilítico, sobre todo los objetos de mesa, la colilla de un cigarro, el puño de un bastón etc, etc; bastan para producir el contagio indirecto; así mismo un objeto de vestir, unas medias, unos guantes, unos zapatos abandonados por el enfermo y recogidos y usados por un individuo sano, exponen á éste á la adquisición de la enfermedad.

Recuerdo haber observado en el servicio del Profesor Fournier, en Saint-Louis, y entre las curiosidades de chancros que allí se ven, uno situado en una de las fosas nasales anteriores; situación que se explicó por el uso de un pañuelo en el que había escupido la amante del enfermo, afectada para entonces de condilomas gútrales.

Qué decir ahora del contagio directo, tanto más inevitable y tanto más frecuente, cuanto que es el que se verifica de persona á persona?

No son estas poderosas razones que se oponen al matrimonio de un sifilítico?

Recuerdo también haber sido llamado para prestar mis cuidados á una joven señora, *quien aún no había cumplido* el encierro de su luna de miel! La impresión que me hizo su *boca de tapir*, producida por un enorme chancro del labio inferior, me fué difícil dominar . . . Su marido estaba en pleno período secundario y jamás había ingerido un grano de mercurio!

Y sin embargo, serán estas reflexiones suficientes para hacernos partidarios del axioma francés. «*Avec la vérole il faut rester garçon?*» Excluiremos de la vida del hogar, de las delicias que en él se encierran, de los encantos del amor, de la dulce compañía de la esposa, de los placeres que los hijos proporcionan; privaremos en fin de la base de la honorabilidad social, á todo individuo afecto de la enfermedad de que nos ocupamos? Negaremos el matrimonio á todo sifilítico?

No! . . . El sifilítico puede casarse. *Salvo muy raras excepciones*, la sífilis solo constituye un *impedimento temporal* para el matrimonio; el sifilítico, después de cierta *temporada de suficiente tratamiento*, de *suficiente depuración*, vuelve á un estado de salud; que si no es el primitivo, le permite por lo menos el ser apto para la doble cuanto honrosa misión de esposo y de padre de familia.

Cuales son pues las condiciones que debemos exigir á un sifilítico, que aspira á casarse y que nos

viene á consultar si su estado es ó no asequible al matrimonio?

Con ellas podemos formar un programa; *programa indivisible*, cuyas cinco partes todas, *sin faltar una*, forman la base que sostiene al médico para *tolerar* el matrimonio.

Veamos esas condiciones :

1ª *La vejez de la enfermedad*.—Es este un requisito que sirve como de eje á todos los demás. En efecto, la acción del tiempo es, si no modificadora, por lo ménos atenuadora de la diátesis; de aquí que mientras más antigua sea la sífilis, menos peligros ofrezca para el matrimonio.

La experiencia de nuestros maestros, veteranos de la sifiliografía, nos enseña las fases que han recorrido multitud de matrimonios sifilíticos, *no tratados*, en el curso de muchos años. En ellos, ó en casi todos, se observa la manifiesta tendencia de la enfermedad á hacerse inofensiva para los hijos. Así se ven los partos prematuros seguir á los abortos repetidos, los niños muertos seguir á su vez á los primeros, los niños sifilíticos, que viven poco tiempo, venir después de estos, y á la larga, después de un número de años, imprecisable, venir al mundo niños sanos y aún vigorosos.

Por regla general la sífilis, comienza á *ser vieja* de los cuatro años en adelante.

2ª *Ausencia de accidentes específicos actuales*. Solo la ignorancia más crasa, ó la más abominable infamia podrán permitir á un individuo, portador de un chancro, de una placa mucosa, ó de otra manifestación cualquiera, sea ó no contagiosa, contraer matrimonio en condiciones semejantes. Y si muy cercanas y anteriores relaciones, lo hacen llevar consigo el germen de la enfermedad, que habrá de manifestarse al poco tiempo de casado, cuando se haya completado su natural incubación, entonces . . . ¡cuán cara le habrá de costar su última locura! . . .

3ª *Cierto período de absoluta inmunidad después de las últimas manifestaciones de la enfermedad*.

Esto equivale á exigir una *tregua* á las manifestaciones, á exigir un *período de salud* tanto más valedero cuanto mayor sea su duración; período que atestigüe que la agudeza de la diátesis está vencida ó por lo menos dominada.—Su valor es tanto mayor cuanto menos dependa de los beneficios del tratamiento.—Por regla general su duración, mínima *debe ser de un año y medio á dos años*, plazo que puede ser menor ó mayor aún, según responda el individuo al siguiente número del programa.

4ª *Carácter no amenazante de la diátesis*.—La infección sifilítica tiene sus grados, hay sífilis benignas y sífilis malignas; y entre estas, hay algunas manifestaciones que por decirlo así, hacen al individuo que las ha presentado, *completamente inepto ó perjudicial* al matrimonio, á pesar de la energía del mejor tratamiento, á despecho de la edad misma de la enfermedad, de no presentar el enfermo accidentes específicos por mucho tiempo . . . tales son las *localizaciones oculares graves, los trastornos cerebrales y medulares* producidos por la sífilis; y á la cabeza de estos últimos *el más insignificante signo de tabes*.—En efecto, existe, como una misteriosa resistencia entre esas manifestaciones y el tratamiento mejor dirigido, resistencia que se nos revela por la tendencia que tienen aquellos á *recidivar*, más ó ménos tarde, más ó ménos pronto, pero siempre de una manera insidiosa, segura en el resto de la existencia.

Son estos los casos que más tacto, más experiencia y meditación exigen al médico, además de su ciencia, para resorverlos.

