2930

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DE LOS CAUSTICOS EN LA PNEUMONIA

TESIS INAUGURAL

DE

LEOPOLDO BÁRCENA

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE OBRAS DE J. A. BERRA, BOLÍVAR 455

1897

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DE LOS

CAUSTICOS EN LA PNEUMONIA

TESIS INAUGURAL

DE

LEOPOLDO BÁRCENA

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE OBRAS DE J. A. BERRA, BOLÍVAR 455

1897

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las Tesis.
(Art. 162 del Reglamento de la Facultad).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Doctor D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vice-Decano

Doctor D. PEDRO MALLO

Académicos Titulares

Doctor D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSÉ T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » PEDRO MALLO
» » JOSÉ M. ASTIGUETA
» » JACOB DE T. PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNÁNDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEYZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GUEMES

Académicos Honorarios

Doctor D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTÍN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI

Secretario Titular

Doctor D. LUIS M. ACUÑA

Pro Secretario

Doctor D. ZENÓN AGUILAR.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía descriptiva	Doctor Juan José Naón.
Anatomía topográfica	» Juvencio Z Arce.
Histología (teórico-práctica)	» Rodolfo de Gainza.
Fisiología general y humana	» José M. Astigueta.
Higiene pública y privada	» Melitón G. del Solar.
Patología general y ejercicios clínicos	» Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma.
Patología externa	» Obdulio Hernández.
Patología interna	» José Penna.
Anatomía patológica	» Telémaco Susini.
Medicina operatoria	» Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y su Clínica	» Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y su Clínica	» Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	» Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	» José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y su Clínica	» Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	Dres. { Julián Aguilar. Antonio C. Gandolfo.
Clínica Médica	» { Luis Guemes. Eufemio Uballes. Gregorio N. Chaves.
Obstetricia y su Clínica	Doctor Samuel A. Molina.
Medicina legal	» Eduardo M. Pérez.
Química aplicada á la Medicina	Dres. { Pedro N. Arata. Atanasio Quiroga.
Física médica	Doctor Jaime R Costa.
Zoología médica	» Eliseo Cantón.
Toxicología	» Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	» Baldomero Sommer.
Laringología, otología, rinología	» Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	» Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	» J. Manuel Irizar.
Botánica médica	» Adolfo Mujica.
Obstetricia para alumnas parteras	» Juan R. Fernández.
Odontología	» Nicasio Etchepareborda.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomía descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutiérrez.
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid,
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado.
Higiene pública y privada	Dres.	Enrique Revilla. Ricardo Schatz.
Patología general y ejercicios clínicos	Doctor	Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patología externa	Dres.	Pascual Palma. Daniel J. Cranwell.
Patología interna	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Anatomía patológica	»	Carlos Malbrán y J. Badía.
Medicina operatoria	»	Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y su Clínica	Dres.	José F. Molinari. Alfredo Lagarde.
Enfermedades de niños y su Clínica	»	Antonio F. Piñero. Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y su Clínica	»	Francisco Barraza. Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su Clínica	»	José A. Esteves y J. Semprun
Enfermedades mentales y su Clínica	»	Benjamin T. Solari.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Juan B. Justo. Alejandro Castro. Diógenes Decoud.
Clínica médica	»	Abel Ayerza. Julio Méndez. Francisco Sicardi. Ignacio Allende.
Física médica	Doctor	Vacante.
Obstetricia y su Clínica	»	Luis F. Vila.
Medicina legal	»	F. de Veyga y D. Cavia.
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante.
Farmacia práctica	»	Vacante.
Laringología, otología, rinología	»	Wenceslao Tello.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Maximiliano Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras	»	Enrique Pietranera.
Odontología	»	Leon Pereyra.

PADRINO DE TESIS

DECANO: DOCTOR ENRIQUE E. DEL ARCA

INTRODUCCIÓN

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES PROFESORES:

Entre los muchos tópicos en que está dividida la opinión de los prácticos, me ha llamado particularmente la atención la discrepancia de ellos en el uso de los vejigatorios en la pneumonia, la inutilidad que les achacan unos y los serios cargos que les hacen otros; y sin pretender por mi parte llenar la laguna que señala el profesor Grisolle cuando dice que «no hubiese dejado al porvenir y á otros quizás el honor de salvar ciertas dificultades, de apreciar y juzgar sobre todo ciertas medicaciones» (Traité de la pneumonie), os presento como trabajo inaugural algunas consideraciones sobre el tema.

Sé que encontraréis en ellas deficienciassi, debidas en mucha parte á mi escasa preparación científica, algo también á las dificultades propias de nuestro naciente medio intelectual, que no permite una consulta completa de la respectiva bibliografía; lo sé, y si me ampara y alienta vuestra provervial indul-

gencia, como justificación ante extraños de mi osadía, repetiré este pensamiento de un gran escritor: «aquel que va á cumplir un deber del que no puede eximirse, es digno de escusa en las faltas que podrá cometer». (La Bruyére).

Dividiré mi trabajo en dos partes:

En la primera demostraré á la luz de los conocimientos actuales, que la pneumonia es una infección general; señalaré también su tratamiento racional de acuerdo con las nuevas ideas.

En la segunda parte, me ocuparé de los vejigatorios; estudiaré sus ventajas é inconvenientes, reflejando las opiniones de sostenedores y adversarios autorizados.

Señores Profesores:

Abandono las aulas llevando un profundo agradecimiento por las sabias lecciones que de vosotros he recibido.

PRIMERA PARTE

CAPITULO I

Concepto actual de la pneumonia

Antes de entrar de lleno á mi propósito, creo conveniente recordar aunque sólo sea de paso, qué era lo que se entendía por pneumonia en los tiempos anteriores al descubrimiento del diplococo de EBERTH—TALAMÓN—FRAENKEL.

Porque, aun cuando se diga que nuestra manera actual de considerar á la inflamación pulmonar de que nos ocupamos, es una vuelta, en cierto modo, á las antiguas ideas de Hipócrates, el cual la consideraba precisamente como una enfermedad general: *febris perineumonica*; sabido es que á causa del desarrollo alcanzado por la anatomía patológica, este concepto fué luego abandonado. MORGAGNI señalando la localización del proceso, inició este abandono

y LAENNEC, relacionando con admirable exactitud los hechos anatómicos con los fenómenos clínicos, la consumó.

Desde entonces, la pneumonia fué considerada como una enfermedad local, como una inflamación primitiva del pulmón; aun más, como el tipo de los procesos inflamatorios locales (1).

GRISOLLE al estudiar las causas de la muerte en la pneumonia, dice que vemos en esta afección una lesión material más ó menos extensa de un órgano importante, que altera las funciones principales, modifica y casi desnaturaliza las leyes vitales; pero después de haber constatado todo eso, nos es aún imposible romper el espeso velo que nos sustrae los misterios de la naturaleza en el terrible pasage de la vida á la muerte.

Faltándole el concepto de la infección, se lanza á un mar de conjeturas: encuentra, por ejemplo, que hay pneumonias seguidas de un resultado funesto, en las cuales no puede uno, darse cuenta de la muerte por el número y la extensión de las alteraciones orgánicas; en otros casos habría que explicarla por la violencia del delirio, es decir, por el agotamiento que éste produce, y así por el estilo.

La noción *local* de la pneumonia siguió en auge hasta que la consideración de los graves fenómenos generales con que se desenvuelve el proceso, la precedencia frecuente de padecimientos generales, el

---

(1) C. BOZZOLO, IN TRATTATO ITALIANO DI PATOLOGIA É TERAPIA MEDICA—MARAGLIANO Y CANTANI—VOLÚMEN V.—PARTE V.

desarrollo epidémico de la enfermedad, su asociación con otras epidemias, su dependencia de hechos climatéricos, y particularmente de la influencia del frío, hicieron que TRAUBE volviera al antiguo concepto hipocrático, y en este camino lo siguieron muchos patólogos entre los cuales especialmente MAROTTE BERNHEIN en Francia, JURGENSEN en Alemania, CAPOZZI y otros en Italia.

Y fué ciertamente JURGENSEN uno de los primeros que concretaron mejor el concepto de la pneumonia comprendida como una enfermedad generel de la que la inflamación del pulmón no es sino el síntoma principal. JURGENSEN admitía una acción morbígena específica.

