

N. 3337

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA EMETINA

EN LAS

Hemoptisis de la Tuberculosis

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

HÉCTOR NORRIÉ

Ex-practicante menor interno del Hospital Provano
Ex-practicante mayor rentado del Hospital Enrique Tornú
Ex-practicante mayor interno del Hospital C. Durand

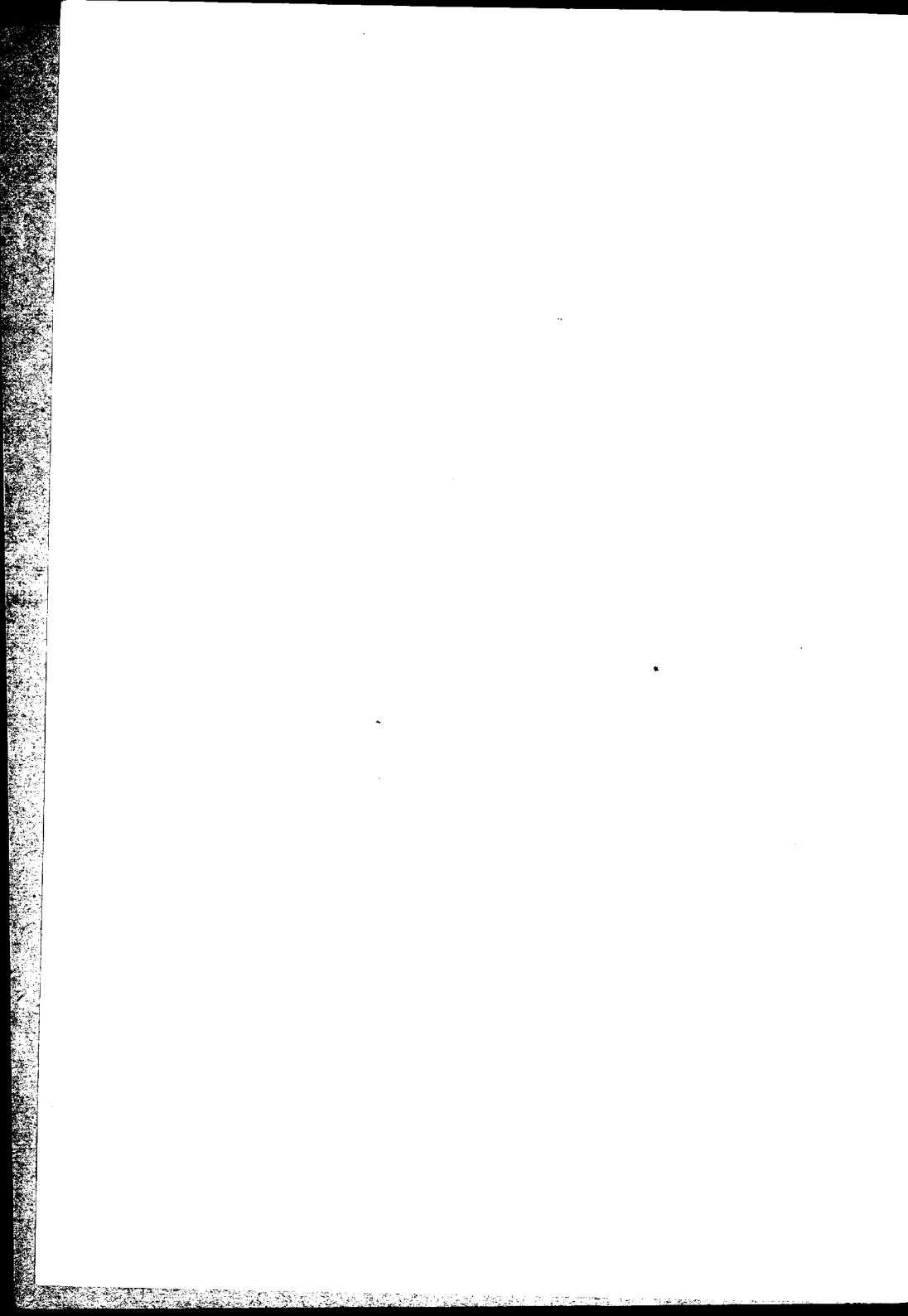


BUENOS AIRES
IMP. BOSSIO & BIGLIANI—CORRIENTES 3151
1917

Dir. B. 39.11



La hemetina en las hemoptisis de la tuberculosis



Año 1917

N. 3337

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA EMETINA

EN LAS

Hemoptisis de la Tuberculosis

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

HÉCTOR NORRIÉ

Ex-practicante menor interno del Hospital Provano
Ex-practicante mayor rentado del Hospital Enrique Tornú
Ex-practicante mayor interno del Hospital C. Durand



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI- CORRIENTES 3151

1917

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

Artículo 162 del R. de la Facultad.

•

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros Titulares

1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LEIS GÜEMES
6. » » ELISEO CAÑÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO

Secretario General

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. > > EMILIO R. CONI
3. > > OLHINTO DE MAGALHAES
4. > > FERNANDO WIDAL
5. > > ALOYSO DE CASTRO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

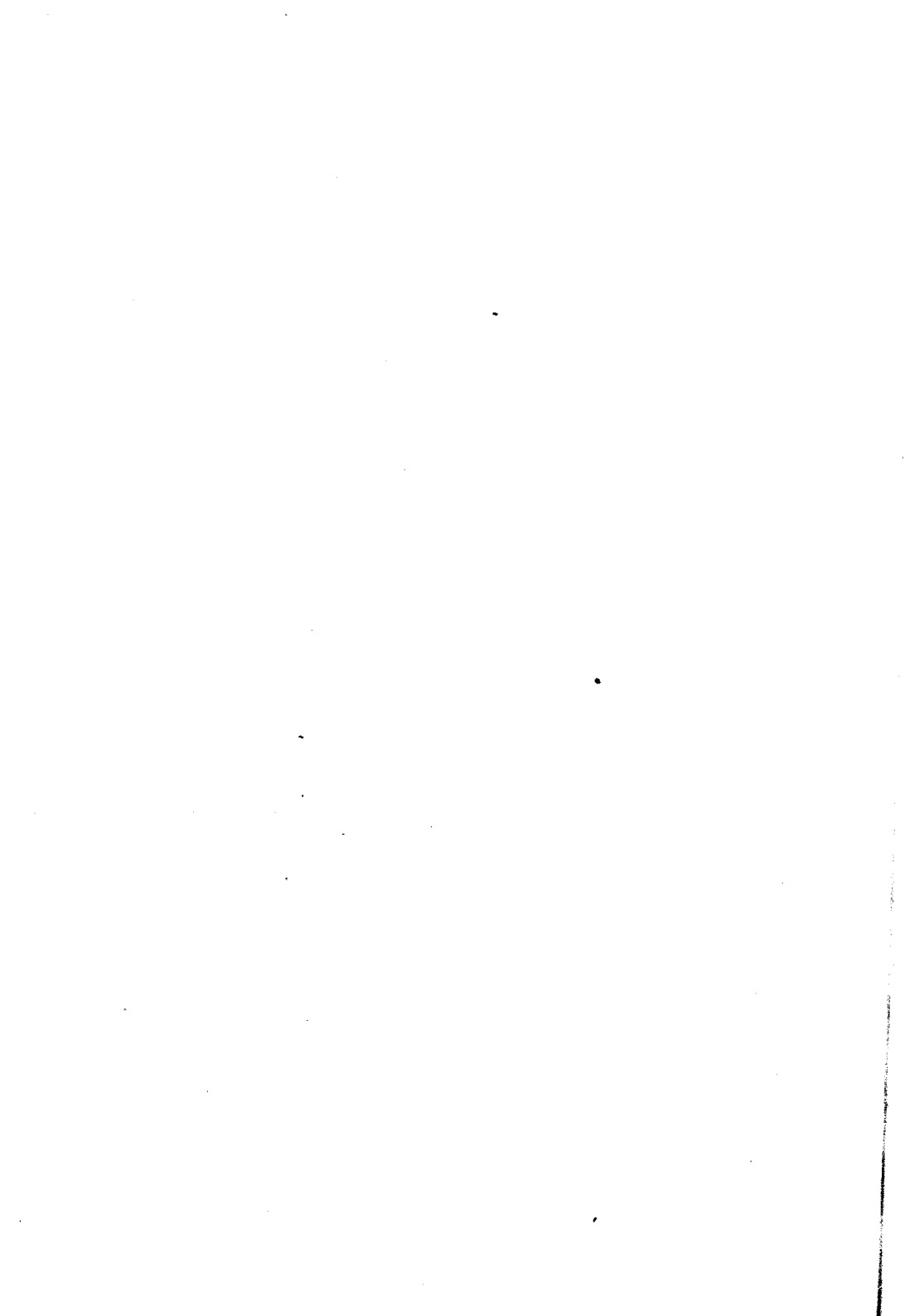
DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » DANIEL J. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRÁN
- » » JOSÉ F. MOLINARI
- » » MIGUEL PUIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
- » » FANOR VELARDE
- » » IGNACIO ALLENDE
- » » MARCELO VIÑAS
- » » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

- » » JUAN A. GABASTOU
-

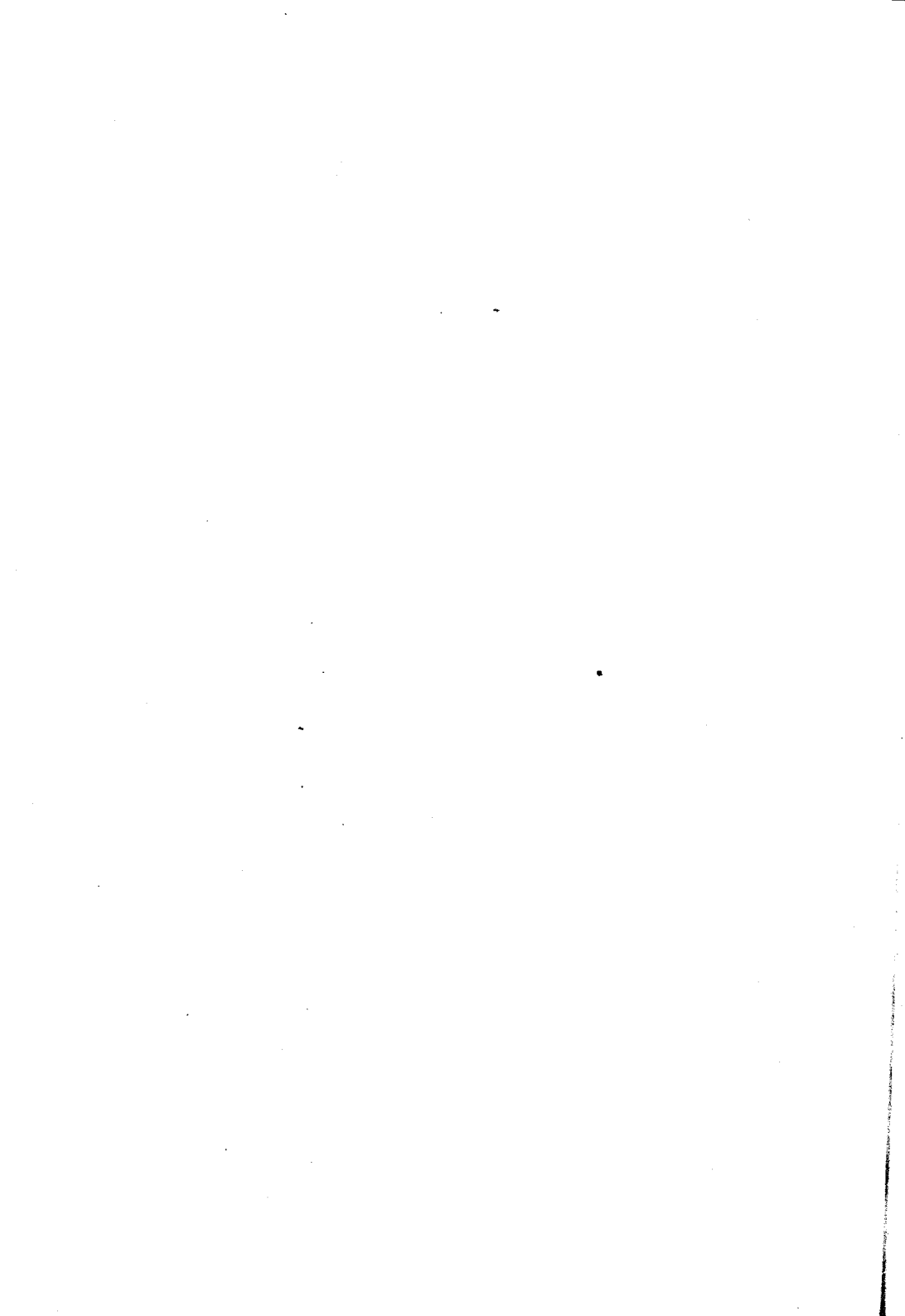


ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

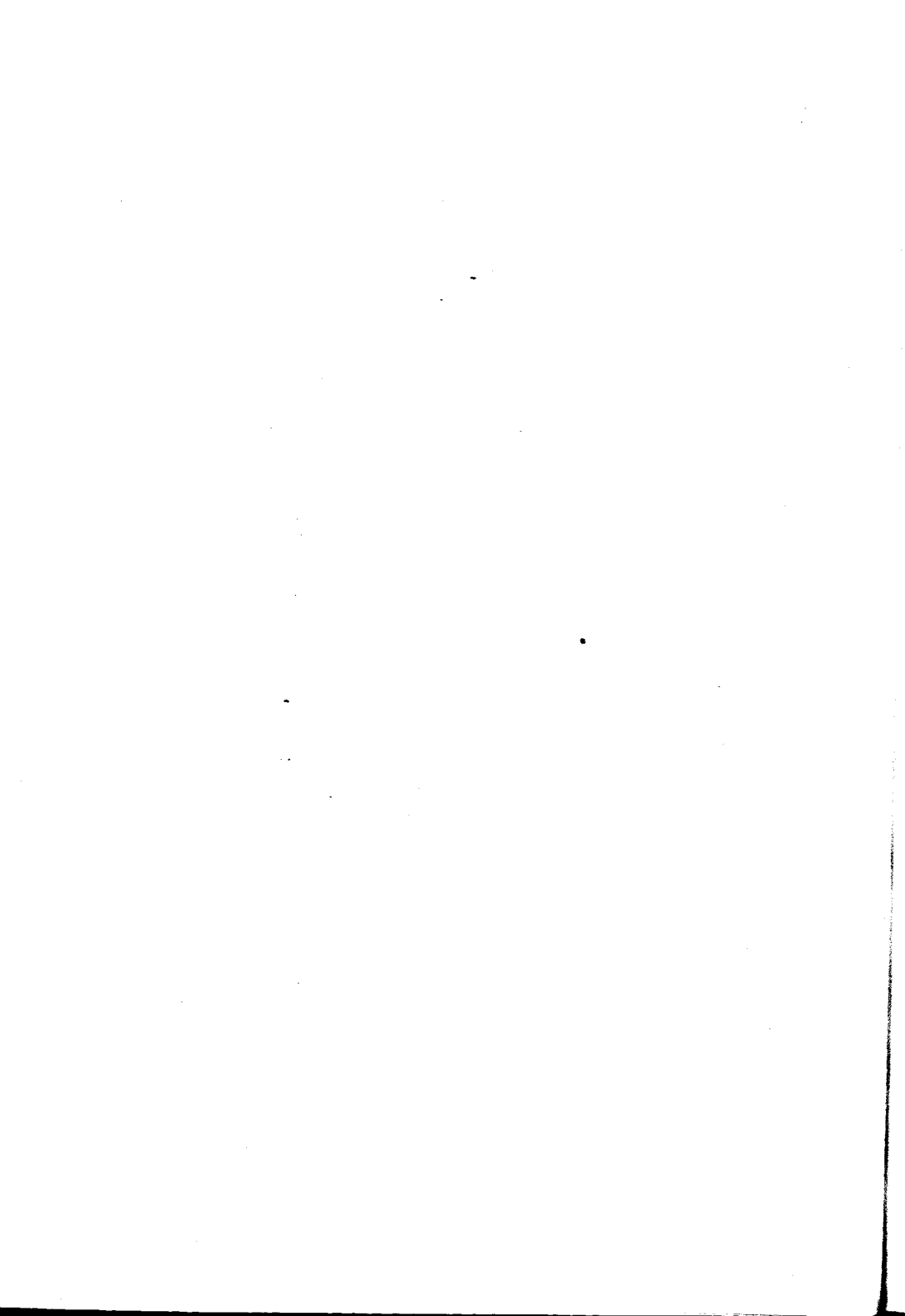
DR. ROBERTO WERNICKE

- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARAÑA
- » FRANCISCO DE VEIGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

