Nº. 1883. Año 1908.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

El Aceite Gris en el tratamiento de la Sífilis

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NEOCLE RAGUSIN

Ex-alumno de la Escuela de A. de Sanidad Militar. Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital Militar 1903 - 1908

LAS CIENCIAS

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA

646—AVENIDA DE MAYO—646

BUENOS AIRES

1908

15 16

EL ACEITE GRIS EN EL TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS

Nº. 1883. Año 1908.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

El Aceite Gris en el tratamiento de la Sífilis

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NEOCLE RAGUSIN

Ex-alumno de la Escuela de A. de Sanidad Militar. Ex-practicante menor y mayor interno del Hospital Militar 1903 - 1908

LAS CIENCIAS
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA
646—AVENIDA DE MAYO—646
BUENOS AIRES
1908

—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento General).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. Eliseo Cantón

VICE DECANO

Dr. D. Antonio C. Gandolfo

CONSEJEROS

Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.)
» » Pedro N. Arata
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Cantón
» » Enrique Bazterrica
» » Antonio Gandolfo
» » José M. Ramos Mejía
» » Juan A. Boeri (suplente)
» » Baldomero Sommer
» » G. Araoz Alfaro
» » José R. Semprún
» » Abel Ayerza
» » Jaime R. Costa
» » J. Manuel Irizar

SECRETARIOS

Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo)
» » Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología Médica	Dr.	Pedro Lacavera
Física Médica	»	Jaime R. Costa
Química Médica	»	Atanasio Quiroga
Botánica Médica	»	Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata
Histología	»	Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	»	Joaquín López Figuero
Anatomía Descriptiva	»	José Arce (interino)
Semiología y ejercicios clínicos	«	Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	»	Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	»	Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	»	Telémaco Susini
Bacteriología	»	Carlos Malbrán
Higiene Pública y Privada	»	Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma
Patología Externa	»	Obdulio Hernández
Medicina Operatoria	»	Leandro Valle
Clínica Ginecológica	»	Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	»	Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Baldomero Sommer
» Epidemiológica	»	José Penna
» Quirúrgica	»	Pascual Palma
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejía
» Médica	»	Luis Güemes
» Médica	»	Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze
Patología Interna	»	Marcial V. Quiroga
Medicina legal	»	Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	»	Antonio Gandolfo
» Médica	»	Ignacio Allende
» Obstétrica	»	Samuel Molina
Toxicología Experimental	»	Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	»	Angel M. Centeno
Clínica Médica	»	Abel Ayerza
» Génito-urinarias	»	Pedro Benedit
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred
» Quirúrgica	»	Diógenes Decoud
» Obstétrica	»	Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Doctor Roberto Wernicke
» Juan R. Fernández

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Anatomía Patológica	Dr. José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde
	» José F. Molinari
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell
	» Avelino Gutiérrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	» MaximilianoAberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves
	» José R. Semprún
Clínica Psiquiátrica	» Benjamin T. Solari
Clínica Pedriátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia
Física Médica	» Juan J. Galiano

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. Greenway
Física Médica	»	Vacante
Química Médica	»	Vacante
Botánica Médica	»	Rodolfo Enriquez
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Histología	»	Julio G. Fernández Alois Bachmann
Anatomía Descriptiva	»	Vacante
» »	»	Vacante
Semiología y ejercicios clínicos	»	Vacante
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Vacante
Anatomía Patológica	»	Vacante
Bacteriología	»	Juan Cárlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene pública y privada	»	Felipe Justo
Materia Médica y Terapéutica	»	Vacante
Medicina Operatoria	»	Vacante
Clínica Ginecológica	»	Vacante
» Oto-rino-laringológica	»	Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Vacante
Patología Externa	»	Carlos Robertson Ricardo S. Gómez
Patología Interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Enrique Demaría
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Francisco Llobet Marcelo Viñas Marcelino Herrera Vegas José Arce
» Neurológica	»	Mariano Alurrald
Medicina legal	»	Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming Ricardo Colón Lui
» Obstétrica	»	Enrique A. Pardo Enrique Zárate Alberto Peralta Ramos Arturo Enriquez
Toxicología Experimental	»	Vacante
Clínica Pediátrica	»	Manuel A. Santas Mamerto Acuña
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	»	José T. Bord

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	Dr.	Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	»	Adolfo Mugica (con lic.)
Química inorgánica aplicada	»	Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	»	Francisco Barraza
Farmacognosia y Posología razonadas	»	Juan A. Boeri.
Física farmacéutica		Julio Gatti
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	»	Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	»	J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	»	Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	»	Ricardo Schatz

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas		Vacante
Botánica y Mineralogía		Vacante
Química inorgánica aplicada		Vacante
Química orgánica aplicada		Vacante
Farmacognosa y Posología razonadas	Sr.	Juan A. Domínguez (en ejerc.)
Física farmacéutica		Vacante
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)		Vacante
Técnica farmacéutica		Vacante
Química analítica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas		Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéutica		Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	Dr. Fanor Velarde

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Dr.	Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y Clínica Obstétrica	»	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología	Dr.	León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	»	N. Etchepareborda

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología	Vacante
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

DR. PACÍFICO DÍAZ

CORONEL DE SANIDAD

Á MIS PADRES

Á LOS MÍOS

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Un poco más, vuestra bondad lo dirá, y habrá terminado un bello episodio de mi vida. Llego en medio de un dualismo de alma, bien comprensible, ya que este trabajo representa para mí, una triste separación entre la vida feliz que hasta ayer pasé, tan llena de gratos recuerdos. y la incógnita que hoy me presenta el porvenir, con la intranquilidad de la duda....

Juzgadlo con dulzura, y pensad que en él, he puesto mi esfuerzo sincero: es por lo único que me pertenece.

Lo demás es fruto de vuestras lecciones y consejos, que serán los que invocaré con orgullo, cada vez que un enfermo me reclame, lo que para él me dieron, y por ello, esto os pertenece por completo.

Es al lado del Doctor Pacífico Díaz que he formado mi carrera científica, al cual debo agradecer como maestro, y como amigo, por sus

sabias y desinteresadas lecciones; aún más, se presta galantemente en acompañarme como padrino en este trabajo, que marca una etapa de mi vida, que, como acto trascedental en ella, es un señalado servicio, por el cual le deberé eterna gratitud.

Doy las gracias á todos aquellos que directa ó indirectamente me han favorecido en la feliz terminación de mi carrera, especialmente á los Doctores Francisco De Veyga, Félix T. Muñoz, Pedro Rivero é Isidro Lobo, por sus distinguidas atenciones.

N. R.

CONSIDERACIONES
SOBRE LAS INYECCIONES MERCURIALES

——

Es Fürbringuer (Merget: tesis de Paris) el primero que emplea el mercurio en el tratamiento de la sífilis: sus primeras inyecciones fueron de mercurio metálico, pero no obtuvo resultados: más tarde emplea una emulsión de mercurio en agua y goma.

Contemporáneamente Hebra y Ch. Hunter usan las inyecciones de sublimado corrosivo.

Scarenzio apoyado por la autoridad de Miahle y Pettenkofer, asegura que el calomel introducido en la intimidad de los tejidos se descompone y da lugar á la formación de sublimado corrosivo que sería el cuerpo activo que actuando sobre los elementos mórbidos produciría la curación de estos.

Es sin embargo Georges Lewin de Berlin el que más estudia las inyecciones de bicloruro; es debido á sus publicaciones, que comenzó en el año 1865 la verdadera implantación del método en el tratamiento de la sífilis.

En el año 1867 presenta al Congreso de Medicina de Paris un informe sobre setecientos enfermos tratados por este método, dejando sentadas las siguientes conclusiones: (*a*) Rapidez, seguridad y presición de acción terapéutica: (*b*) Facilidad de ejecución del tratamiento.

Es recién algunos años más tarde, que las inyecciones mercuriales entran en la práctica médica, apareciendo numerosos trabajos y contando entre sus cultores á personas de la talla de Taylor, W. Besnier, Martineau, Terrillon, Smirnoff, Neisser, Lang, Galliot, Panas, Barthélemy, Morel-Lavallée, y tantos otros que formarían una lista interminable.

Como todo método nuevo, tuvo sus partidarios y sus adversarios, esforzándose los primeros en buscar las ventajas y los otros encontrándolo, sinó inferior, por lo menos al mismo nivel de los demás medios de mercurialización.

Estamos aún muy lejos de la uniformidad de ideas respeto al método de las inyecciones; la gran cantidad de productos que la industria química nos entrega diariamente, los unos solubles, los otros insolubles, los unos menos tóxicos que los otros; teniendo cada uno de ellos la pretensión de ser el mejor, el más seguro, el más inócuo.

Es de esta cantidad inmensa de productos, que han nacido distintos métodos de inyecciones, métodos que los hemos de estudiar separándolos en

dos grandes grupos, el método de las inyecciones insolubles y el de las solubles. Dejaremos á un lado el método de Bacelli, es decir el de las inyecciones intra-venosas, método nuevo aún que requiere mayor experimentación. Hemos de ver primero cuales son las ventajas é inconvenientes del método de las inyecciones con respecto á los demás métodos de tratamiento y luego compararemos entre sí los dos grandes grupos en que se han dividido á estas inyecciones considerando sus indicaciones y contraindicaciones.

Grandes son las ventajas, pocos son los inconvenientes que tienen las inyecciones mercuriales: veámos.

(a) En una época en que aun hay gran prevención para el mercurio, no podemos estar seguros si el enfermo toma las píldoras, ó se fricciona con arreglo á las reglas del arte; con las inyecciones se evita toda superchería y el médico puede estar seguro de que el medicamento por él prescripto no se desperdicia.

(b) Pasemos á la seguridad de absorción del medicamento: veremos que con las inyecciones le entregamos al organismo una cantidad de mercurio, y que pese lo que pese, ese mercurio tarde ó temprano será repartido por todo el organismo. Veamos si con las píldoras, podemos tener la seguridad de la total absorción del mercurio: de que se absorbe el mercurio por este método, no hay

duda, puesto que lo demuestra en ciertos momentos, el ptialismo, la estomatitis etc., pero hay muchas píldoras que pasan intactas por el tubo digestivo, y otras que si bien no se diluyen, no por eso son absorbidas á causa de los trastornos gástricos, que pueden preexistir, ó ser producidos por ellas mismas. Es conocida por todos la frase de la mayoría de los terapeutistas: «La medicación por medio de píldoras es la peor de las medicaciones.»

Si de las píldoras pasamos á las fricciones: ¿cuántas fricciones mal hechas?; generalmente lo son por ignorancia del enfermo, otras veces por pereza y otras, las no menos frecuentes, por repugnancia á un tratamiento *que es muy sucio*, palabras de los mismos enfermos, que claman por que se les cambie á este.