La vuelta á las ideas hipocráticas que tan sencillamente se enuncia, no se ha llevado á cabo, sin embargo, sinó después de una serie de alternativas, que se conocen únicamente cuando se rehace la historia del neumococo. A este fin entresacaré los datos más importantes de la excelente monografía del profesor BOZZOLO. (1)

KLEBS ha sido el primero que ha buscado si la pneumonia era debida á un organismo, y cuál era éste. El año 1874 examinando el líquido de la secreción bronquial y el de los pulmones hepatizados, encontró las llamadas *monadinas*, granulaciones inmó-

(1) Trattato italiano di Patalogia é Terapia citado.

viles, cultivables en clara de huevo; las encontró también en el contenido de los ventrículos cerebrales en la sangre, el riñón, el cerebro, en casos de pneumonia acompañada de meningitis, nefritis, endocarditis y pericarditis. Y á pesar de que LUBINSKI, encargado de probar la inoculación en los animales, solo pudo en algunos casos (conejos) reproducir una verdadera hepatización del pulmón, sin obtener en conjunto resultados ciertos, KLEBS sacó en conclusión que la pneumonia aguda es una infección general provocada por una monadina: el *monas pulmonale*. Nadie siguió después estas investigaciones y quedaron abandonadas.

Trece años más tarde, en 1887, EBERTH de Zurich encontró en el líquido del pulmón hepatizado de un enfermo muerto á consecuencia de una pneumonia fibrinosa, gran cantidad de diplococos, de los que pudo sacar fotografías en las que parece realmente que haya sacado el actual neumococo de FRAENKEL.

Solo que EBERTH no relacionó los microbios encontrados con el proceso pneumónico: creyolos más bien secundarios.

En 1882, en un caso de pneumonia crupal del lóbulo interior del pulmón izquierdo. BOZZOLO examinando microscópicamente el jugo pulmonar extraído de aquellas partes en que la pneumonia era más manifiesta, encontró en él, como asimismo en el exudado meníngeo, un gran número de bacterios por lo general reunidos de dos en dos, completamente semejantes á los descriptos por EBERTH, que se colo-

reaban bien con los colores de anilina. En los cortes preparados encontró las mismas masas de bacterios, tanto en las vegetaciones cardíacas é internándose en el tejido de las válvulas, como también en los vasos meníngeos, á lo largo de sus paredes y por fuera de ellas. Todo esto, como él dice, lo indujo á considerar de cerca la relación de algunos procesos que se asocian á la pneumonia, y utilizando los protocolos de muchas autopsias hechas por él y por otros en el Hospital Mayor de Milán y de Turín, estudió bajo el punto de vista de la estadística, la frecuencia de asociación de la pneumonia crupal con la meningitis cerebro-espinal, con la pleuresía, con la endocarditis vegetante y ulcerosa, con la pericarditis y con las artritis; sacando en conclusión que el modo de asociarse de estos procesos y su manera de manifestarse, no permitían darles el significado de simples combinaciones fortuitas; y que, cualquiera que sea la procedencia anatómica de las meningitis ó de la pneumonia, de la pleurecia, de la endocarditis, etc., era menester referir cada uno de estos procesos, que juntos se encuentran enlazados, á un solo agente morbígeno, esto es, á un bacterio único.

De este modo, y por primera vez, se designaba claramente la existencia de un proceso que se localiza con más frecuencia en el pulmón, pero que puede localizarse, en la pleura, en el pericardio, en el endocardio, en las meninges y á veces en las articulaciones, independientemente de la presencia ó ausencia de la localización pulmonar. Considerando los

diplococos encontrados y apoyados en los resultados de EBERTH, MARCHIAFAVA, COLOMIATTI, etc., llegó BOZZOLO á la conclusión de que existe un proceso pneumónico, específico, cuya existencia se debe referir á la especie de esquizomicetas observada por EBERTH y por él (diplococos).

Esto sucedía el año 1884. El año siguiente, tentó BOZZOLO la prueba experimental de su aserto. Bajo la piel, en el pulmón y en la cámara anterior del ojo de conejos, inoculó jugo de pulmones hepatizados y y exudado meníngeo. Por lo general los conejos murieron de tétano: su sangre, aún en vida, contenía gran abundancia de diplococos; también los había en el pulmón y las meninges, pero la ausencia de localizaciones y la falta de reacción por parte de algunos animales sometidos á la experiencia, hizo que BOZZOLO dudara de que no se tratase de una simple septicemia.

Mientras BOZZOLO hacía su primera observación, FRIEDLAENDER, en ocho casos de pneumonia, encontraba micrococos de forma elipsoidal, circundados por un espacio claro. Los encontró en los tapones fibrinosos de los bronquios, en los alveolos y también en las vías linfáticas.

¡Hecho curiosísimo! Aunque este autor ha observado y descripto el verdadero neumococo, el bacilo que cultivó no fué ese!

Pasaré por alto los detalles referentes á los caracteres morfológicos y biológicos en que entra el profesor BOZZOLO para demostrar que hay discordan-

cia entre unos y otros, y de lo cual resulta que los cultivos le dieron á FRIEDLAENDER un microbio que no es aquel que él mismo había observado.

Para gloria del bacteriólogo alemán, sus estudios, hechos en compañía de FROBENIUS, publicados en 1883, dirigidos á fijar los caracteres morfológicos y biológicos del agente de la pneumonia, son los primeros estudios completos sobre este agente.

Por este mismo tiempo debemos mencionar á LEYDEN que es el primero en examinar *intra vitam* el jugo pulmonar, extrayéndolo por medio de la jeringa de Pravaz: encuentra los diplococos que se vuelven á encontrar en la autopsia; GUNTHER que confirma las investigaciones de LEYDEN; MATRAY que encuentra los diplococos en el esputo de diecisiete pneumónicos, y en una autopsia los encuentra en la secreción bronquial y en el tejido pulmonar; ZICHL que sostiene la importancia para el diagnóstico de la presencia de los diplococos en el esputo, etc

Llegamos á TALAMÓN cuyos estudios constituyen el primer fundamento del conocimiento del neumoco; por más que según BOZZOLO, en rigor la prioridad puede serle disputada por SALVIOLI y ZASSLEIN.

TALAMÓN examina microscópicamente, con culturas é inoculaciones, los esputos, los exudados pulmonares, durante la vida y después de la muerte, de veinticinco pneumonias. Microscópicamente, el organismo más á menudo encontrado es un coco, idéntico

al descripto por FRIEDLAENDER menos la cápsula que no se menciona. TALAMÓN obtiene culturas, hace inoculaciones á los animales, y en la sangre de dieciséis conejos que sucumben después de sometidos á la experiencia, encuentra un coco lanceolado que cultivado é inoculado se muestra idéntico al del hombre.

De estas investigaciones dedujo TALAMÓN que la pneumonia es una enfermedad producida por la multiplicación en el pulmón de un microbio especial, que se encuentra en el exudado pneumónico tomado sobre el vivo; pero no existe en la sangre, salvo en casos graves, antes de la muerte. Tiene una forma lanceolada, puede ser aislado y cultivado, y puede provocar una pneumonia lobar en el conejo, con tal de que se le introduzca directamente en el tejido pulmonar, en cuyo caso, á veces, se produce también una pleuresía y una pericarditis fibrinosa mientras que inyectándolo bajo la piel no se obtiene efecto.

La pneumonia, es pues, probablemente, como la difteria, una enfermedad local primitivamente pulmonar, susceptible de generalizarse á otros órganos y no una enfermedad general de determinación pulmonar.

Con TALAMÓN podemos cerrar el primer periódo histórico del neumococo. El período siguiente que se extiende hasta las investigaciones de FRAENKEL, nos presenta un conjunto de trabajos sobre el tópico,

que confirman, corrigen ó niegan los resultados de Fríedlaender y de Talamón, pero no aportan, en resumen, ninguna contribución válida é indiscutible en pro del uno ó del otro. En general, los más arrancan en sus investigaciones de los resultados de Friedlaender descuidando por completo las de Talamón; lo que nos da la clave de los datos contradictorios que se observan á menudo en las investigaciones de los mejores experimentadores.

Entre los sostenedores de la naturaleza infecciosa de la pneumonia y de la especificidad del agente descripto por Friedlaender, figuran en 1884 Salvioli, Babes, Koranyi, Emmerich, Nielsen, Zampettai y Afanasiew.

Por otra parte Purfesz, Klein y Samter combaten la especificidad del microbio y la constancia de los caracteres descriptos por Friedlaender. Este vuelve entonces al asunto, obtiene en la sangre la cultura en claro, característica, é insiste en que para caracterizar el neumococo se necesita el ciclo completo de sus manifestaciones; no ya una sóla de éstas. Insiste también en que tal microbio es específico de la pneumonia.