5a y última condición:

Un tratamiento específico suficiente.—Cual es este tratamiento; y en qué consiste su suficiencia?

Si fuera la sífilis una de tantas enfermedades que como vulgarmente se dice *se curan radicalmente*, nada más fácil entonces que contestar á la segunda parte de nuestra pregunta. . . Más, se cura radicalmente la sífilis? Nó. Esta es una afección que cuando se hace señora del organismo no lo abandona más; con viértese en implacable acreedora á quien le agradan los plazos largos, con pequeños abonos, para tener derecho cuando á bién lo tenga, al reclamo de la deuda!

La Terapéutica, al ocuparse de ella ha circunscrito su ideal á modificarla, á ponerla á raya, á atenuarla en sus efectos.

Sólo posee con tal fin dos agentes cuyo incontestable poder está fuera de duda: *el mercurio y el yoduro de potasio*. Sus buenos ó malos efectos no dependen sino de la manera de usarlos.

La sífilis, esencialmente crónica, amerita un tratamiento crónico también; enérgico y cuidadoso de que el organismo no se le habitúe, por temor de que no responda entonces á su acción.

De aquí el sistema de los tratamientos sucesivos, interrumpidos y alternados, con otro género de indicaciones tales como, los tónicos, los reconstituyentes que opongán una valla á las tendencias altamente debilitantes de la enfermedad.

La duración del plan específico debe ser, (hablamos generalmente) de *cuatro años largos*; la cantidad de mercurio absorbido en todo ese tiempo, por el organismo, y requerido como suficiente para dominar la enfermedad, debe oscilar entre dos y medio, y tres gramos del medicamento.

Como fácilmente se comprenderá esto no es matemático, como no lo es nada en Medicina. Todo hombre, penetrado de los secretos de esta Ciencia, habrá de calificar las condiciones de este programa como de muy relativas; pues sus bases pueden variar bastante, según los casos en que haya que hacer su aplicación.

Más, como para emitir un juicio necesitamos tener en qué fundarnos, tomémoslo por ahora, ya que es dictado y comprobado por hombres de experiencia, que ya en el ocaso de su vida, no han hecho otra cosa, en la larga jornada recorrida, que observar, estudiar y deducir, acumulando de esa manera rico caudal de conocimientos para bien y provecho de quienes los sucedan.

Julio de 1893.

UNIVERSIDAD CENTRAL

LECCIONES DE BACTERIOLOGIA

POR EL DR. JOSÉ G. HERNÁNDEZ

RECOGIDAS POR LOS BRES. JOSÉ A. CURVAS Y JOSÉ H. CARDOZO

LECCION II

APARATOS PARA LA ESTERILIZACIÓN

1.—Autoclave.—2.—Horno de Pasteur

1.—Entre los aparatos para la esterilización citaremos como principales el *autoclave* y el *horno de Pasteur*. El primero de estos dos aparatos es una mo-

dificación de la marmita de PAPIN, por tanto solo sirve para esterilizar aquellos objetos que no sufran deterioro alguno bajo la acción sostenida del vapor de agua. El segundo esteriliza por la acción del calor seco, por lo que se le emplea para los objetos de cristal que no contengan líquidos.

El autoclave aparato inventado por CHAMBERLAND, es uno de los aparatos más empleados para la esterilización. Este aparato se compone de una vasija de cobre de paredes muy resistentes y sin soldadura, colocada sobre un hornillo que se calienta con gas ordinariamente. Esta vasija tiene una tapadera también de cobre, de un centímetro de espesor, provista de un manómetro metálico, una llave de escape y una válvula de seguridad. La tapadera se asegura á la vasija por medio de un sistema de tornillos que hay en el borde de ésta, tornillos que entran en las escotaduras que tiene aquella y á los que se adoptan tuercas de una forma especial que permiten la oclusión de la vasija. Para que esta oclusión sea más perfecta se coloca entre el borde de la vasija y su tapadera, un rodete de gutapercha mojada de antemano. Dentro de la vasija hay una cesta de fina malla de cobre que sirve para colocar los objetos que se quiere esterilizar.

Para esterilizar por medio del autoclave, se echa agua en la vasija hasta la altura de los pies de la cesta; en seguida se colocan en una pequeña cesta de alambre, los objetos que se quiere esterilizar; se lleva á la gran cesta del autoclave, se atornilla éste, teniendo cuidado de no atornillar la tapadera muy fuertemente y se dá fuego á los mecheros de gas que calientan el hornillo.

Abierta la llave de escape, se regula la válvula de seguridad y se tiene cuidado de apretar las tuercas conforme se vayan aflojando.—El objeto de abrir la llave de escape es dar salida al aire que se encuentra dentro del aparato, por que, teniendo el aire mayor capacidad calorífica que el vapor de agua, esto perjudica la exactitud del experimento, puesto que, á una temperatura menor que la deseada, el manómetro indicaría un grado de tensión mucho mayor que el que, á la misma temperatura, alcanzaría el vapor de agua puro.—Así, pues, se abre la llave de escape, empieza á calentarse el aparato, el aire que se encuentra dentro, se dilata, sale por la dicha llave, primero puro, despues alternando con pequeños chorros de vapor de agua que poco á poco se van haciendo más frecuentes, hasta que sale un chorro de vapor, continuo, espeso que indica que debe cerrarse la llave. Se cierra ésta. Se espera que el manómetro señale la presión requerida, se tiene cuidado de conservar exactamente, por el tiempo necesario, esta misma presión, y para el efecto, se sirve uno de la llave del gas que calienta el aparato, cerrándola un poco cuando tiende á subir, abriéndola completamente cuando tiende á bajar.