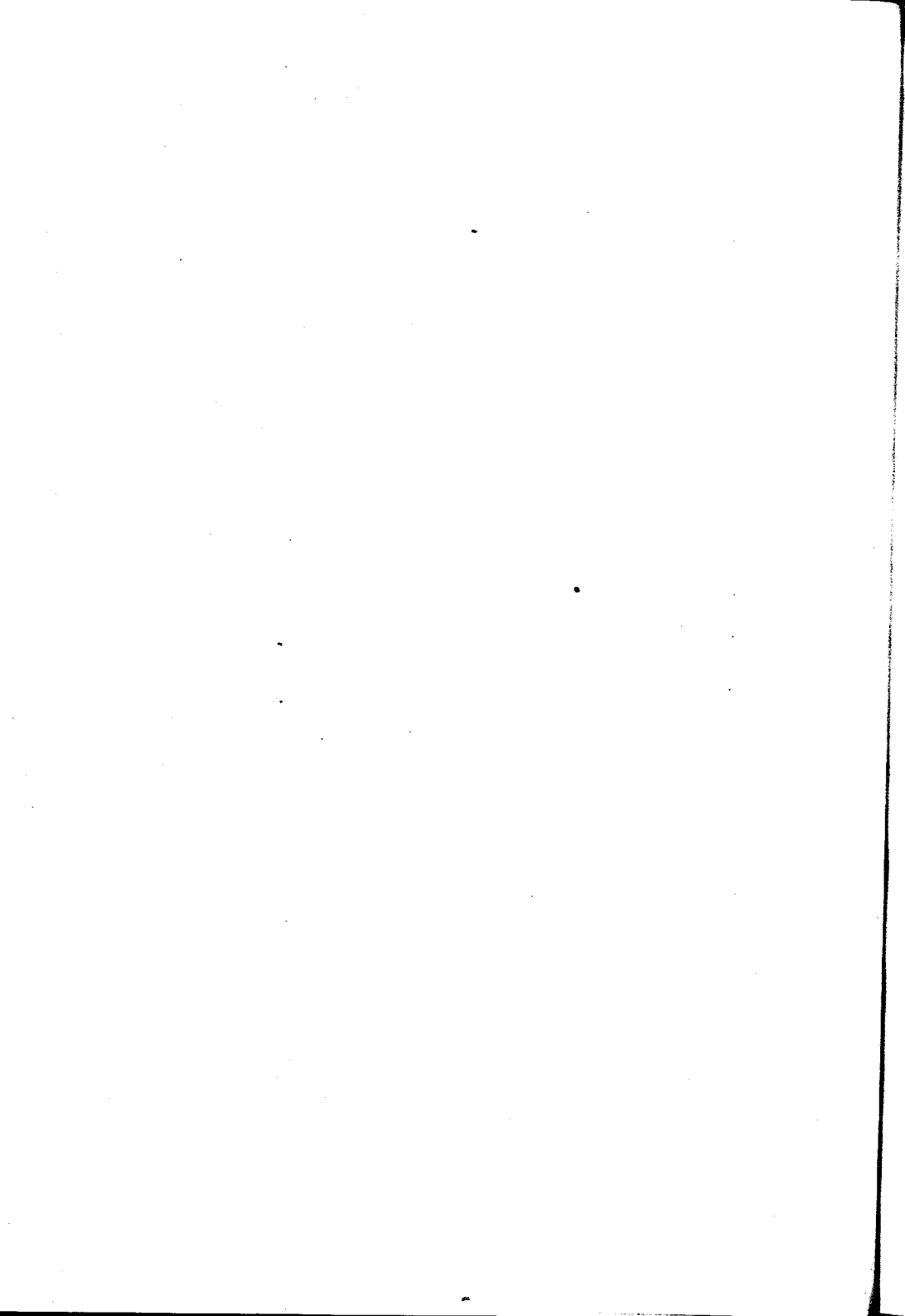
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	> LÚCIO DURANA
	> RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	> RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	> JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	> PEDRO BELOU
Histología	> RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	> ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	> HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	> CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica .	> PEDRO J. VALLE
Higiene Pública y Privada.....	> RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicio clínico.	> GREGORIO ARAOZ ALFARO
	> DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	> AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	> TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	> JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	> DANIEL J. GRANWELL
Medicina Operatoria	> LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica..	> BALDOMERO SOMMER
Clinica Génito-urinarias.....	> PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	> JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	> JOSÉ PENNA
Clinica Oto-rino-laringológica.	> EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	> MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica.....	ENRIQUE B. DEMARÍA
	> LUIS GÜEMES
> Médica.....	> LUIS AGOTE
	> IGNACIO ALLENDE
	> ABEL AYERZA
	> PASCUAL PALMA
> Quirúrgica.....	> DIÓGENES DECOUD
	> ANTONIO C. GANDOLFO
	> MARCELO T. VIÑAS
> Neurológica.....	> JOSÉ A. ESTEVES
> Psiquiátrica.....	> DOMINGO CABRED
> Obstétrica.....	> ENRIQUE ZÁRATE
> Obstétrica.....	> SAMUEL MOLINA
> Pediátrica	> ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	> DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	> ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

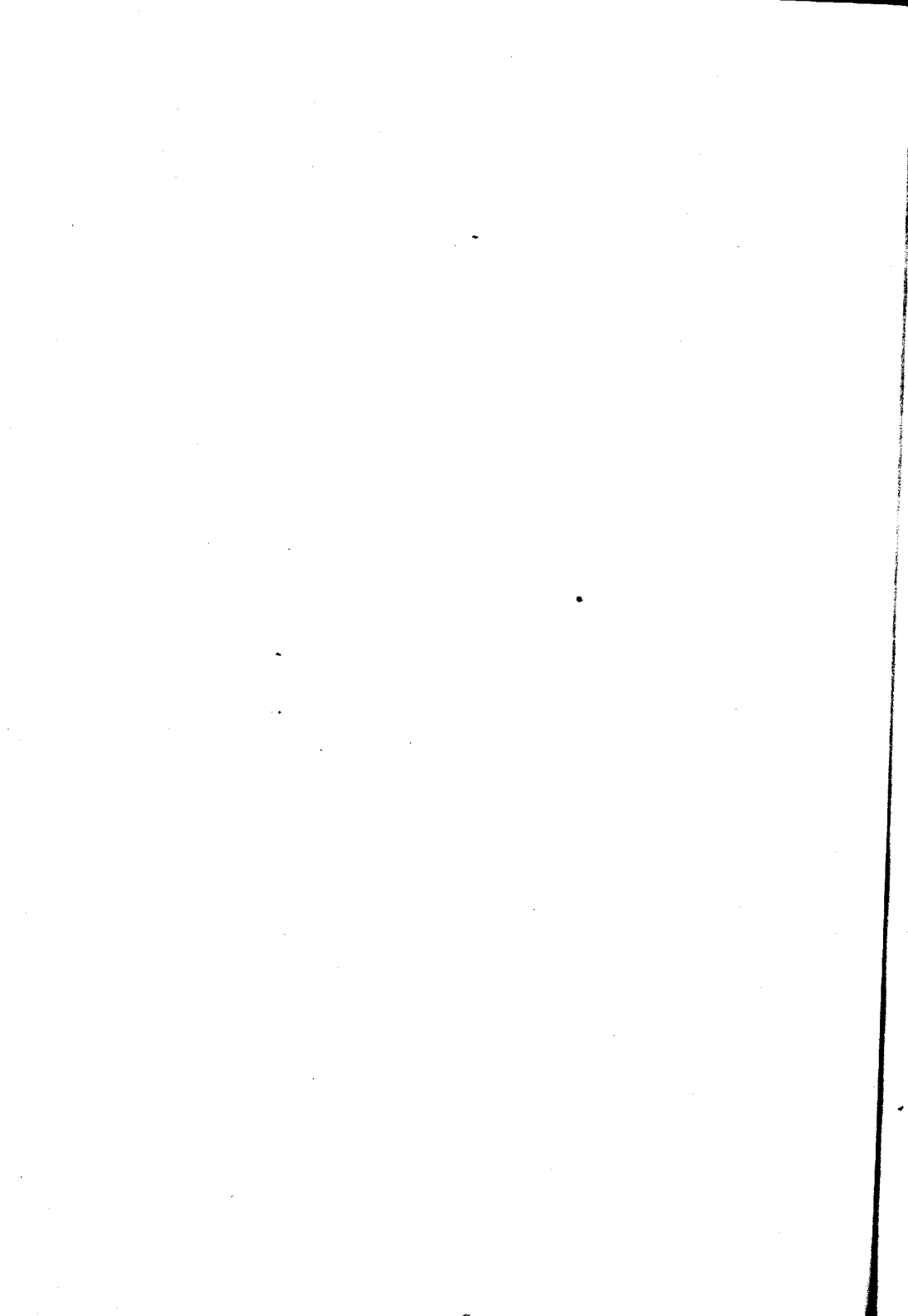
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología Interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLELMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	» EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	» JUAN JOSÉ CIRIO
Química Biológica.....	» FRANK L. SOLER
Higiene Médica.....	» BERNARDO HOU-SAY
Semiología y ejercicios clínicos.....	» RODOLFO RIVAROLA
Anatomía patológica.....	» SALVADOR MAZZA
Materia médica y terapéutica.....	» BENJAMIN GALARCE
Medicina operatoria.....	» FELIPE A. JUSTO
Patología externa.....	» MANUEL V. CARBONELL
Clinica dermato-sifilográfica.....	» CARLOS MONORINO UDAONDO
» Génito urinaria.....	» ALFREDO VITON
» epidemiológica.....	» JOAQUÍN LLAMBÍAS
» oftalmológica.....	» ANGEL H. ROFFO
» oto-rino-laringológica.....	» JOSÉ MORENO
Patología interna.....	» ENRIQUE PINOCCCHIETTO
Clinica quirúrgica.....	» CARLOS ROBERTSON
» Neurológica.....	» FRANCISCO E. CASTRO
» Médica.....	» CASTILFORT LIGONES
» pediátrica.....	» ENRIQUE M. OLIVIERI
» ginecológica.....	» ALBERTANDRO CRVALLOS
» obstétrica.....	» NICOLÁS V. GRECO
Medicina legal.....	» PEDRO L. BALINA
Clinica Psiquiátrica.....	» JOAQUÍN NIN POSADAS
	» FERNANDO R. TORRES
	» FRANCISCO DESTEFANO
	» ANTONINO MARCÓ DEL POST
	» ADOLFO NOCELI
	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTIN CASTRO ESCALADA
	» PEDRO LABAQUE
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PABLO M. BARLARO
	» EDUARDO MARINÓ
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LUIS A. TAMINI
	» MIGUEL SUSSINI
	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPELLO
	» ADOLFO F. LANDIVAR
	» VICENTE DIMFTRI
	» RÓMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSÉ VITON
	» PABLO J. MORSALINE
	» RAFAEL A. BULLIICH
	» IGNACIO IMAZ
	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTRX
	» PEDRO J. GARCIA
	» JOSÉ DESTEFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOBO SPANGEMBERG
	» MAMERTO ACUÑA
	» GENARO SISTO
	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. CIRIO
	» OSVALDO L. BOTTARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
	» ALBERTO DEBALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONGBÉ
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUES
	» JUAN A. GARASTOC
	» ENRIQUE A. BORRO
	» JOAQUÍN V. GNECCO
	» JAVIER BLANDAN
	» ANTONIO PODESTÁ
	» AMABLE JONES



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc.. DR. J. C. LLAMES MASSINI

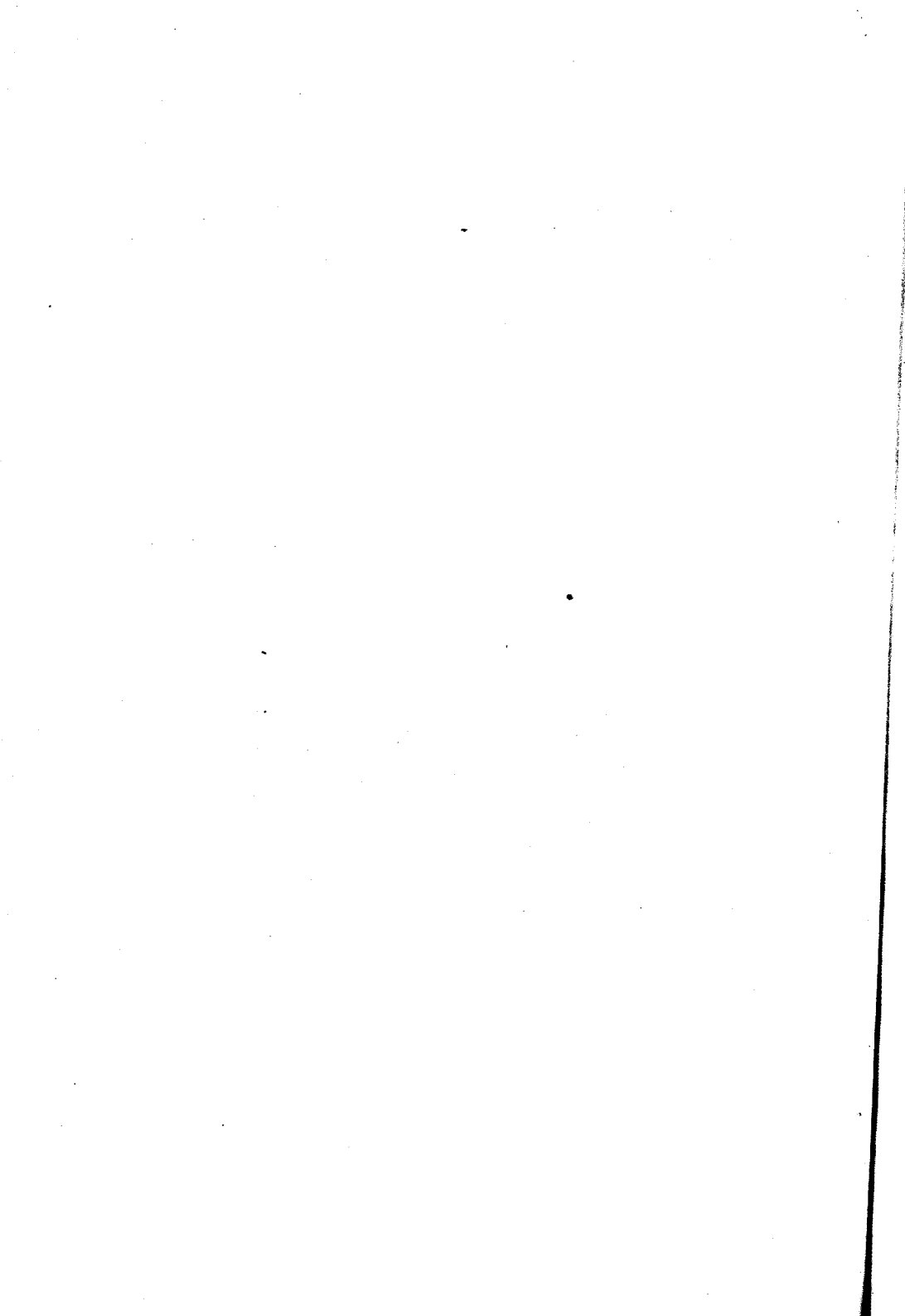
Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clinica obstétrica..... DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ



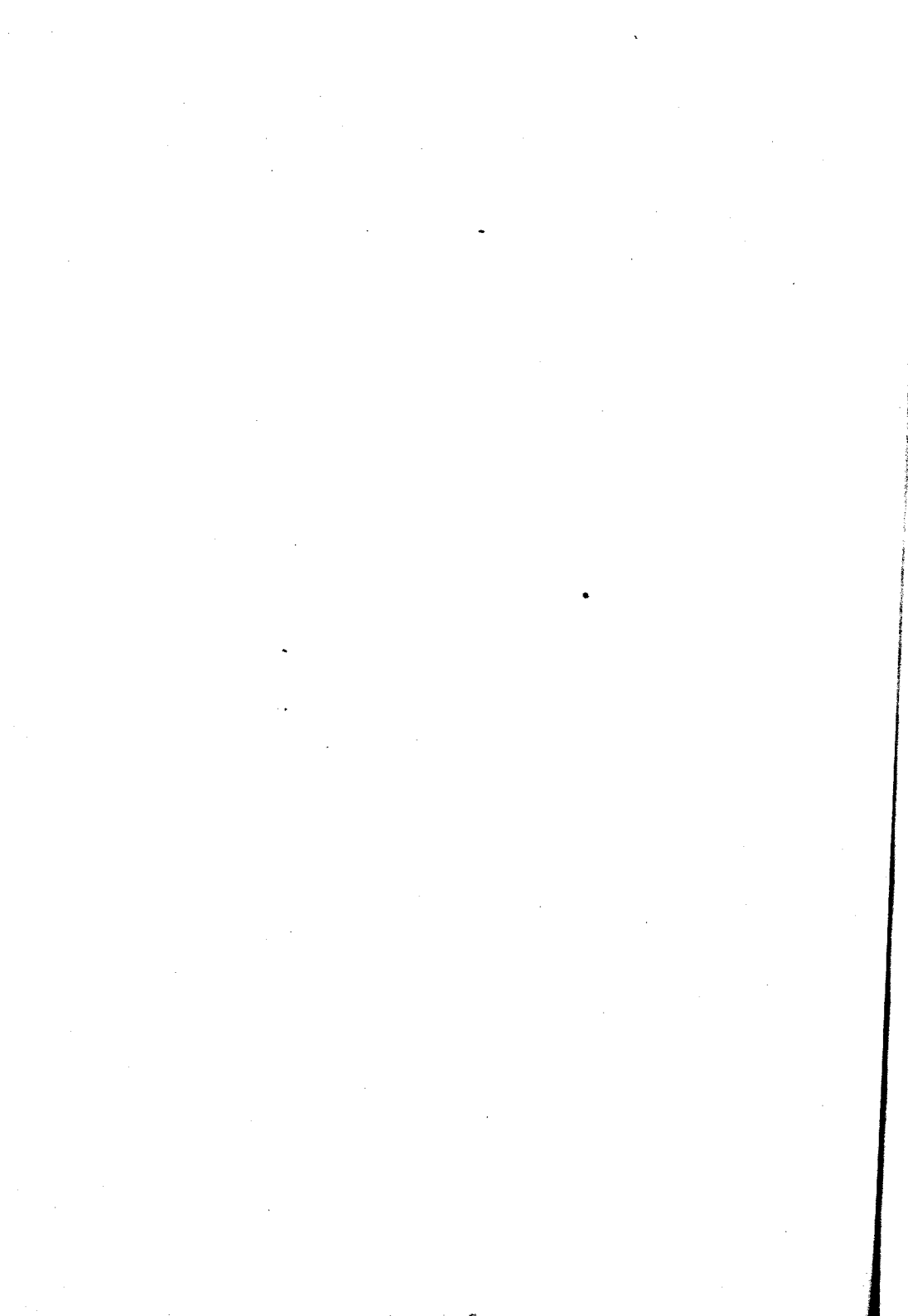
ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas.....	Dr. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica.....	» JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica....	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal....	» ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Técnica farmacéutica (1er curso)....	» J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación.....	» RICARDO SCHATZ
Química analítica general.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial.....	Sr. JUAN A. DOMINGUEZ
Técnica farmacéutica (2º. curso)....	Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Física farmacéutica.....	Dr. TOMÁS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica.... }	» ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES
Técnica farmacéutica..... }	Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL COIETI
Química farmacéutica orgánica..... }	» PEDRO J. MÉSIGOS
	Dr. LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial.....	Sr. OSCAR MIALOCK
Química analítica general.....	Dr. JUAN A. SÁNCHEZ

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas.....	— —
Mineralogía y Geología.....	— —
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....	— —
Química analítica aplicada (Medicamentos).....	Dr. JUAN A. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)
Química biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología).....	— —
Física general.....	— —
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÀN
Toxicología y Química legal.....	» JUAN B. SEÑORANS

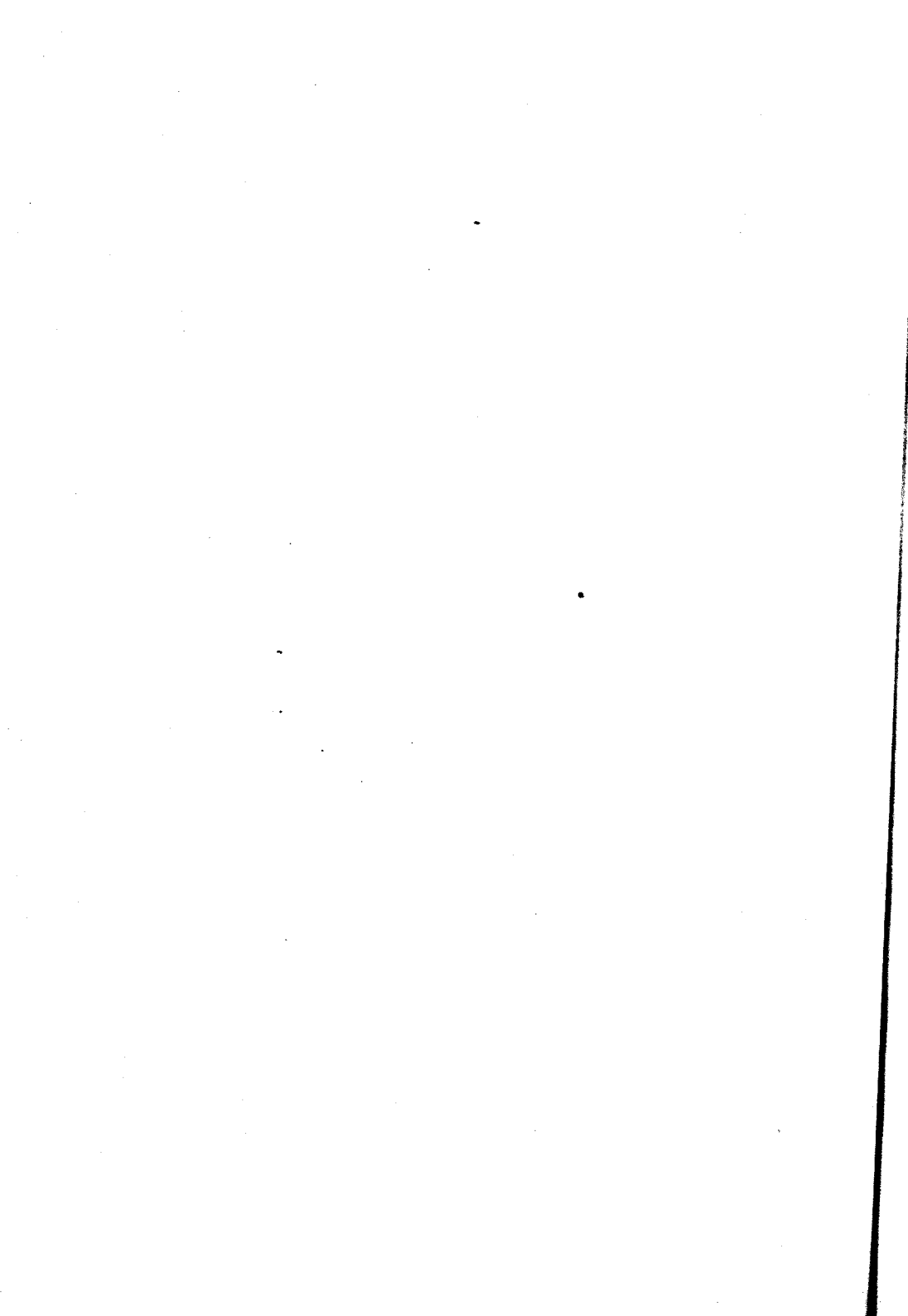


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

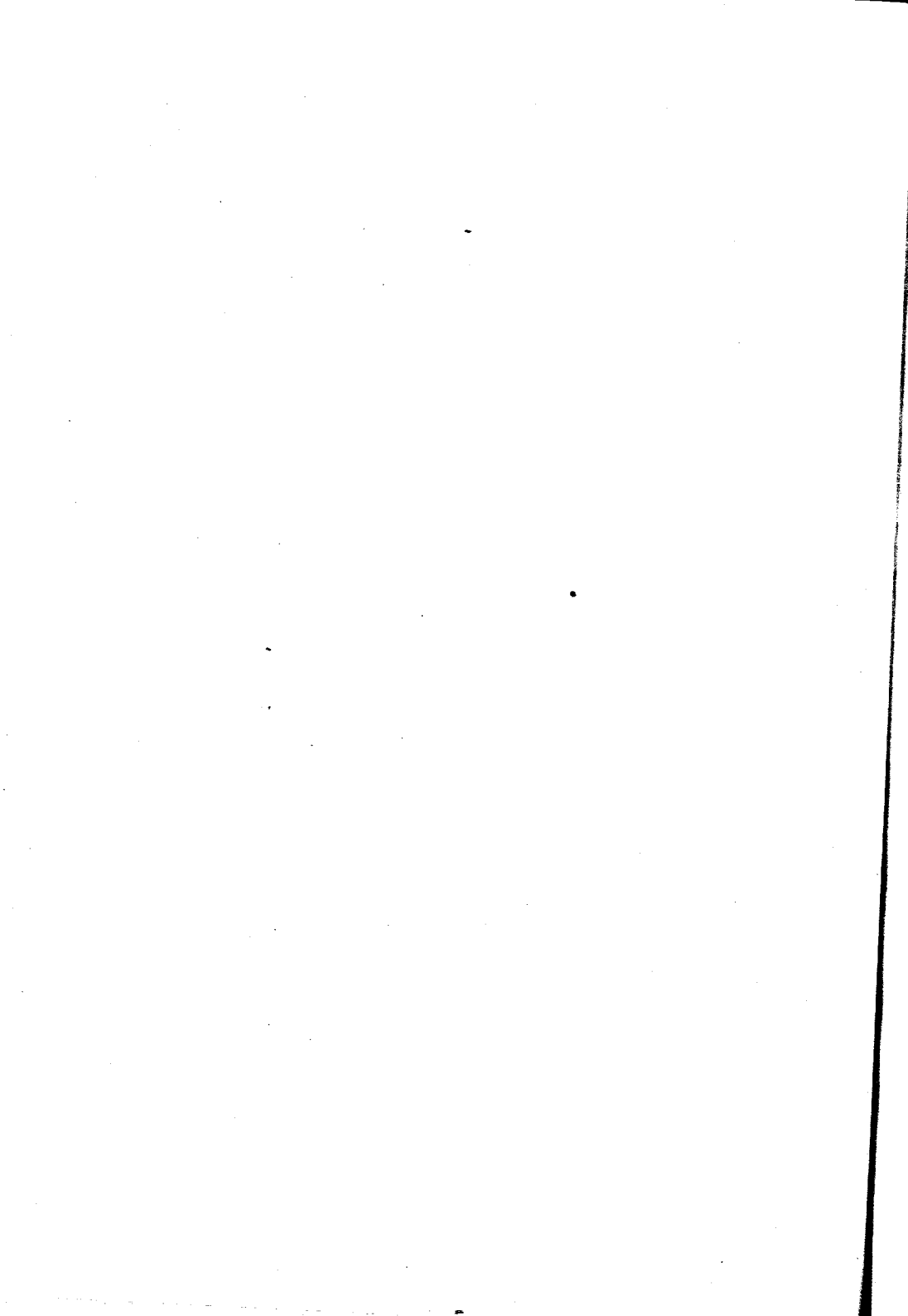
DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Protesis)
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)



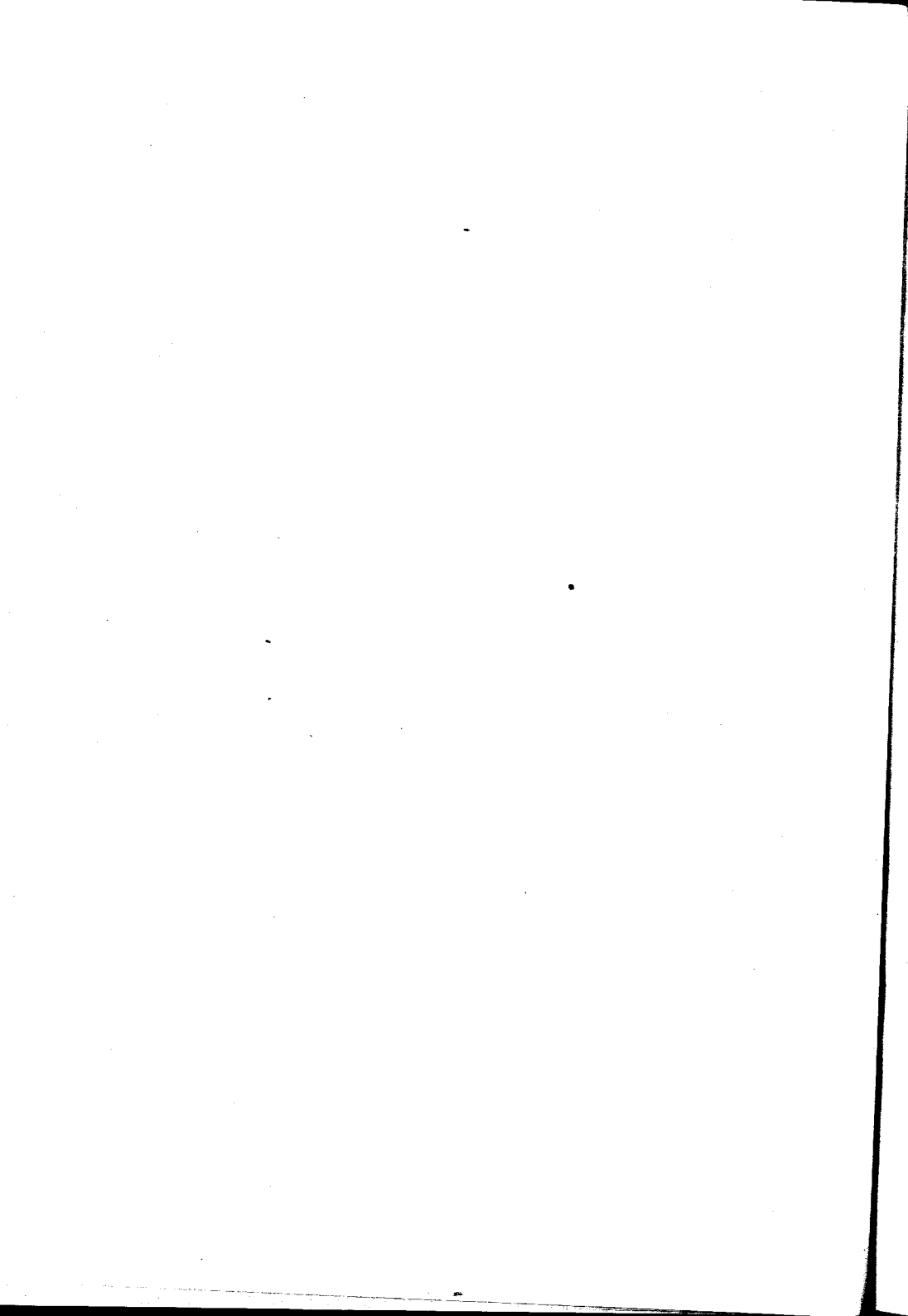
PADRINO DE TESIS:

DR. PEDRO A. GUERRERO

Jefe de Sala del Hospital E. Tornú

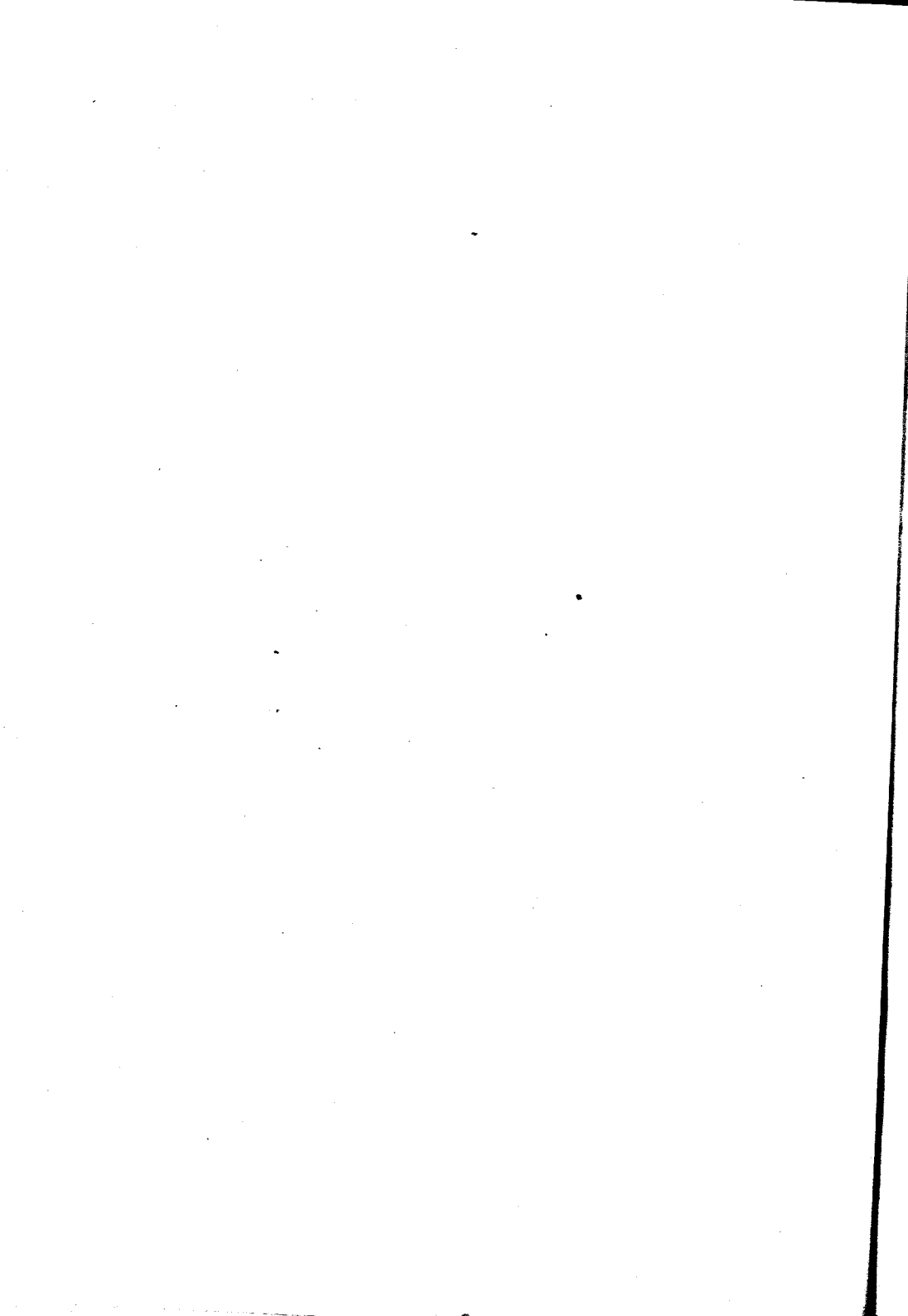


A MI PADRE

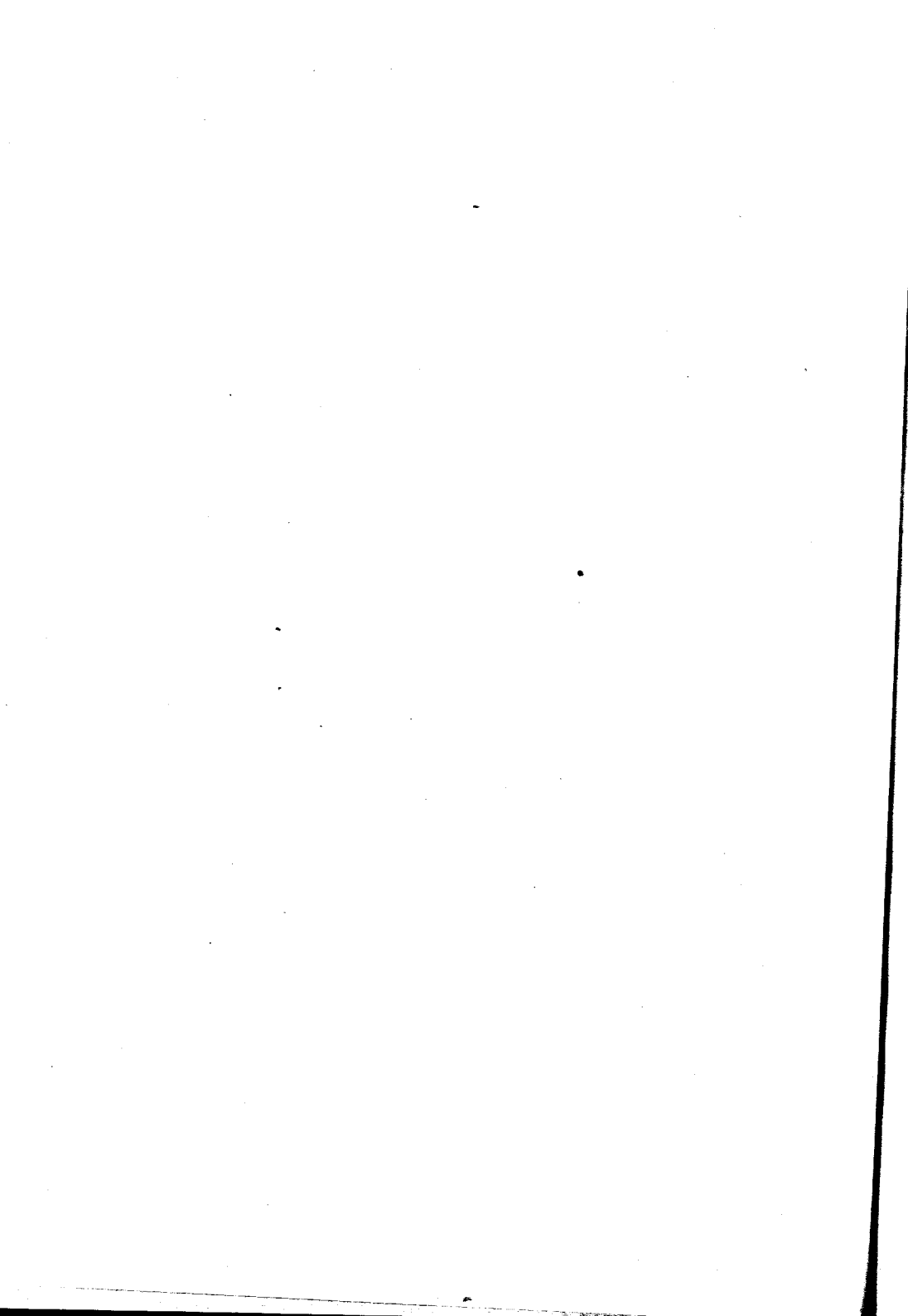


A MI MADRE

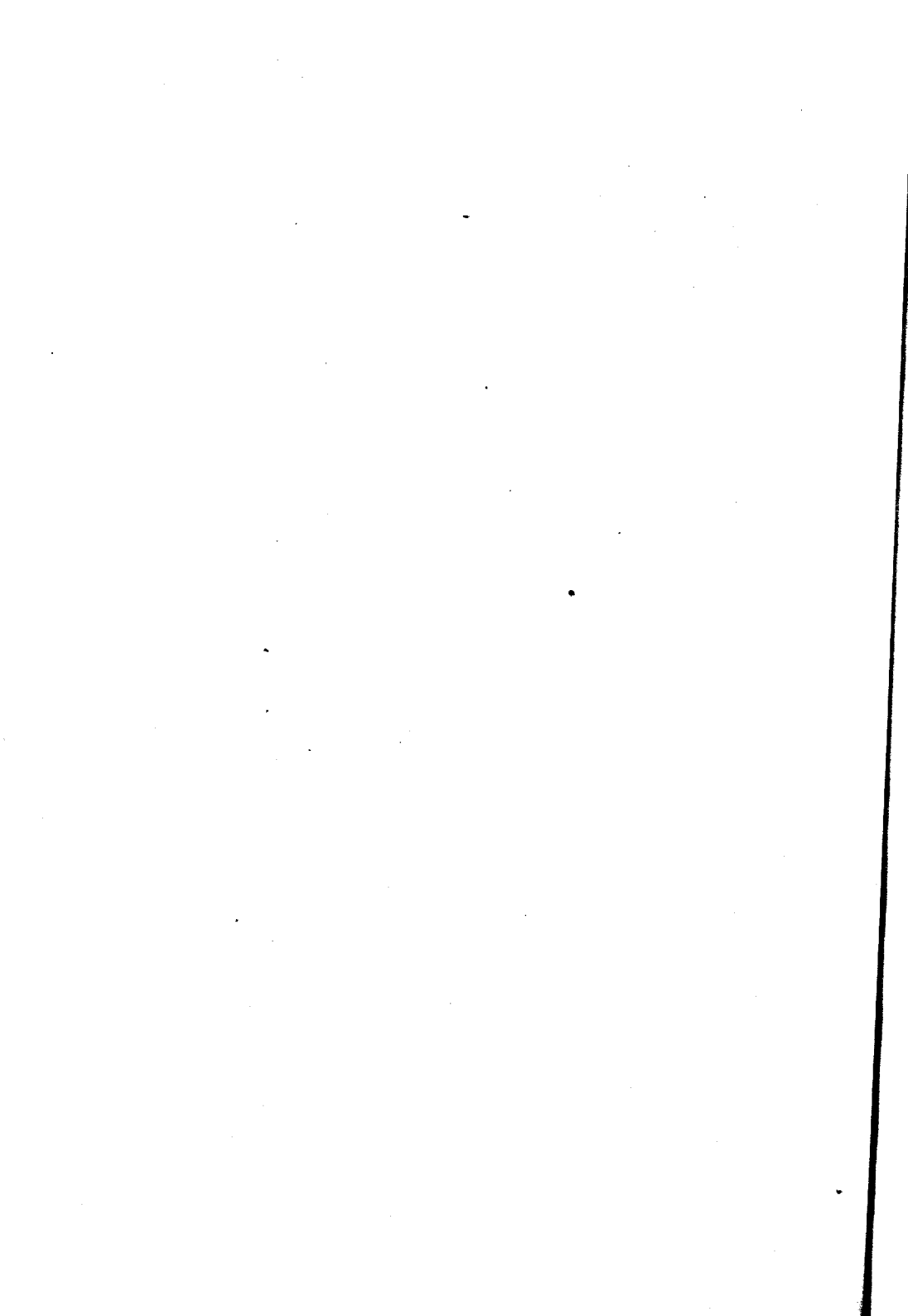
ETERNA GRATITUD



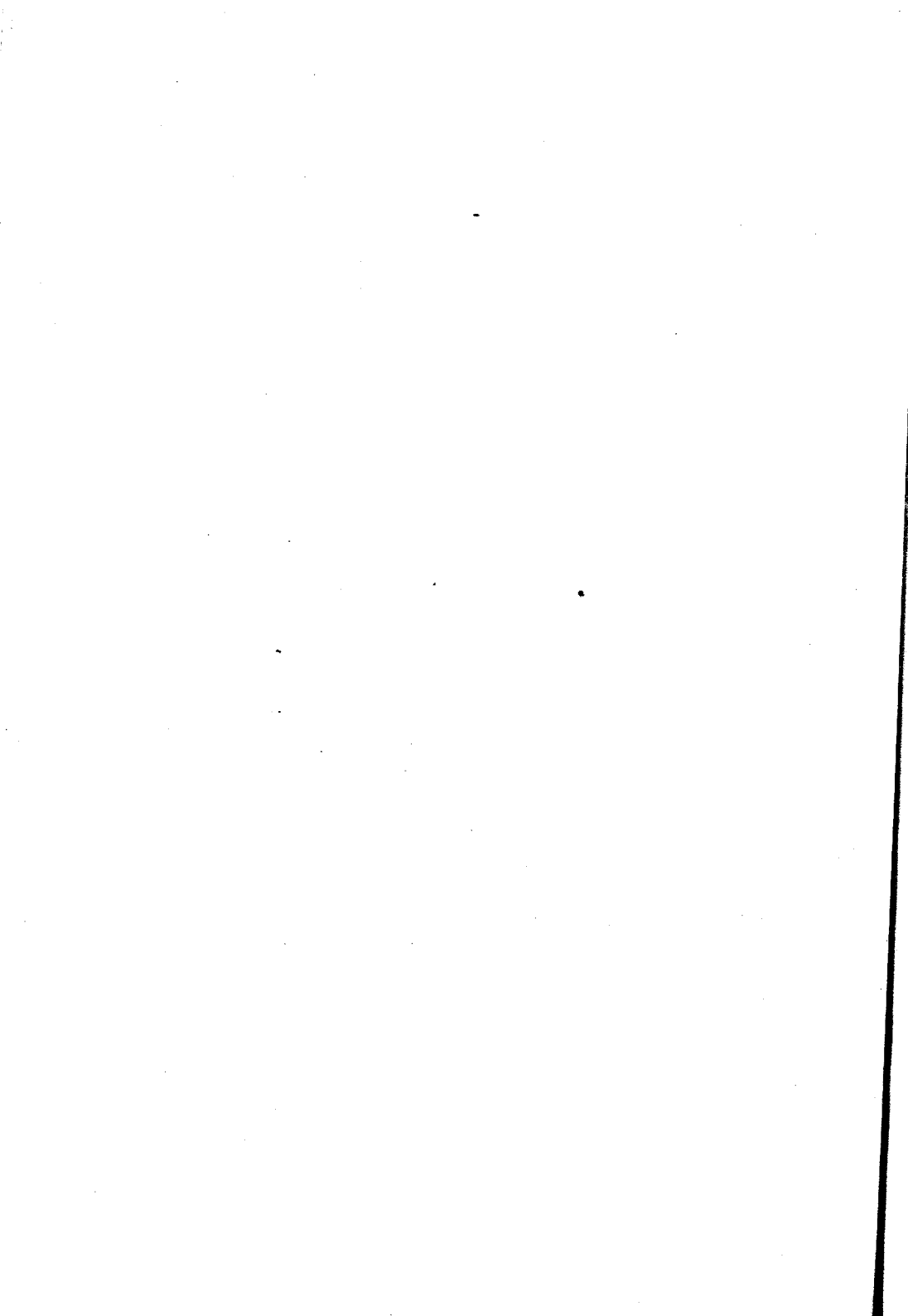
A MIS HERMANOS



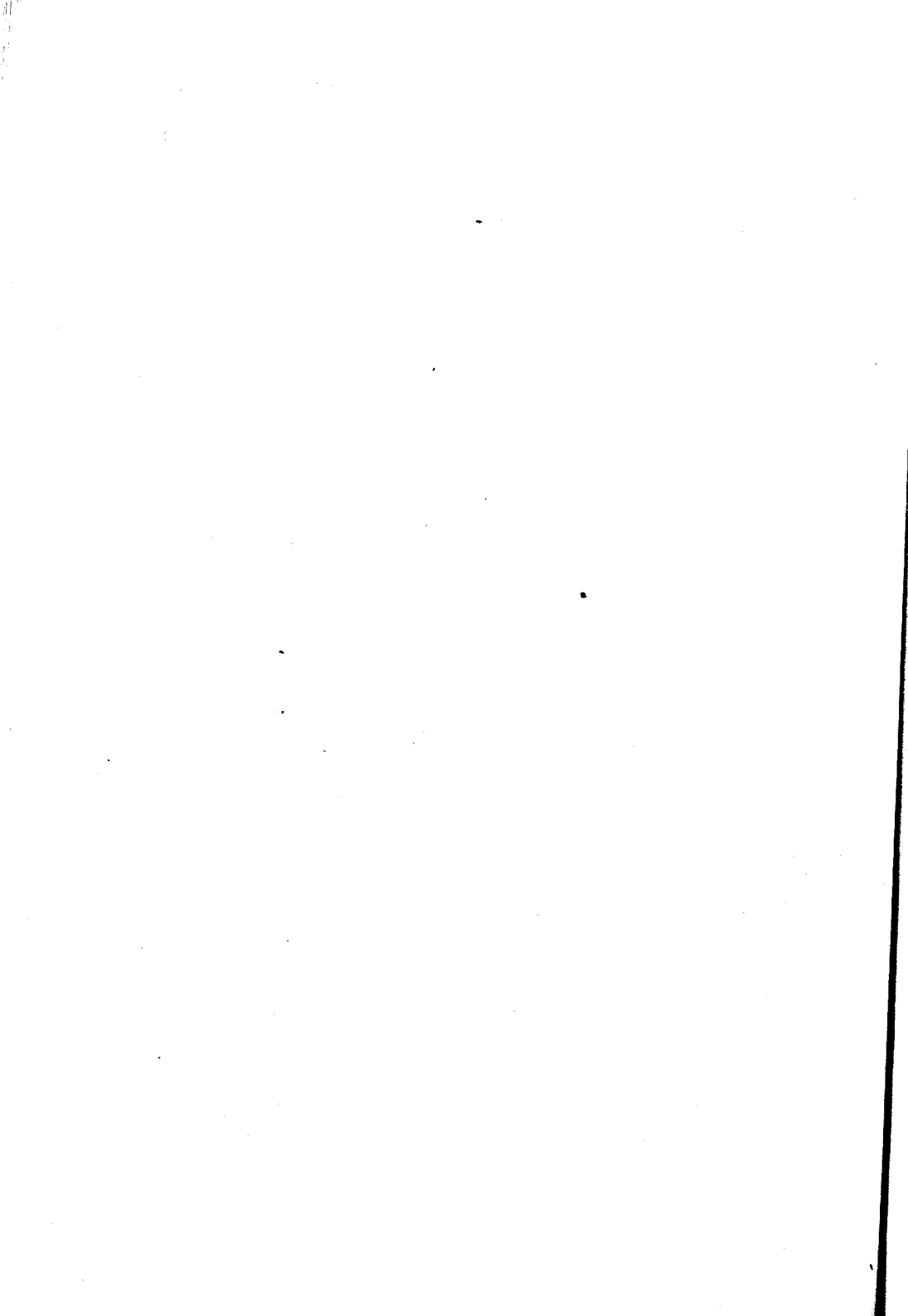
A MI HERMANA ELVIRA



AL DR. JOSÉ M^a. ESCALIER



A LA SRA. LUISA MALAVER DE FERNANDEZ



A MIS AMIGOS

DR. ADOLFO PINTOS

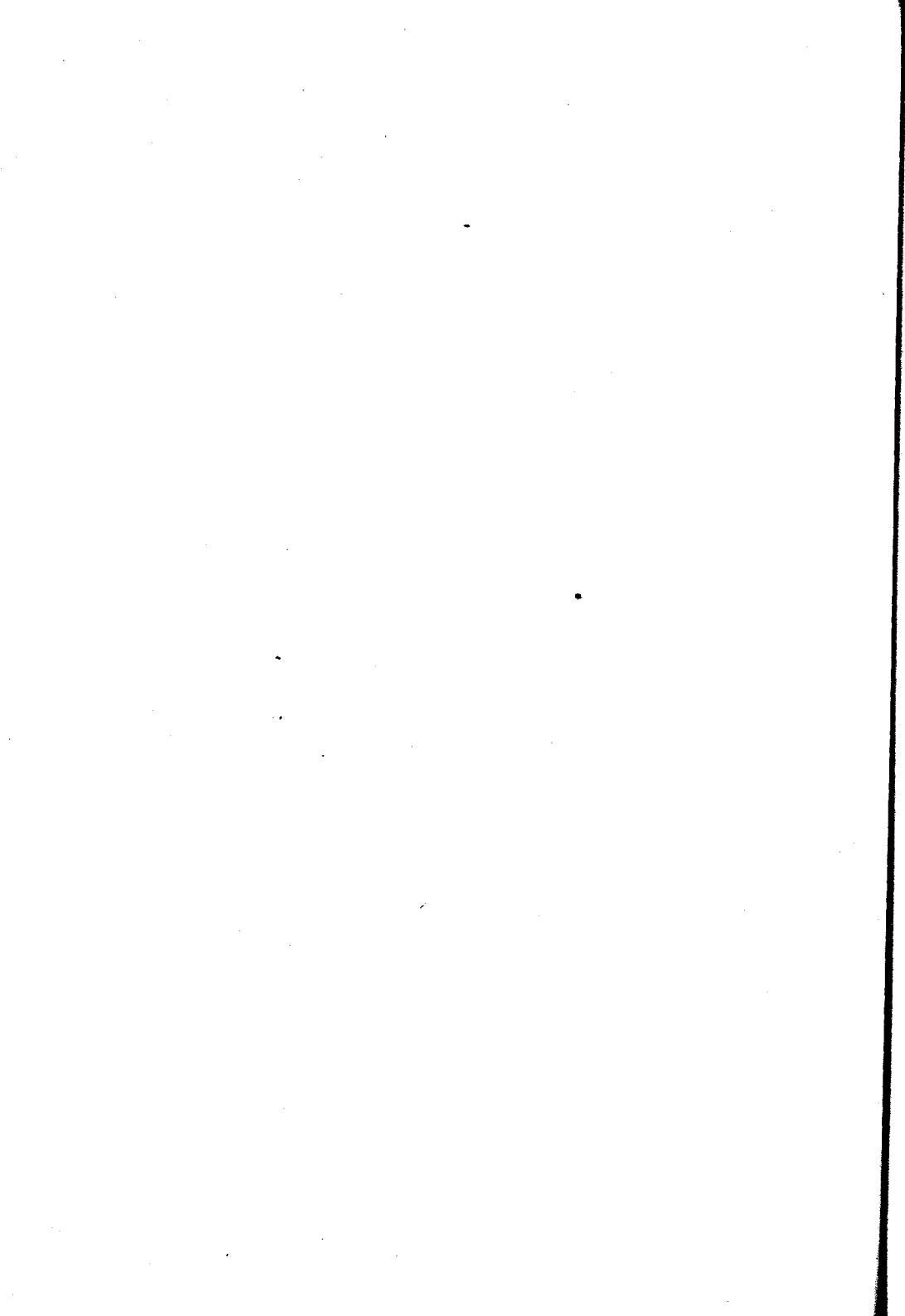
» HÉCTOR U. FERNÁNDEZ

» FLORVNCIO ET. HEVERRY BONEO

SR. MIGUEL A. ARAUZ

» EDUARDO A. FRUGONI

» ARTURO FERNÁNDEZ



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

En medicina, tratar sobre tal o cual acontecimiento de un hecho raro, es exponerse a críticas severas y al mismo tiempo injustas, máxime cuando fuera de la escasa biografía existente, es para muchos desconocido.

En la literatura médica contemporánea, figuran muchas contribuciones científicas de positivo valor sobre la emetina y sus indicaciones terapéuticas, pero en cambio, aparece muy precaria respecto de su aplicación en las hemoptisis.

Sabemos la gravedad, en ocasiones extrema que nos presenta el sujeto tuberculoso atacado por una hemoptisis y siempre estará indicado perentoriamente tratamiento rápido y eficaz por encima de toda otra complicación.

No abrigo la pretensión de traer por esto una novedad, al contrario, mi único anhelo es presentar un ligero esbozo de la emetina bajo el sólo punto de vista de su nueva aplicación terapéutica y las observaciones clínicas de los enfermos por mí tratados en el hospital Enrique Tornú, exponiendo al mismo tiempo las conclusiones que lógicamente se desprenden de tales observaciones.

Siento que al corto tiempo de que puedo disponer, se hayan unido otras causas para obstaculizar mi deseo de presentar un trabajo más completo.

Antes de dar comienzo a la exposición del tema, quiero expresar mi gratitud a todos los profesores que a mi paso por las aulas han contribuído con sus enseñanzas y con su ejemplo a formar mi modesta personalidad médica.