En 1885 están alistados á favor de las ideas de Friedlaender, Foá, Rattone, Massolongo, Zasslein, Bozzolo, Drescheeld y Ruhle.

En las filas de la oposición militan Artigalas que aisla de la sangre, del pulmón, del corazón, del

cerebro, del riñón, varias especies de cocos y bacilus, y con las inoculaciones á los animales, obtiene resultados muy discutibles. De Blasi que inocula esputos pneumónicos y ora obtiene inflamaciones fibrinosas, ora una septicemia mortal, de donde no consigue sacar ninguna conclusión. Y Platonow que niega completamente la constancia y la especificidad de los caracteres del neumococo, la importancia diagnóstica de su presencia en los esputos, la sangre y el exudado pulmonar aspirado durante la vida con la jeringa de Pravaz.

Poniendo término á todas estas incertidumbres aparecen por fin los estudios de Fraenkel. Ya en 1884 este sabio había comunicado al III Congreso de Medicina interna reunido en Berlín, que había encontrado en la pneumonia un coco análogo al descripto por Pasteur para la septicemia salivar, fusiforme, capsulado, cultivable en suero, y *patógeno para el conejo*, coco que aún no podía decir si era ó no idéntico al de Friedlaender.

El año siguiente estudiando los cocos de la septicemia salivar, los encontró casi constantemente en el esputo azafranado de los pneumónicos; en dos casos los encontró *post mortem* en el pulmón hepatizado, y los encontró varias veces en en el pus de empiemas metaneumónicos. De acuerdo con estos hechos consideró como muy probable que el micrococo de la septicemia salivar pueda funcionar como agente causal de la pneumonia crupal; mientras que el neumococo de Friedlaender sería una variedad, no muy frecuente, de su coco.

Perfeccionó y completó en seguida sus estudios, cuyo resultado fué establecer definitivamente la naturaleza y el significado del neumococo.

FRAENKEL, identificó el coco de la septicemia salivar con el le TALAMÓN y SALVIOLI; identificó las propiedades patógenas del uno con las del otro; estableció bien los caracteres de su neumococo y los de FRIEDLAENDER, haciendo cesar la contradicción en que caían gran parte de los experimentadores, los cuales teniendo en mano el neumococo verdadero, se perdían buscando las propiedades descriptas por FRIEDLAENDER.

El importante trabajo de WEICHSELBAUM de Viena, confirmó brillantemente la especificidad del diplococo de FRAENKEL, en la pneumonia. Sobre 129 casos fué encontrado en 94.

Ahora bien: si el diplococo de FRAENKEL es el agente productor de la pneumonia, como ya no queda duda ¿qué nos falta para hacer del antiguo proceso local una enfermedad general, cuando no solamente lo encontramos en los esputos y el pulmón hepatizado, sino también en la orina, en el pus de una artritis (ZASSLEIN), en los vasos del riñón (DRESCHFELD) en el exudado pleurítico y peritoneal (BOZZOLO), en el exudado de la pia madre (FRAENKER)?

CAPITULO II

Tratamiento actual de la Pneumonia

Siendo hoy, pues, universalmente reconocida la pneumonia como una enfermedad general, mejor dicho, aceptada como la localización típica y principal de la *infección pneumónica,* denominación que como afirma Bozzolo [1] abraza toda la patología del neumococo ¿cuál debe ser su tratamiento racional?

La experiencia clínica, dice G. See, desprendida de toda preocupación teórica, y juzgando la cuestión sin bandería, había demostrado desde un cuarto de siglo atrás que no existe un remedio de la pneumonia; de hoy en adelante se puede agregar que las investigaciones deben proseguirse en el orden de los medicamentos que atenúan la acción de los parásitos sobre el organismo, manteniendo siempre las fuerzas individuales de manera que le permitan luchar contra la acción invasora y destructiva del parásito: la indicación causal está ahí.

(1) Trat tadito Maragliano y Cantani citado.

Después de confirmar esta profesión de fe, permanece la expresión exacta de la verda. El doctor Gaston Lyon, Jefe de Clínica de la Facultad de Medicina de París, piensa igualmente que es del lado de la atenuación del virus pneumónico que deben dirigirse los esfuerzos de la terapéutica. Y si bien las numerosas investigaciones que se han hecho en este sentido, esto es, si los ensayos de vacunación antineumónica pertecen todavía casi exclusivamente al dominio experimental, y actualmente nos encontramos reducidos á los solos recursos del tratamiento general y sintomático, con todo «el descubrimiento del neumococo, dice este autor, no ha quedado sin influencia sobre la dirección del tratamiento. Este descubrimiento, demostrando la naturaleza infecciosa de la pneumonia y revelándola como una enfermedad general y no como una inflamación local, ha dado el golpo de gracia á cierto número de medicaciones rancias, inspirando una profilaxia eficaz y un tratamiento más racional».

Luego continúa:

« Hoy día, el tratamiento de la neumonia se dirije menos al estado local, que, sin embargo, hay que tener en cuenta, que al estado general del sujeto infectado por el pneumococo; por esto es que la medicación tónica ha tomado poco á poco una importancia preponderante. Por otra parte, las nuevas nociones adquiridas sobre el rol de las toxinas microbianas y sobre la necesidad de favorecer su eliminación por el filtro renal, han justificado el empleo

de la medicación balnearia y de los agentes diuréticos que tienen por efecto común asegurar la depuración del organismo.

« En lo que concierne al estado local se ha reconocido que si era ilusorio querer combatir el proceso conjestivo por medio de los diversos agentes de revulsión ó de los espectorantes, podía oponerse al *engouement* progresivo del pulmón, levantando la energía cardíaca ».

Y termina:

« Luego, pues, medicación tónica y diurética, por una parte, medicación cardíaca por otra, constituyen las bases del tratamiento actual de la pneumonia » (1)

---

(1) G Lyon.—Traité Elemental de Clinique Theraupetique.—Paris. 1895.

SEGUNDA PARTE

De los cáusticos en la Pneumonia

Prescindamos por un momento de que la pneumonia, es una enfermedad general, como se ha demostrado en el primer capítulo de la primera parte de este trabajo; consideremos únicamente su localización pulmonar, y teniendo en vista lo que sucede en el pulmón en los tres períodos clásicos de la enfermedad, veamos cuál es la acción que se atribuye á los vegigatorios.

Como mi propósito no es manifestar mi parecer al respecto, sino llegar á un fallo definitivo de la cuestión, en mi papel de juez imparcial, haré que mi humilde personalidad desaparezca de la escena de jando la palabra á sostenedores y adversarios.

Empezaré, como es lógico, por los primeros.

CAPITULO I

Opinión de los partidarios del cáustico

Entre éstos nadie más autorizado que el profesor Grisolle. Copiemos sus opiniones. (1)

Dice este laureado autor:

Después de las sangrías, los vejigatorios son los agentes terapéuticos que, en todas las edades de la vida, han sido más generalmente empleados en el tratamiento de las pneumonias. Hasta se puede decir que los médicos han estado casi unánimes en prescribir su aplicación á nivel del punto enfermo; no han diferido casi entre sí más que relativamente á la época de la enfermedad en lo que se podía recurrir á ello con la mayor ventaja. La mayor parte quieren que no se pongan vegigatorios sino después de haber previamente practicado una ó varias sangrías, á fin de evitar la excitación que las cantáridas podrían producir; esta era la conducta que Cullen había adoptado. Monro dice también que una larga

(1) Traité de la Pneumonie—citado.

experiencia lo había determinado, tanto en la pleuresía como en la pneumonia, á aplicar el vegigatorio desde el comienzo de la enfermedad, después de haber hecho una primera sangría. Algunos médicos, en muy pequeño número, á la verdad, han aconsejado recurrir á los vegigatorios desde el principio de la pneumonia, sin haber preparado á los enfermos con tratamiento alguno: se ha pretendido que por este método no era raro ver á la pneumonia resolverse inmediatamente, y declararse la convalecencia dentro de las 24 horas.

Estos hechos son demasiado extraordinarios y muy opuestos á lo que vemos todos los días, para que puedan ser aceptados con confianza; es probable que los individuos á los cuales se ha aplicado el tratamiento de que se habla y que habrían obtenido tan maravilloso efecto, tuviesen algo que no era una pneumonia, muy probablemente no tenían sino una pleurodinia ó cuando más una puntada pleurítica muy circunscripta.

