

# LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

LA REDACCIÓN DE "LA CRÓNICA MÉDICA"

dejando á cada cual emitir libremente sus ideas científicas, no patrocina, ni es responsable de las que contengan los artículos firmados.

AÑO XI } LIMA, DICIEMBRE 15 DE 1894. } N.º 143

## SECCION NACIONAL

### DE LAS PLEURESIAS

#### diafragmáticas apiréticas

Hace algún tiempo que tuvimos ocasión de observar en la práctica hospitalaria tres casos de pleuresía diafragmática, que llamaron sobremanera nuestra atención, pues evolucionaron sin fiebre. Reservábamos su publicación para más tarde, con la esperanza de que se presentarían á nuestro estudio nuevos casos que nos habrían permitido hacer una exposición más completa; pero hemos abandonado nuestro propósito, animados con la lectura de una última publicación del profesor Teissier (1), y con cuyo respetable apoyo tenemos ya fundamento para hablar de nuestras observaciones.

El profesor Teissier no menciona en su monografía ningún caso de pleuresía; pero sí se ocupa de otras enfermedades que han evolucionado sin fiebre, tales son: un caso de neumonía aguda, observado por él, en el que la temperatura osciló entre 36°4 y 37°; rememora un trabajo del Dr. Tiessinger (de Oyo-

nax), que habla de la escarlatina que evolucionó algunas veces sin fiebre; cita dos casos de fiebre intermitente palúdica: uno en el que los accesos eran acompañados de un descenso sensible del termómetro (36°5 ó 36°3) y sólo cuando el acceso terminaba se veía la temperatura central regularizarse; y el otro es una enferma que contrajo también el paludismo bajo la forma intermitente; durante los accesos, que se presentaban cada dos días, la columna termométrica descendía constantemente á menos de 37°, para volver á ascender á la normal, tan luego como el acceso quedaba terminado. Recuerda también el profesor Teissier un caso de dotinenteria que observó Potain, y en el que la temperatura fluctuó durante la evolución de la enfermedad entre 37°2 y 36°. Cita á von Gerloczy, á Wendland y á Furbringer, que también han observado casos de dotinenteria que evolucionaron casi en la apirexia completa, pues sólo en los dos ó tres primeros días presentaron elevación de temperatura (39°). Describe un caso de dotinenteria análogo á los anteriores, que él observó en un joven de 17 años.

Manifiesta por último, que de todas las enfermedades habitualmente acompañadas de fiebre, la

(1) Véase *Semaine Médicale*, año 1894.

que parece más susceptible de evolucionar sin ella es la *grippe*; en lo que creemos que el profesor Teissier tiene mucha razón, pues han sido numerosos los casos de *grippe apirética* que se observaron aquí durante las epidemias de los últimos años. Para corroborar su aserto sobre esta última enfermedad, el profesor Teissier relata un caso de *grippe* de forma bronco-pulmonar, observado por él, y que terminó por la muerte, habiendo evolucionado en plena apirexia.

Hecho el resumen precedente de la exposición del profesor Teissier sobre los diferentes casos de enfermedades que han evolucionado sin fiebre, y á las que dicho profesor denomina paradójicamente *pirexias apiréticas*, y que nosotros nos permitiríamos denominarlas *infecciones agudas apiréticas*, tanto por evitar un contrasentido con la primera denominación, cuanto porque en la segunda pueden englobarse todos los casos de enfermedades agudas que evolucionan sin fiebre, y en las que, ya sean éstas generales, como la escarlatina, *grippe*, etc., ó ya localizadas, como la neumonía, pleuresía, etc., son producidas por un agente infeccioso; hecho tal resumen, repito, relataremos los tres casos de pleuresía diafragmática apirética que hemos observado:

### 1.ª OBSERVACIÓN

Antonio Vélez, de 40 años de edad, casado, agricultor, ingresó en el hospital "Dos de Mayo" el 24 de octubre de 1889 y ocupó la cama núm. 7 de la sala de Santa Ana, perteneciente al servicio del Dr. D. Leonardo Villar.