(c) Habiendo visto que la absorbión por medio de las fricciones, ó por el método de la ingestión es parcial por varias razones, no sucede lo mismo con respecto de las inyecciones; es por este medio que solamente podremos saber la cantidad exacta de medicamento absorbido por el organismo, es decir habrá lo que Fournier llama «rigurosidad de dosage».

Nadie duda hoy: que raro es el medicamento que al ser ingerido se absorba *in natura*; la mayoría sufren una serie de cambios químicos capaces de transformarlos completamente haciéndolos inaptos para la medicación: aun más, suponiendo que las sales

mercuriales no se descomponen en el interior del tubo gastro-intestinal, ¿es igual al estado de la mucosa de este aparato, hoy al de mañana?: si ella fuera igual la absorción se haría de una manera igual; pero nada de esto sucede, porque en estos casos el mismo mercurio se encarga de alterar el estado de esa mucosa y por consiguiente su poder de absorción, de donde deducimos que el método de ingestión es el menos propicio para saber la cantidad de mercurio absorbida.

De las fricciones, método cuya acción terapéutica es excelente, podemos decir rotundamente; á la dosis indicada no sabemos la absorbida, pasando esto por el conocimiento inexacto que tenemos de la manera como se introduce el mercurio en el organismo.

¿Es solamente por la piel, ó por esta y el aparato respiratorio, que se absorbe el mercurio? Es cierto: el mercurio se absorbe por la piel, pero esta absorción es muy irregular, variable de un indivíduo á otro, aun más, en el mismo individuo depende de la temperatura, del estado higrométrico y más que todo del estado de salud de éste, por que la piel como cualquier otro órgano sufre cambios contínuos en su actividad funcional. Por otra parte sabemos que el mercurio desprende vapores á la temperatura ordinaria, con mayor razón los desprenderá en cantidad cuando por efecto de la fricción se eleva la temperatura, pues bien, estos

vapores ó se pierden totalmente, ó son absorbidos en parte, mezclados al aire inspirado. Lógico es entonces suponer que la absorción se hace por la piel y por el aparato respiratorio, pero que esta se hace siempre con una pérdida más ó menos grande de mercurio, pérdida que no podemos dosar, puesto que, ella es producto de un número de factores muy variados.

Nada de esto puede achacársele á las inyecciones: depositado el mercurio en la intimidad de los tejidos, ese mercurio tarde ó temprano será absorbido y repartido por el organismo.

Se ha dicho que las inyecciones llegan á enquistarse, no es raro que á una inyección mercurial le suceda este contratiempo, puesto que á cualquier clase de inyección puede sucederle esto: ¿cuál es la causa?, trataremos de explicarla al hablar de los inconvenientes de las inyecciones. Como creo probar que esto es debido á una mala técnica, no debemos tomarlo en cuenta como objeción al método.

Aun en el caso que se produjera el enquistamiento, estoy plenamente convencido, que el nódulo formado desaparece con un tratamiento apropiado en un corto número de días, no dejando tras sí ni rastros, por consiguiente, con su desaparición todo el mercurio contenido en su interior repartido en el organismo, es completamente absorbido.

(d) Siendo la sífilis una enfermedad que tiende á la denutrición, hay que respetar en los enfermos de ella, las vías digestivas, justo es entonces desechar el método de la ingestión para su tratamiento, pues sabemos que el mercurio administrado bajo forma de sales, por vía gástrica, da lugar con muchísima frecuencia á la producción de trastornos gástricos, trastornos que pueden llegar á ser muy serios y que dificultan enormemente la continuación del tratamiento.

Pues bien, el método de las inyecciones tiene el gran mérito de respetar y dejar indemnes las vías digestivas, mérito que lo comparte en este caso con las fricciones, dejando al médico ámplia libertad de indicar la dietética que más le plazca y hacer si llegado fuera el caso un tratamiento correlativo por vía gástrica, que muchas veces es necesario.

Hay veces que el mercurio al eliminarse por el aparato digestivo lo hace produciendo ciertos trastornos gastro-intestinales, leciones que no son nada frecuentes y rarísima es la vez que ellas sean de carácter serio, (caso de Fournier) á no ser que las dosis empleadas fueran muy elevadas y el tratamiento fuera llevado sin regla, porqué aun mismo con dosis fuertes pero aumentadas paulatinamente no llegan á producirse fenómenos graves.

(e) Por el método de las inyecciones respetamos á la piel preservándola de los posibles eri-

temas que suelen suceder cuando se emplean las fricciones.

(f) Pasando de estas consideraciones de orden puramente médico, á este otro orden de ideas, «la intensidad terapéutica» (Fournier) veremos que las inyecciones, es el método de mercurialización más enérgico que poseemos, de mayor rapidez de acción, y hay casos en que únicamente á él recurrimos pues los resultados que obtenemos, se obtendrían con dificultad empleando los otros medios.

Reconociéndoles estas cualidades á las inyecciones, veamos cuales son sus inconvenientes:

El *dolor* es uno de los mayores inconvenientes, es el que da origen al mayor argumento en contra de las inyecciones. Si bien es cierto que hay compuestos mercuriales que inyectados producen fuertes dolores, hay también otros que los producen leves, en algunos es nulo, en todos estos casos hay que contar con el factor individual, puesto que la misma sustancia hace reaccionar de distinta manera á distintos individuos.

En estos dolores hay que considerar dos cosas, la intensidad y la duración: la primera es muy variable, la segunda es mucho más constante. Los dolores son muy variables según que se trate de una inyección soluble ó de otra insoluble: en el primer caso el dolor es inmediato á la inyección y desaparece en la generalidad de los casos á las pocas horas.

Con los compuestos insolubles el dolor se manifiesta recién al día siguiente y llega á su máximo á los tres días para desaparecer en la mayoría de los casos á los siete días. Sea cual fuere este fenómeno dolor, creo no debe constituir un obstáculo para el método cuyos resultados terapéuticos son tan evidentes.

Los hematomas:—Se cita un pequeñísimo número de casos imputables á la perforación de un grueso vaso, creo, que dada la rareza y la benignidad de este accidente no debe tomársele en cuenta para pensar de sustituir á las inyecciones por otro método.

Las embolias:—Ellas son siempre una falta del operador y son fácilmente evitadas haciendo la inyección en dos tiempos, teniendo la precaución de no inyectar la sustancia cuando sale sangre por la aguja. Estas embolias no sobrevienen sinó cuando se hace uso de inyecciones insolubles ó solubles á vehículo aceitoso. Hasta ahora todos los casos de embolia observados han sido siempre benignos.

Accidentes nerviosos:—Se han señalado raros casos de atrofias musculares, parálisis de los extensores del pié; (Fournier) ciática, etc.; accidentes que son debidos al pinchazo de un filete nervioso importante, en lo que se ha dado en llamar zona peligrosa de la nalga.

Infiltración y *nódulos*: —Todas las inyecciones son capaces de enquistarse por un proceso de peri-infiltración dando lugar á la formación de nódulos.

Más que cualquier otra clase de inyección, son las de compuestos insolubles las que dan origen de preferencia á estos nódulos, nódulos que son de muy diverso tamaño pudiendo llegar algunos á ocupar gran parte de la nalga.

La causa de esta formación de nódulos es múltiple, pero que á mi modo de pensar es debido á dos grandes factores; los individuales y los propios á la inyección y su técnica.

Como causa individual más importante es la irrigación sanguínea de la piel y del tejido celular sub-yacente.

Sabemos que es solamente la capa corial y el tejido celular sub-cutáneo los que poseen vasos sanguíneos formando estos, dos capas superpuestas y paralelas á la superficie cutánea; es decir, una profunda situada en pleno tejido celular y la otra mucho más superficial, que se extiende bajo las papilas. La capa profunda se compone de gruesos troncos arteriales que al ramificarse y anastomosarse entre ellos forman una red intrincada de las cual nacen dos clases de vasos, los unos capilares, que van á nutrir á los pelotones glandulares, los otros, troncos de regular diámetro que ascienden perpendicularmente á la piel y que al llegar bajo las papilas se ramifican y se anastomosan formando la segunda capa, llamada capa sub-papilar.

Esta segunda capa, da origen á una tercera de finísimos capilares que ascienden hasta la parte

más superficial de las papilas, formando los llamados vasos papilo-capilares, no estando estos separados del aire exterior más que por una capa finísima de tejido celular y por la capa epidérmica.

Ahora bien, toda inflamación en cualquiera de estas capas repercutirá en mayor ó menor grado en todas las demás, de aquí; si hacemos una inyección de un cuerpo irritante (como lo son en la mayoría los mercuriales) en pleno tejido celular, vá á suceder que á la inyección le sigue una hiperhemia y un éxtasis sanguíneo, disturbio circulatorio que en este caso es el producto de una excitación directa sobre el sistema vascular, hiperhemia y éxtasis que son los primeros síntomas en aparecer en todo proceso inflamatorio y que son seguidos luego de la exudación de una cantidad de elementos líquidos y figurados, á través de las paredes vasculares. Si la causa irritativa desaparece y si en el foco de la inyección no hay microorganismos capaces de acrecentarla, ella terminará por reabsorberse, es decir, curará completamente.

Pero no todas las veces pasa así: fuera de los microorganismos que pueden ser llevados por una inyección mal preparada, tenemos por otra parte que hay en las capas profundas de la epidermis y aun mismo al rededor de las papilas y en pleno dermis al rededor de los pelotones glandulares, toda una flora microbiana, inócua la más de las veces, pero que puede por cualquier causa exaltar su virulencia y de aquí que se produzcan supuraciones.

¿Cómo estos micro-organismos pueden exaltar su virulencia? Como ya lo he dicho, la inflamación sub-yacente causada por la inyección repercutirá sobre las capas circulatorias más superficiales, donde se establece un éxtasis y un lugar de menor resistencia, donde pueden por esta causa desarrollarse perfectamente estos micro-organismos, desde que sabemos por los estudios de Roger y Monti, Wjissokowitch, Ribert y otros muchos, que la virulencia de los microbios es aumentada cuando se les inyecta en un lugar traumatizado ó que se haya hecho préviamente una inyección *in situ*, de una sustancia irritativa, ya sea esta de origen bacteriano ó químico, es decir, no es más que la exaltación de la virulencia por la disminución de la resistencia orgánica. Pues bien, exaltada la virulencia de estos microbios, ellos invaden poco á poco el foco de la inyección progresando por los vasos afectados y dan lugar al nódulo inflamatorio, que según el grado de resistencia orgánica y según la virulencia alcanzada darán lugar á que el nódulo formado supure ó nó. ¿Porqué se forma el nódulo cuando se hace la inyección en el tejido muscular? La razón está en que, cuando al hacer una inyección se retira la aguja depositando sustancia medicamentosa en todo el trayecto, cosa que pasa con frecuencia á causa de no haber vaciado completamente la jeringa, nos venimos á encontrar en el mismo caso como si hubiéramos hecho la inyección

en el tejido celular y la inflamación establecida en todo el trayecto servirá de camino para llevar los microbios al foco de la inyección de por sí fuertemente inflamado.