Después que ha pasado el tiempo necesario para la esterilización, se apaga el gas, y se espera que baje la aguja del manómetro hasta 100° y entonces se vá destapando poco á poco la llave de escape, si acaso hubiere dentro del autoclave vasijas que contengan líquidos. La razón de esto es muy sencilla: si se destapara repentinamente, los tapones saltarían y todo el trabajo sería perdido.

Después que haya salido todo el vapor, se destapa el autoclave y se saca con pinzas de madera, los objetos ya esterilizados.

29 Otro de los aparatos para la esterilización es el *horno de Pasteur*, que como ya hemos dicho obra por medio del calor seco. Este aparato consta de un recipiente de hierro de doble pared colocado sobre un

hornillo. Este recipiente tiene un fondo movable atravesado por muchos agujeros que solo perforan la pared externa. De la pared externa se desprende una chimenea que tiene hacia su parte media un diafragma que se mueve por medio de una llave y sirve para cerrar ó abrir la dicha chimenea. Dentro del recipiente hay una gran cesta de alambre.

El horno tiene además una tapadera con un agujero que permite la salida del aire enrarecido.

Para esterilizar objetos por medio del horno Pasteur se introducen en una pequeña cesta de alambre la cual se coloca dentro de la gran cesta del horno, se tapa éste y en seguida se encienden los mecheros que lo calientan teniendo cuidado de abrir antes la llave de la chimenea.

Al servirnos del horno Pasteur para la esterilización tenemos necesidad de un auxiliar; este es el algodón que por el color que toma en virtud del calor nos indica cuando está terminada ésta.

SOCIEDAD DE MEDICOS Y CIRUJANOS

SESIONES DE LOS DÍAS 25 DE MAYO, Y 5
Y 26 DE JUNIO

Diagnóstico y tratamiento de la fiebre amarilla

EL DR. RAZETTI.—He querido llamar la atención de la sociedad acerca del diagnóstico de la fiebre amarilla porque me parece imposible diferenciar clínicamente en los dos primeros días el verdadero vómito negro de las formas graves del paludismo; y como cierto número de médicos sostiene que la quinina si no es perjudicial en la fiebre amarilla, al menos es inútil, sería importantísimo fijar un *signo clínico* que nos permitiera establecer, por lo menos al segundo día, un diagnóstico preciso y poder formular un tratamiento racional. Yo sostengo, y en esto sigo la opinión de respetabilísimos profesores de Caracas, que en el paludismo grave si no se instituye desde las primeras horas el tratamiento específico enérgico por la quinina á altas dosis, se expone el enfermo á las terribles consecuencias de una fiebre paludosa grave tratada sin quinina desde el primer momento.

He tenido oportunidad de tratar en mi clientela privada varios casos de fiebre paludosa grave, he visto otros en la clientela de algunos compañeros, y los buenos resultados obtenidos no se pueden atribuir sino á la energía y á la precocidad del tratamiento quínico. Por el contrario, he observado en El Valle un caso que terminó por la muerte y en el cual se había diagnosticado *fiebre amarilla* y se había instituido un tratamiento aquínico siguiendo el precepto de no dar quinina en el vómito negro.

En síntesis mi opinión es la siguiente: considero imposible el diagnóstico diferencial de la fiebre amarilla típica y la forma grave del paludismo que algunos llaman *fiebre paludosa amarilla*; creo que no existe ningún *signo clínico* que nos permita separar estas dos afecciones en su principio; opto en consecuencia por establecer en todos los casos dudosos el tratamiento específico del paludismo, porque obrando de otro modo me parece que exponemos la vida de nuestros enfermos. Esta será mi conducta mientras no se encuentre el medio de precisar el diagnóstico *clínicamente*.

Voy á leer dos observaciones, una que me pertenece como médico de cabecera y en la cual diag-

nostiqué *paludismo*, di quinina y el enfermo curó.—Otra, en la cual dos distinguidos colegas de El Valle diagnosticaron *fiebre amarilla*, no dieron quinina y el enfermo murió.

Quiero someter á la sociedad estos dos casos y quiero se me diga si en el segundo se trataba de fiebre amarilla ó de paludismo, diagnóstico este último que formulé al 4º día de la enfermedad cuando fuí llamado en consulta.

PRIMERA OBSERVACIÓN

N. N. mujer de 25 años de edad, soltera, perteneciente á la clase elevada de la sociedad, temperamento nervioso. Antecedentes patológicos: fiebre grave en el Brasil (amarilla?), ictericia en Caracas poco antes de la actual enfermedad.

Invasión: escalofrío inicial intenso, dolor de cabeza, dolor de cintura, inyección de las conjuntivas, fotofobia, pulso 120, temperatura 39° 5 C.

Diagnóstico: *fiebre paludosa*.—Administro 60 centigramos de sulfato de quinina y 50 de calomel en un *cachet*.—A las cuatro horas un purgante salino.

Segundo día: 38° 8 C., pulso 100, ligera congestión hepática, orina normal. Trat. 50 centigramos de sulfato de quinina cada 6 horas; mistura salina en los intervalos.

Tercer día: 38° 6, pulso 110, disminución notable de la orina sin albuminuria. El mismo tratamiento más una gota de solución de trinitrina al 1/8 cada ocho horas.

Cuarto día: temperatura 37° 8 C. en la mañana, 36°, 5 C. en la tarde. Restablecimiento de la función renal, desaparición de los síntomas, convalecencia, curación.