Dijo, que hacía más ó menos un año que cogió una blenorragia, que algunos meses después principió á sentir cada vez mayor dificultad para verificar la micción y que el calibre del chorro de orina iba dis-

minuyendo paulatinamente, hasta el punto de que un día no pudo orinar, lo cual coincidió con una inflamación intensa en la región perineal y las bolsas, que era sin duda debida á una infiltración urinosa de esas regiones. En este estado se decidió á ingresar en el hospital.

Examinado, se notaba que la región perineal y el escroto estaban bastante tumefactos, rubicundos y dolorosos; á la palpación se percibía una fluctuación manifiesta en esas partes, por lo que se hicieron algunas incisiones, que dieron salida á una regular cantidad de pus.

Explorando la uretra, se encontró hacia la región membranosa una estrechez bastante resistente, é infranqueable aun por las bugías de menor calibre. Casi toda la orina se evacuaba por las heridas del periné y escroto, saliendo en pequenísimas cantidades por el meato.

Después de muchos días de cateterismo infructuoso se logró pasar la bugía de ballena N.º 1, de cuyo número no se pudo avanzar en mucho tiempo. A fin de acelerar la curación, se resolvió practicar la uretrotomía interna; operación que se efectuó el 15 de noviembre, por medio del aparato de Maisonneuve. Creo demás decir, que después de esto se aplicó una sonda de goma N.º 10 y se hicieron lavados en la vejiga con solución bórica al 4 %.

Durante los tres días siguientes á la operación, fué acometido de accesos de fiebre intermitente, que fueron dominados por el sulfato de quinina.

El estado del paciente era bastante satisfactorio hasta el 23 de noviembre, en que amaneció con hipo bastante tenaz y su temperatura axilar era solo de 36° 8. La aparición de este hipo no nos alarmó; pues no se presumió su verdadera causa, por la consideración

de ser frecuente la aparición refleja de este síntoma en el curso de las afecciones génito-uritarias. El tratamiento á que fué sometido consistió en una perla de clorofor- mo cada dos horas y sinapismos en el epigastrio. Con este trata- miento no hubo modificación favo- rable en el paciente.

Al siguiente día amaneció con 36°8; el hipo era aun más tenaz que el día anterior, tuvo vómitos y dolor hacia el epigastrio.

Se le prescribió:

Bromuro de potasio.....	}	áá
Bromuro de sodio.....		
Hidrato de cloral.....		4 "
Agua destilada.....		120 "

M.

Para tomar una cucharada cada dos horas.

Se le practicó con el termo-cauterio de Paquelin una cauteriza- ción puntuada en la región epigás- trica. Durante este día se hizo más frecuente aún el hipo. En la tarde el termómetro marcó 36°6.

El 25 de noviembre amaneció con 36°8; el hipo siempre frecuen- te, el dolor epigástrico aun más intenso; presionando el nervio frén- ico al nivel de las inserciones in- feriores del músculo externo-clei- do-mastoideo, acusaba exquisita sensibilidad; el paciente se encon- traba en un estado de adinamia profunda, su pulso era pequeño y frecuente. Vista la persistencia del hipo y de los síntomas ya men- cionados, se dudó de que sólo se tratase de una manifestación re- fleja, y se pensó en algo más se- rrio. En efecto, auscultado el en- fermo se pudo notar obscuridad bastante marcada en la base del pulmón derecho y debilitamiento del murmullo vesicular en el resto de él; submacicez á la percusión en la base; respiración pueril del pulmón izquierdo. Teniendo en cuenta todos estos síntomas no se vaciló ya en diagnosticar una *pleu- resia diafragmática derecha*; lla-

mándonos sí la atención el que evolucionase sin fiebre.

Rectificado el diagnóstico, se abandonó la medicación á que pri- mitivamente se le había sometido, que no produjo ningún resultado, y se le prescribió un nuevo régi- men:

Muriato de amoniaco..	4 grm.
Agua destilada.....	120 "

M.