Todas las veces que hacemos una inyección bajo esta forma tendremos que lamentar la formación de un nódulo; si la inyección ha sido bien dada no nos pasará esto; aún más he observado enfermos con sus nalgas llenas de nódulos y que sin embargo al darle nuevas inyecciones entre los nódulos no he visto la formación de uno solo.

Luego vemos que no es causa inherente á la inyección el que se forme nódulo, es debido á los malos materiales y más que todo á la mala técnica empleada, por consiguiente no inculpemos nunca á las inyecciones en si mismas cuando ellas se enquistan, inculpemos siempre al preparador ó al dador de ellas.

Concluiré diciendo, que las inyecciones es el método terapéutico que nos evita la superchería, asegura la absorción, nos dá cantidad exacta de mercurio absorbido, deja indemnes en su casi totalidad á las vías digestivas, deja indemnes completamente á la piel y más que todo goza de una intensidad terapéutica tal que sobrepasa en energía á cualquier otro tratamiento, méritos que las colocan como tratamiento de elección en la Sífilis, puesto que, aún si no fuese más que por la intensidad terapéutica debe colocarse como el

mejor tratamiento, porque soy de opinión que á la sífilis hay que tratarla enérgicamente pues de ella, por más benigna que se nos presente «no sabemos su pronóstico» como lo dice Fournier, y es por esta razón que de método de excepción, las inyecciones se vuelven cada vez más y más método clásico en el tratamiento de esta larga y caprichosa enfermedad.

*
* *

Siendo admitido que las inyecciones es el método clásico del tratamiento mercurial y no el método de excepción, veamos ahora cual de las dos clases de inyecciones usaremos, las de las sales solubles ó de las sales insolubles. Hay partidarios sistemáticos de las sales solubles como los hay para las sales insolubles, habiendo aún entre las primeras quienes dan dósis fraccionadas y frecuentes y otros que dan dósis masivas á intervalos largos.

Ante todo voy á decir como lo dice Levi-Bing, las preparaciones solubles no excluyen á las insolubles por el contrario se complementan unas con otras, debiendo uno ser ecléctico en la elección de este ó aquel método.

Veamos primero las conveniencias del método de las sales solubles:

a) Por medio de las inyecciones solubles introducimos diariamente al enfermo la cantidad de

mercurio que le es necesario para ese día, mercurio que es eliminado diariamente en proporción á la dósis inyectada.

b) Inyectadas á dosis fraccionadas ellas evitan los peligros de la intoxicación, principalmente en esos enfermos muy debilitados como los tuberculosos, (asociación muy frecuente) los anémicos, en aquellos cuyos emontorios funcionan mal, en aquellos cuyas encías se encuentran en mal estado y es urgente empezar el tratamiento, etc., etc.

c) Son excelentes en los niños cuyo tejido muscular es poco desarrollado y que soporta mal las inyecciones insolubles y además la mínima dosis á emplear es muy difícil de dosar con un compuesto insoluble, cosa que se facilita con un compuesto soluble.

Siendo estas las mayores conveniencias del método de las inyecciones solubles, veamos ahora las conveniencias de las sales insolubles.

a) Las sales insolubles introducidas en el organismo tiene una actividad mucho mayor que cualquier otro tratamiento, mismo al de las inyecciones de sales solubles.

b) El mercurio introducido de esta manera es eliminado con regularidad y durante mucho tiempo de manera que asegura una mercurialización contínua y prolongada.

c) Con una sola dosis inyectada se tiene la cantidad necesaria para una serie de días.

Cómo vemos, las cualidades de uno y otro método no son iguales y por consiguiente cada vez que vamos á hacer uso de estos debemos ante todo explorar el terreno:

Aún mismo teniendo cada método su indicación especial; ¿cual usaremos en la práctica diaria? el de las sales solubles no lo creo conveniente, porqué:

1º. Requiere una pérdida de tiempo para el enfermo y una atención contínua del médico, pudiendo suceder que estas condiciones no puedan llenarse ó que el enfermo se fastidie y vaya en busca de otro medio de tratarse que sea menos esclavo del médico.

2º. Porqué si bien las inyecciones solubles son poco dolorosas, hay veces que lo son tanto ó más que algunas insolubles, constituyendo por esta causa un tormento diario para los enfermos.

Muchos enfermos que se han tratado por esta clase de inyecciones (benzoato y biyoduro de mercurio principalmente) aseguran que el dolor por ellas producido es mayor al que produce una inyección de aceite gris.

3.º Si bien con las inyecciones solubles podemos obtener una mercurialización intensa, nunca la podremos obtener tanto como con las inyecciones insolubles, siendo además la primera, una mercurialización fugaz.

4.º Es inmoral para el médico el someter á un

enfermo al tratamiento con inyecciones solubles, porque eso implicaría imponerle una contribución pecuniaria que las más de las veces es imposible satisfacer.

Las inyecciones de compuestos insolubles ofrecen por el contrario toda una serie de ventajas que las voy á enumerar:

1.° Aseguran una mercurialización intensa, activa y duradera, pues la dosis inyectada es absorbida regularmente, lo que se hace según la capacidad asimilatriz del organismo, siendo así también eliminada regularmente y durante mucho tiempo.

2.° Es un tratamiento cómodo, poco costoso y nada aburridor pues evita la frecuencia de las visitas al médico y por consiguiente la pérdida de tiempo y de dinero.

3.° Gracias á la rareza de intervención es el método de elección para el tratamiento prolongado de la sífilis, lo mismo que para el tratamiento crónico intermitente de esta misma enfermedad.

4.° Es útil para aquellas personas indóciles ó negligentes que no siguen regularmente un tratamiento que requiera atención diaria.

Se ha dicho que los compuestos insolubles esponen más al enfermo, que los solubles, lo creo, pero también debo decir que manejados con arte médica, uno no se espone nunca á ninguna clase de fracasos.

Por otra parte en el gran número de inyec-

ciones por mi dadas, nunca he observado intoxicaciones verdaderas aun cuando he empleado dosis enormes.

Que los nódulos y los abcesos sean más frecuentes en las inyecciones de compuestos insolubles que en las de solubles, no lo creo, unas y otras esponen á estos accidentes, los cuales se evitan en la mayor parte de los casos haciendo uso de una irreprochable técnica.

Que las inyecciones de compuestos insolubles son dolorosas, no lo niego, hay algunas que duelen mucho, otras poco y algunas hay que duelen tan poco que no incomodan al enfermo. ¿Acaso no hay sales solubles que causen dolor? sí, las hay y aun más, hay algunas que á ciertas dosis son tan dolorosas como el más de los compuestos insolubles.

Creo únicamente contra-indicadas las sales insolubles en aquellos casos en que hay asociación de nefritis y sífilis, ó de esta y una afección épato-renal; pero aun en este caso me quedaría la duda de si estas lesiones son ó no de origen sifilítico.

Es por esta razón que empleo en estos casos, al principio, inyecciones de sales solubles en pequeñas dosis, aumentandola progresivamente teniendo especial cuidado, de examinar con frecuencia la orina y luego no notando nada de particular en el individuo, hago una inyección

de una sal insoluble, en pequeña cantidad para llegar á la dosis necesaria á la segunda ó tercera inyección. Este método que he tenido ocasión de emplear en varios casos del Hospital Militar siempre nos ha dado excelente resultado.

Habiendo demostrado que los compuestos insolubles son los mejores para el tratamiento clásico de la sífilis, creo que entre la gran cantidad de estos, el que llena perfectamente todas las exigencias científicas es la preparación que se ha dado en llamar aceite gris, preparación que da excelente resultado en el tratamiento diario de la sífilis, preparación que inyectada no causa en la mayoría de los casos dolor y si este se produce no lo incomoda mayormente al enfermo, que solamente por excepción puede doler en una forma que impida al enfermo continuar sus quehaceres; es una sustancia poco toxica, que el organismo tolera perfectamente, tanto puede administrarse á un niño como á un adulto ó á un anciano; y por último es de un poder terapéutico muy superior á la mayoría de los compuestos insolubles, excepción hecha del calomel, asegurando de esta manera una mercurialización intensa, activa y prolongada.

Es por estas razones que he elegido el *aceite gris* como objeto de mi tesis, del cual tengo la práctica adquirida durante cinco años en el servicio del Doctor Pacífico Díaz.

Daré á continuación la composición química y luego hablaré de la técnica de las inyecciones, su posología, de los signos con que se manifiesta la saturación mercurial del organismo, y terminaré con una breve consideración sobre el tratamiento de la sífilis teniendo siempre en vista á este medicamento.

ACEITE GRIS

—

Se conoce bajo el nombre de aceite gris á una preparación en la cual el mercurio metálico se encuentra perfectamente emulsionado en un cuerpo graso líquido, en condiciones de perfecta estabilidad.

En 1886 bajo el nombre de *oleum-cinereum* lo preconiza Lang de Viena, siendo muy pronto estudiado por Neisser, Balzer, Le Pileur, Barthélemy, Jullien, Thibierge, Raugé y otros que lo experimentan siempre con resultado favorable: «yo estoy autorizado, dice Fournier, á recomendarlo como un remedio de acción cierta y positiva, y que después del calomel *es lo que poseemos de mejor*» .

La fórmula propuesta por Lang, ha sufrido muchas transformaciones, tanto en su título mercurial, cuanto en los elementos empleados para emulsionar al mercurio.

Sus principales transformaciones son las que siguen, no habiéndose llegado aún á adoptar una fórmula única.

A la fórmula de Lang, que era:

Mercurio metálico..... 3 partes
Lanolina..... 3 partes
Aceite de Oliva..... 4 partes

(Contiene en peso 30 por 100 de mercurio)

Neisser la reemplaza por esta otra en que reemplaza la lanolina y el aceite por la vaselina líquida y le agrega tintura etérea de benjuí:

Mercurio Metálico..... 10 gramos
Vaselina líquida..... 80 gramos
Tintura etérea de benjuí 5 gramos

Esta fórmula contiene en peso, 11,11 por 100 de mercurio.

Balzer toma la misma fórmula de Neisser aumentándole el porcentaje de mercurio al 33,33 por ciento.