SEGUNDA OBSERVACIÓN

N. N. 28 años, hombre, agricultor, temperamento bilióso, fiebres paludosas como antecentes. Invasión: escalofrío intenso, dolor de cabeza, dolor de cintura, inyección de las conjuntivas, vómitos, temperatura 40° 5 C. pulso 120.—Diagnóstico del médico de cabecera: *fiebre amarilla*. Trat.: purgante salino; 50 centigramos de antipirina. Al día siguiente: repetición del purgante porque el primero fué arrojado en los vómitos; poción de jaborandi.

Tercer día: 38° 5 C. Se confirma el diagnóstico por otro médico llamado en consulta y se establece un tratamiento de: trementina, aceite y limón, champagne helado, fenacetina. En este día hubo vómitos negros y diarreas del mismo color; albúmina en la orina; congestión hepática.

Cuarto día: soy llamado en consulta: encuentro: 38° 8 C., pulso 80, vómitos y diarrea negros, albuminuria, congestión hepática. Diagnóstico: *fiebre paludosa amarilla* y aconsejo quinina y antisepsia intestinal, champagne helado.

Quinto día: anuria, 38° 2 C., pulso 80. En la noche: 37° 5 C., pulso 70.—Trat.: trinitrina, cafeína, champagne y trementina.

Sexto día: gran agitación, pulso pequeño y frecuente, hipo, 39° 5 C. Flegmon del brazo (causado por una de las inyecciones hipodérmicas por no estar probablemente hecha la solución con agua esterilizada?) Los síntomas anteriores se acentúan y el enfermo muere en el colapso.

Ambos casos tuvieron el mismo principio y un desenlace muy distinto. ¿Podrá atribuirse en el se-

gundo el término fatal á la no administración de la quinina desde el primer momento? (1)

El DR. HERRERA TOVAR.—El paludismo y la fiebre amarilla son dos cosas diferentes. Freire en el Brasil, Carmona y Valle en Veracruz, Gibier en la Guayana, dicen que la fiebre amarilla tiene su bacilo especial diferente al del paludismo y cuyo bacilo reside en el tubo intestinal; pero Freire se muestra dudoso entre si la intoxicación se debe al bacilo mismo ó á sus secreciones.

El DOCTOR RAZETTI.—Mi proposición no se refiere á la fiebre amarilla en general sino á la que se observa en Caracas.

El DOCTOR AGUERREVERE.—Son dos afecciones bien diferentes nuestra fiebre amarilla y las formas graves del paludismo; la primera es una afección eminentemente contagiosa y el paludismo no lo es. Nosotros tenemos epidemias de fiebre amarilla clásica. Sucede que muchas afecciones enteramente diferentes de la fiebre amarilla producen algunas veces vómitos negros. Yo he visto sarampión y escarlatina con vómitos negros, y he visto también la fiebre amarilla típica. Yo no reconozco lo que algunos llaman *fiebre amarilla paludosa*. Aparte de la fiebre amarilla lo que acepto es un síntoma que se llama por su aspecto vómito negro. Y distingo la fiebre amarilla en que siempre es epidémica, mientras que las formas graves del paludismo son aisladas.

El DOCTOR RUIZ.—Mi opinión es que entre nosotros no dá la fiebre amarilla; y que la llamada así no es otra cosa que la remitente biliosa, y se la tiene por contagiosa, porque todos los enfermos, al parecer contagiados, han tomado la enfermedad del mismo foco de infección al rededor del cual se encuentran.

El DOCTOR AGUERREVERE.—Entonces ese paludismo se cura sin quinina, pues yo nunca la he dado contra la afección y mis estadísticas registran diez veces más de curados que de muertos. Recuerdo el caso único en que di quinina y perdí el enfermo.

El DOCTOR RUIZ.—En el Hospital Vargas he observado regular número de enfermos entrados como afectados de fiebre amarilla, y sin embargo, á pesar de ponerse en comunicación directa con los otros enfermos y con el personal de empleados, no he observado ningún caso, no diré de epidemia, ni aún de simple contagio.

Por lo que toca á la remisión del tercer día, propia de la fiebre amarilla, y que se observa en la fiebre de que nos ocupamos, no me convence; pues el carácter de todas nuestras fiebres es una tendencia marcada al colapso.

El DOCTOR HERRERA TOVAR.—Observó si eran extranjeros ó criollos los enfermos expuestos al contagio, y en el primer caso, si aquellos habrían sufrido la afección de antemano, ó lo que es lo mismo, si habían presenciado el desarrollo de tres epidemias, pues es sabido que en estas condiciones los individuos gozan de inmunidad.

El DOCTOR RUIZ.—Los enfermos del Hospital Vargas son de todos los países; muchos de los extranjeros eran recién llegados y no habían padecido la fiebre amarilla, ni aquí ni en otra parte.

El DOCTOR RIOS LLAMAZAS.—Creo que con la fiebre amarilla sucede una cosa análoga á lo que pasa con la disentería: las epidemias se confunden. Yo opino que entre nosotros hay fiebre amarilla

típica y fiebre paludosa amarilla y reconozco la remisión del tercer día como signo poderoso que distingue á la fiebre amarilla.

El DOCTOR HERRERA VEGAS.—En Caracas existe además de la fiebre amarilla típica, una forma grave del paludismo que se le asemeja mucho. La típica ataca de preferencia á los extranjeros; la otra á los nacionales revistiendo formas ictericas, con hemorragias y albúmina en la orina.

El DOCTOR MEYER FLEGEL.—En Caracas se han presentado verdaderas epidemias de fiebre amarilla, tal fué la de 1884; pero creo que la fiebre de estos últimos tiempos, llamada por algunos amarilla, no es otra que la remitente biliosa. En apoyo de esto tengo un regular número de observaciones que demuestran la eficacia de la quinina. En ninguno de mis casos he observado contagio.