Para tomar una cucharada cada dos horas.

Un vejigatorio en la parte pos- terior y lateral derecha del pecho. Durante el día continuó más ó me- nos en el mismo estado. El ter- mómetro en la tarde de este día marcó 36°9.

Al día siguiente 26 de noviem- bre el termómetro marcaba 37°. El resultado obtenido con el nuevo régimen á que se sometió al pacien- te fué algo satisfactorio, pues la intensidad de todos los síntomas se había atenuado, y especialmen- te el hipo que ya no era tan fre- cuente. El termómetro marcó en la tarde 36°8.

El 27 amaneció con 36° y el es- tado de adinamia en que se encon- traba era bastante marcado; el hi- po y los demás síntomas, siempre persistían aunque no tan intensos. Se le prescribió además de la po- ción de muriato de amoniaco, otra para que alternase con ella cada dos horas, compuesta de:

Cafeína.....	}	aa
Benzoato de soda...		
Agua destilada.....		120 "

M.

Fricciones generales tres veces al día con

Trementina.....	80 gramos
Amoniaco líquido.....	6 "

En la tarde el termómetro mar- có 36°9.

Los días 28, 29 y 30 continuó hipotérmico, habiendo aumentado progresivamente y de una manera

alarmante la adinamia del paciente, no obstante la medicación estimulante empleada. El último de estos días falleció nuestro enfermo.

La necropsia confirmó el diagnóstico. Se encontró la pleura de la base del pulmón derecha engrosada y adherida á la pleura diafragmática. Mediante ligeras tracciones se pudo separar las pleuras, manifestando esto que la inflamación de dichas membranas era de data reciente. La base del pulmón derecho estaba congestionada. Los demás órganos nada de anormal presentaban.

## 2.ª OBSERVACIÓN

Hilario Perales, indio, natural de Trujillo, de 23 años de edad, soltero, de profesión herrero, de temperamento linfático y constitución débil, ingresó en el hospital "Dos de Mayo" el 30 de noviembre de 1891 y ocupó la cama núm. 54 de la sala de Santa Ana, perteneciente al servicio del Dr. D. Leonardo Villar.

Perales se hallaba afectado de una orquitis tuberculosa doble bastante típica; el escroto presentaba varios trayectos fistulosos, que mediante la presión dejaban salir un pus caseoso. Los demás órganos nada presentaban de anormal.

Se le propuso al enfermo la castración como único medio seguro de curación, pero se negó rotundamente á ello.

Durante los 30 días posteriores á su ingreso en el hospital, continuó más ó menos en el mismo estado y sometido al tratamiento que requería su afección.

El 31 de diciembre amaneció el paciente con hipo tenaz, dolor en el epigastrio, sensibilidad manifiesta á la presión del nervio frénico al nivel de las inserciones inferiores del músculo externo-cleido-mastoideo; su pulso era pequeño y frecuente, 36°8 de temperatura;

auscultados los pulmones nada anormal se pudo percibir. Se le sometió en ese 1er. día á la acción de una poción que contenía:

Bromuro de potasa...	8 grm.
Hidrato de cloral.....	4 „
Agua destilada.....	120 „

M.

Para tomar á cucharadas cada dos horas.

Sinapismos en el epigastrio.

El enfermo no experimentó con el régimen anterior ningún alivio. En la tarde, el termómetro marcó 36°4.

Al siguiente día amaneció con 36°9, su estado no era de los más halagadores, pues la intensidad de los síntomas y especialmente del hipo habia aumentado; á la auscultación se notó obscuridad hacia la base del pulmón derecho. Indudablemente que se trataba, no obstante la ausencia de fiebre, de un caso análogo al anterior; es decir, de una *pleuresía diafragmática derecha*. Teniendo en cuenta el diagnóstico formulado, se le sometió al siguiente régimen anti-flogístico:

Muriato de amoniaco.	4 grms.
Agua destilada.....	120 grms.

M.

Para tomar una cucharada. c. 2 hs;

Un gran vejigatorio en la parte inferior derecha del tórax; caldo y leche por alimento.