Vigier propone una fórmula que actualmente se usa mucho, siendo su preparación relativamente fácil; ella es:

Vaselina líquida..... 5 gramos
Ungüento napolitano 2 gramos
Mercurio..... 39 gramos

Se tritura durante un cuarto de hora y se agrega:

Vaselina blanca sólida 14 gramos
Vaselina líquida..... 40 gramos

El todo se tritura perfectamente hasta emulsión completa, obteniendo de esta manera un aceite

gris cuyo porcentaje en mercurio es de 40 por 100 en gramos.

Como vemos, el *oleum cinereum* de Lang en su corta vida, no ha cesado de variar en su fórmula, no solamente en cuanto al exipiente, sinó también en cuanto al porcentaje del mercurio, que es lo más importante; así vemos que el porcentaje varía de 11,11 á 40 y mismo se ha pensado en aumentarlo hasta el 50 por 100.

Además tenemos que en estas fórmulas entran cuerpos que se enrancian fácilmente, (las grasas de la pomada napolitana, el aceite de oliva) y que sus productos de oxidación son irritantes para los tejidos, lo que dá lugar á la producción de ciertos accidentes, principalmente dolor, el cual debemos evitar.

Es basado en estas razones que Lafay ha propuesto una fórmula que creo es la más racional de cuantas se han propuesto y cuya fórmula es la siguiente:

Mercurio purificado..... 40 gramos
Lanolina anhidra esterilizada ..... 12 gramos
Vaselina blanca esterilizada... ..... 13 gramos
Aceite de vaselina medicinal esterilizada 35 gramos

Esta fórmula no es más que el resultado obtenido, del estudio de todas las clases de inyecciones de aceite gris, hecho por Barthélemy; según palabras del mismo Lafay.

Algunos encontraron á este producto un poco

espeso y *es justamente á este estado* que se debe la seguridad de estabilidad del mercurio (Barthélemy): siendo aún esto un inconveniente nada cuesta disminuir los exipientes sólidos y aumentar proporcionalmente los líquidos, sin por esto, alterar el valor real de esta fórmula.

En contra de su apariencia sólida, tiene esta fórmula la ventaja de que calentada entre 28° y 30° centígrados, se fluidifica de tal manera que pasa perfectamente por las más finas agujas y sin embargo no se altera en nada la emulsión, siendo además colocada en mejores condiciones para ser recibida por los tejidos, desde que su temperatura se acerca á la temperatura de ellos.

Esta preparación contiene cuarenta por ciento de mercurio en peso, y no en volumen.

La preparacion de esta fórmula es la siguiente: Se purifica el mercurio según lo indica el Codex, se esterilizan por separado los exipientes, ya sea por el autoclave ó ya sea por el calor directamente. (130° centígrados durante 20 minutos).

Previa esterilización de un mortero y pilón, quemándolos por medio del alcohol, se coloca en él, caliente aún, la lanolina y el mercurio, se tritura hasta que el mercurio haya desaparecido completamente, se agrega la vaselina y luego el aceite de vaselina triturando constantemente; cuando toda la preparación es uniforme y el mercurio se encuentre perfectamente emulsionado,

operación que es larga, se distribuye á la preparación en frascos de tapa esmerilada, esterilizados, previamente á 130° centig.

Como se vé el aceite gris preparado de esta manera es un cuerpo *estéril*, pero *no esterilizable* porque la elevación de temperatura necesaria para esta operación haría desaparecer la emulsión: es por esta causa que la preparación del aceite gris debe hacerse con todo el cuidado posible para evitar la caída de gérmenes que lo infecten.

Los caracteres de este aceite gris al 40 por 100 son los siguientes: es de consistencia pastosa, de un color gris oscuro uniforme, pesando cada centímetro cúbico 1 gramo 25 conteniendo no 40 centígramos de mercurio, sinó cincuenta porqué $1{,}25 \times 0{,}40 = 0{,}50$.

Es esta fórmula de Lafay la que quizas más se emplea, debido á que ofrece un sinnúmero de ventajas que la hacen preferible á las otras fórmulas, tanto por su perfecta conservación que es debida á su consistencia pastosa, á la temperatura ambiente que mantiene la perfecta homogeneidad de la preparación, pero que sin embargo como ya hemos visto es muy fusible con una pequeña elevación de temperatura que en nada la perjudica, todo al contrario mejora sus condiciones.

Además ella está preparada con exipientes:

1° que no se alteran:

2° que no ofrecen á los micro-organismos un medio favorable de cultivo;

3° que son tolerados por el organismo y no producen ninguna reacción local, es decir quedan como cuerpos inertes;

4° que no ofrecen ningún obstáculo á la absorción del mercurio.

Es por estas razones que en el Servicio de la Sala 6ª del Hospital Militar, se ha adoptado esta fórmula unicamente, no habiéndola nunca encontrado en condiciones inferiores á las cualidades que á otras fórmulas se atribuye.

TÉCNICA DE LAS INYECCIONES.

———

Para mayor claridad hemos de estudiar separadamente el instrumental y la técnica propia de inyección por una parte y luego del lugar de la inyección.

Jeringas y agujas:—Las actuales jeringas de Pravaz, Lüer, etc., son muy incómodas para el dosage exacto del aceite gris, á causa de la pequeñez de las divisiones. Es para evitar estos inconveniente que Edmond Fournier ha hecho construir por Lüer una jeringa cuya capacidad es de medio centímetro cúbico dividido en diez partes, correspondiendo cada una de estas divisiones á la veinte ava parte del centímetro cúbico, por consiguiente las dosis de medicamento variarán según el porcentaje de este: así para el aceite gris al cuarenta por ciento, cada división contendrá 0 gr. 0.25 de mercurio $\left(\frac{0.50}{20} = 0.025\right)$

En esta jeringa lo mismo que en las anteriores hay una causa de error, es decir en ellas no se

ha previsto la pérdida que resulta del contenido de las agujas, que es variable según el largo y el calibre pudiendo llegar en algunas de estas hasta dos centígramos de mercurio.

Barthélemy ha hecho construir una jeringa que es totalmente de vidrio como la de Fournier, pero en la cual se obvia el inconveniente anteriormente descrito correspondiendo sus divisiones no ya á dos centígramos y medio, sinó á un centígramo de mercurio, con tal que el porcentaje del aceite gris sea al cuarenta por ciento.

Esta jeringa es muy frágil, y como no tiene más que quince divisiones, resulta que si queremos inyectar mayor dosis hay que volverla á cargar: Estos inconvenientes son mínimos al lado de la sola ventaja de la rigurosidad del dosaje.

Las agujas que han de emplearse pueden ser de acero ó de platino irridiado, deben tenerse agujas de cinco y de siete centímetros de largo, porque como sabemos, debiendo hacer la inyección en pleno tejido muscular, es difícil á veces llegar á él con agujas de cinco centímetros cuando los glúteos estan cargados de grasa como pasa con frecuencia en las mujeres.

Otro cuidado que hay que tener es el de vigilar que las agujas de platino irridiado, que son las que más se emplean, no esten desoldadas, porque como sabemos estas agujas se construyen arrollando una lámina sobre sí y soldándola en todo el largo; si

esto existiera al hacer la inyección depositaríamos en algún punto del trayecto pequeñas cantidades de sustancia medicamentosa que como ya hemos visto favorecerían la formación del nódulo.

Técnica de la inyección: — Esterilizada la jeringa y las agujas, teniendo las manos aseptisadas y preparado el aceite gris, que vamos á inyectar, procederemos de la manera siguiente:

Se hace hacer por un ayudante, un lavaje con cepillo y jabón de toda la región en la cual vamos á hacer la inyección, se desintecta con solución de bicloruro de mercurio al uno por mil y luego se frota con una solución alcohólica suturada de ácido bórico: (Técnica empleada en la sala 6.ª del H. Militar.) Una vez hecho esto, procedemos entonces en hacer la inyección, la cual se hace en dos tiempos, es decir: introducción de la aguja en los tejidos lo más perpendicularmente posible y con la mayor rapidéz, manteniendo firme la piel entre el pulgar y el índice de la mano izquierda, mientras que con la derecha se introduce la aguja, evitando de esta manera el dolor del pinchazo, que es siempre mayor cuanto más lenta es la introducción.

La aguja siempre debe estar separada de la jeringa: operando de esta manera se facilita en mucho la introducción y por otra parte como ya lo he dicho se evita el accidente de la embolia.

Esta operación puede efectuarse estando la persona de pié, recomendándole en este caso que no contraiga

sus glúteos, lo que se consigue perfectamente haciendo que el peso de el individuo cargue sobre la pierna correspondiente al lado opuesto donde se dará la inyección. Como hay sugetos expuestos al síncope á causa de esta pequeña operación, es conveniente hacer las primeras inyecciones estando la persona acostada.

Una vez introducida la aguja, cargamos la jeringa con la dosis á inyectar y mientras tanto observamos durante unos segundos si sale sangre por la cánula de la aguja, sucediendo esto hay que retirarla é introducirla nuevamente en otro lugar cercano, evitando de esta manera la posible inyección del medicamento en alguna vena y de aquí la producción de la embolia.

Si no sale sangre, ajustamos la jeringa á la cánula é inyectamos su contenido teniendo especial cuidado de no retirar la aguja hasta no haber vaciado completamente la jeringa.

Hay algunos médicos que una vez inyectada la sustancia medicamentosa, retiran la jeringa, la cargan de aire, la ajustan nuevamente á la cánula é inyectan aire; ellos dicen que de esta manera evitan la formación del nódulo, yo no conceptúo útil esta operación, más bien la considero peligrosa á causa de la posible introducción de gérmenes en el foco de la inyección.

Una vez hecha la inyección, retiramos lo más rápidamente posible la aguja, hacemos con la yema

de los dedos un pequeño masage para repartir la sustancia medicamentosa, y colocamos sobre el lugar perforado un trozo de tela adheciva que no lo retiramos hasta la nueva inyección.

¿Debemos hacer la inyección en el tejido celular ó en el muscular?

Fuera de duda está que todas las inyecciones insolubles son mejor soportadas por el músculo, que reacciona mucho menos que el tejido celular, y que por más perfecta que fuera la técnica de la inyección, estoy plenamente convencido que inyectado el aceite gris en el tejido celular, como lo hacen aun ciertos médicos, se expone uno á la formación de nódulos, cosa que he tenido ocasión de observar en varios enfermos y principalmente en uno en el cual sus nalgas eran un semillero de nódulos debido á que si bien las inyecciones fueron dadas con perfecta técnica, ellas fueron hechas con una aguja que á lo sumo no tenía más de cuatro centímetros y medio de largo, siendo la capa celulo-adiposa de este enfermo muy gruesa.