Al doctor Pedro A. Guerrero, mi maestro y amigo, que hoy me honra acompañándome como padrino de tesis, la expresión de mi más sincero reconocimiento. A los doctores Alejandro Raimondi y Alvaro J. Newton directores de los hospitales Tornú y Durand respectivamente mi mayor agradecimiento por los consejos y atenciones recibidas durante mi permanencia como practicante de dichos hospitales.

~~~~~

## INTRODUCCION

La emetina es un alcaloide vegetal descubierto en el año 1817 por Pelletier y Magendie. Existe combinado con el ácido ipecacuánico en las raíces de la ipecacuana. Para extraer la emetina se prefiere la ipecacuana gris anillada u oficial que es la que contiene mayor cantidad de alcaloide, tomando sólo la coreza porque el meritallo apenas contiene. Según Pelletier la corteza de la raíz de ipecacuana es: materia grasa y olorosa 2; cera 6; extracto vomítico (emetina) 16; goma 10; almidón 42; leñoza 30; pérdida 4.

Entre los procedimientos principales de extracción de alcaloide se encuentran los de Pelletier-Leprat y Clake Puertas.

*Procedimiento Pelletier.* —Se trata la raíz en polvo por éter para separar la materia grasa y después con alcohol, evaporando hasta obtener la consistencia de extracto. Este extracto se trata

con agua, luego se filtra el líquido y se precipita la emetina, añadiendo potasa cáustica. Después se precipita la emetina disolviendo el residuo en ácido sulfúrico diluido. Se decolora el líquido con carbón se filtra y se precipita por amoníaco. Los líquidos deben estar concentrados porque la emetina se disuelve en el agua.

*Procedimiento Leprat.* — Se prepara un extracto alcohólico de ipecacuana y se disuelve en cinco veces su peso de agua destilada.

Se filtra y se añade al líquido dos por ciento de potasa cáustica y quince por ciento de cloroforno. Se agita la mezcla y se deja en reposo separando la solución clorofórmica la cual se evapora y resulta la emetina. Después se purifica tratándola con agua acidulada con ácido sulfúrico. Se filtra y se precipita con amoníaco.

*Procedimiento de Clarke-Puertas.* — Se hace un extracto de raíz de ipecacuana oficial, se trata con diez veces su peso de agua destilada a un calor suave, hasta disolver el extracto, y en seguida se filtra el líquido por papel.

Se añade amoníaco en exceso para precipitar la emetina, se mezcla con ácido esteárico y se expone la mezcla a un calor moderado hasta reducir el líquido hasta más o menos la mitad de su volúmen.

El ácido esteárico se funde y se combina con

la emetina formándose estearato de esta base. Se separa del fuego y se deja enfriar; al cabo de veinticuatro horas aparece una capa sólida de estearato de emetina ligeramente coloreada, sobre un líquido oscuro. La capa de estearato se separa y se lava con un poco de agua colocándola luego en una cápsula a un ligero calor. En cuanto se funde se va añadiendo poco a poco ácido clorhídrico diluido, hasta que enrojezca el papel de tornasol y luego se separa del fuego, dejándola enfriar. El ácido clorhídrico forma con la emetina una sal que queda en disolución y el ácido esteárico desalojado, aparece después del enfriamiento formando una capa sólida. Se separa ésta, se filtra el líquido y se precipita la emetina por medio del amoníaco.

Es necesario que el líquido esté concentrado porque sino queda en disolución el alcaloide. En todo caso, cuando se opere en grande escala conviene recojer las aguas madres de la precipitación del alcaloide y extraer de ellas lo que queda en disolución. El precipitado se recoge sobre un filtro, se lava con éter y se deseca.

Obtenida así, resulta de color ligeramente amarillo; pero se puede purificar disolviendo en ácido clorhídrico diluido decolorando la sal por medio de carbón animal y luego se precipita por amoníaco.

La emetina es un polvo blanco, que en contacto con el aire toma un color leonado, inodora, de sabor amargo, poco tóxica, muy bien tolerada. Enverdece las tinturas azules de los vegetales es algo soluble en agua fría y más en la caliente, muy soluble en el alcohol y casi insoluble en el éter y en los aceites. soluble en los álcalis.

La Farmacopea Española aconseja para preparar la emetina la siguiente fórmula:

Extracto alcohólico de ipecacuana 2 grs.

Agua destilada . . . . . 8 grs.

Disuélvase el extracto en el agua, fíltrese luego el líquido por papel y evapórese por baño-maria hasta consistencia de jarabe espeso.

## ACCIÓN FISIOLÓGICA Y TERAPÉUTICA EN LA EMETINA

En el hombre la emetina tiene una acción local manifiesta, no sobre la piel pero sí sobre el dermis al descubierto y sobre las mucosas. La pomada de emetina blanca (4 gramos por 30 de axonge) causa irritación sobre el dermis descubierto.

En lavajes de 0,30 a 0,50 centigramos, la emetina produce congestión de la mucosa del intestino grueso y al mismo tiempo la trasudación del líquido y la secreción de mucus. En el hombre la emetina empieza a actuar 20 o 30 minutos después de su ingestión en el estómago y 45 a 50, después de la inyección en el tejido celular subcutáneo. Sin embargo, en los casos tratados por mí fué mucho más inmediato el resultado, siendo así, que la acción tuvo lugar después de 10 a 15 minutos y a veces cinco minutos después

de la inyección en el tejido celular subcutáneo.

La acción general precede un poco a la acción vomitiva y dura más largo tiempo que aquella. La dosis emética empleada en el hombre por la vía hipodérmica varía desde 0,0025 miligramos hasta 0,40 centigramos. Por vía bucal, las dosis han sido menos frecuentes.

En el hombre sano, no hemos dado la emetina en ingestión por el estómago, pero con una inyección subcutánea a dosis suficiente para producir los efectos generales, no hemos visto el retardo de la respiración ni de la circulación. Tampoco hemos visto la disminución de la temperatura en el recto ni en la axila, pero sí un ligero aumento en la tensión vascular. En el hombre enfermo es extremadamente difícil distinguir cuál es el modo de actuar de los medicamentos y en particular de la emetina. Nosotros creemos entre tanto, que la emetina como medicamento es de eliminación fácil y rápida.

Podemos constatar sea cual fuere la vía de introducción del medicamento: 1.º.—Que la respiración se retarda en la mayoría de los casos.

Es sobre todo en las afecciones pulmonares inflamatorias que la emetina nos ha dado una disminución notable en la frecuencia de la respiración.

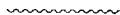
2.º.—Que el retardo de la circulación tiene lu-

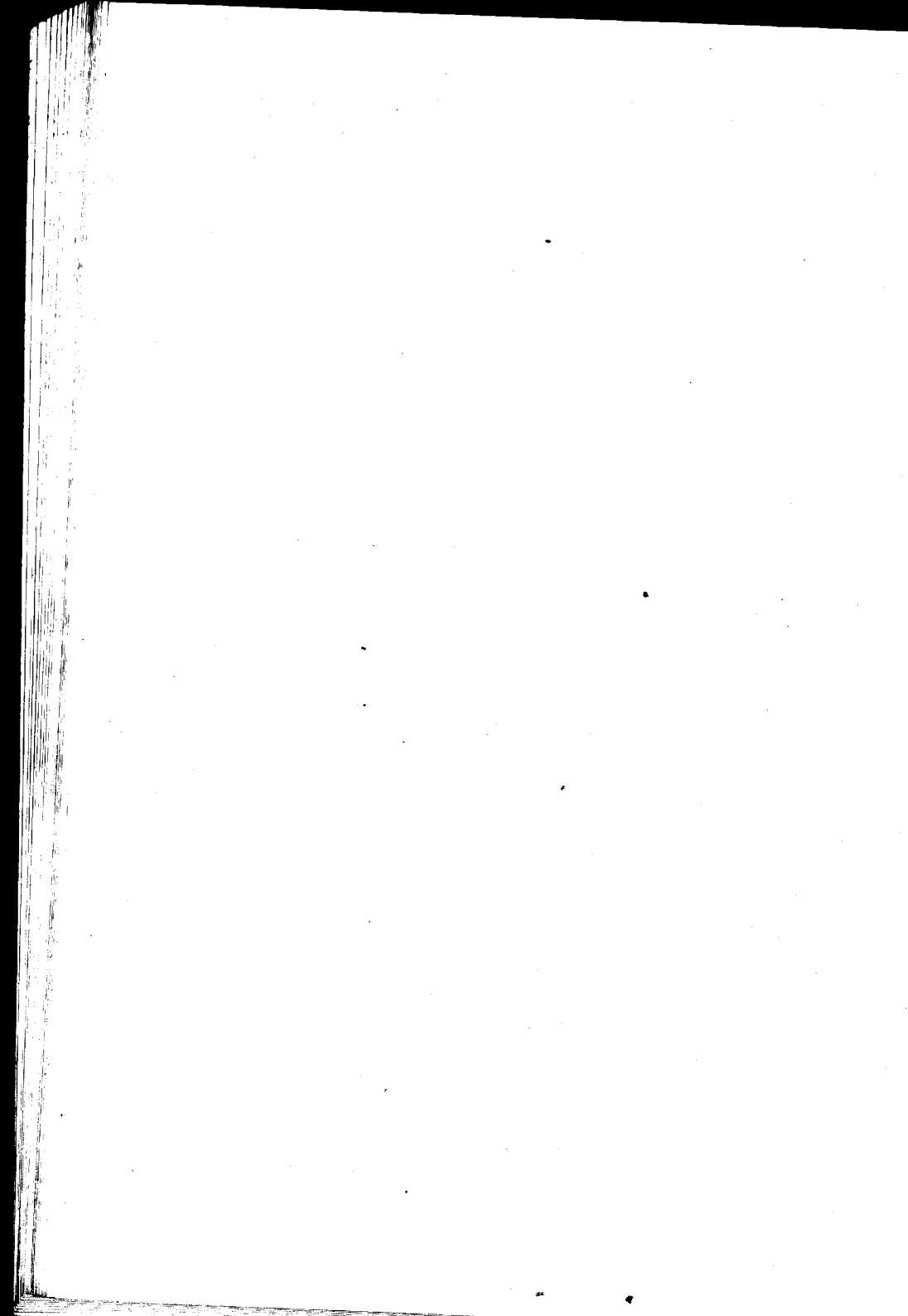
gar en la mitad de los casos y se presenta más o menos a menudo en las afecciones inflamatorias del pulmón.

3.º.—Que la temperatura de la axila disminuye frecuentemente cuando ella aumenta, sin presentar una diferencia sensible en las afecciones torácicas comparadas con otras enfermedades.

4.º.—Que la temperatura rectal aumenta en todos los enfermos, cualesquiera que sea su enfermedad.

5.º.—Que la tensión vascular no está influenciada por la emetina.





## CONCLUSIONES FISIOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS

1.º.—La emetina es el principio activo de la ipecacuana; es a ella que debe su acción fisiológica y terapéutica este precioso medicamento.

2.º.—El principio graso, odorante, nauseoso de la ipecacuana no es sino accesorio, es sobre todo la emetina que actúa.

3.º.—La emetina tiene una acción tópica irritante sobre las mucosas y el dermis denudado pero nó sobre la piel intacta.

4.º.—La emetina, una vez introducida en la circulación, se elimina casi siempre por la mucosa gastro-intestinal y el hígado.

5.º.—Bajo el punto de vista terapéutico en las enfermedades pulmonares, la disminución de la respiración puede ser favorable si llega poco a poco y si es precedida de la hipercrinia gastro-intestinal; se produce entonces la isquemia del

tejido pulmonar. La disminución puede ser desfavorable si sobreviene muy rápidamente y si la resolución de los músculos espiradores pasa al estado de parálisis, antes que la revulsión intestinal haya suficientemente despejado el tejido pulmonar.

6.ª. La emetina no tiene influencia sobre la tensión vascular; élla no aumenta ni disminuye.

7.ª.— La temperatura animal es profundamente alterada. En la superficie del cuerpo ella disminuye y en el recto en vez de bajar aumenta.

8.ª.— La emetina altera profundamente la inervación y actúa determinando actos reflejos. Efectivamente, la emetina actúa sobre las extremidades periféricas de los nervios y en particular de la porción gástrica del neumo gástrico, donde por acción refleja afecta el bulbo y los nervios que de él salen.

La emetina por la resolución que efectúa sobre los músculos voluntarios, combate las convulsiones determinadas por el ácido fénico y la estricina, tiene una acción desconvulsionante.

Después que M. Chauffard ha llamado la atención sobre los efectos admirables de la emetina en el tratamiento de la Disenteria Amibiana, muchas observaciones han sido publicadas confirmando la feliz acción de este medicamento. Cuando se examinan estas observaciones y en parti-

cular aquellas que conciernen a los abscesos del hígado abiertos quirúrgicamente o abiertos en los bronquios vemos que estos se producen con un carácter constante; el pus eliminado por la herida quirúrgica o expulsado por vómica pierde desde la primera inyección de emetina su aspecto sanguinolento. M. Dumas señala este hecho sobre el cual han insistido después M. Chauffard, Dopter y Rouget. Estos autores han señalado también la rapidez con la cual desaparece el aspecto mucosanguinolento de las materias fecales.

Por otra parte conocemos el valor de la ipeca en ciertas formas de hemoptisis tuberculosas, pero no se puede administrar sino a dosis muy débiles, por razón de su acción vomitiva.

Entusiasmados por los datos clásicos, sobre el tratamiento de la hemoptisis por la ipeca y por la acción antihemorrágica de la emetina constatados en los abscesos disintéricos de el hígado Flandin y Joltrain pensaron que sería interesante ensayar la acción de la emetina en las hemoptisis. Es así que ensayaron en una hemoptisis de apariencia grave, sin tendencia a la curación espontánea, una inyección de emetina. El resultado inmediato me obliga a hacer la observación