En el trascurso de este día y de la noche se notó algún alivio en los síntomas. El termómetro marcó en la tarde 37°.

En los tres días subsiguientes osciló la temperatura del paciente entre 36° 4 y 37° 2; el hipo fué disminuyendo paulatinamente de intensidad, lo mismo que los otros síntomas. En estos días continuó con sus cucharadas de muriato de amoniaco cada dos horas; leche y caldo por alimento.

Al 5.º día del tratamiento anterior amaneció con 37° 2, el hipo

y los otros síntomas habían ya desaparecido.—Continuó sin embargo durante cinco días más con el mismo régimen.

Una vez combatida esta enfermedad intercurrente, fué sometido el paciente á la misma medicación que se empleó durante los 30 primeros días de su ingreso en el hospital, y que consistió en iodoformo y lactofosfato de cal.

Perales abandonó el hospital á los pocos días, sin haberse logrado el convencerlo de la necesidad de curar su orquitis tuberculosa mediante la castración.

### 3.ª OBSERVACIÓN

Marcelino Panana, indio, de 54 años de edad, casado, sastre, natural de Huacho, ingresó en el hospital "Dos de Mayo" el 24 de setiembre de 1893 y ocupó la cama N.º 4 de la sala de Santa Ana, perteneciente al servicio del Dr. Villar.

Dijo haber padecido desde tres años há de una blenorragia, que descuidó y no se curó debidamente; desde entonces principió á sentir dificultad en la micción, notando al mismo tiempo que el chorro iba disminuyendo de calibre y tomaba al salir del meato una forma en tirabuzón; el mal continuaba adelante, pues algún tiempo después principió á arrojar sangre y pus por la orina y la emisión de ésta se hacía cada vez más dolorosa. En alternativas de agravación y mejoría continuó hasta que se decidió venir á medicarse en el hospital.

Examinado el paciente, manifestaba dolor intenso á la palpación de la región hipogástrica; la uretra era permeable á la sonda N.º 6, la que dejaba percibir dos estrecheces hacia la porción membranosa de ella; la orina contenía sangre y pus, que se percibían perfectamente á la simple vista, dejando reposar la orina en un vaso

de cristal; la micción era frecuente y muy dolorosa para el enfermo; en vista de este cuadro de síntomas se diagnosticó una *cistitis crónica*, consecutiva, ya á la estrechez uretral, ya á la propagación de la blenorragia á la mucosa vesical.

El estado general del paciente no era halagador, pues la adinamia era bastante marcada.

Se le prescribió el siguiente régimen: 2 perlas de trementina tres veces al día, y lavados de la vejiga dos veces al día con una solución de alquitrán al 10 % y ácido bórico al 4 %; á este régimen estuvo sometido durante seis días sin experimentar notable mejoría; por lo que además del lavatorio vesical con la solución bórica, se le hacían instilaciones de nitrato de plata al 1 %, siguiendo el consejo del profesor Guyon que las recomienda en el tratamiento de las cistitis crónicas; con esta nueva medicación local, á la que estuvo sometido durante varios días, experimentó algún alivio, pues la sangre y pus de la orina disminuyeron, lo mismo que el tenesmo vesical.

El 8 de octubre amaneció el enfermo con hipo frecuente, pulso pequeño, la temperatura axilar era de 37°; fué sometido á la acción de 2 gramos de bromuro de potasio y 12 miligramos de clorhidrato de morfina, 3 veces al día, continuando siempre con sus lavatorios vesicales como anteriormente; con dicho régimen no experimentó ningún alivio, por el contrario el hipo aumentó de frecuencia. En la tarde el termómetro marcó 36° 8.

Al siguiente día continuó con su hipo pertinaz, vómitos repetidos, dolor epigástrico intenso, la presión digital del nervio frénico al nivel del cuello era dolorosa; tenía 36° 5 de temperatura, la respiración disneica; auscultado el enfermo se notó marcada obscuridad en la base del pulmón izquierdo. Teniendo presente los casos anteriormente

observados, no se vaciló ya en diagnosticar una *pleuresía diafragmática izquierda*. El régimen a que desde luego fué sometido el paciente consistió en

Muriato de amoniaco 4 grms.  
Agua destilada..... 120 grms.  
M.