Entre los que practican las inyecciones de aceite gris en el tejido celular podemos citar al profesor Lang y á Etienne, ellos usarán una técnica especial, ó tendrán la suerte que sus inyecciones no se enquisten, de mi parte puedo decir, que toda inyección de aceite gris en el tejido celular marcha en la mayoría de las veces hacia el enquistamiento, como ya lo he dicho, este fenómeno lo

he observado gran número de veces y es por esta razón que nunca aconsejaría hacer una inyección de la sustancia en cuestión, en el tejido celular sub-cutáneo.

¿En que sitio debemos practicar la inyección?

A sabiendas de que la inyección es intra-muscular, hemos de buscar para hacerla, aquellos puntos en que la masa de este tejido es suficientemente espesa para poderla hacer perfectamente intra-muscular.

Hay tres regiones que son especialmente aptas para esta operación, la región glútea, la región de los músculos que forman la masa sacro-lumbar y la región escapular (preconizada por Jullien).

De estas tres es sin duda alguna la región glútea la que nos ofrece la mayor cantidad de músculo, teniendo además la particularidad de encontrarse en un relativo estado de quietud; es en ella que debemos practicar siempre cualquier inyección intramuscular, y solo emplearemos las demás en caso de excepción.

Ahora bien, elegida la nalga como el mejor sitio para hacer la inyección; ¿en que lugar de ella la practicaremos?

Para Smirnoff sería la foseta retrotrocantérica el punto menos doloroso y por consiguiente el mejor para ser dada la inyección.

Para Galliot sería un punto situado en la intersección de dos líneas, la una horizontal que

pasaría á dos traveses de dedo por encima del gran trocanter y la otra vertical que siendo paralela al pliegue interglúteo pasaría á dos gruesos traveses de dedo por fuera de él.

Para Barthelemy sería un punto situado en el medio de una línea que uniera el vértice del pliegue glúteo con la espina ilíaca antero-superior, y que correspondería próximamente al borde externo del músculo glúteo.

Para Fournier no hay un punto determinado, todo el tercio superior de la nalga es excelente para hacer la inyección.

Para otros, toda la nalga puede ser utilizada para esta operación con tal que se evite la zona correspondiente al nervio ciático.

Es Dopter y Tantón los que han estudiado el trayecto del ciático, señalándolo como marcado por una línea que partiera á dos traveses de dedo por fuera de la espina ilíaca postero-superior y viniera á terminar en el pliegue glúteo en su intersección con el eje mediano posterior del muslo.

Haciendo la inyección á tres centímetros por fuera de esta línea se evita la herida de este nervio.

Cuando se somete un enfermo al tratamiento por las inyecciones, éstas se hacen alternativamente una en cada nalga cuidándose uno en lo posible de no hacer la inyección en un lugar en que anteriormente se ha hecho otra inyección, es

decir hay que repartirlas por toda la nalga, y aún así hay veces que se hace la inyección sobre otra hecha poco tiempo atrás, favoreciendo la formación del nódulo á causa de una irritación que añadimos á la inflamación producida por la anterior inyección.

Es para evitar la dispersión irregular de las inyecciones, que en el servicio de la sala 6ª del Hospital Militar se usa un sistema especial ideado por el Doctor Pacífico Díaz que tiene la gran ventaja de poder hacer doce inyecciones en distintos puntos en que se ha dividido previamente á la nalga, sin volver sobre cualquiera de ellos.

Si examinamos la nalga de un individuo, vemos que puede dividirse en dos caras, la una relativamente plana que es lateral y la otra convexa de arriba hácia abajo que es posterior.

En la cara lateral encontramos en la parte más anterior y media una saliencia que señala al gran trocanter y por detrás de esta una depresión que es la foseta retrotrocanteriana.

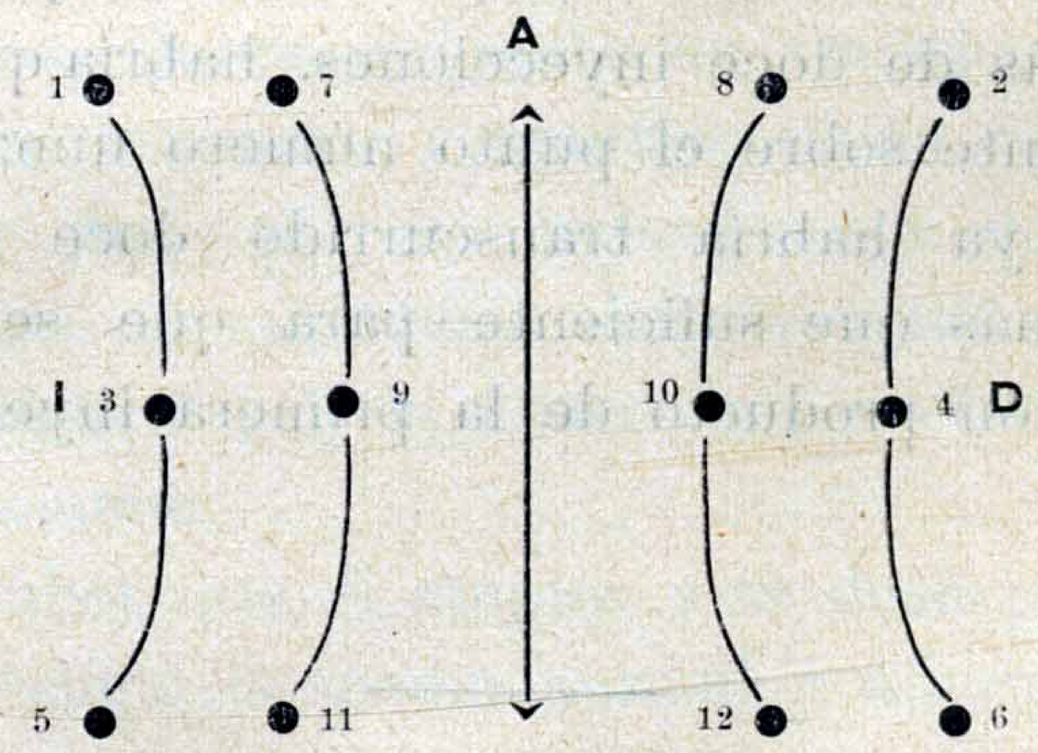
Es en esta cara que existen los puntos más favorables para hacer las inyecciones.

Para determinar estos puntos trazamos dos arcos de círculo paralelos entre sí y cuya concavidad mire hacia la saliencia del gran trocanter, sin abrazarlo por completo, es decir son arcos de gran diámetro. (v. figs ads.)

El arco anterior principia en pleno tejido mus-

cular á dos gruesos traveses de dedo directamente por encima del borde posterior del gran trocanter y va á terminar á la misma distancia por debajo de él; distando su parte más convexa del borde posterior del mismo unos dos gruesos traveses de dedo. El arco posterior que como ya lo he dicho, es sensiblemente paralelo al anterior pasa su parte más convexa por la arista de unión de las dos caras en que he dividido á la nalga, punto que el Doctor Díaz llama la cuesta de la nalga; principiando y terminando este arco en puntos simétricos, al principio y fin del arco más anterior.

Pues bien, trazadas estas dos líneas, tomamos tres puntos equidistantes en cada una de ellas, uno á dos traveces de dedo por encima del gran trocanter, el otro á la misma distancia por debajo y el tercero corresponde á la parte media de estas líneas.



A Linea interglúteo — **I** y **D** Gran trocanter izquierdo y derecho respectivamente.

De esta manera obtenemos seis puntos distintos en cada nalga, es decir tendremos doce entre ambas: puntos que los numeraremos principiando por la nalga izquierda: al más superior y anterior con el número uno, al mas superior y anterior de la nalga derecha con el dos y así sucesivamente hasta el sexto, principiando luego con el séptimo en la línea posterior izquierda en su punto más superior, con el octavo en el mismo punto de la línea posterior derecha y así sucesivamente. De esta manera tenemos que los números impares corresponden á la nalga izquierda y los pares á la derecha, cosa que nos facilitará en mucho para saber perfectamente cuantas inyecciones ha tomado un sujeto con solo indicarnos el lugar de la última inyección.

Este procedimiento que lo he usado durante cinco años consecutivos me ha dado siempre resultados satisfactorios; pués aún si quisiéramos hacer más de doce inyecciones, habría que volver nuevamente sobre el punto número uno; al suceder esto ya habría transcurrido doce semanas, tiempo más que suficiente para que se pase la inflamación producto de la primera inyección.

POSOLOGIA

Siendo el aceite gris al cuarenta por ciento la fórmula que presenta mejores condiciones de estabilidad y que sus inyecciones son las menos dolorosas; es á él que voy á referir la posología, actualmente en discusión.

La práctica ha establecido que la dosis media de aceite gris es de tres divisiones de la jeringa de Fournier es decir unos 25 milígramos de mercurio, dosis que es recibida perfectamente por la mayoría de los enfermos, pero que para algunos es exagerada aun.

En las discusiones habidas en Febrero de 1907 en la sociedad Dermatológica Francesa, un médico de Bruselas, Duhot, presenta un trabajo sobre el tratamiento intensivo y abortivo de la Sífilis, en el cual las dosis por él empleadas son de catorce centígramos de mercurio administrado bajo la forma de aceite gris al cuarenta por ciento, una vez por semana.

Dice Duhot que él emplea esta dosis porque la considera como la media normal á administrar á un adulto vigoroso de un peso medio de sesenta y cinco kilos.

Queyrat de Paris reconoce como Duhot que la dosis clásica de siete centígramos es generalmente muy mínima para curar, nó el síntoma aparente sinó la verdadera enfermedad. Es por el uso de estas dosis elevadas, dice Duhot, que la linfositosis céfalo-raquidea tan frecuente en el curso de la sífilis secundaria; no existe ó es muy atenuada cosa que también lo há demostrado Ravaut.

Es cierto que la dosis indicada por este autor pueda parecer exagerada, sin embargo no tiene nada de extraordinario, puesto que administrada semanalmente no se introduce en el organismo más que dos centígramos por día.

La discusión no ha sido extraña á esta dosis que pareció enorme, pero Queyrat por una parte, que la usó en gran número de enfermos, y por otra, Lévy-Bing, que mismo la ha excedido, influyen en la discusión, para admitir que si bien los catorce centígramos de mercurio es una dosis fuerte no por eso no se la puede usar en el tratamiento de la sífilis, con tal que el individuo sea robusto y sus emontorios funcionen perfectamente. Como contraprueba de la no toxisidad de esta dosis, Jullien cita casos de errores en la dosis administrada, habiendo un enfermo al cual se le inyectaba dos centímetros cúbicos semanales, sin mostrar el menor signo de intoxicación.

Todo esto viene á demostrar que la dosis usual de siete centígramos próximamente está muy lejos

de ser una dosis fuerte y peligrosa para un individuo; porque como en todas las medicaciones la resistencia orgánica es un factor principal que no hay que descuidar, y la resistencia al mercurio es mas grande de lo que se cree.