El DOCTOR RISQUEZ.—Reconozco tres formas: la *fiebre amarilla clásica*; la *fiebre paludosa* y la *fiebre híbrida*, en la que los elementos paludoso y amarillo están combinados. El contagio es indiscutible en el tífus icterodes ó vómito negro. Entre otros casos de mi práctica puedo citar la observación de unos tetuanenses que habitaban un mismo circuito de la ciudad y todos fueron atacados por la fiebre amarilla, que dicho sea de paso, emplee el tratamiento sin quinina con mucho éxito. He tratado también en unión del Doctor Guardia hijo varios casos de fiebre en franceses, en los cuales el contagio me pareció evidente.

El DOCTOR GUARDIA, HIJO.—En realidad el Doctor Rísquez y yo hemos tratado algunos casos de fiebre de apariencia amarilla en franceses no aclimatados, pero me permito recordarle que en todos los análisis que hicimos de la sangre encontramos el pigmento negro. Además recuerdo dos hermanos que trabajando juntos en la apertura de una zanja, cayó primero uno atacado de fiebre y al día siguiente el otro; ambos fueron asistidos por personas de su familia, extranjeros y como ellos no aclimatados y en ninguno hubo contagio.

No puedo pues dudar que los casos de fiebre á que se refiere el Doctor Rísquez, fueron de fiebre paludosa y todos fueron tratados por la quinina y con buen éxito.

El DOCTOR RISQUEZ.—He dicho que he reconocido en Caracas casos de *fiebre amarilla clásica*, otros de *fiebre paludosa hemorrágica* y otros de una *forma híbrida* de paludismo y tífus icterodes; y voy á decir como me conduzco yo para distinguirlas.

Dividamos primeramente el problema en dos partes (1):

1º Diagnóstico de uno ó más casos que se han visto evolucionar;

2º Diagnóstico de un caso en las primeras horas de la invasión.

1º La fiebre amarilla es una pirexia de marcha cíclica, con dos períodos perfectamente marcados y distintos: el primero de fiebre, dolor en la frente, cintura y piernas, rubicundez de las conjuntivas y la cara, constipación, á veces ansiedad epigástrica y vómitos biliosos, con 3 días de duración.

El DOCTOR HERRERA TOVAR.—Agrego la falta del catarro naso-bronquial.

El DOCTOR RISQUEZ.—El segundo de temperaturas relativamente bajas, albuminuria, amarillez, vómitos negros, hemorragias, adinamia, pulso lento, que dura también como 3 días y los síntomas de

(1) Consultada la sociedad sobre este punto la opinión unánime fué que ambos casos eran de paludismo y que el tratamiento racional era la quinina.

(1) Véase *La Unión Médica*, 1885.

estos dos períodos son tan separados, y esta marcha, ese encadenamiento es tan típico que yo me atravesaría á establecer como aforismos:

Toda pirexia que en los primeros tres días presente amarillez, vómitos negros y albuminaria, no es una fiebre amarilla pura;

Toda pirexia que después del 3er día presente reacción fébril de aspecto inflamatorio, no es una fiebre amarilla pura.

Sinembargo la fiebre amarilla puede terminar en el 1er. período constituyendo la *forma abortiva*, muy frecuente; puede evolucionar toda ella en menos de 6 días y es la *forma grave*, fulminante, que he visto muy rara vez; y puede prolongar su segundo período por 2 y 3 semanas y en la *forma tifoidea*, de la cual no he observado sino un solo caso.

Agréguese á lo dicho el *pulso decreciente* signo de gran importancia diagnóstica y las circunstancias etiológicas de raza, nacionalidad, aclimatación, localidad, epi ó endemidad, y concluyamos que en la generalidad de los casos podrá decirse: esto fué fiebre amarilla; esto no fué.

2º El segundo problema es: ¿cómo se diagnóstica la fiebre amarilla en las primeras horas?

Ya esto es más difícil, principiando porque toda fiebre incipiente puede parecerse á la amarilla: las palúdicas, las eruptivas, algunas tíficas, las inflamaciones, la sinocal misma y hasta la efímera pueden parecerse al comezar, y yo retaría á cualquier práctico á que me indicare un solo signo diferencial seguro é inmanable en las primeras horas de cualquiera de las enfermedades mencionadas. Sinembargo se me dirá que ese signo que se persigue no es tan importante como cuando se trata de distinguir la amarilla de una palúdica, porque en este caso, no administrando quinina se expondrá á grave riesgo la vida del paciente. Pues bien, yo sostengo que esa urgencia en administrar quinina, solo es tan grande en las perniciosas muy malignas, en cuyo caso fácil es reconocerlas desde el principio por las varias determinaciones que provoca sobre diversos órganos: hay en las perniciosas en que la quinina es urgente algo súbito, localizado, siderante que descubre desde el primer momento una determinación de la perniciosidad.

Yo niego que una paludosa capaz de confundirse con la amarilla incipiente, reclame el uso urgentísimo de la quinina. En tal caso tiene el médico tiempo para apelar al tratamiento eliminador, previo á toda indicación, los purgantes sobre todo, y las horas de esta acción le permitirán observar y decidir.

Y finalmente si todavía puede quedar alguna duda, el microscopio decidirá prontamente la cuestión. Una gota de sangre al microscopio: hay pigmento negro. ¿Quinina.—No hay pigmento? No quinina.

El DOCTOR RAZETTI.—El microscopio no es un medio clínico en la práctica civil.