Para tomar por cucharadas c. 2 hs.

Un vejigatorio en el lado izquierdo del tórax.

Continuó con su lavatorio de solución bórica, habiéndose suspendido las instilaciones de nitrato de plata.

El termómetro en la tarde marcó 37°. Con el nuevo régimen, el enfermo parecía haber experimentado alivio, pues el hipo era menos frecuente.

El 10 de octubre amaneció con 36° 4, la frecuencia del hipo hacía sufrir al paciente una gran angustia, lo mismo que el vómito repetido que impedían el alimentarlo; el estado general del enfermo era bastante alarmante, pues su depresión era manifiesta. Se le prescribió siempre poción de muriato de amoniaco é inyecciones de 1 gramo de éter cuatro veces al día. El termómetro en la tarde marcó 36° 8. En la noche continuó en el mismo estado de gravedad.

El 11 amaneció con 36° 8, continuó en el mismo estado. Al régimen del día anterior se agregó una poción de 2 gramos de cafeína para que alternara con las cucharadas de muriato de amoniaco. El termómetro en la tarde marcó 36° 9. El día y noche los pasó sin modificación favorable.

El 12 el termómetro marcaba en la mañana 36° 2, la frecuencia del hipo no disminuía, lo mismo que la intensidad de los otros síntomas. Continuó con el régimen del día anterior, habiéndosele hecho una cauterización puntuada en la parte anterior é izquierda del tórax y en la región epigástrica. El termómetro marcó en la tarde 36° 8. En

el día y noche continuó en el mismo estado.

En los días 13 y 14 la gravedad del paciente aumentó aun más, la temperatura osciló entre 36° y 36° 9. Continuó con el régimen anterior, excepción hecha de los puntos de fuego.

El último día indicado terminó fatalmente el paciente en una adinamia profunda.

Practicada la autopsia, se encontró: las pleuras de la base de los pulmones adheridas á la pleura diafragmática, siendo más engrosada la del lado izquierdo; estas adherencias fueron fácilmente desprendidas, lo que manifestaba lo reciente de su formación y además que la inflamación en la pleura derecha había sido muy posterior á la de la izquierda.

Las bases y parte posterior de los pulmones estaban bastante congestionadas.

La vejiga presentaba su mucosa engrosada, reblandecida y congestionada en algunos puntos.

Los demás órganos nada presentaban de anormal.

Los tres casos de pleuresía cuya descripción hemos hecho, revelan circunstancias muy notables y dignas de tenerse en cuenta.

1.ª La de haber evolucionado en plena apirexia, más bien en hipotermia, pues en los tres la temperatura osciló entre 36° 6 y 37°.

2.ª La de haberse desarrollado en individuos que presentaban una superficie supurante en el aparato génito-urinario: en el 1.º, la superficie de sección de la uretra, á consecuencia de la uretrotomía que se le practicó; en el 2.º, una orquitis tuberculosa supurada, que se había abierto paso al exterior; y en el 3.º una cistitis crónica. Sin duda ninguna, los agentes morbosos fueron transportados desde esas superficies de supuración al torrente circulatorio, habiéndose implantado en los puntos que le ofrecían con-

diciones favorables á su evolución, es decir, en las pleuras, las que se inflamaron consecutivamente.

3.<sup>a</sup> Nos revelan por último, que lesiones anatomo-patológicas al parecer insignificantes, pueden tener un resultado fatal, como ha sucedido en dos de los casos. El hipo por su repetición insesante ha sido suficiente por sí solo para actuar como inhibidor y producir consecutivamente una sideración profunda en los centros nerviosos vitales; sideración que prolongada mucho tiempo produjo inevitablemente la muerte.