La práctica nos ha enseñado en el servicio de la sala 6ª del H. Militar que la dosis usual de siete centígramos es muchas veces débil para hacer desaparecer los síntomas aparentes de la enfermedad, requiriendo estos casos el aumento de ella. Este aumento lo hacemos proporcional y progresivamente, nunca damos grandes dosis *d'embleé*, á no ser en caso de suma urgencia, porque no conocemos la receptibilidad individual y nos expondríamos á ciertos accidentes que pueden y deben evitarse, porqué si bien no conozco un caso grave, no por esto hay que precaverse de ellos.

La dosis inicial que usamos es la de siete centígramos que equivale á tres divisiones de la jeringa de Fournier, si el individuo no presenta síntoma de alteración orgánica y si la enfermedad lo requiere aumentamos la dosis de una división más, á la inyección siguiente:

De esta manera hemos llegado á dar hasta diez divisiones de la jeringa de Fournier, es decir veinte y cinco centígramos de mercurio, en individuos portadores de accidentes específicos que únicamente curaron con esta dosis.

Mientras hemos llevado el tratamiento bajo esta forma nunca hemos observado accidente de importancia á no ser mínimas estomatitis; porque á la aparición de ella ó de cualquier otro signo de saturación mercurial cesamos la administración ó disminuimos la dosis.

Es este aumento progresivo y gradual que nos precave de toda clase de accidentes, siempre nos hemos impuesto como regla de conducta, que el aumento de la dosis de mercurio á inyectar sea llevado proporcionalmente al grado de tolerancia del sujeto.

Para el aumento de la dosis no hay que fijarse en la constitución del individuo, ni en su peso, lo único que debe guiarlo á uno es el estado general del organismo después de la inyección; (dos, tres, etc; días) porque he visto varias casos que individuos de constitución robusta que reaccionaban á la primera inyección de solo tres divisiones de la jeringa de Fournier.

Si bien la dosis de Duhot no es tan grande como la nuestra, la práctica nos ha enseñado que puede ser en ciertos momentos peligrosa, aún en enfermos examinados perfectamente, de constitución robusta y de peso mayor de sesenta y cinco kilos, cuando se le administraba esta dosis *d'emblee*, cosa que no pasa si usamos el método de las dosis aumentadas progresivamente, método que lo creo el mas racional y el que mejores resultados prácticos nos ofrece.

SIGNOS DE SATURACIÓN MERCURIAL

—

Cuando la dosis mercurial ha pasado un cierto límite, el organismo reacciona bajo distintas formas para indicarnos su saturación.

Estos signos de saturación son muy variables, según la dósis, según el sexo, la edad y más que todo la idiosincrasia individual.

Ptialismo — Estomatitis. Estos dos accidentes se complementan el uno con el otro; el ptialismo precede siempre á la estomatitis y la acompaña durante toda su duración. Hay abundante secreción salivar, el enfermo acusa un gusto metálico, tiene aliento desagradable.

La estomatitis tan frecuente y temida en otros tiempos, es una manifestación que frecuentemente apenas se esboza, dadas las precauciones de aseo bucal que hoy se hace hacer á los enfermos. Su aparición vuelvo á decirlo es precidida por una abundante salivación, á la cual le sigue una tumefacción de las encías que se ponen dolorosas y recubiertas de exudados.

A estas lecciones le sigue el desprendimiento del borde gingival, que puede ser anterior, al nivel de los incisivos inferiores, que es la gingivitis media inferior de Fournier; ó por el desprendimiento retro-molar que es patognomónico que no es más que el desprendimiento de la mucosa que rodea por detrás al último molar. Estas lecciones pueden ser aisladas, como reunidas y abarcando ambas encias.

Cuando son muy extendidas, se acompañan de ulceraciones recubiertas por seudo-membranas difteroides, lesiones que á más de situarse en las encías toman el borde de la lengua y la mucosa de la mejilla constituyendo en el último caso la estomatitis geniana. Puede haber tumefacción de las glándulas salivares, principalmente de las parótidas, llegando en algunos casos á producir verdaderas parotiditis. Hay también algunas veces tumefacción de los ganglios sub-maxilares.

No conozco compuesto mercurial que no produzca esta lesión, todos sin excepción, en mayor ó menor grado la producen; depende sin duda alguna de la dosis administrada, la mayor ó menor intensidad de esta lesión; muy rara, rarísima vez se produce estomatitis con pequeñas dosis, por esta razón todas las veces que hemos de hacer ingerir ó inyectar grandes dosis de mercurio debemos precavernos contra esta lesión que si bien no es grave en la inmensa mayoría

de los casos, puede alguna vez producir la muerte puesto que se han publicado algunos casos.

Dejando por lado la cuestión de la dosis, veamos si la frecuencia de la estomatitis es mayor con uno ú otro compuesto mercurial.

Es sabido de todos aquellos médicos que hacen uso del mercurio, que las fricciones con la pomada mercurial, las inyecciones de calomel, y otros compuestos mercuriales, exponen con mucha frecuencia á la producción de la estomatitis: tenemos por ejemplo que la estomatitis que sobreviene á consecuencia de las fricciones ofrece de particular que es brusca en su aparición, (Fournier) que es más intensa que la que sobreviene á consecuencia del uso de otros compuestos.

No quiero decir con esto que la estomatitis sea infalible en los enfermos que los usan; conozco muchos casos en que el uso del calomel á la dosis de diez centígramos *bi-semanalmente* no presentaron el menor signo de estomatitis, aún cuando la dosis inyectada es enorme.

No pasa lo mismo con el aceite gris, el biyoduro de mercurio y otros compuestos en que la estomatitis es mucho menos frecuente, principalmente el primero es un medicamento que tiene la ventaja de producir con menos frecuencia que otros compuestos esas lesiones que en conjunto se llaman estomatitis.

Esta es una ventaja en favor de este medica-

mento para el tratamiento de la sífilis, porque la sola presencia de estas lesiones implican la supresión del tratamiento, aún fuere momentáneamente, accidente que en algunos casos es de gravedad para el enfermo que por coincidencia presenta manifestaciones severas de su sífilis.

En más de cuatro mil inyecciones que he dado durante mi internado del H. Militar pocas veces he debido suspender el tratamiento por la aparición de la estomatitis, mientras se tenía la precaución de inyectar en dosis progresivas, no pasando lo mismo cuando se inyectaba fuertes dosis *d'embleé*, en que si bien las lecciones no son graves por lo menos nos predisponen mal á continuar el tratamiento bajo esta forma.

A sabiendas que todo compuesto mercurial puede producir estomatitis, debemos precavernos de élla haciéndo uso de: frecuentes lavajes de la boca con un cepillo blando y un dentrífico á gusto del enfermo, y luego buches frecuentes con agua que contenga el diez por ciento de agua oxigenada.

Hay que evitar toda irritación de las encias, si el enfermo tiene muelas ó dientes cariados hay que hacerlos curar ó extraer por un dentista, operación que debe hacerse antes de empezar cualquier tratamiento mercurial.

Si la estomatitis se ha producido hay que suspender momentáneamente el tratamiento, hacer

una gran limpieza de la boca, hacer ligeras cauterizaciones con tintura de iodo si se presentaran ulceraciones. Si la estomatitis es muy intensa se harán baños de vapor, se administrará un purgante, clorato de potasa dos gramos en poción ó bien yoduro de potasio, cuerpos que parecen favorecer la eliminación mercurial; además el enfermo estará sometido á dieta láctea.

Disturbios gastros-intestinales:—Hay dos clases de lesiones intestinales producidas por el mercurio. Las unas producidas por las sales mercuriales al ser ingeridas, las otras producidas por el mercurio introducido en el organismo por otra vía que no sea la gástrica.

El protoyoduro, el biyoduro, el bicloruro, de mercurio tienen una acción marcada sobre la mucosa gastro-intestinal, que se manifiesta en el individuo empleando aun pequeñas dosis y que no es un signo de saturación mercurial, sinó la manifestación exteriorizada de la acción cáustica de estas sales sobre la mucosa gastro-intestinal, que se manifiesta por un malestar gástrico, diarrea, que en ciertos momentos puede ser profusa y aun sanguinolenta.

La importancia de estas lecciones está en que, en la gran mayoría de los casos que se prescriben estos medicamentos por la vía gástrica, se observan estas lesiones, por más que á aquellos se le agregue correctivos para disminuir su acción

corrosiva. Hay un buen número de enfermos que después de unos días de tratamiento su intestino se acostumbra y no reacciona más, mientras que en otros es imposible obtener que se acostumbren.

El verdadero signo de saturación mercurial, es la gastro-enteritis que se manifiesta en los individuos uno ó dos días después de habérsele hecho una inyección de cualquier compuesto mercurial insoluble, ó después de varios días de una cura por las fricciones ó por inyecciones de compuestos solubles.

Se manifiesta esta saturación por un malestar gástrico, con legua saburral, diarrea frecuente, semi-sólida al principio, líquida después, acompañada de copos mucosos, llegando á ser en algunos casos sero-sanguinolenta: puede haber ligera elevación térmica.

Todos estos fenómenos intestinales desaparecen rápidamente por un tratamiento apropiado; principiando por la suspensión del tratamiento mercurial, y luego simplemente con darle un purgante de aceite castor. Muy rara vez estos fenómenos duran más de una semana, durando en la mayoría de los casos dos ó tres días. Pocas veces hay que hacer uso de los astringentes.

Gripe mercurial:—Hay una manera de manifestarse la saturación mercurial, que en todo simula un verdadero ataque de Gripe: es por esta razón que Emery ha propuesto denominarla Gripe

mercurial. Se manifiesta en el individuo por un dolor más ó menos vago que se acentúa poco á poco, y que aparece uno ó dos días después de la inyección. Este dolor no tiene punto fijo, en su aparición, puede estar colocado en el tórax ó á cualquier altura de la pared abdominal.

Este dolor se acompaña de elevación térmica que puede llegar hasta 39° centígrados. Hay lengua saburral, placas blanquecinas en las encías, amigdalas y pilares, hay eritema gutural. Hay al principio un ligero estreñimiento que luego es reemplazado por una diarrea abundante, fétida, y que en algunos casos es sanguinolenta. Hay tos seca penosa acompañada de disnea más ó menos acentuada, sin marcados signos pulmunares.

Según que el dolor se localice en el tórax ó en el abdomen, los signos se harán más marcados por parte del aparato cardio-pulmunar ó por el aparato digestivo.

Es separando á estos casos que el Doctor G. Miliam ha descrito lo que él llama *cólico mercurial toráxico* ó *abdominal*.