Sin embergo, después del comienzo del siglo actual, algunos autores han contestado la utilidad de los vegigatorios, entre ellos Rason y hasta cierto punto también Laennec. Como no han suministrado prueba alguna, se ha sospechado un tanto de su testimonio; hasta se ha pensado que habían sido llevados á desacreditar algunos de los medios comunes de tratamiento, para dar mayor importancia al método contraestimulante que ellos querían popularizar. Pero un autor, cuyas opiniones son siempre la expresión ri-

gurosa de los hechos, M. Louis, después de haber analizado y comparado las observaciones de pneumonia que había recogido, ha sacado en conclusión, que los vegigatorios no tienen ninguna influencia apreciable sobre la duración de la pneumonia; él crée que las ventajas que se pueden sacar de su empleo, no están rigurosamente demostradas, ni siquiera son probables en el tratamiento de las flegmasias toráxicas (pneumonia, pleuresía).

Los señores Rilliet y Barthez que son partidarios de los vejigatorios en la broquitis y la bronconeumonia, los consideran, por el contrario, inútiles; más, perjudiciales en la pneumonía lejitima, desde que pueden aumentar la fiebre, sin ejercer jamás la menor influencia favorable sobre uno solo de sus síntomas.

Cuando se trata de la pneumonia de los viejos, Hourmann y Dechams, Crauveilhier lo mismo que Durand Fardel reconocen, sin embargo, la potencia de los vejigatorios, con tal de que sean puestos so bre una ancha superficie.

Hasta aquí se puede decir que el profesor Grisolle no hace más que plantear la cuestión. En seguida entra á resolverla.

En medio de esta divergencia, para darme cuenta de los efectos del vejigatorio en el tratamiento de la pneumonia, he analizado mis observaciones lo más rigurosamente posible.

Los vejigatorios han sido aplicados en dos circunstancias diferentes. Ya se los ha puesto en todos los

casos en que los síntomas generales y locales eran excesivamente graves, en la esperanza de poder modificarlos felizmente, por medio de una fuerte revulsión sobre las paredes torácicas; otras veces se recurrió al vejigatorio cuando el estado general se había mejorado mucho, y hasta algunos enfermos entraban en convalecencia; se proponía entonces por objeto, acelerar la resolución de la ingurjitación pulmonar, que iba demasiado lenta en producirse.

Averigüemos si empleando la medicación en las dos condiciones de que hablo, se han alcanzado los dos fines propuestos.

En doce de los enfermos que han sucumbido, se había aplicado un ancho vejigatorio sobre el lado del pecho afectado; y en cuatro de ellos se recurrió á él doce ó veinte y cuatro horas sólamente antes de la muerte, cuando se había perdido ya, ó casi perdido, la esperanza de salvar á los enfermos. Pero en todos los demás el vejigatorio se prescribió varios días antes del término fatal, cuando todavía los síntomas generales y locales, aunque muy graves, no habían quitado toda esperanza de salud. Entre los doce enfermos de que hablo, once no han experimentado mejoría alguna, ni en su estado general, ni en su estado local, tras la aplicación del vejigatorio; solamente uno se encontró más aliviado doce horás después; pero como este había tomado al mismo tiempo una poción estibiada, es más probable que la mejoría momentánea que se observó dependiese más bien del emético que del vejigatorio.

Entre los pneumónicos que han sanado veinte y seis sufrieron la aplicación de uno ó dos vejigatorios sobre el pecho. En cinco de estos veinte y seis enfermos, el vejigatorio fué puesto un poco antes del fin del sexto día, á datar del principio, en una época en que la enfermedad, ya grave, progresaba más todavía. Estudiando cuál fué la influencia que ejerció el vejigatorio sobre los síntomas de la pneumonia, vemos que en cuatro de estos enfermos no hubo mejoría alguna, sea en los síntomas generales, como en los locales, durante las veinticuatro horas ó cuarenta y ocho horas que siguieron á la aplicación del vejigatorio; solo en un enfermo he notado, al día de haber colocado el exutorio, una disminución considerable de la frecuencia del pulso, en el calor de la piel y en la opresión; era imposible desconocer que el estado de la víspera había experimentado una mejoría real. ¿Había que referirla exclusivamente al vejigatorio? Lejos estoy de negar que este agente terapéutico no haya tenido alguna parte en la mejoría que he observado; pero hay que notar que en el individuo de que se trata, el exutorio se puso al noveno día de la pneumonia, es decir en una época alejada del comienzo, y sabido es que no es raro ver neumonias que han resistido á los medios terapéuticos, mejorar espontáneamente en esta época, bajo la influencia de las solas fuerzas de la naturaleza. En todos los demás sujetos el vejigatorio no ejerció influencia alguna bien apreciable sobre la naturaleza de la pneumonia, puesto que aplicado hacia el sexto día de la enfermedad, la con

valecencia no comenzó sino cinco días y medio más tarde.

Finalmente, en los veintiun enfermos que nos quedan, el vejigatorio fué aplicado sobre las paredes torácicas, al octavo día, término medio, en una época en que la enfermedad estaba manifiestamente en su período de declinación. Investigando si esta aplicación ha acercado el fin de la convalecencia, ó si ha apresurado la resolución de la ingurjitación pulmonar, hé aquí lo que nos demuestra el análisis de los hechos. Entre estos veintiun enfermos, hay quince por lo menos, en los cuales la aplicación del vejigatorio no ha ejercido ninguna modificación apreciable sobre los síntomas generales ni locales; la mejoría que existía desde antes de la aplicación del exutorio ha continuado, sin que haya provenido de la medicación la aceleración, pues la convalecencia ha sobrevenido al duodécimo día, para los enfermos que habían sido sangrados únicamente; al décimo sexto, en los que más gravemente atacados habían sido tratados á la vez por las emisiones sangüíneas y por el emético á altas dosis: la SANACIÓN, pues, de los sujetos que habían tenido un vejigatorio, habían sido observados casi á la misma época, que aquellos que habían sanado por el empleo de otros medios y sin el auxilio de los exutorios.

Quedan cinco enfermos en los cuales la aplicación de un vejigatorio parecía ser ventajosa. Dos veces se había quitado por este medio un dolor pleurítico contra el cual habían fracasado las sangrías locales

(sanguijuelas y ventosas); en los otros tres enfermos se había mejorado de tal manera el estado general y el estado local, al día siguiente de haberse puesto el vejigatorio, que parecía natural se refiriese á él la mejoría obtenida.

Con todo, solo cabe aquí expresar una duda, atendido á que cuando se estudie con cuidado el trabajo de resolución de la pneumonia, se ve que este no sigue una marcha perfectamente regular y uniforme. No es raro que, por ejemplo, la ingurjitación pulmonar, disminuya bruscamente de una día para otro sin que se haya hecho algo para atenuarla, y luego permanecer estacionaria durante varios días seguidos. Lo que prueba, por lo demás, que en los enfermos de que hablo, el vejigatorio no teniendo menos importancia de lo que podía creérsele, es que á pesar de la mejoría evidente que ha seguido á su aplicación no se ha modificado sensiblemente la duración de la pneumonia, puesto que la convalecencia ha sido notada generalmente hacia la misma época que precedentemente he indicado.

Resultaría en resumen del análisis riguroso de los hechos que preceden, que el vejigatorio aplicado sobre las paredes torácicas de los sujetos atacados de pneumonia, no tendría la feliz influencia que generalmente se le atribuye; hemos dicho, en efecto, que rara vez se veían corregirse los síntomas inmediatamente tras la acción revulsiva del exutorio, y que, aún en los casos en que una mejoría sensible en el estado general ó en el estado local había seguido á su aplica-

ción, no era seguro que debiera atribuírsele. Por otra parte, se ha demostrado que los vejigatorios no han abreviado la duración de la enfermedad, y si tal vez han sido útiles, no han producido jamás una mejoría comparable á la que ha sobrevenido tan á menudo y de una manera tan rápida tras la administración del tártaro estibiado.

En los enfermos cuyas observaciones acabo de analizar, el vejigatorio había sido aplicado constantemente sobre el pecho. ¿Se hubiera conseguido efectos más ventajosos si se los hubiese puesto en puntos más alejados, en las extremidades inferiores, por ejemplo, como algunos médicos lo han aconsejado? He visto prescribir, y yo mismo he prescripto muchas veces la aplicación de uno ó dos vejigatorios en las pantorrillas ó en los muslos de individuos atacados de pneumonía, con el fin de combatir ciertos accidentes cerebrales; pero declaro, que en ningún caso, los síntomas de la pneumonia fueron modificados sensiblemente por la revulsión del vejigatorio. Tampoco fué más eficaz contra los accidentes cerebrales que se esperaban combatir con él.