Para terminar, diremos algo sobre la *apirexia*, que es el principal síntoma que ha llamado la atención en nuestros enfermos.

El profesor Teissier tratando de darse una explicación sobre la apirexia, expone hipótesis así de otros clínicos, como la que se desprende de sus investigaciones al respecto:

Para algunos, entre ellos Tiessinger, los centros reguladores térmicos, pueden ser excitados ó paralizados según el grado de virulencia de los gérmenes infecciosos; á una virulencia considerable correspondería una excitación con hipertermia; á una virulencia mayor, la parálisis con ausencia de reacción febril, ó bien hasta con hipotermia.

El profesor Bouchard, de sus importantes estudios sobre las toxinas microbicas deduce otra hipótesis al parecer más aceptable; según dicho profesor, de las toxinas eliminadas por las orinas, las más producen hipertermia, las otras hipotermia.

Teissier, Roux, Pittion, Gilbert, Boix y otros han extraído toxinas de los agentes patógenos de diferentes enfermedades, é inyectadas en el torrente circulatorio, han obtenido una acción hipotérmica. Estos estudios corroboran la hipótesis de Bouchard; pero antes de aceptar dicha hipótesis conviene investigar en qué circunstancias y por

qué causas se producen y predominan en el organismo, ya las toxinas hipotérmicas, ya las hipertérmicas.

Por lo que á nosotros respecta, creemos que en los casos de pleuresía, que hemos referido, además de la acción que puedan haber tenido las toxinas hipotérmicas para producir la apirexia, el hipo tenaz que acompañaba á la enfermedad en toda su evolución, ha actuado como inhibidor de los centros termógenos y contribuido también á disminuir la temperatura del organismo.

Lima, setiembre de 1894.

DR. M. GONZÁLEZ OLAECHEA.

## SECCION EXTRANJERA

### LA ANTITOXINA DE LA DIFTERIA

POR EL DR. MARTÍNEZ VARGAS

(Conclusión) (1)

#### ENSAYOS PREVIOS

Antes de tratar niños con este suero se ha ensayado su eficacia en los animales inoculados con difteria sobre la membrana mucosa á fin de aproximarse todo lo posible á las condiciones naturales. Las cavias hembras favorecen esta clase de experimentos, porque se puede producir la difteria en la vulva y en la vagina y observar lo que ocurre después de la inyección del suero. Si se practica la inyección 12 ó 24 horas después del desarrollo de la membrana, la enfermedad se detiene y los animales curan, al mismo tiempo que los animales no inyectados mueren en 4 ó 6 días. Pocas horas después de la inyección del suero terapéutico, la rubicundez é hinchazón de los tejidos disminuyen, la membrana se des-

(1) Véase el número anterior.

prende por sí sola, y la membrana mucosa se restablece con prontitud; de suerte que el suero, no sólo se opone al envenenamiento general, sino que su acción sobre la lesión local es muy marcada. Son de lo más interesante los experimentos hechos con los conejos inoculados en la tráquea, por que la difteria así engendrada reproduce exactamente la difteria de los niños; esos conejos con difteria traqueal mueren de 3 á 5 días si no son tratados con el suero; los sometidos á éste en cantidad suficiente, aún 12 y 24 horas después de la inyección diftérica, curan. Más difícil es, sin embargo, curar los conejos inoculados en la tráquea con una mezcla de bacilos diftéricos y estreptococos, por ser esta la forma más grave de todas; en los niños es el factor que más frecuentemente determina la bronco-pneumonia; lo mismo ocurre con los conejos.

El suero antidiftérico es capaz de curar las formas de difteria con complicaciones si se aplica dentro de las 12 horas primeras y se dan dosis fuertes de suero, con ciertos intervalos. Nuestros conejos tratados después de las 12 horas han sucumbido en la mayoría de los casos con focos de bronco-pneumonia, en los cuales se descubrió el bacilo de Klebs-Loeffler asociado con el estreptococo. Si el suero falla en estos casos no es porque se impida su acción sobre la toxina diftérica, sino porque no estimula con suficiente energía aquellas células anonadadas por los productos de los estreptococos. Estos experimentos sobre los animales fueron la natural é indispensable preparación para el tratamiento de la difteria en los niños.