El DOCTOR RISQUÉZ.—Con que se deplora y se discute que no hay un medio diferencial, que el diagnóstico es urgente, que la vida del enfermo está en peligro, que es necesario decidir si se da ó no quinina, que debe buscarse ese medio diferencial; y se presenta ese medio, sencillo, rápido, más fácil que examinar una orina, y se contesta: *nó, porque eso no es clínico*, porque eso exige que yo vaya á casa con una gota de sangre sobre un vidrio á ponerlo bajo el microscopio? Nó, ese rechazo es lo que no es ni clínico, ni prudente, ni humanitario.

En resumen, mi conducta es esta:

Los casos que ya han evolucionado los conozco por la marcha que han seguido y las circunstancias etiológicas que los rodean.

Si el caso comienza con los caracteres de una fiebre amarilla y hay razones para creer que puede serlo, purgo, hago sudar y desinfecto el canal gastrointestinal, bajando de paso la temperatura si fuere muy alta, con lo cual pueden transcurrir 6, 8, 12 ó más horas. Si, entretanto, me voy convenciendo de que es fiebre amarilla, sigo tratándola como tal; y si me queda alguna duda, examino la sangre, y si encuentro pigmento doy quinina, porque puede ser una paludosa ó una amarilla híbrida ó una amarilla pura en un impaludado, y de todos modos la quinina está indicada desde que hay pigmento.

Ahora si se me pregunta la razón de esa renuncia á dar quinina en la fiebre amarilla, contestaré: porque la quinina hasta donde sabemos, es específico solamente del paludismo, y porque la generalidad de los prácticos en la materia, han repetido lo que dijo Dutrouleau: «en la fiebre amarilla, la quinina si no es perjudicial, es por lo menos inútil.»

EL DR. HERRERA TOVAR.—Hay una particularidad entre el modo de invadir la fiebre amarilla y la paludosa. Generalmente la primera se declara de la noche á la mañana y la segunda del mediodía para abajo.

EL DR. AGUÉRREVERE.—Lo que es el examen de la sangre al microscopio no me satisface mucho, porque aquí hay mucho paludismo y casi todas las sangres tienen pigmento.

Los Doctores Herrera Tovar y Herrera Vegas, mostraron varias curvas termométricas de casos de fiebre amarilla tratados sin quinina y todos con muy éxito.

Villegas Ruiz, (Secretario.)

PRENSA EXTRANJERA A

La seroterapia del tétanos

Por M. Ch. Eloy

La cuestión del tétanos y su tratamiento fisiológico continúa á la orden del día. Hace pocos días, un cirujano de gran mérito, M. Berger, (1) se ocupaba de ella en una interesante comunicación á la Academia.

Desde luego, esta cuestión se relaciona con la más extensa de la *antisepsia por la hematoterapia*, de la cual hace más de un año resumí los principios en este mismo periódico (2). Se trata pues de un método de terapéutica general, del cual la seroterapia contra el tétanos es un caso particular. He ahí el motivo para empeñar á los prácticos, más terapeutas que biólogos, á no ver con indiferencia un problema clínico y terapéutico de una importancia tan considerable.

I

¿Qué es el tétanos? Sobre este punto no hay desacuerdo.

Enfermedad infecciosa, el tétanos es causado por el microbio que Nicolaïer descubrió y que Kitasato enseñó á inocular.

Esta inoculación provoca con seguridad (Vail-

(1) Véase la *Gaceta Médica de Caracas*, número 6, página. 50.

(2) Ch. Eloy—L'antisepsie par l'hémathérapie (*Rev. gen. de médecine et de thérapeutique*, 17 février 1892)

lard et Vincent) la infección tetánica después de un período incubatorio (3).

Por consiguiente: contagio, inoculabilidad, incubación, esta afección se desenvuelve y se trasmite como las otras enfermedades virulentas.

Sin embargo,—nada hay uniforme en biología,—su evolución presenta algunas particularidades.

Inoculado en los tejidos, el microbio tetanígeno, no posee el poder de multiplicarse allí indefinidamente. Desaparece; pero después de esta desaparición, el envenamiento del organismo continua su curso.

Es que este microbio segrega una poderosa toxina. A dosis imponderables, esta toxina mata al estilo de un veneno de serpiente ó del veneno diftérico de Roux y Versin; además su acción no se agota después que el microbio toxinógeno ha cesado de producirla.

Otra particularidad: Si por procedimiento de laboratorio se exoneran de esta toxina [4] los bacilos tetanógenos inoculados, no hay efectos tetánicos y los bacilos son destruidos aún antes de haber podido obrar. Esta toxina, letal para el organismo, es pues útil á la vitalidad del microbio.

En fin, tercera particularidad: inocúlese, simultáneamente, con los bacilos tetanógenos, una especie microbiana común y no patógena—el micro—bacillus prodigiosus, por ejemplo—; habrá herida supurante; el medio creado por esta asociación microbiana favorecerá el cultivo del bacilo de Nicolaïer, que se multiplicará, prosperará, y segregará toxinas rápidamente mortíferas.

De donde se deduce esta conclusión elegante en biología y fecunda en clínica: que el peligro de las inoculaciones tetánicas depende sobre todo de la asociación en las heridas de microbios inofensivos con el bacilo de Nicolaïer. «Sin ellos, según M. M. Vaillard y Roux, este no puede nada; con ellos, tiene tiempo de envenenar el organismo que lo abriga.»

II

En diciembre de 1890, M. M. Behring y Kitasato publicaban su primer trabajo sobre la inmunidad en la difteria y el tétanos [5]. La idea que los inspiraba era oportuna, después de las experiencias de M. M. Héricourt, Richet, Bertin, Picq y Lépine sobre el poder preventivo de la serosidad de animales naturalmente refractarios contra la infección tuberculosa.