Se trataba de una niña de veinte y tres años atacada de trastornos dispépticos con adelgazamiento. Al cabo de quince días y casi brus-

camente sobreviene una quinta de tos a la cual sucede una hemoptisis abundante; llena una cubeta entera de sangre roja. A la auscultación se perciben rales subcrepitantes en el vértice derecho. Se le prescribe hielo y seis gramos de cloruro de calcio; la hemoptisis continúa a la mañana siguiente con menor intensidad; la enferma expectora esputos sanguinolentos. A los cuatro días vuelve a tener una hemoptisis abundante y expectora al rededor de un vaso de sangre pura. Los signos estetoscópicos no han variado. La temperatura es de cuarenta grados; se prescribe el mismo tratamiento agregando una poción con un gramo de ergotina. Pasa el día mucho mejor. La temperatura baja a treinta y nueve grados. La enferma no expectora sino escasos esputos sanguinolentos, cuando a las once de la noche vuelve a tener una hemoptisis con fenómenos de asfixia. Se practica entonces una inyección subcutánea de 0,04 centigramos de emetina cesando de darle otra medicación. El enfermo descansa, la expectoración sanguinolenta cesa completamente y no se reproduce más. El estado general es bueno y así persiste. En resumen, se trataba de una hemoptisis en un tuberculoso de primer grado. Ha sido practicada una inyección de 0,04 centigramos de clorhidrato de emetina y desde

ese día, no sólo no hay más sangre, sino que la temperatura desciende.

Cinco meses después Charles Flandin escribe un trabajo sobre la emetina en las hemoptisis. Para el tratamiento, Flandin se servía de las mismas ampollas empleadas para la disenteria amibiana, es decir, de una solución conteniendo 0,04 centígrados de clorhidrato de emetina por cada 1 c. c. de agua destilada y esterilizada.

La técnica es de las más sencillas; se inyecta bajo la piel del vientre o del muslo 1 c. c. es decir, 0,04 centigramos de la solución. Ciertos enfermos particularmente sensibles acusan una sensación de escozor que dura algunas horas; la mayoría no sienten ningún dolor; Flandin no ha observado nunca reacción ninguna en el sitio de inoculación, ni rubefacción ni empastamiento; la absorción es extremadamente rápida. Las inyecciones intra musculares parecen ser ligeramente dolorosas. El resultado dice Flandin, es sorprendente aun cuando el enfermo esté en plena hemoptisis y expulse sangre roja en cantidad, la hemorragia se detiene. Ninguna sensación desagradable acompaña esta detención de la hemorragia: ni disnea, ni vértigos, ni náuseas. El enfermo, dice Flandin, que estaba acostado y vuelto hacia uno de los lados de la cama vomitando sangre en medio de esfuerzos de tos.

se acuesta y respira libremente. En algunos casos no observó más sangre en la salivadera; lo más frecuente durante algunas horas, cuarenta y ocho o más, se encuentra en las salivaderas pequeños esputos, representando sin duda la expulsión de sangre derramada en los bronquios; en fin, en los casos graves, la hemoptisis se reproduce al cabo de un tiempo más o menos largo. De ahí, que hayamos tomado la costumbre de mantener al enfermo bajo la acción de la emetina durante uno, dos o tres días, dándole dos o tres inyecciones durante el día. Salvo en un caso de tuberculosis aguda a marcha rápida y extendida, donde la reprise de las hemoptisis se hacían al cabo de algunas horas y que no se obtuvo resultado, Flandin obtiene sin embargo otros con muy buenos resultados. M. Lesnet ha obtenido la detención completa de hemoptisis en dos tuberculosos después de una inyección subcutánea de 0,04 centígrados de clorhidrato de emetina. En un caso, se trataba de un tuberculoso en el primer período, la hemoptisis cesó al cabo de una hora. El segundo era un cavitario, la hemoptisis se repite tres veces con algunos días de intervalo y cada vez, desaparece rápidamente.

M. Renon ha tratado muchos casos de hemoptisis con la emetina con buenos resultados y detuvo

las hemoptisis en un tiempo que variaba de una a tres horas.

M. M. León Bernard y Paraf han comunicado a la Academia de Medicina los resultados de sus observaciones de enfermos tratados por inyección intra venosa de 1 c. c. de clorhidrato de emetina al cinco por ciento. En un caso de hemoptisis fulminante, no tuvo ningún resultado a pesar de dos inyecciones de emetina y una de pituitrina. En cuatro casos fué detenida. En fin, Josué y Belloir han obtenido en tres tuberculosos tratados con 0,02 centígramos de emetina excelentes resultados, llegando a la cesación completa de las hemoptisis. Uno de los enfermos estaba en el tercer período; los otros dos en el segundo.

En la República Argentina, el Doctor Pedro A. Guerrero, publica una serie de casos en el año 1914 con resultados admirables, y, a propósito de la emetina dice:

«Amplió hoy el estudio del remedio con catorce observaciones nuevas de las cuales once pertenecen al servicio a mi cargo del hospital Enrique Tornú y las tres últimas a observaciones de mi clínica particular. Para los que tenemos especial predilección por los enfermos de tuberculosis y aún para todo médico práctico, estará a la orden del día el tratamiento rápido de la hemoptisis, desde que élla puede revestir tal gra-

vedad que aún echando mano en angustiosa premura de cuantos recursos poseemos actualmente en la terapéutica, nos arrebatan al enfermo en pocas horas y hasta algunas veces en pocos minutos. Así como no hay nada tan fácil de combatir y de vencer como las hemoptisis iniciales o las de primer grado de la enfermedad, en que basta el reposo y algunos terrones de hielo para que ésta cese definitivamente, en la mayoría de los casos, hay en cambio hemorragias fulminantes y rebeldes a nuestros elementos actuales cuya fórmula de tratamiento está en el porvenir todavía. Nada más imperioso en el momento de prueba que la elección inmediata y resuelta del procedimiento que por la experiencia haya conquistado el primer puesto. Por lo pronto, hay que controlar juiciosamente el empleo de la medicación clásica con la emetina y con los solutos hipofisiarios, preconizados por el doctor Houssay. Es quizás en una asociación inteligente de los remedios antiguos con los modernos donde encontramos la fórmula definitiva de elección para todos los casos. La emetina es un alcaloide poco tóxico, muy bien tolerado, aún a dosis relativamente altas, puesto que he inyectado varias veces 0,18 y 0,20 centigramos en las 24 horas sin inconveniente y cuyo mecanismo íntimo de acción en las hemoptisis comienza a ponerse

en claro; las experiencias del doctor E. Maurel comunicadas a la Academia de Medicina de París, respecto de la ipecacuana y de la emetina confirman y explican los resultados obtenidos en la práctica, pues este autor ha demostrado que después de la inyección de emetina se produce una breve vaso dilatación y enseguida una vaso constricción enérgica, que se mantiene bastante tiempo a tal extremo, que algunos vasos de pequeño calibre disminuyen en tanto su luz, que impiden la circulación de sus glóbulos. La emetina contrae la fibra lisa enérgicamente, de ahí pues, su acción hemostásica».

Es indudable que este remedio tiene casi siempre acción inmediata para detener la sangre, aún cuando en la generalidad de los casos el efecto de cada inyección no sea definitivo y haya que repetirlas con frecuencia para llegar al éxito completo, por lo que soy de opinión, dice el doctor Guerrero, que el clorhidrato de emetina es una nueva adquisición para la terapéutica y debe ingresar como hemostático discreto en el tratamiento de las hemoptisis, contrariamente a lo que piensa el doctor Reynier, quien cree que este alcaloide debe desaparecer pronto, quizás porque han sido publicados algunos fracasos con dicho producto: en la Sociedad de Médicos de Leysyn, el doctor Teçon leyó un trabajo

respecto al empleo de la emetina y el doctor Jaquerod por su parte, certificaba otro fracaso. Algunos fracasos aislados podrán retardar, todo lo más el juicio definitivo, pero no destruir los éxitos obtenidos.

Al hacer la apreciación de las observaciones, habrá que tener en cuenta que fueron elegidos para la experiencia, tanto en mi publicación anterior ya citada, dice Guerrero, como en las que seguirán a continuación, que siempre se trató de enfermos de tuberculosis relativamente avanzada, puesto que sólo figuran enfermos de segundo y de tercer grado (clasificación según Turban Gerhardt).

Después de hacer un detenido estudio sobre la emetina, el doctor Guerrero presenta una serie de observaciones de las cuales describo las principales.

Miguel B.—Español, 20 años. Entró en Enero 30 de 1914. Tuberculosis pulmonar, segundo grado.

Febrero 1.º.—hemoptisis de 200 gramos por la mañana. Se le inyecta 0,06 gramos de clorhidrato de emetina. Se detiene a los pocos minutos y el enfermo sigue eliminando uno que otro esputo rosado, el resto de ese día y el siguiente.

Febrero 3.—Nueva hemoptisis de otros 200 gramos; inyección de 0,06 gramos de emetina. Siguen esputos rojos en las primeras horas de ese

día, ligeramente rosados en la noche y día siguiente, cada vez más distanciados para desaparecer del todo sin más tratamiento.

Florindo S.—italiano. Entró 3 de diciembre de 1913. Tuberculosis pulmonar, tercer grado. Ingresó en estado de gravedad extrema: es una forma de bronco pneumonia caseosa, con infiltración casi total del pulmón derecho y de la mitad superior del izquierdo.

Febrero 22.—A las cuatro y media de la tarde hemoptisis de 200 gramos. Muy pocos minutos después de comenzar y mientras el enfermo elimina sangre en cantidad, se le inyectan 0,06 centigramos de emetina; paró casi bruscamente la sangre, antes de los cinco minutos para seguir eliminando esputos rojos de cuando en cuando; esputos rojos ese día y el resto del día siguiente.

Febrero 24.—Nueva hemoptisis de 250 gramos. Inyección de 0,06 centigramos de emetina.

Febrero 25.—Inyección de 0,06 gramos de emetina a las 8 a. m. y a las 8 p. m. Como se produce una nueva hemoptisis de 150 gramos se inyecta nuevamente otros 0,06 gramos de emetina.

Febrero 26.—La expectoración es hemorrágica y purulenta bastante frecuente. Se le inyectan 0,06 gramos.

Febrero 27.—No hay hemoptisis de consideración, pero la expectoración es la misma que la