No creo que pueda separarse un caso del otro, como signos distintos, los he visto en un buen número de enfermos y siempre he visto á lo que él llama cólico toráxico, acompañado de fenómenos gastro-intestinales; y por otra parte he visto al cólico abdominal acompañado de dolor en la pared toráxica y disnea. No he observado

un solo caso á predominancia de estos signos por parte del tórax, que estuviera acompañado de estreñimiento absoluto como este autor lo dice, todo al contrario siempre se iniciaban los demás signos acompañados de diarrea. La aparición de todos estos signos no es brusca, anúnciase en el enfermo por un gran decaímiento general, dolor vago en todo el cuerpo, sudor frío, sed intensa, hay cefalea y un poco de tos seca.

La duración de estos fenómenos es de tres á siete días término medio, ellos abrazan su máxima intensidad al cabo de veinte y cuatro horas desde el principio de su aparición, que es generalmente al segundo día de una inyección de sal insoluble ó después de varios días de cualquier tratamiento mercurial: produciéndose con mayor frecuencia con las inyecciones de compuestos insolubles.

Podría sospecharse que estos signos fueran la manifestación de una embolia pulmunar como lo cree Berdal, cuando en su libro sobre la Sífilis, dice: «es verdad que las embolias pulmunares son sumamente raras; pero no es cierto que la práctica de las inyecciones en dos tiempos nos preserve con seguridad de éllas».

Creo que los casos que este autor describe, encuadran perfectamente dentro de la denominada Gripe mercurial, y no cómo casos de embolia, pues ésta es brusca en su aparición, no se acompaña de signos prodrómicos de ninguna clase y nunca

se acompaña de elevacióin térmica á no haber complicación pulmunar.

En nuestros enfermos pasa todo al contrario: hay una serie de signos prodrómicos que puede decirse son constantes, el dolor aumenta paulatina y progresivamente llegando á su máximo á las veinte y cuatro horas y más que todo, todos estos fenómenos aparecen en los días siguientes á la inyección cosa que hace creer en la imposibilidad de ser absorbido el compuesto mercurial tan tardíamente, para recién ser llevado al pulmón, donde produciría los fenómenos de la embolia.

Creo más aún, que todos estos signos no pueden ser producto de un émbolo á causa de que las inyecciones de aceite gris por ejemplo, que producen con alguna frecuencia estos fenómenos, se reparten por todos los intersticios musculares del sitio de la inyección como lo demuestran los trabajos de Brisy sobre la histología de los nódulos: pues bien, si el aceite gris se reparte, es casi imposible que una fuerte cantidad venga á producirnos un émbolo si no es que directamente inyectamos el compuesto en algún vaso, y por consiguiente el fenómeno debría producirse al poco rato de la inyección y no á las veinte y cuatro ó cuarenta y ocho horas como se produce en la totalidad de los casos.

Hay que decir también que estos fenómenos raramente se producen con una sola inyección,

sinó que todo al contrario se producen después de un cierto número, cosa que nos viene á indicar que es un signo de saturación mercurial.

Hay sin embargo una forma de manifestarse la saturación mercurial que no la he visto descrita y que se manifiesta por un verdadero ataque anginoso.

En cuatro casos que he tenido ocasión de examinar en todos ellos se repitió bajo la misma forma este accidente.

Se trata de individuos con tratamiento mercurial intenso, dos de ellos con inyecciones de calomel de diez centígramos semanales, un tercero que se había hecho cinco inyecciones de siete centígramos de mercurio bajo la forma de aceite gris y que luego se continuó el tratamiento con calomel y el cuarto usando inyecciones de aceite gris en dosis aumentadas progresivamente. El Doctor Díaz ha visto producirse con una sola inyección. Pues bien estos enfermos después de una ligera incomodidad en la región precordial, diciendo ellos que su corazón les dolía dolor que es pasagero que puede acentuarse y si se les dá á estos individuos una nueva inyección notan después de unas horas, ó al día siguiente un gran dolor precordial que les oprime el pecho dolor en forma de un enorme peso que se apoyara sobre toda esta región; hay disnea á causa de este mismo dolor, sin observarse el menor signo

pulmonar, el pulso está aumentado en cuanto á su frecuencia, (cien, ciento quince pulsaciones por minuto), no hay gran malestar general ni elevación térmica marcada.

Este dolor llega á su máximo al cabo de seis á diez horas irradiándose á las partes blandas del cuello y á mayor ó menor extensión del brazo izquierdo.

El examen de la orina denota una mayor cantidad de ella sin encontrarse ningún elemento anormal. Al día siguiente ó á los dos días el dolor ha disminuido ó desaparecido completamente.

La aparición en estos mismos enfermos de estos accidentes, los cuales los hemos hecho aparecer experimentalmente dos ó tres veces, es muy irregular, en uno fué á la cuarta inyección de calomel, en el otro á la séptima del mismo compuesto; en cuanto al caso producido por el aceite gris fué á la quinta inyección que era de quince centígramos de mercurio metálico; lo único que tienen de característico es que aparecen en individuos con tratamiento mercurial intenso y que no vienen á ser más que la manifestación exterior de la saturación del organismo por el mercurio, y no embólia como pueda creerse. Quince días después de este accidente puede inyectarse sin temor de que se repita, la misma dosis que anteriormente lo produjo, pero en este lapso de tiempo ha habido una cierta eliminación del mercurio

almacenado que viene á dejar por decirlo así un lugar para el nuevo mercurio que se inyecta.

Todo estes fenómenos pasan rápidamente con el reposo, si se quiere se dá una inyección de morfina y se coloca una bolsa de hielo en la región percordial.

Hidrargirismo cutáneo. — Pueden suceder dos casos: el uno en que el mercurio aplicado en contacto de la piel bajo la forma de pomada mercurial, dé lugar á un eritema más ó menos intenso, que en algunos casos puede llegar á ser una placa de aspecto escarlatiniforme con visículas pequeñas y con prurito.

Fuera de este accidente hay una manifestación cutánea que más bien que un signo de saturación, es una idiosincrasia particular de ciertos individuos, y que se produce con cualquier clase de tratamiento mercurial.

Las erupciones que se observan son eritemas del tipo escarlatiniforme y que Bazin los clasifica en tres formas, benigna, febril y maligna que no son más que la acentuación en mayor ó menor grado de este eritema que se acompaña ó no de estado febril, y adinámico, según el grado que se lo considere,

La duración de estos accidentes es larga, é importa la suspensión del tratamiento mercurial.

Estos accidentes son rarísimos y vuelvo á repetirlo, no es más que la idiosincrasia especial de contado número de individuos con respecto al mercurio.

Lesiones renales.—Se ha dicho que el mercurio produce con frecuencia albuminuria, creo que el riñón soporta perfectamente al mercurio mientras se lo use moderadamente, si se exagera la dosis puede llegar á encontrarse rastros de albúmina en la orina, albúmina que no hay que temerle mucho á causa de que la he visto desaparecer con la supresión del tratamiento.

Todas las veces que usando moderadamente el mercurio, observamos albúmina en la orina, investiguemos el origen de esta albúmina y encontraremos que el riñón estaba enfermo con anterioridad ó que se encuentra atacado por la sífilis, cosa que no es nada raro desde que la sífilis no lo respeta, todo al contrario lo ataca con frecuencia. Pues bien en estos casos investigada la causa, veremos que en la gran mayoría es debida esta albúmina á la sífilis y no al mercurio, puesto que la he visto desaparecer por efecto de este medicamento un gran número de veces.

Si el riñón está afectado con anterioridad á su sífilis hay que hacer el tratamiento mercurial con mucho cuidado, porque en este caso el mercurio hace aumentar la cantidad de la albúmina, y otros compuestos anormales que pueden encontrarse en la orina.

Son indicadas para lo que yo llamo el tanteo del tratamiento, las inyecciones de sales solubles que usadas á débiles dosis, no saturan al organismo, y no fatigan al riñón.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL TRATAMIENTO MERCURIAL

——

Desde el momento en que se conoció la acción marcada del mercurio sobre la sífilis, no se ha cesado de modificar la administración de este medicamento, modificación que no solo á tomado la forma farmacéutica, sinó también la dosis y aun mismo la duración del tratamiento.

Fuera de duda está, que el mercurio es el mejor medicamento que poseemos contra la sífilis, con razón se le ha denominado el específico de esta enfermedad; es cierto también, que hay quien asegura, que el mercurio no actúa en nada sobre la sífilis, á estos hay que contestarles como dice Fournier «cerrando los ojos, hasta la luz del día puede negarse».

Al lado del mercurio marcha el yoduro de potasio, medicamento de gran utilidad y que llegados ciertos momentos es de una aplicación indiscutiblemente útil. Hay que hacer notar sin embargo que el yoduro de potasio no cura por sí

sola la sífilis; necesariamente hay que tratarla á á esta por el mercurio, creyendo, que si no lo tuviéramos á este medicamento, nos sería muy difícil curarla.

En cuanto á otros medicamentos no tengo la práctica de ellos para negar rotundamente su acción, creo que si estas acciones existen son muy mínimas, y es por esta razón que se han olvidado por completo, á todos ellos; como por ejemplo el bicromato de potasa, el yodoformo, el nitrito de soda etc.

En cuanto á la seroterapia de esta enfermedad, nada puede decirse aún, los trabajos actuales ayudados por el descubrimiento del Treponema, quizás lleguen á dar por resultado el descubrimiento de un suero curativo.

Dejando á un lado la cuestión de forma farmacéutica trataré aquí del tratamiento en sí de la sífilis, es decir aquel que puede hacerse con cualquier mercurial, teniendo solamente en vista la enfermedad y sus síntomas.

El tratamiento de la sífilis hay que dividirlo en: preventivo, abortivo, y tratamiento de la enfermedad declarada denominado tratamiento específico.

Tratamiento preventivo:—Por los actuales estudios de Metchnikoff y de Roux sobre el Treponema pálido, tenemos que llegan á la conclusión de que, si hacemos una fricción durante unos minutos con

pomadas al calomel en un sitio donde préviamente se ha hecho una inoculación de virus sifilítico, se verá que éste no prospera, y que el sitio de la inoculación cicatrizará rápidamente, cosa que no pasaría si no se hiciera esta fricción.

Esto sería según los autores citados el tratamiento preventivo de la sífilis, tratamiento que en la práctica es de muy difícil aplicación; importaría que un individuo después de cada coito se hiciera la frotación, cosa comunmente imposible.

Los trabajos de inmunización del hombre contra la sífilis no han dado hasta ahora ningún resultado.

Tratatamiento abortivo.—¿Es posible por un tratamiento determinado de la forma inicial impedir la infección general? (Kaposi) en otros términos: ¿existe un método para cortar la sífilis?

Tres medios han sido aconsejados y los tres á mi modo de ver no pueden dar resultado.