Hasta entonces se había interpretado la inmunidad por la fagocitosis y la acción vital de las células. Se había hablado de hábito del organismo á los venenos bacterianos. . . «Todo eso es pura retórica.» (Bouchard) (6). Es por el estado bactericida de la sangre, sea natural, adquirido ó aumentado, que es necesario interpretar esta inmunidad.

M. M. Behring y Kitasato se inspiraron en esta idea general y encontraron que la serosidad de un animal refractario al tétanos destruía *in vitro* y *in vivo* las toxinas segregadas por el bacilo tetanígeno. La serosidad posee, dicen ellos, un doble poder terapéutico: es *inmunisadora* y *curadora*; inyectada antes de la inoculación tetánica, *preserva* el organismo y lo hace inmune; inyectada á un animal ya tetá-

nico y en inminente peligro de muerte, *cura* casi con seguridad.

Esto equivale á decir: he aquí una serosidad toxicinida; ella es anti-tóxica y anti-fermentecible. Esas virtudes corresponden, pero por analogía únicamente, á las de los agentes destructores de los gérmenes vivos, á los antisépticos y á los desinfectantes.

Kitasato y Behring habían partido de la vacunación preventiva y llegaban á la medicación específica.

M. M. Zizzoni y Cantani, Roux y Vaillard comprobaron las propiedades vacunantes de la serosidad de los animales inmunizados y la potencia neutralizadora del veneno tetánico, *in vitro* y *in vivo*. Comprobaron también, en contra de las afirmaciones de Behring y Kitasato, que la inmunidad así conferida es temporal (7) y que disminuye después de once á catorce días. Demostraron también,—otro mentís á las afirmaciones de los primeros observadores,—que esta serosidad no es curadora, aún cuando se practique la inyección antes de la aparición de los accidentes tetánicos ó poco tiempo después de la inoculación del virus tetánico.

A estos mentises experimentales, M. M. Kitasato y Behring oponían hechos positivos.

Habían obtenido efectos curadores; el uno en el carnero y el caballo ya tetánicos; el otro en el ratón, igualmente en la potencia del tétanos confirmado y provocado por la introducción bajo la piel de astillas de madera cargadas de esporos tetánicos. [8].

En efecto, á fines del año de 1892 el estado de la cuestión era el siguiente: el poder inmunizador de la serosidad antitóxica, y la vacunación antitetánica estaban admitidos. Lo que se discutía era sobre el poder curador de esta serosidad contra el tétanos ya declarado. El reciente trabajo de M. M. Vaillard y Roux contiene elementos importantes y puede ser decisivos para la clausura de este debate.

Variando los modos de infección, sea con la toxina tetánica, sea con los esporos desprovistos de toxinas, trataron vigorosamente una serie de animales, por inyecciones de serosidad activa y desde la aparición de los síntomas tetánicos. Estas experiencias, tan juiciosamente conducidas, demostraron que es muy difícil curar el tétanos declarado en los animales. En el momento en que aparecen los primeros síntomas, la cantidad de toxinas elaborada es ya lo más amenudo suficiente para matar el animal. [9]

La alteración de las células nerviosas es ya profunda. La antitoxina no puede nada «contra un envenamiento ya hecho.»

Parece que estos datos experimentales no serán absolutamente estériles aplicados á la clínica. De ellos pueden deducirse las siguientes conclusiones terapéuticas:

En las formas graves del tétanos, nada ó poco hay que esperar del empleo de la serosidad antitóxica. Es demasiado tarde, las modificaciones nerviosas son ya irremediables.

En las formas lentas, algunas probabilidades de éxito, con la condición de ocurrir á sus propiedades toxicinidas antes de la producción, aquí más tardía, de esas lesiones nerviosas.

III

Dicho lo que antecede á manera de premisas, ¿cómo considerar en el momento actual el tratamiento médico del tétanos?

(3) Vaillard et Vincent (*Académie des sciences*, 21 Janvier 1891.)

(4) Sánchez Toledo (*Soc. de biol.*, 20 de juin 1891.—Camara Pestana (*Eodem loco*, 27 de juin 1891.)

(5) Behring et Kitasato (*Deutsch. méd. Woch.*, diciembre 1891, número 49.)

(6) Bouchard [*Congrès international de médecine de Berlín*, 1890.]

(7) Vaillard [*Société de biologie*, 6 juin 1891.]—Zizzoni et Cantani (*Arch. ital. de biologie*, mais 1891.)

(8) Behring (*Das Tetanus heilserum* 1892.—Kitasato (*Zeits. L. hyg.*, août 1892.)

(9) Roux y Vaillard (*Annales de l'Institut Pasteur* 1892 página 66.)

Las conclusiones de la interesante memoria de M. M. Vaillard y Roux, son formales é instructivas á este respecto.

La serosidad anti-tetánica es una *medicación preventiva* eficaz en los animales y á una dosis sumamente débil. Inyectada al mismo tiempo que la toxina, ó poco tiempo después que ella, pero antes de todo efecto tetánico, se observa siempre un tétanos local, con la condición de proporcionar la dosis vacunante al tiempo corrido entre el momento de la infección y el de la inoculación, con la condición también de quitar el foco, pues de otra manera se vería la infección, dominada al principio, tomar de nuevo su curso. Por el contrario, resultados negativos casi absolutos en las formas experimentales de marcha rápida.

En cuanto á la *medicación curativa*, es medio-cientemente eficaz. No se cura el tétanos declarado en los animales, aun instruyendo el tratamiento desde la primera manifestación tetánica.