del día anterior; nueva inyección de 0,06 gramos de emetina.

Febrero 28.—Hoy tampoco hay sangre pura; sigue la expectoración hemorrágica purulenta. A pesar de no haber sangre pura desde el día 25, la gravedad es extrema. Temperatura 40 grados; mucha depresión; pulso incontable. Se le da el mejor posible: digitalina, aceite alcanforado, cafeína, etc., pero, a pesar de nuestro esfuerzo el enfermo fallece al día siguiente.

Simón C.—argentino, 42 años. Diciembre 11 de 1913. Tuberculosis pulmonar, segundo grado. Ingresa con hemoptisis que se repiten con frecuencia diariamente a pesar de combatir las con la medicación clásica que no da resultado apreciable.

Diciembre 20.—Se suprime toda medicación; cantidad de sangre en el día 100 gramos. Por la tarde se inyectan 0,05 gramos de emetina.

Diciembre 21.—Espustos rojos distanciados.

Diciembre 22.—Espustos rojos. Inyección de 0,05 gramos de emetina. Siguen espustos muy ligeramente rosados y se observan algunos blancos con estrías sanguinolentas los días siguientes hasta el 27 por la mañana, en la que se produce nueva hemoptisis de 100 gramos, más 150 gramos a la tarde. Ese día 27 se hacían tres inyecciones de 0,05 gramos de emetina, mañana, tarde y noche.

Diciembre 28.—Expectoración ligeramente teñida.

Diciembre 29.—Aumenta la frecuencia y la coloración rojo obscura de los esputos. Dos inyecciones de 0,05 gramos de emetina, una por la mañana y otra por la tarde.

Diciembre 30 y 31.—No se ha observado coloración en los esputos. Se continúa con ipeca y opio por precaución, pero no ha vuelto a tener sangre en los días subsiguientes hasta salir de alta.

María X.—argentina, 23 años. Tuberculosis pulmonar, segundo grado; empleada en el comercio para escribir a máquina.

Febrero 11.—Dice la enferma que regresando de su empleo a las siete de la tarde, comenzó a eliminar algunos esputos teñidos de sangre que aumentaron luego de frecuencia, haciéndose dos horas después, bocanadas de sangre pura. La familia dice que la sangre perdida, llegará fácilmente a medio litro. Inyección de 0,06 gramos de clorhidrato de emetina y de 0,01 de morfina. Media hora después la enferma queda relativamente tranquila, eliminando solamente esputos de sangre pura bastantes frecuentes.

Febrero 13.—Siguen esputos de color marron poco frecuentes. Se recetan polvos Dower, que sigue tomando por varios días, hasta el 18 del

mismo mes, en que la expectoración es francamente blanca.

Antonio X,—español. 27 años, jornalero. Tuberculosis pulmonar segundo grado.

Regresa de Mendoza donde ha estado cerca de un año en tratamiento para su enfermedad pulmonar, y ya en el tren, al llegar a Buenos Aires comenzó a ver los primeros esputos rojos, que han ido acentuándose en frecuencia y en cantidad, mientras terminaba su ubicación en la capital.

Febrero 21.—Dice el enfermo que entre la noche pasada y la mañana de hoy, ha eliminado más de un litro de sangre; a las once de la mañana se inyectan 0,06 centigramos de clorhidrato de emetina. A las 6 p. m. nueva inyección de 0,06 centigramos de emetina; en toda la tarde, habrá eliminado 50 gramos de esputos rojos.

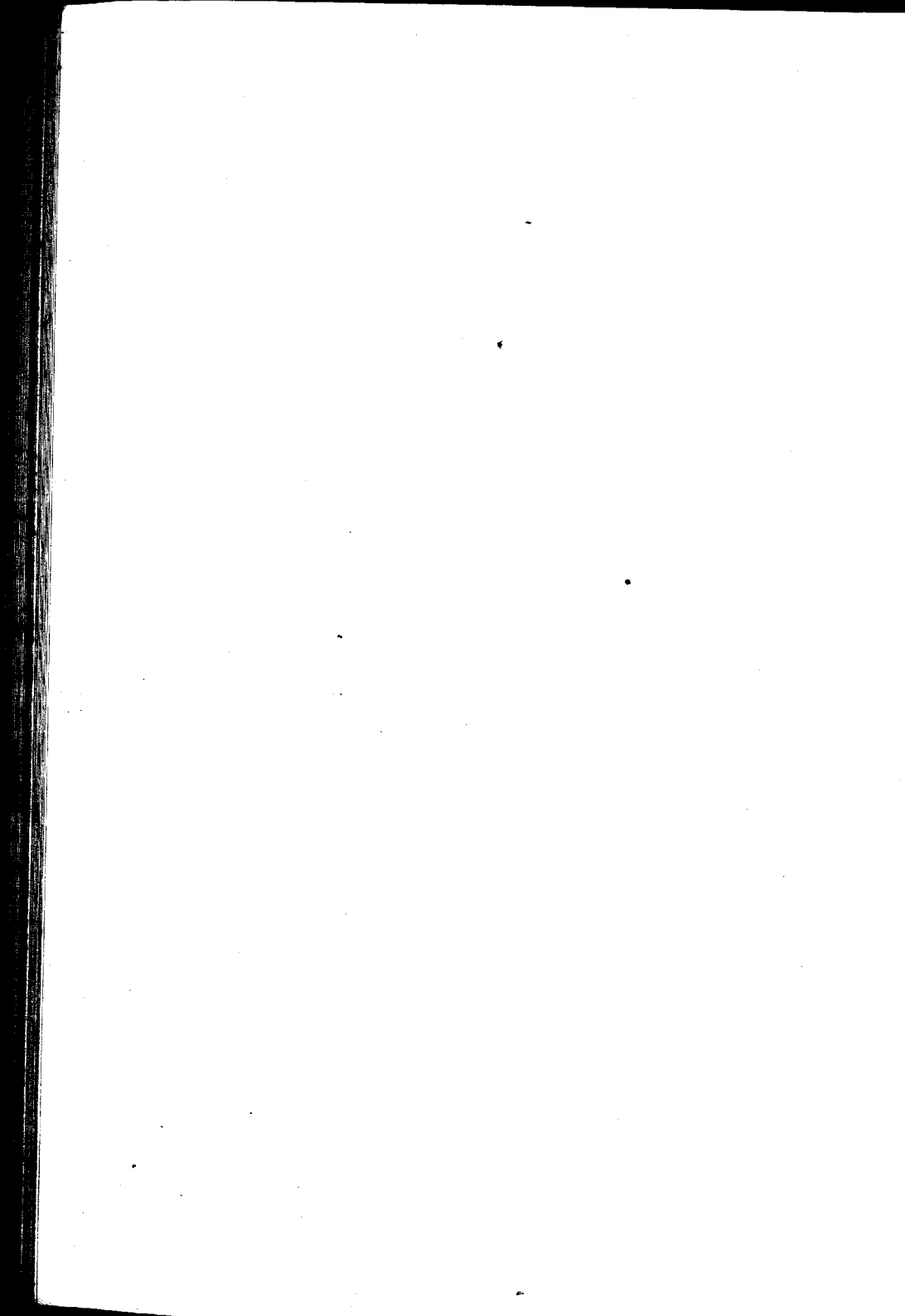
Febrero 22.—A las 8 de la mañana se encuentra el enfermo sin sangre. No hay una docena de esputos rojos en la salivadera. Se prescriben polvos Dower. A las dos de la tarde, dice el doctor Guerrero en su folleto, me llaman con toda urgencia, pues el enfermo ha comenzado a eliminar sangre nuevamente. Se repite la inyección de emetina en la misma cantidad y 0,01 de morfina; a las nueve de la noche otra inyección de 0,06 de emetina.

Febrero 23.—A las 8 a. m. inyección de 0,06

de emetina. Desde el día anterior elimina uno que otro esputo rojo; a las 8 p. m. nueva inyección de 0,06 de emetina.

Febrero 24.—La expectoración es rojo oscura con esputos ligeramente rosados; sigue con polvos Dower. Al día siguiente se vé uno que otro esputo de color marrón alternando con uno u otro esputo blanco o ligeramente rosado, y, aunque se continúa con ipeca y opio, se puede dar la hemoptisis por terminada.





## OBSERVACIONES CLINICAS

### OBSERVACIÓN I

Martín Honores, 37 años, argentino, soltero. agricultor. Ingresa al servicio el 10 de Abril de 1914. Cama 21. Tuberculosis pulmonar tercer grado. Antecedentes hereditarios y personales: sin importancia. Enfermedad actual; empezó hace un año con cinco hemoptisis, separadas una de otra por intervalos de 24 horas; tos, disnea, dolores en los costados; hace siete días tuvo una hemoptisis; conserva el apetito; el ejercicio lo fatiga.

Estado actual: constitución buena, esqueleto bien conformado, músculos bien nutridos y desarrollados, tejido adiposo relativamente abundante, infiltración de la mitad superior de ambos pulmones, mucha tos con expectoración hemorrágica.

Examen de esputos: mucos purulento.

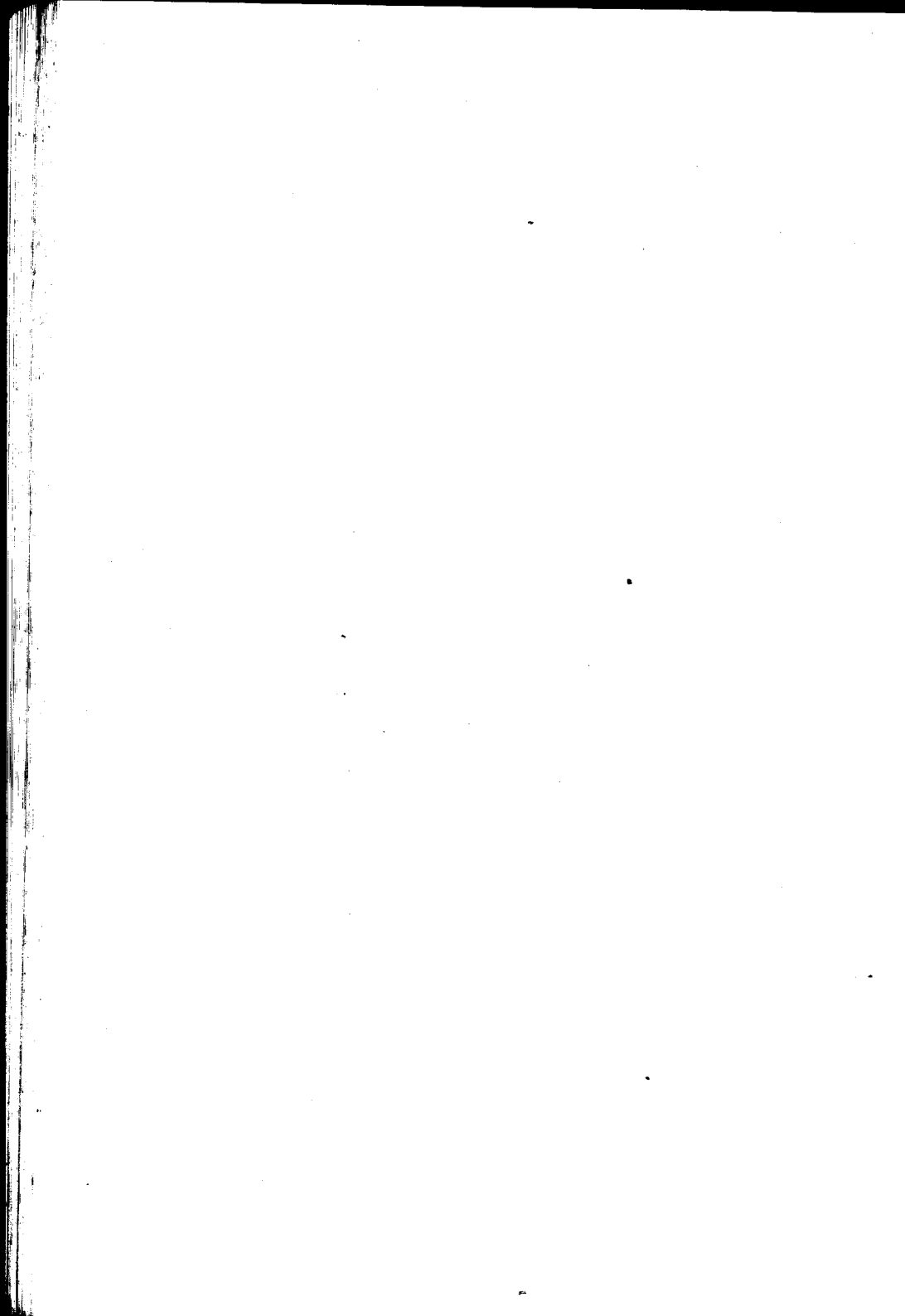
Observación microscópica: se observan bacilos de Kock.

Nos encontramos con un enfermo tuberculoso de tercer grado; hace su entrada el día 10 de Abril de 1914, siguiendo la medicación clásica hasta el día 11 de Diciembre de 1914, época en que se suprime dicha medicación. El día 4 de diciembre tiene una hemoptisis, que se vuelve a repetir el día 5, arrojando 1200 gramos de sangre. Se indica ergotina y morfina; desaparece, quedando tan sólo esputos hemorrágicos. Al día siguiente sólo se notan puntos hemorrágicos y así continúa los días siete y ocho. El 8 por la tarde tiene otra hemorragia de 509 gramos; el 9, otra de 500 gramos, el 10 otra de 500 gramos, el 11 por la mañana, otra de 1700 gramos, por lo cual, y no dando resultado alguno la medicación clásica, se resuelve aplicarle una inyección de clorhidrato de emetina de 0,06 gramos y hielo como toda medicación. A los pocos minutos de su aplicación, sólo se observan esputos sanguinolentos; los días 13, 14 y 15 puntos hemorrágicos hasta su desaparición completa, ayudado siempre de la inyección de 0,06 centígramos de emetina por día, polvos Dower, hielo, etc.

Quiero hacer notar en la presente historia, el estado de gravedad extrema a que había llegado este enfermo después de haber eliminado 3900

gramos de sangre, casi cuatro litros, después del fracaso completo de la medicación clásica. Contestando sólo por monosílabos, sin habla puede decirse y sin pulso, pues éste era inncontable y pendiente de un pronóstico fatal, en el breve tiempo de pocas horas, se puede afirmar, que, la vida del enfermo dependía solamente de la terminación de la hemoptisis ese mismo día 11 de diciembre, en que se resolvió abandonar todo el tratamiento anterior, y dar la primera inyección de emetina.

---



## OBSERVACIÓN II

Enrique Ferreira, 44 años, argentino, casado, agente de policía. Tuberculosis pulmonar. — Ingresó al servicio el día 21 de diciembre de 1915. Cama 2.

Antecedentes hereditarios y personales, sin importancia. Enfermedad actual. Hace dos años que tuvo una bronquitis de la cual no hizo mayor caso. A los cuatro meses de esto, volvió a tener otra, pero con mayor intensidad; desde esa época, dice que tuvo mucha tos, dolores en las espaldas, cefaleas continuas, sudores nocturnos. A los cuatro meses, recién resuelve seguir tratamiento médico, habiendo tenido desde esa época, hasta su ingreso al hospital, cuatro hemoptisis de pequeña cantidad.

Estado actual: constitución buena, esqueleto bien conformado; músculos bien desarrollados, tejido adiposo escaso. Aparato respiratorio: La-

ringe (estado de la voz) clara; poca tos. Tórax simétrico; tipo respiratorio: costo abdominal. Pulmones: infiltración del lóbulo superior del pulmón derecho y del vértice izquierdo.

Examen de esputos. Caracteres: moco purulento.

Observación microscópica. Se observan bacilos de Kock. (2 por campo).

Este enfermo, cuyo estado actual acabo de describir, tiene su primera hemoptisis en el hospital el día 10 de enero de 1916, de 200 gramos de sangre. A la media hora de hecha la inyección, sólo quedan esputos hemorrágicos, pero, como precaución se le continúa dando emetina durante los días 10, 11, 12 y 13 en que los esputos se hacen francamente blancos. El día 7 de mayo vuelve a tener una hemoptisis de 30 gramos de sangre; se le aplica una inyección de 0,06 centigramos de emetina y una de 0,01 de morfina, deteniéndose la hemorragia casi inmediatamente. En los días sucesivos, el enfermo expectora esputos blancos, y hasta estos momentos, no se han vuelto a repetir.

---

### OBSERVACIÓN III

Manuel Gómez. Español, 30 años, soltero, carnicero. Entrada, diciembre 19 de 1916. Cama 16. Tuberculosis pulmonar primer grado. Antecedentes hereditarios y personales, sin importancia.

Enfermedad actual. Desde hace dos años, dice encontrarse enfermo, habiendo comenzado su enfermedad con un resfrío del cual curó, quedándole sin embargo un poco de tos, a la que no dió la menor importancia; como la tos fuera en aumento, agregándosele también dolores de espaldas, sudores nocturnos, etc., resuelve consultar un médico, el cual le aconseja internarse en este hospital.

Estado actual: constitución buena; esqueleto bien conformado; tejido adiposo escaso; músculos poco desarrollados. Aparato respiratorio: Laringe (estado de la voz) clara. Poca tos; tórax si-

métrico; tipo respiratorio: costo abdominal. Pulmones: infiltración de ambos vértices.

Análisis de esputos: Positivo para el bacilo de Kock.

El 25 de Marzo de 1917 por la mañana presenta esputos hemorrágicos y por la tarde, ascensión térmica hasta 38 grados, siendo la temperatura máxima de sus tres días anteriores 37,2. Al día siguiente 26, se observan esputos hemorrágicos por la mañana y hemoptisis de 300 gramos por la tarde, que se repite al día siguiente 27 en la cantidad de 500 gramos. Siguen esputos sanguinolentos los tres días siguientes 28, 29 y 30. Hasta este día, se hace la medicación clásica y como el 31 por la mañana se repite una nueva hemoptisis de 350 gramos, se resuelve suspender la medicación anterior a base de ergotina, cloruro de calcio etc., y prescribir una inyección de 0,05 gramos de clorhidrato de emetina y 0,01 de morfina por la mañana y otra por la tarde. Elimina solamente esputos sanguinolentos los días subsiguientes hasta el 6 de abril, en que se suspenden las inyecciones, junto con la terminación de la sangre en los esputos.