Resultaría, pues, de los hechos que preceden, que en la pneumonia, cualquiera que sea el punto del cuerpo en que se aplique el vejigatorio, y cualquiera que sea el período de la enfermedad en que se recurra á este medio, no se debería esperar de él ninguna modificación en la marcha y duración del padecimiento; paresería, pues, que sin gran inconveniente se pudo suprimir el vejigatorio en el tratamiento de la pneu-

monia. Esta conclusión es legítima, se desprende del análisis de los hechos observados. Y parece tener tanto más valor, cuanto que está conforme con los resultados obtenidos ya por M. Louis y otros eminentes observadores.

Después de leer cuanto hemos transcripto, y sobre todo, después del último párrafo tan categórico, ¿qué pensar sinó que más que una defensa del vejigatorio el profesor Grisolle ha labrado su condenación? Pero no nos apresuremos. Todo lo traído al caso anteriormente no es sinó para dar mayor fuerza á su argumentación. No tardará en declararse abiertamente. En efecto, hé aquí como prosigue.

Sin embargo, estoy lejos de ser tan afirmativo. No hay duda de que la mayor parte de los médicos exagera el poder de los vejigatorios en el tratamiento de la pneumonia. Verdad que jamás se conseguiría inmediatamente con ellos los efectos ventajosos que tan á menudo se deben á las sangrías y al emético; pero, no se los podría considerar, sin embargo, como absolutamente impotentes, y por lo tanto como inútiles. Una práctica tan universalmente aceptada, debe tener alguna razón de ser, y luego no hay un médico que no haya visto muchas veces, coincidir con la aplicación de un vejigatorio una mejoría considerable en el estado local y en el estado general. (Se podría objetar de paso que, estas no son sinó

coincidencias, desde que el efecto no se produce siempre ó casi siempre, como debería suceder). Esta conciencia íntima, dada por una práctica atenta, también tiene su valor, y aún cuando hubiera duda no querría que se descuidara el empleo del vejigatorio en una afección grave, tanto más que es muy difícil poder apreciar rigurosamente ó demostrar el grado de utilidad de la medicación de que hablo. Muy raramente, en efecto, se emplean solos los exutorios; se los combina casi siempre con otros agentes, ó se recurre á ellos después del empleo de las más activas medicaciones; y si éstos no han sido inmediatamente eficaces, nadie puede decir que sus efectos están agotados. Se vé, pues, cuán grandes son las dificultades para llegar á una demostración rigurosa del grado especial de utilidad de los vejigatorios en el tratamiento de la pneumonia. Hay que considerarlos como medios adyuvantes que se deben emplear después de las emisiones sanguíneas, después de los antimoniales, y excepcionalmente durante se ha reunido á estos últimos, cuando el peligro es grande y cuando por consiguiente, es prudente usar, y lo más pronto, de todos los recursos de la terapéutica. Convienen sobre todo cuando la resolución se hace con lentitud; una revulsión viva en la piel, es, en efecto, la causa determinante de una mejoría rápida, en el estado local. Yo digo que el vejigatorio puede ser aplicado en el período más agudo de la enfermedad, aún mismo cuando está todavía en su período ascendente; algunos médicos, sin embargo, han proscripto

su uso en este caso, so pretesto de que las cantáridas estimulan y de que la inflamación cutánea debe tener por efecto aumentar el estado febril. Nada de esto; los vejigatorios no tienen este efecto, y si aplicados al principio de una flegmasia grave se vé á veces que la fiebre aumenta, es fácil reconocer que esta agravación es la consecuencia de la marcha naturalmente progresiva de la enfermedad. Los vejigatorios no obran sinó por su acción revulsiva; quizás algo también por la esfoliación de la sangre; pero de ningún modo, como lo supone la escuela contra-estimulista Italiana, por la acción depresiva que ejerce consecutivamente la absorción del principio activo.

Para obtener del vejigatorio algún efecto ventajoso, es menester que ocupe una muy ancha superficie. En el adulto no deberá tener comunmente menos de 20 á 25 centímetros de longitud sobre 14 á 15 de anchura. Será menester, á veces, renovarlo después de algunos días si los accidentes se han agravado ó si han permanecido estacionarios; prefiero obrar de este modo que mantener la supuración, pues la revulsión es más viva en el primer caso.

Especialmente en los hospitales, es bajo todo respecto preferible; porque los cuidados de limpieza no siempre se prestan asiduamente, y muy á menudo el vejigatorio irritado se hace el punto de partida de una erisipela ambulante ó de una inflamación de mala naturaleza ó de ulceraciones dolorosas; es lo que se vé en los niños.

El vejigatorio en el tratamiento de la pneumonia,

no tiene más que los pequeños inconvenientes que puede tener en cualquier afección que se trata con él: puede congestionar momentáneamente los riñones, lo que se reconoce por la presencia de la albúmina en la orina; puede producir una ligera cistitis siempre efímera, (veremos más adelante el caso del profesor Huchard) salvo que la vejiga no sea ya asiento de alteraciones profundas, en cuyo caso sería sin duda prudente abstenerse del vejigatorio, porque, háyase dicho lo que se quiera, no existe medio alguno seguro de impedir la absorción del principio activo, por consiguiente, también de su eliminación por las vías urinarias. En la gran mayoría de los casos, el vejigatorio aplicado en el período más agudo de la enfermedad se limita á provocar un poco de agitación, pero es seguro y lo vuelvo á repetir, que no aumenta la fiebre, y no tiene comunmente el poder de acelerar el pulso. M. Louis que había creído lo contrario, ha reconocido después que el vejigatorio no tiene generalmente los inconvenientes que antes había tenido. Habiendo estudiado yo mismo en 31 de mis enfermos, atacados de pneumonia, los efectos inmediatos que la aplicación de un vejigatorio había ejercido sobre la circulación y sobre el calor, he constatado que en 10 de ellos el pulso ofrecía un poco de aceleración el día siguiente de la aplicación del vejigatorio; pero si éste en rigor podía ser acusado en uno ó dos de los enfermos, en todos los demás podía explicarse la mayor agitación del pulso, por la agravación de la enfermedad ó por

los dolores y el insomnio que habían sido la consecuencia del vejigatorio. En los dos tercios de los enfermos el pulso, el día siguiente de la aplicación del vejigatorio, ó conservó la frecuencia que tenía la víspera (en 11) ó bien se la vió (en 10) disminuir sensiblemente, á pesar de que en 4 de ellos se hubiese notado una agravación marcada de la enfermedad.

No sólo se ha creído que los vejigatorios podían agravar el estado general, sinó que se los ha igualmente acusado de trabar la acción de los músculos inspiradores y de aumentar la congestión pulmonar. No levantaría esta acusación, que nada justifica, sino hubiese sido formulada por el observador más grande de este siglo, por nuestro inmortal LAENNEC.

El vejigatorio cantaridiano es el único revulsivo que se debe emplear en la pneumonia. Es más pronto en su acción y más eficaz que varios de los que se han aconsejado á veces, tales como las unciones con aceite de croton, las franelas impregnadas de esencia de trementina usadas en Inglaterra. Se había acudido á estos últimos medios para los individuos atacados de afecciones de las vías urinarias, que podían, en efecto, agravarse, consecutivamente á la eliminación del principio cantaridiano por los riñones.

Otro de los partidarios de los vejigatorios es el profesor HAYEM (1). Después de hacer el estudio fisiológico de la revulsión, entra á dar cuenta del rol

(1) Leçons de Theraupetique—Les grandes medications— Paris 1887.

que desempeñan los revulsivos en la medicación antiflojística. Pueden llenar, dice, dos indicaciones principales: ya sea dirigiéndose al eretismo nervioso y al dolor, ya al eretismo vascular y, por consiguiente, á la congestión y á los fenómenos vasculares de la inflamación.

El hecho empíricamente conocido desde largo tiempo atrás, de la sedación del dolor bajo la influencia de la aplicación de los revulsivos, puede ser evidentemente (?) una consecuencia de los efectos cardio-vasculares, puesto que el dolor inflamatorio está á menudo ligado á la congestión de los órganos inflamados. Pero es probable que haya como invocar, por lo menos en algunos casos, una de esas modificaciones todavía mal conocidas del sistema nervioso análogas á las del *transfert* y de las variaciones de la sensibilidad en las histéricas y las hemianestésicas.