He ahí lo que en los momentos actuales enseñan los datos de la medicina experimental á quienes los interrogan.

Los resultados de los ensayos clínicos están de acuerdo con los hechos del laboratorio.

Ningún éxito en el *tétanos grave de marcha rápida* en el hombre. La seroterapia no ha dominado el tétanos en individuos en los cuales la enfermedad había evolucionado en el espacio de dos ó seis días. (Kitasato, Renon, Grancher, Polillón, Th. Anger, Letulle, Bagiuski.) (1) Se trataba del tétanos quirúrgico y del tétanos médico.

Contra el *tétanos de principio tarato y evolución lenta*, éxitos relativos, á veces completos: tales los casos señalados por Schwartz (curación del tétanos traumático por el método de Zizzoni); por Retter (inyección toxínica practicada veinte días después del traumatismo) (2); tal el más concluyente en razón de la autoridad clínica del cirujano parisiense, M. E. Schwartz, que lo ha observado: el tétanos traumático principió el cuarto día: se trató por el cloral y la antitoxina: curó. (3)

En cuanto á las curaciones constantes anunciadas por el M. M. Tizzoni y Cantani (8 casos, 3 éxitos), se refieren á tétanos de marcha lenta, susceptibles, como se sabe por experiencia, de curación espontánea. Además, según la aseveración de su compatriota, M. Albertoni, (de Bologne), se trataba de una serie excepcionalmente feliz, pues según parece, hay en el activo de la medicación de Tizzoni, casos desgraciados que no figuran en las estadísticas. (4)

¿Qué conclusión práctica puede deducirse de estos hechos?

¿Se prescribirá la seroterapia contra el tétanos y cuando debe emplearse?

He aquí como M.—M. Roux y Vaillard responden á esta doble pregunta:

Se inyectará lo más pronto posible, desde la aparición de los primeros síntomas, una dosis suficiente de una serosidad muy activa. El segundo ó tercer día, repetición de las inyecciones. Tal debe ser actualmente una tentativa de *seroterapia curativa del tétanos*.

Esta medicación es racional, si se admiten los hechos experimentales. Por lo pronto y á pesar del

mal éxito obtenido en los casos graves, es la única que responde á esos hechos, y dá esperanza de neutralizar la toxina elaborada en el foco de infección.

En cuanto á los ensayos de *seroterapia preventiva*, están indicados en presencia de una herida contusa, sospechosa y sucia de tierra.

Así, se puede ceder á las juiciosas indicaciones de M.—M. Roux y Vaillard, y á pesar de los casos desgraciados, más numerosos que los felices, no se debe condenar esta medicación. Específica ó nó—que es lo que queda en discusión—no se olvidará que ella no es un obstáculo al empleo de las medicaciones clásicas: cloral, sedantes del sistema nervioso, etc., que no deben ser abandonados según la opinión de M. Chouppe. [5]

La seroterapia del tétanos es un tratamiento en general inofensivo. Si no cura la enfermedad tampoco la agrava. Es preciso ensayarlo.

He ahí mi conclusión, la única que el momento actual, es prudente y legítima. (*Rev. gén. de clinique et thérapeutique*, 31 de mayo 1893.)

NOTAS

Los exámenes anuales de la Facultad de Medicina tendrán lugar en el presente año según el programa siguiente:

1º TERAPÉUTICA Y MATERIA MEDICA: lunes 17 de Julio á las 8 a. m.—Profesor: *Doctor Elías Rodríguez*.

3º ANATOMÍA GENERAL: lunes 24 de Julio á las 8 a. m.—Profesor: *Doctor P. Acosta Ortiz*.

3º HISTOLOGÍA NORMAL Y PATOLÓGICA: lunes 24 de julio á las 3 p. m.—Profesor: *Doctor José G. Hernández*.

4º PATOLOGÍA GENERAL: martes 25 de Julio á las 8 a. m.—Profesor: *Doctor F. A. Rísquez*.

5º MEDICINA OPERATORIA: martes 25 de Julio á 3 p. m.—Profesor: *Doctor S. Vaamonde Blesbois*.

6º PATOLOGÍA EXTERNA: miércoles 6 de Julio á las 8 a. m.—Profesor: *Doctor A. Vizcarrondo*.

7º QUÍMICA INORGÁNICA: miércoles 26 á las 3 p. m.—Profesor: *Doctor A. Friedensberg*.

Todos los exámenes serán presididos por el señor Rector, Doctor Elías Rodríguez.

—Hemos recibido el número 10 de *El Ateneo Médico*, periódico que ha fundado en Barquisimeto nuestro estimado colega el Dr. José I. Arroyo. Le deseamos larga vida y buena cosecha de triunfos.

A LOS MEDICOS

Desde esta fecha se encontrará de venta en nuestro Establecimiento de Farmacia, las Inyecciones de Brown se quard (espermina y cerebrina), preparadas cada 15 días, y cuya esterilización perfecta se garantiza.

Botica del Doctor Díaz.

G. Schütte.

[1] Bagiuski: *Société de méd de Berlin*, febrero 1891. *Schwartz: Centralblatt F. Bakt. und Parasit.*, 1892, X.

[2] p. 24.—Retter: *Das tetanus heilserum de Berhing*.

[3] E. Schwartz: *Société de chirurgie*, 29 marzo, y *Revue générale de clinique et thérapeutique*, 5 abril 1193.

[4] Tizzoni y Cantani: *Centrab. F. Bakt. und Parasit*, 16 febrero 1191.] Albertoni (*Thérapeut. Monat.*, sept. 1892, p. 431.)

[5] Chouppe [*Bull. méd.*, 26 de marzo de 1893.]