~~~~~

OBSERVACIÓN IV

Víctor González.— Argentino, vareador, soltero. Ingresa al servicio el 20 de marzo de 1917. Cama 20. Tuberculosis pulmonar, segundo grado. Antecedentes hereditarios y personales, sin importancia.

Enfermedad actual: Hace un año tuvo una neumonía de la cual curó. A los cuatro meses de la neumonía tuvo una bronquitis, de la cual no hizo mayormente caso hasta que el primero de este año, tuvo una hemoptisis que lo llevó a consultar un médico y de allí, su ingreso a este hospital.

Estado actual: constitución buena; esqueleto bien conformado; músculos poco desarrollados; tegido adiposo escaso. Aparato respiratorio. Laringe (estado de la voz) ronca; mucha tos. Tórax simétrico; tipo respiratorio, costo abdominal

Pulmones: infiltración del lóbulo superior derecho y del vértice izquierdo.

Este enfermo sigue con la medicación clásica hasta el día 14 de abril, en que tiene una hemoptisis de unos 200 gramos de sangre, resolviéndose darle como única medicación, emetina 0,06 centigramos y una inyección de 0,01 de clorhidrato de morfina. Al día siguiente, vuelve a tener una hemoptisis en muy pequeña cantidad; 50 gramos; insistimos con una nueva inyección de emetina cesando de inmediato la hemoptisis y quedando tan sólo esputos hemorrágicos. El día 16 sólo se notan en sus esputos, puntos hemorrágicos; a pesar de todo seguimos dándole emetina durante dos días más, notando que el día 19 sus esputos toman una coloración blanco amarillenta. Hasta estos momentos, las hemoptisis ni los esputos sanguinolentos han vuelto a notarse, siendo el estado del enfermo bastante satisfactorio.

OBSERVACIÓN V

Alfonso Cirulli.—29 años, casado, sastre. Cama 1. Tuberculosis pulmonar, segundo grado. Antecedentes hereditarios, sin importancia. Antecedentes personales: Dice haber sido muy sano desde niño. No recuerda haber tenido enfermedad alguna fuera de la actual. Hace ocho meses que contrajo matrimonio; la señora era tuberculosa y a los pocos meses falleció. Al año de haberse casado notó que tenía mucha tos que iba cada día en aumento. Tuvo disnea, sudores nocturnos, cefalalgias; consultó a un médico, el cual, le indicó un tratamiento que no pudo seguir, por su trabajo. Hace seis meses tuvo una hemoptisis volviendo a consultar de nuevo a su médico, el cual le recomendó se internara en un hospital; con ese motivo ingresa a este servicio,

Estado actual: constitución buena; esqueleto bien conformado; tejido adiposo escaso. Apar-

to respiratorio. Laringe (estado de la voz) clara; poca tos; tórax simétrico; tipo respiratorio costo abdominal. Pulmones: infiltración de casi todo el lóbulo superior del pulmón derecho y del vértice izquierdo.

Exámen de esputos: Caracteres, moco purulento.

Observación microscópica: Se observan bacilos de Kock (1 por campo).

Como vemos, este enfermo presenta entre sus antecedentes personales, datos tan evidentes que nos llevan a un diagnóstico seguro.

El enfermo desde el día de la entrada al servicio, continúa relativamente bien hasta el día 6 de abril en que le sorprende una hemoptisis, eliminando poco más de 50 gramos de sangre pura y enseguida se le hace una inyección de 0,05 de clorhidrato de emetina y 0,01 de morfina. La sangre en cantidad se detiene, eliminando esa noche y los días subsiguientes, esputos hemorrágicos solamente en poca cantidad, que cesan del todo el día 11 por la mañana. Se suprimen las inyecciones que en número de dos por día se habían repetido por precaución.

En conclusión, la emetina ha evidenciado ser uno de los medicamentos, sino el principal, para combatir la desinteria amibiana. El doctor Guerrero dice, que la emetina debe ingresar también

definitivamente como hemostático discreto en el tratamiento de las hemoptisis. Por mi parte afirmo lo dicho por el doctor Guerrero, aunque no muy categóricamente como para dedicarle exclusiva preferencia, pero mis observaciones y las de los demás médicos que se han ocupado de la emetina y que yo hago cita en este trabajo, permiten afirmar que se puede contar con ella como coadyuvante de primer orden. La emetina tiene acción evidente y casi siempre segura en las grandes hemoptisis; la fórmula de elección está a mi entender en la asociación de la emetina con el opio o la morfina.

Flandin y Joltrain aconsejan inyectar 0,04 centigramos de emetina, y Bernard y Paraf, quienes dicen haber obtenido éxitos con una sola inyección de 0,02 centigramos cada uno.

Yo creo, que principiar con una dosis menor de 0,06 gramos de emetina por inyección, es exponerse a un fracaso, pues, en cuatro enfermos así tratados no dió resultado alguno, pero habiendo aumentado la dosis, las hemoptisis cesaron.

Cuando la hemoptisis queda dominada se puede continuar uno o dos días más dándole inyecciones de emetina, pero tan sólo por precaución, suspendiéndola luego para continuar el tratamiento con ipeca y opio, mejor aún, polvos Dower

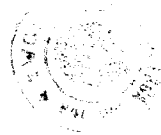
hasta la desaparición completa de sangre en la expectoración.

Esto es en resumen, las conclusiones a que he llegado después de haber tratado diez y siete hemoptosis en la tuberculosis, lo que creo me autoriza para hacer las conclusiones que he citado más arriba.

No quiero dejar terminado mi trabajo sin mencionar las experiencias hechas por Renon en otros estados hemorrágicos, lo que permite esperar que la emetina ingresará también con ventaja en el tratamiento de melenas y hematemesis.

El doctor Guerrero llama la atención de los ginecólogos respecto de la emetina en las hemorragias uterinas de cualquier origen, pues quizás su empleo en tales casos dice, nos reserve sorpresas inesperadas. Por mi parte, tengo el propósito de continuar más adelante, en el ejercicio profesional, acordando atención preferente a esta nueva adquisición de la medicina que ejecuta sus pruebas con tan aparente buen éxito, con la aspiración de que en época no lejana quede consagrada como conquista definitiva e incorporada a nuestro arsenal terapéutico como recurso de elección en las hemoptisis, la más imponente y alarmante de las complicaciones que trae consigo la tuberculosis.

HÉCTOR NORRIÉ.



Buenos Aires, Julio 20 de 1917

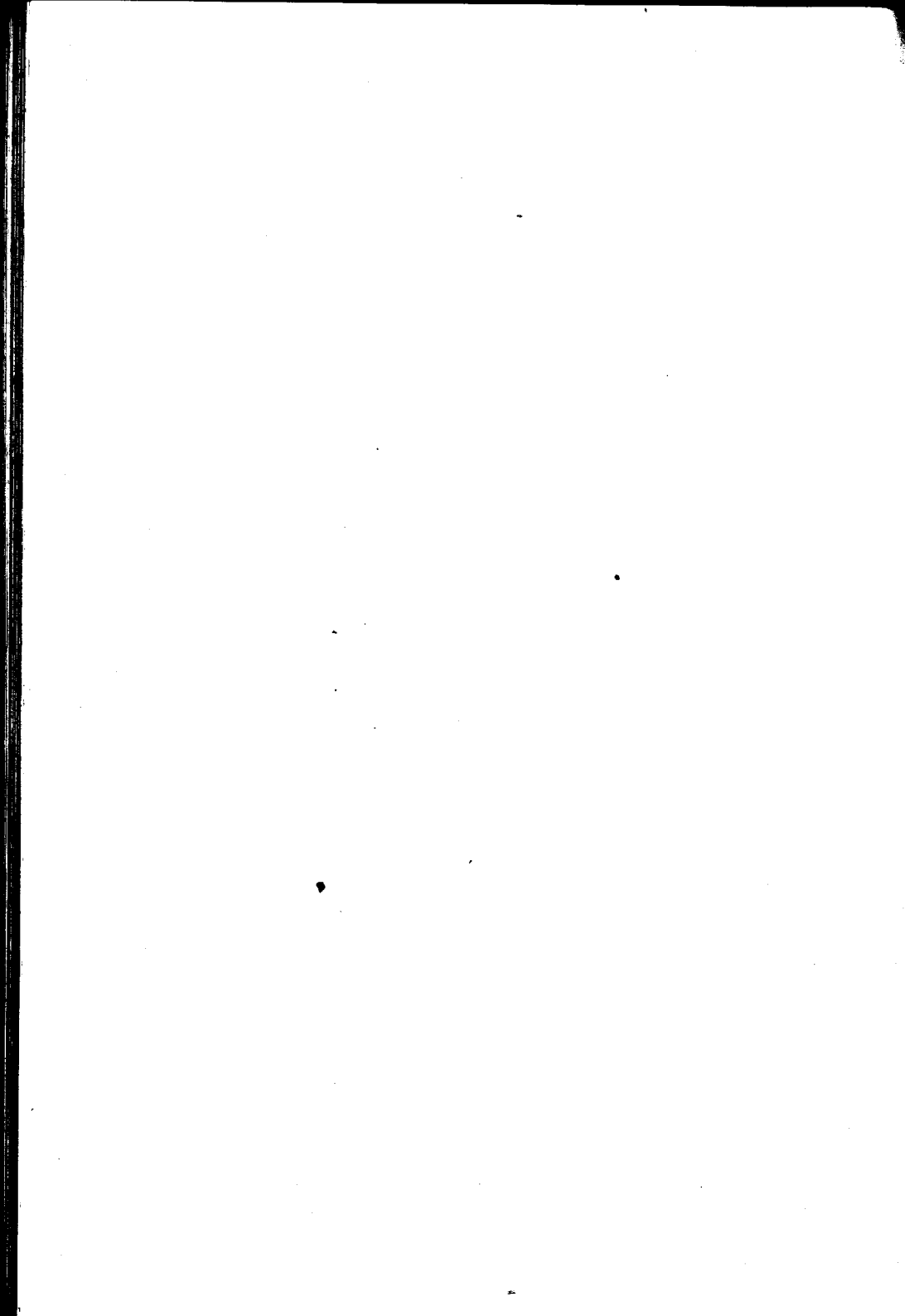
Nómbrese al señor Académico Dr. Gregorio Araoz Alfaro, al profesor titular Dr. Luis Agote y al profesor suplente Dr. Mariano R. Castex para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Julio 23 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3337 del libro respectivo, enréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.
J. A. Gabastou.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnóstico y pronóstico, diferencial de las diversas clases de hemoptisis en los tuberculosos.

Gregorio Araoz Alfaro.

II

Acción de la hemetina, su mecanismo.

Luis Agote.

III

El tratamiento de las hemoptisis en general por la colapsoterapia.

Mariano R. Castex.