Sea de ello lo que fuese, la experiencia ha probado que el lugar de aplicación tiene en este caso una importancia capital, probablemente en razón de arcos reflejos preestablecidos.

Los revulsivos de mediana intensidad, tales como los sinapismos, las ventosas, especialmente las escarificadas, son particularmente apropiadas á este género de acción: deben ser colocados *loco dolenti*.

La segunda indicación, la que se refiere más directamente á los fenómenos inflamatorios propiamente dichos, reclama la intervención de medios más poderosos, capaces de determinar una depresión cardio-vascular algo sostenida.

El vejigatorio llena perfectamente este objeto, y es difícil desconocer su utilidad en el tratamiento de las grandes inflamaciones internas.

En todo tiempo, sin embargo, ha tenido detractores; algunos médicos contemporáneos hasta han sostenido que es á menudo más nocivo que útil. Han hecho notar que se observa á menudo, después de la aplicación del vejigatorio, más bien una agravación que no una mejoría. Esto es exabto: pero hay en el modo de emplear el vejigatorio, como para todo otro medio terapéutico, una cuestión de oportunidad. Cuando se le utiliza al principio de una flegmación intensa, de marcha cíclica, como la pneumonia, por ejemplo, se consiguen efectos poco favorables, mientras que más tarde, cuando el proceso toca á su término, el beneficio que producen es á menudo notable. Sucede á veces lo mismo para la pleuresía. Esto es debido á que la acción enérgica del vejigatorio debe intervenir en un momento dado, que la experiencia clínica nos ha revelado, sin que podamos aún precisar cuales son las condiciones que favorecen sus efectos. Sabemos igualmente que cuando el vejigatorio no está todavía indicado, deben emplearse con frecuencia los revulsivos de mediana intensidad: esto es, aquellos que producen una acción más débil pero de fácil renovación.

También se han admitido lugares de elección para la aplicación de los vejigatorios, elección que se apoya en el empirismo. Sin embargo, parece resultar de experiencias hechas recientemente, por Zuelzer que

entre los fenómenos complejos producidos por el revulsivo en cuestión, se deben tener en cuenta los trastornos nutritivos determinados de una manera directa ó por vecindad.

Después de haber aplicado colodion cantaridado sobre el torax de algunos perros, ha constatado ZUELZER que la inflamación se extiende al tejido celular sub cutánea y á los músculos superficiales, mientras que los músculos profundos, lo mismo que la pleura y el pulmón están anemiados.

No cito aquí, la opinión de JUBLER (1), por más que este autor se muestre un partidario decidido de la revulsión por medio de los vejigatorios, por cuanto, que en la pneumonia y demás flegmasias febriles agudas se opone á su aplicación temprana, admitiéndolos únicamente cuando ya la resolución está en vías de producirse.

Dejaré también, para tratarla después, la discusión que sobre el vejigatorio cantaridado tuvo lugar en distintas sesiones de la Sociedad de Terapéutica de París, en Marzo y Mayo de 1896. (2)

Con lo expuesto quedan patentizadas las ventajas del vejigatorio, según sus partidarios. Oigamos ahora la refutación.

---

(1) Lecciones de Terapéutica.
(2) Semana Médica, números 12, 14 y 21. Año 1896.

CAPITULO II

Opinión de los adversarios del cáustico

Hubiera querido encabezar este capítulo citando la valiosa opinión del doctor Broussais, pero me ha sido de todo punto imposible conseguir la *Historia de las flegmasias*, de este autor, donde habla precisamente del uso de los vejigatorios en las inflamaciones pulmonares.

Por la premura del tiempo con que debo presentar este trabajo, tampoco he podido consultar la importante obra de Baglivi: *De usu et abusu vesicanitium* (1) ni algunas tesis de la Facultad de París, que hubieran ilustrado grandemente la cuestión. A pesar de ello, los testimonios que he reunido son suficientes, en mi sentir, para que se la pueda resolver en definitiva.

(1) De praxi med. libro II. Roma 1696.

Ya en 1817, Boisseau expresaba que en todas las irritaciones que aceleran notablemente la acción del corazón, deben proscribirse los vejigatorios, pues los más suaves sinapismos inflamando la piel aumentan la irritación del corazón: y los vejigatorios la de los riñones y vejiga de la orina.

Los vejigatorios, dice Boisseau (1) que la mayor parte de los médicos se cree obligada á prescribir por una especie de costumbre, en el último período de la calentura adinámica, deben colocarse en el número de los medios aprobados más bien por la rutina que por la observación. Si se aplican antes de que cesen los principales síntomas locales de la inflamación, son *perjudiciales,* mayormente cuando ésta recide en el estómago ó en los intestinos; si se aplican más tarde no producen el efecto que se esperaba.

Muchas veces hacen los sinapismos lo que no han podido hacer los vejigatorios, y si se quiere conseguir un efecto permanente, bastará que se mantengan puestos más tiempo; al paso que suele ser muy difícil conservar las llagas que han hecho los vejigatorios, ó por lo menos no se consigue sin hacer padecer mucho al enfermo. *Ya no estamos en aquel tiempo en que se creía que la supuración de la piel podía ser más ventajosa que la simple rubefacción prolongada ó repetida.*

En 1831, publicó Boisseau su tratado de *Nosogra-*

---

(1) Piretologia fisiológica. Doctrina modificada del Dr. Broussais. Por F. G. Boisseau. Traducción española, Valencia: 1827. Tomo I.

fía orgánica (1) é insistiendo en su oposición á los cáusticos, decía: «El uso de los vejigatorios en la curación de la pulmonía aguda es uno de los puntos de práctica más importantes. Muchos opinan que debe recurrirse á este medio luego que se haya hecho la primera sangría, y aún cuando solo se hayan puesto una sola vez sanguijuelas; pero la experiencia nos ha hecho ver que el poner prematuramente vejigatorios, *las más veces es perjudicial y por lo común peligroso*. Solamente pueden usarse sin riesgo cuando las sangrías han disminuído suficientemente la inflamación; pero aquí se ofrece una gran dificultad: ¿cómo podrá conocerse que se ha sacado ya bastante sangre para que la flegmasia se haya reducido á aquel punto en que en vez de exasperarla, pueda disminuirla el vejigatorio? Cuando se ha minorado de manera que no se agrave con la irritación que causa el vejigatorio, á lo menos en los órganos circulatorios y sensitivos ¿no vale más esperar el fin natural de la flegmasia, que intentar precipitarla, con peligro de renovar el mal que se quiere hacer desaparecer? De los dos partidos este es sin duda el más prudente; pero será difícil que lo adopte la mayoría de los prácticos, porque los más de éstos creen que no hacen nada cuando no prescriben estos medios que inspiran al enfermo y á los asistentes respeto á la medicina, y también porque la ventaja de los vejigatorios ha sido exagerada por unos médicos dema-

(1) Nosografía orgánica, escrita en Francés por F. G. Boisseau ducida por D. R. S. J. F,—Valencia 1831—Tomo IV.

siado célebres, para que en mucho tiempo pueda sacudirse el yugo de su autoridad. Lo cierto es que no parece fácil conseguir la revulsión de una flegmasia que se mete en las partes más íntimas de una víscera tan delicada en su textura y tan dispuesta á desorganizarse como es el pulmón; sin embargo, creen algunos que es preciso admitir que es útil el vejigatorio porque lo han preconizado unos hombres de tanta autoridad como Baglin y Stoll. Ved aquí lo que he observado: lo más común es que el vejigatorio ocasione una gran aceleración en el movimiento circulatorio y constituya al enfermo en una agitación insoportable: muchas veces se aumenta la vehemencia de los síntomas de la pulmonía y se renuevan los que ya habían cesado; este recargo suele ser pasajero, no dura más que uno ó dos días, cuando no se ha aplicado muy temprano el vejigatorio; después que se ha apaciguado esta exacerbación, por lo regular no se encuentra el enfermo más aliviado que antes, y la mayor parte de los pacientes, acostumbrados á dar cuenta exacta de todo lo que sienten, saben decírselo bien á su médico. Sin embargo, á la borrasca que ha movido el vejigatorio suele seguirse una verdadera mejoría; respira el enfermo con libertad, tiene menos tos, expectora con más facilidad, se humedece la piel y el pulso está menos frecuente. Casi nunca se logran estos felices resultados sino cuando se aplica el vejigatorio después de haber hecho copiosas y múltiplicadas sangrías, y cuando (esto es muy digno de tenerse presente) ya no queda ningún otro síntoma que la opresión. *Fuera*

de esto, la aplicación del vejigatorio es una especie de juego, así como envidar el resto, muy peligroso.