#### APLICACIONES PRÁCTICAS Y RESULTADOS

El 1° de febrero de 1894 se empezó á tratar los casos de difteria en el Hospital de *Enfants Malades*, previa la cooperación de los médicos del establecimiento, J. Simon Descroizilles y Grancher y en los mismos pabellones en que años

atrás, Yersin Martin y Chaillou habían estudiado la difteria. Con varios caballos bien inmunizados para usar el suero en grandes cantidades y sin temor de quedar cortos, se sometía á todos los niños al tratamiento, cualquiera que fuera el estado en que se encontrasen. No se hacía selección alguna, de suerte que pueden compararse los resultados obtenidos en los mismos meses, con este y sin este tratamiento. No se cambió nada en la terapéutica de los niños, los tóxicos continuaron iguales; lavatorios con glicerina y ácidos bórico y salicílico. El único elemento nuevo era el suero; á éste pues deben atribuirse únicamente los cambios observados. Las estadísticas de la difteria se han recogido con gran esmero. Los experimentos se han verificado desde el 1.° de febrero al 24 de julio, en los meses de invierno en que la difteria es común y grave, y en los de verano en que es mucho menos frecuente. En el hospital Trousseau donde también se reciben niños con difteria no se utilizó el suero en cuestión, hecho que sirve perfectamente para establecer comparaciones. En los 4 últimos años la mortalidad total en los niños diftéricos asistidos en esos pabellones ha sido de 51.71 por ciento. Desde 1.° febrero á 24 julio 1894, se ha aplicado el suero á 448 niños admitidos en el hospital y se registraron 109 defunciones, ó sea una mortalidad de 24.5 por ciento; subsistiendo las mismas condiciones la diferencia entre 51.71 por ciento y 24.5 por ciento es la medida del beneficio procurado por el tratamiento. En los meses de febrero, marzo, abril, mayo y junio 520 niños fueron admitidos en el Hospital Trousseau con difteria y en quienes no se utilizó el suero: de ellos murieron 316; mortalidad de 60 por ciento. No puede decirse, pues, que esta epidemia fuera benigna.

Conviene hacer algunas distinciones entre la angina y el garrotillo que reclama la traqueotomía. *Angina*. Durante los cuatro últimos años la mortalidad media por

angina ha sido en el hospital de niños de 33.94 por ciento; durante los meses de tratamiento por el suero, de 12 por ciento; en el Hospital Trousseau de 32 por ciento.

*Garrotillo operado.*—La mortalidad media en estos 4 últimos años en el hospital de niños fué de 73.19; desde febrero á julio, de 49 por ciento. En ese mismo espacio de tiempo sin el suero ha sido en el Hospital Trousseau, de 86 por ciento. Comparados los resultados estadísticos, surge una demostración elocuente de los buenos efectos del suero antidiftérico.

Pero es preciso separar de estas estadísticas aquellos casos que no era de difteria legítima, producida por el bacilo Klebs-Loeffler, pues tales caso, frecuentes, son benignos por lo general; las estadísticas exactas con angina y laringitis perfectamente definidas como diftericas por el microscopio, rebajan de los 448 casos, 128 que no padecían difteria y 28 que murieron á poco de ingresar en el hospital y en los cuales no se utilizó el suero; quedan pues, 300 niños diftéricos sometidos al nuevo remedio; de ellos murieron 78; mortalidad de 26 por ciento; en esos mismos pabellones la mortalidad de la difteria diagnosticada microscópicamente era de 50 por ciento. La ventaja es por lo tanto notoria.