El primero consiste en la destrucción del virus en su lesión inicial, en el momento de su aparición, destrucción que puede hacerse ya sea por la cauterización ó por la exición larga de la esclerosis inicial.

Este último medio preconizado por Auspitz y que tuvo gran resonancia, es un método que á mi modo de ver no dá resultados; los sucesos publicadas son de naturaleza dudosa: no creo en la posibilidad del diagnóstico de un chancro,

sifilítico en su comienzo, á no ser por el exámen microscópico de una partícula de él, cosa que no puede hacerse en todos los momentos. Cuando por el contrario hay posibilidad de hacer el diagnóstico del chancro, la infección no existe solamente en el lugar afectado sinó se encuentran ya atacado todos los ganglios linfáticos correspondientes.

Con los nuevos estudios, sobre el Treponema se verá si existe ó no posibilidad de contrarrestar la infección por este método.

En segundo lugar se ha preconizado en aislar y ligar los vasos linfáticos y estirpar luego todos los ganglios de los cuales ellos dependen.

Creo que es un poco difícil aislar un vaso linfático y mucho más extirpar á todos los ganglios á los cuales ellos llegan, siendo esta última operación de todo punto imposible.

Por último se ha preconizado el tratamiento general que para unos debe efectuarse y que para otros no. Yo soy de los que creo que el tratamiento general debe hacerse unicamente cuando el diagnóstico de sífilis haya sido hecho con toda seguridad, porque para un individuo la existencia de este diagnóstico es como una idea fija que ha de conservar durante gran parte de su vida para poderse precaver de los graves accidentes que pueden sobrevenir con una sífilis mal tratada. Si como lo desean ciertos medios, debe hacerse el

tratamiento, sin preocuparse del diagnóstico; y cómo este puede borrar la enfermedad, no por esto la destruye, todo al contrario parece quedar en un estado de latencia que más tarde por diversas causas y en individuos que no se tratan, vuelve despertar, quizás con accidentes graves.

Duhot preconiza como tratamiento abortivo. el uso de dosis intensivas diciendo que con este método se cura y no se borra á la sífilis.

He visto muchos enfermos tratados enérgicamente y teniendo como única lesión el chancro y sinembargo no tardaron en presentarnos manifestaciones cutáneas ó mucosas bajo forma atenuada.

Actualmente tengo en observación un individuo que fue tratado hace un año con un tratamiento enérgico por su sifiloma inicial, pues bien, este enfermo curó sin presentar ninguna manifestación cutánea, y hoy después de quence meses de encontrarse sano se nos presenta con indiscutibles placas mucosas.

Cito este caso porqué es el último que he observado, pudiendo citar muchos más.

Creo entonces que el mercurio puede llegar á curar á ciertos enfermos, pero hay otros en que la enfermedad es reducida á la mínima expresión sin por esto quedar destruida completamente.

Tratamiento específico:— Una vez hecho el diagnóstico de chancro sifilítico, ¿hay que esperar ó nó

la aparición de la roseola ú otras manifestaciones cutáneas, para empezar el tratamiento? Yo creo que desde que se ha hecho el diagnóstico de chancro sifilítico hay que tratar inmediatamente al indivíduo sin esperar la aparición de los síntomas secundarios, porque si bien en todos los casos no evitamos la aparición de estos accidentes, no por esto no le hacemos un gran bien; la inmensa mayoría de las sífilis tratadas originariamente se muestran fácilmente accesibles al tratamiento; «son benignos sus síntomas actuales y poco temibles sus manifestaciones ulteriores,» (Fournier) Los que más preconizan este método son, Hutchinson, Fournier, Neisser y muchos otros, mientras que hay aún, quien espera la aparición de síntomas cutáneos.

¿Cuáles formas y qué períodos de la sífilis se prestan mejor al tratamiento mercurial?

Es bajo todas sus formas que la sífilis se beneficia con el mercurio, pero es sin disputa alguna, que donde actúa con gran actividad es en los llamados períodos primario y secundario.

Es en la iniciación de la sífilis que el individuo nota una serie de trastornos generales, fuera de las manifestaciones cutáneas y mucosas, es decir, nota un decaimiento más ó menos marcado, su sangre se encuentra alterada, hay hipoglobulia, hay disminución por consiguiente de la hemoglobina, hay leucocitosis sin eosinofilia, hay alteraciones del pulso manifestadas por una taquicardia más ó

menos acentuada como bien lo ha observado el Doctor Díaz: pues bien, es contra todos estos accidentes que actúa de una excelente manera el mercurio, el cual da por resultado la reaparición de las fuerzas perdidas, se normaliza la sangre, se regulariza el pulso, etc., fuera de la desaparición de los demás accidentes cutáneos y mucosos que en la inmensa mayoría ceden al tratamiento, con rapidez. Las lecciones terciarias no se benefician rápidamente con el mercurio, es necesaria la ayuda del yoduro de potasio; pero no por esto hay que abandonar al primero, todo al contrario hay que aumentar la dosis usada inicialmente, de manera á obtener una mayor saturación del organismo.

¿Qué preparación mercurial eligiremos?

Cada uno puede usar la preparación que más le agrade, teniendo siempre en cuenta que á mi modo de ver debe elegirse el tratamiento que en el menor número de tiempo, sea lo suficientemente activo para apagar la sífilis, sin por esto molestar mayormente al enfermo. Creo que el aceite gris llena perfectamente estas dos condiciones, por las razones expuestas anteriormente.

¿Qué dosis de mercurio hay que darles á los sifilíticos? Ante todo hay que decir que cada indivíduo constituye una sífilis distinta y por consiguiente, con la misma dosis no podremos curar á dos enfermos.

Podría admitirse, al menos es la opinión general,

que el mercurio actúa en razón directa de la cantidad que contiene el organismo y principalmente la sangre. Esto lo demuestra un sin número de enfermos: para no alargar el asunto, voy á citar dos casos, que se produjeron en el servicio del H. Militar.

Dos individuos atacados de sífilis maligna precoz se les indica como tratamiento inyecciones de calomel de diez centígramos semanales: pues bien estos enfermos no mejoraron sinó, el uno al llegar á la cuarta inyección en que la curación coincidió con un fuerte ataque de gripe mercurial, es decir cuando el organismo estaba saturado de mercurio y el otro, caso más curioso, se le hacía el mismo tratamiento y á la tercer inyección sufre un fuerte ataque de angina de pecho ó por lo menos la simuló, accidente que he indicado como signo de saturación mercurial, pues bien, con la aparición de este accidente sus lesiones mejoran; se suspende á causa de este mismo accidente el tratamiento y nueva reaparición de elementos específicos; se inicia á los veintiun día nuevamente las inyecciones y al llegar á la cuarta, nuevo episodio anginoso coincidiendo con una marcada mejoría. Este accidente se repitió tres veces en el indíviduo hasta llegar á su curación completa. Creo que estos, y otros muchos casos que he observado, me autorizan á indicar la saturación mercurial enérgica en aquellos individuos portadores de sífilis, no solamente fuertes,

sinó aun de aquellas de mediana intensidad. Soy de la idea de Duhot que aconseja un tratamiento enérgico contra cualquier sífilis, por que como lo dice este autor con las dosis usuales apagamos la enfermedad pero no la exterminamos, mientras que con dosis enérgicas la llevamos á su mínima expresión, evitando en lo posible, los accidentes terciarios.

Hay algunos casos sin embargo en que una lesión sifilítica no cede con su tratamiento intenso, llegado el caso uno administra entonces el yoduro de potasio y bajo la influencia de este cuerpo los cambios orgánicos son activados y la lesión hasta aquí estacionaria cura con relativa facilidad; hay en estos casos una marcada eliminación de mercurio en las orinas como lo ha demostrado Melsens. Fuera de estos casos que son raros toda lesión sifilítica es beneficiada en mayor grado, cuanto mayor sea la cantidad de mercurio absorbida, ó en otras palabras, cuanto mayor sea el grado de saturación del organismo.

Es por esta razón que no hay que empecinarse en administrar una misma dosis á todos los enfermos, hay que iniciar el tratamiento con la dosis mínima y luego aumentarla progresivamente; creo que esta es la mejor forma de administrar el mercurio, es la forma más racional, y que se aplica á una gran serie de medicamentos.

¿Hay que tratar á un sifilítico que su enfermedad está aparentemente apagada?

Fournier, Neisser, Lang, Hutchinson y tantos otros lo aconsejan dando á esta forma de tratamiento el nombre de tratamiento crónico intermitente. Otros por el contrario son oportunistas, esperan la aparición del síntoma, para atacarlo.

Si como todos admiten que el mercurio no cura radicalmente todas las sífilis, por lo menos, las reduce á su mínima expresión, cae por su propio peso, que todo sifilítico debe tratarse durante una serie de años después de la iniciación de su enfermedad para prevenirse contra el despertar de accidentes que pueden ser graves.

Es lógico que este tratamiento no sea contínuo, hay que tratarse al principio cada tres meses, luego cada seis, luego hacer una cura todos los años y aun después de varios años de haberlo seguido, nunca tiene que olvidar el enfermo que ha tenido sífilis, queriendo decir con esto que nunca debe olvidarse de tomar mercurio. Las dosis en estos casos, no es necesario que sean fuertes, es suficiente la dosis usual terapéutica para mantener una mercurialización del organismo.

CONCLUSIONES

—

1.º El aceite gris es la preparación mercurial que mejor se presta para el tratamiento variado de la sífilis en todos sus períodos.

2.º Es necesario para que el aceite gris sea inmejorable que no contenga en su fórmula cuerpos capaces de enranciarse.

3.º El título que encuentro mejor para el aceite gris, es al cuarenta por ciento, tanto por su actividad, como para su conservación.

5.º Hay necesidad de uniformar las fórmulas de aceite gris y adoptar una, para que inscripta en el codex, sirva de norma para los farmacéuticos, cuando en una receta se ordena aceite gris sin especificar el porcentaje, ni la constitución.

N. Ragusin.

Buenos Aires, Junio 23 1908.

Nómbrase al Sr. Consejero doctor B. Sommer, al profesor título doctor Pedro Benedit y al profesor suplente doctor B. Maraini, para que constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4.º de la ordenanza de exámenes.

E. Canton.

R. S. Gómez.

Secretario.

Buenos Aires, Julio 6 1908.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 1883 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Canton

R. S. Gómez.

Secretario.

PROPOSICIONES

—

Estomatitis mercurial, intoxicación mercurial y saturación mercurial, son tres cosas distintas.

—

¿Cuál es el mejor medio para juzgar la absorción de los diferentes preparados mercuriales y de la forma más conveniente de emplearlos?

—

Modificaciones ejercidas en la sangre por el aceite gris.