En suma: el vejigatorio no va seguido muchísimas veces de un funesto aumento de inflamación; *pero la mayor parte de las curaciones, á las cuales se imaginan algunos que ha contribuído, se habrían conseguido con menos trastorno y menos dolor si no se hubiese recurrido á este medio; en fin, la eficacia del vejigatorio siempre es problemática y nunca tenemos una seguridad de que no será dañoso.* La prueba de esto es que los prácticos han cavilado mucho para confeccionar las cantáridas de mil maneras para lograr un vejigatorio que sólo produjese una irritación local sin simpatías; como si fuera posible el inflamar vivamente una extensa porción de la piel sin que se irriten las vísceras.

El agua hirviendo sería preferible en todos los casos al vejigatorio; pero además de que esto asustaría al enfermo, es difícil limitar su acción. Es de advertir que el vejigatorio tiene pocos inconvenientes en las personas linfáticas y poco sensibles, al paso que suelen ser terribles sus efectos en los sujetos nerviosos y muy sensibles.

Laennec (1), reputado por el mismo profesor Grisolle como el observador más grande de este siglo, pasando en revista, ó como él mismo dice, exponiendo los resultados de la observación, relativamente á los prin-

(1) R. T. H. Laennec—Traité de l'Auscultation mediate, etc. París 1837.

cipales métodos de tratamiento de la perineumonia, después de ocuparse de las evacuaciones sanguíneas, pasa al método derivativo y escribe: La mayor parte de los médicos considera á los vejigatorios como siendo, después de la sangría, el medio más eficaz á oponer á la perineumonia.

Algunos tienen la costumbre de aplicarlos sobre el pecho inmediatamente después de la primer sangría; otros, temiendo aumentar la congestión local, no han recurrido al mismo medio sino más tarde, ó aplican de preferencia los vejigatorios hacia las extremidades; yo empleo poco los vejigatorios sobre el pecho, sobre todo en el período de agudez de la enfermedad, porque muy raramente la derivación que ellos producen me ha parecido ser la causa principal de la curación. En general, se puede decir que los vejigatorios, los sinapismos, las ventosas y las otras irritaciones artificiales de la piel, *son medios demasiado débiles para desalojar una irritación tan activa como la que tiene lugar en la pneumonia aguda.* Demasiado á menudo aumentan la intensidad de la fiebre y por esto mismo la congestión pectoral. Su aplicación sobre el pecho hace más temible este último inconveniente y traba además la acción de los músculos inspiradores. Por todas estas razones pienso que el empleo de los vejigatorios y de sus sucedáneos debe limitarse al caso en que, después del período de agudeza, una pneumonia se resuelve lentamente y á los de pneumonia crónica; y que es menester tanto como sea posible evi-

tar el aplicarlo sobre los puntos más móviles del pecho, es decir, la parte media de las costillas.

Georges Lemoine (1), profesor de clínica médica en la Facultad de Lille, al hablar del tratamiento de las complicaciones en la fiebre tifoidea, y ocupándose de la congestión pulmonar y la pneumonia, dice categóricamente que «no hay que emplear jamás en estos casos vejigatorios, que cierran el riñón y no hacen sino una revulsión dudosa».

Parecería, sin embargo, que solamente se opusiera al uso de los vejigatorios en *esos casos*; es decir, cuando el enfermo está debilitado por un padecimiento anterior; pero he aquí lo que dice también al tratar de la pneumonia primitiva:

«Nada podemos contra el proceso que se opera en el pulmón; él debe hacerse en un tiempo determinado y de acuerdo con transformaciones conocidas; por tanto, es inútil tratar de disminuir su duración; lo más que podemos hacer es impedir que el organismo agote sus fuerzas durante todo el período en que lucha contra la infección.

Pero en ningún caso hay que poner vejigatorio. Aplicado muy al principio de la pneumonia, durante el período de congestión, jamás tiene la menor acción sobre el fenómeno que se quiere combatir; aumenta los trastornos nerviosos por causa del dolor y el in-

---

(1) Manuel de Therapeutique clinique—Paris 1894.

somnio que produce, y, cosa más grave, puede cerrar el riñón, cuyo buen funcionamiento es tan útil en la pneumonia. (1)

El profesor HUCHARD publicó un caso de albuminuria y uremia agudísimo á consecuencia de la aplicación de un vejigatorio, y esto dió margen á que se entablara en la Société de Therapeutique una discusión sobre la utilidad de los cáusticos.

El caso de HUCHARD era el siguiente: (2)

Una niña de diez y ocho años se presentó á la clínica del citado profesor, por trastornos dispépticos, gastralgia y constipación tenaces.

Como los fenómenos dolorosos continuaran, se creyó oportuno y se ordenó la aplicación de un vejigatorio de 6 c. m., cuadrados sobre el epigastrio, vejigatorio que se dejó aplicado doce horas.

Como á los cinco días después la enferma presentaba hinchazón de la cara y un ligero grado de anasarca; luego, rápidamente, dísnea intensa, sacudimientos convulsivos, amaurosis casi completa y contemporáneamente anuria casi absoluta.

La enferma no emitía sino cincuenta gramos de orina, intensamente albuminosa; mientras que antes las micciones habían sido normales y sin rastros de albúmina. Estas condiciones graves y alarmantes duraron algunos días, mejorando después hasta desaparecer gracias al tratamiento oportuno.

---

(1) Manuel de Therapentique, citado.

(2) Gazzeta degli ospedali é delle cliniche, N° 39. 31 Marzo de 1896.

Esta observación de nefritis cantaridiana que se puede juntar con hechos análogos referidos por SÉE POTAIN, y MANQUAT, es notable especialmente por la violencia de los fenómenos presentados, y HUCHARD la hizo argumento de una comunicación á la Sociedad de Biología de París, con el fin de afirmar una vez más los peligros de los vejigatorios.

Tengo la convicción, repitió después HUCHARD, en la Sociedad de Terapeútica, sección del 11 de Marzo de 1896, de que el vejigatorio presenta más inconvenientes que ventajas y que cabe proscribirle sobre todo en las infecciones agudas, en las cuales puede dificultar la depuración urinaria y deprimir el sistema nervioso.(1)

En la sesión siguiente (25 de Marzo) intentó FERRAND defender al cáustico. Fué rebatido por MATHIEU, (M. A.), LE GENDRE y el mismo HUCHARD. Este terminó diciendo: Persisto en considerar al vejigatorio cantaridado como peligroso; añadiré que la vesicación en sí misma, aun respondiendo á ciertas indicaciones, es un método que puede ser ventajosamente reemplazado por otros procedimientos terapéuticos(2).

Finalmente, en la sesión del 13 de Mayo hizo esta manifestación categórica: El vejigatorio estará contraindicado en las enfermedades infecciosas y febri-

---

(1) Semana médica de París N° 12. Año 1896.
(2) » » » » » 14. » 1896.

les, particularmente en las fiebres de determinaciones renales, *en la pneumonia*, en la tuberculosis, en la pleuresia, en la meningitis tuberculosa, etc. (1)

Nadie, sin embargo, se ha levantado con más energía contra los cáusticos que el distinguido jefe de Clínica Médica de la Facultad de París. Transcribiré in extenso su brillante argumentación, verdadero golpe de gracia asestado al vejigatorio en la pneumonia.

En cuanto al vejigatorio que tantos médicos utilizan todavía, más por tradición que por convicción, es de una inutilidad incontestable. Adversarios decididos del vejigatorio, proscribimos sistemáticamente su empleo en toda pneumonia. Los inconvenientes ó quizá los peligros que pueden resultar del uso de los vejigatorios son demasiado conocidos para que insistamos mucho sobre este punto; limitémonos á recordar que el vejigatorio introduce á la economía un principio tóxico, susceptible en algunos casos de determinar accidentes de cistitis ó nefritis cantaridianas que vienen á agravar tanto más la enfermedad, cuanto que el buen funcionamiento del filtro renal es necesario para la eliminación de los productos infecciosos. Recordemos también que el vejigatorio crea una herida que puede ser el punto de partida de difteria, erisipela ó por lo menos de forúnculos,

(1) Semana Médica de París. Núm. 21. Año de 1896.

antrax, que en algunos individuos (viejos, diabéticos) pueden á su vez convertirse en fuente de complicaciones; que determina agitación, insomnio; que provoca una elevación pasajera de la temperatura y disminuye la cantidad de la orina, etc. Se nos observará que se pueden evitar algunos de estos accidentes recurriendo á una antisepsia minuciosa, pero lo que no se puede evitar es la acción tóxica de la cantárida, pese á la asociación del alcanfor al emplasto vesicante. Por otra parte, más que los inconvenientes del vejigatorio, es menester considerar su ineficacia absoluta. La fisiología es impotente para determinar el valor de este procedimiento de revulsión que es del dominio del empirismo. Cuando la pneumonia era considerada como una enfermedad local, como una inflamación en que el elemento conjestivo desempeñaba un gran rol, se podía admitir la acción derivativa del vejigatorio, por más que ninguna experiencia precisa pruebe el hecho; pero hoy día que la noción de infección se ha sustituído á la inflamación local, no se puede concebir que una revulsión superficial como lo es la del vejigatorio pueda tener una influencia cualquiera sobre el proceso infeccioso; en efecto, las numerosas experiencias instituidas para demostrar la acción revulsiva no han dado nunca resultados precisos. Por lo demás no es de nuestros días que se discute el valor del vejigatorio: Laennec lo acusaba de dificultar la respiración, aumentar la congestión pulmonar; Louis

lo encontraba inútil; Grisolle que había hecho un estudio profundo de la pneumonia, no era tampoco un partidario más convencido del vejigatorio; al principio se mostró muy excitante, más tarde lo recomendó porque «una práctica tan universalmente aceptada debía tener alguna razón de ser». Este argumento, sin duda, parecerá insuficiente; sin embargo, más que por convicción es para obedecer á la tradición de que muchos prescriben todavía el vejigatorio; justo es decir que son poco numerosos los que lo aplican durante el primer período de la pneumonia; la mayor parte postergan su empleo hasta el período de resolución, que así pretenden ellos favorecer; pero desde que la resolución tiene tendencia á producirse, es permitido concebir dudas sobre la acción favorable del vejigatorio, cuando vemos tantas pneumonias presentar espontáneamente una resolución franca y rápida.

Algunos médicos, bastante escépticos respecto de la eficacia del vejigatorio aplicado durante el período agudo, creen, sin embargo, que puede ser útil, cuando la resolusión es tardía (trainante); nosotros creemos que aún limitada á este punto, la confianza acordada al vejigatorio es inmerecida.

Séanos permitido citar á este respecto una observación personal. En el mes de Abril de 1892 entraba al servicio de Clínica médica del Hotel Dieu, un hombre de unos cincuenta años atacado de pneumonia. Este hombre no había tenido anteriormente ninguna

enfermedad grave y no era alcohólico; algo se había excedido (surmené) desde hacía algún tiempo y había tenido que sufrir algunas privaciones; la pneumonia localizada primitivamente en la base del pulmón izquierdo, ganó el pulmón derecho y allí afectó la marcha de una afección migratriz, siendo móvil el foco del soplo y los rales crepitantes y cambiando de lugar todos los días, de tal manera que todo el pulmón derecho fué sucesivamente hepatizado. A despecho de esta pneumonia doble que hacía el pronóstico reservado, la defervescencia se produjo al décimo tercio ó décimo cuarto día de la enfermedad. (Como tratamiento habíamos prescripto el sulfato de quinina, el alcohol á fuertes dosis y algunas inyecciones de cafeína, en un momento en que el corazón había dado señales de desfallecimiento). Tras la defervescencia el foco de pneumonia situado á la izquierda entró inmediatamente en resolución, pero á la derecha no sucedió lo mismo: el soplo tubario y los rales crepitantes, persistieron sin modificación durante unos quince días; más aún, constatamos que algunos puntos hasta entonces indemnes, eran inundados á su vez por la hepatización; por lo demás el estado general era satisfactorio, el apetito había vuelto, no existía elevación térmica alguna.

Después de haber empleado sin ningún resultado, la creosota, y el eucaliptol, hicimos aplicar con algunos días de intervalo, dos anchos vejigatorios, pensando que este caso era particularmente propicio para

la verificación de la acción resolutiva atribuída al vejigatorio en los casos de pneumonias con tendencia á la cronicidad. La auscultación practicada con gran cuidado no nos permitió constatar ninguna modificación apreciable de los signos físicos, tras de la aplicación de estos vejigatorios; los focos de hepatización persistieron, y no fué sinó más de un mes después de la desfervescencia, es decir, quince días después del empleo del método revulsivo, que el pulmón volvió á su estado normal. Hemos citado este ejemplo porque nos parece particularmente concluyente y nos permite constatar la influencia atribuída al vejigatorio, sobre la evolución de una pneumonia perezosa (trainante) (1).

Por lo que respecta, á la aplicación de los vejigatorios en las bronconeumonías de los niños, el punto ha sido tratado incidentalmente en la tesis del doctor Bessio y Almeyra (2), y resuelto en el sentido de la abolición de « esos medios de torturas » como los llama Jürgensen.

---

(1) Gaston Lyón-Traité elementaire de Clinique Therapeutique.

(2) Naturaleza y tratamiento de las bronconeumonías infantiles—Buenos Aires 1895—Págs. 44 y 45.

CONCLUSION

En conclusión, pues, haré mías las palabras de Le Gendre:

«Si habéis de seguir mis consejos, no aplicaréis jamás vejigatorio alguno, en el curso de una bronconeumonia aguda. El proceso del vejigatorio ya está hecho, sus inconvenientes son múltiples: si es grande, expone á provocar el cantaridismo, hace necesarias curas dolorosas; si es pequeño, no sirve para nada; es como se ha dicho, la hipocresía del vejigatorio, y, por muy pequeño que sea, constituye siempre un obstáculo, para la auscultación, para la percusión y para los baños y las revulsiones. (1)

---

(1) Semana médica 1896—N° 11 Pág. 121.

BIBLIOGRAFIA

LAENNEC—Traité de l'auscultation mediate. etc. tomo I—(1824).

BOISSEÁU—Piretologia Fisiológica.—Doctrina modificada del doctor Broussais. Traducción española Valencia (1827).—Tomo I.

BOISSEAU — Nosografía orgánica. Traducido por D. R. S. J. G., Valencia (1831).—Tomo IV.

GRISOLLE—Traité de la Pneumonie, 2ª edición—París (1864).

GUBLER—Lecciones de Terapéutica. (1878).

HAYEM G.—Leçons de Terapéutiqua—Les grandes medications.—París (1887).

LEMOINE G.—Manuel de Therapeutique clinique.—París (1894).

LYON G.—Traité Elementaire de Clinique Terapeutique.—París (1895).

BESSIO Y ALMEYRA.—Naturaleza y tratamiento de las Bronconeumonias infantiles. Tesis inaugural, Buenos Aires (1895).

HUCHARD—Semana Médica de París, números 12, 14, 21—(1896).

HUCHARD—Gazzetta degli ospedali e delle clinique. número 39—(1896)

HUCHARD—Semana Médica de Buenos Aires, número 12, Marzo 25—(1897).

LE GENDRE P.—Pronóstico y tratamiento de las bronconeumonias agudas. Semana Médica, número II.—París (1896), pág. 121.

BOZZOLO C.—Trattato Italiano di Pattologia e Terapia medica. Maragliano y Cantani—Vol. V.—Parte V.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La causa más frecuente del eczema impetiginoso en los niños, es el pediculis capitis.

II

La blenorrea puede considerarse, como una de las enfermedades más graves en cuanto á su consecuencia.

III

En las heridas penetrantes del abdomen ocasionadas por armas de fuego, debe intervenirse.

Buenos Aires, Agosto 17 de 1897.

Nómbrase á los señores Académico Dr. Luis Güemes, profesor titular Dr. Gregorio N. Chaves y profesor suplente Dr. Francisco Sicardi para que constituídos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
Acuña.

Buenos Aires, Septiembre 9 de 1897.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada en el día de la fecha con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Leopoldo Bárcena:

« En el local de la facultad á 9 de Septiembre de « 1897, reunidos los que suscriben encargados de dic- « taminar respecto de la admisibilidad de la tesis pre- « sentada por el ex alumno D. Leopoldo Bárcena y « que versa sobre «De los cáusticos en la pneumo- « nia» resolvieron admitirla. Con lo que se termi- « nó el acto:—Firmados: *Luis Güemes, Gregorio N.* « *Chavez, Francisco A. Sicardi.* Firmado: *Zenón* « *Aguilar.*»

L.M. Acuña.

Buenos Aires, Septiembre 14 de 1897.

Entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA,
Acuña.