En cuanto ingresaba un niño se le hacía sistemáticamente en la piel de las partes laterales del abdomen una inyección de 20 c. c. de suero de caballo inmunizado (actividad de 50,000 á 100,000); si el examen bacteriológico no confirmaba el diagnóstico de difteria, no se repetía la inyección: 128 casos de angina simple sometidos á ésta evolucionaron sin el menor inconveniente y antes bien al parecer obtuvieron cierta mejoría; permanecieron por la proximidad á los otros niños expuestos varios días al contagio sin contraer la enfermedad y esto puede invocarse en apoyo del poder profiláctico; hecha la inyección convenientemente en el tejido celular subcutáneo, no era do-

lorosa y en pocos minutos quedaba reabsorbido el suero.

En los niños diftéricos se hacía á las 24 horas otra inyección de 20 c. c. ó de 10, la cual bastaba por punto general para completar la curación. El pulso y la temperatura servían de guía á partir de ese momento, pues si era aquélla elevada se repetía la inyección; mientras la temperatura no descendía á 38° se insistía en la antitoxina, porque era indicio de que podía malograrse la curación; el peso medio de los niños tratados era de 14 kilos; recibían por lo tanto desde la primera inyección un poco más de la milésima parte de su peso de suero. La cantidad mínima de suero inyectado fué de 20 c. c.; la máxima de 125 c. c. En la convalecencia aparecieron algunas erupciones mal definidas, sin fiebre, que se parecían á la urticaria, las cuales pueden achacarse al suero. Además de éstas aparecieron otras erupciones que determinaban estados febriles, se presentaban en los casos de difteria complicada, y eran análogos á los síntomas infecciosos consecutivos á la angina.

Las modificaciones principales determinadas por el suero sobre la angina diftérica son las siguientes: el estado general se mantiene bien ó mejora rápidamente con tal que el tratamiento no se haya comenzado mucho tiempo después de la infección. Las caras pálidas y descompuestas no se ven apenas en las salas; la expresión de los niños es más viva y alegre; se acorta la duración de la enfermedad, el apetito aparece pronto y el enflaquecimiento es ligero. Las complicaciones que siguen á la difteria son más raras; se han observado muy pocas parálisis del velo del paladar y esas de corta duración, 1 caso de parálisis de la extremidad inferior, y uno de parálisis total acaecido en la convalecencia de un niño que se admitió moribundo el sexto día de enfermedad; 3 niños murieron por síncope: 1 en menos de 24 horas; otro dentro de las 26 inmediatas á su ingreso, un tercero 5 días des-

pués de haber comenzado el tratamiento.

La falsa membrana deja de crecer en las 24 horas siguientes á la inyección y se desprende por sí sola dentro de las 36 ó 48, á lo más tardar en el tercer día; el bacilo diftérico desaparece de la garganta simultáneamente con la membrana. Más frecuentemente, los cultivos dejan de producir colonias diftéricas desde el tercero al quinto día. El efecto del suero sobre la lesión local es, por tanto, muy manifiesta. La temperatura cae pronto por la acción del suero, en los casos de angina menos grave, el descenso comienza en la mañana siguiente al día de la inyección y no se prolonga de todos modos más allá del segundo día; la defervescencia es rápida, cual si la enfermedad se hubiera parado de pronto; antes de tal tratamiento no se veía semejante descenso térmico, el cual es un buen signo pronóstico. En la forma grave de angina no basta una sola inyección para ocasionar ese descenso de temperatura; la defervescencia sólo comienza después de la segunda ó tercera inyección y se realiza por lisis. El pulso vuelve á la cifra normal 2 ó 3 días después que la temperatura; las pulsaciones ya disminuyen en la angina grave, pero sólo de un modo transitorio, pues suben de nuevo á 120 y se sostienen en ese grado antes de bajar al normal. No se han observado aquellas irregularidades del pulso de que antes se hablaba tanto en la covalencia; la albuminuria también es menos frecuente y de menor duración.

Los niños en quienes la angina era de bacilos y estreptococos, más grave de por sí que la angina de bacilos, obtuvieron un éxito menor del suero: en tales casos, sólo fué eficaz inyectando dosis fuertes y repetidas. A pesar de la intervención enérgica, la enfermedad es de mayor duración y la temperatura y el pulso entran en la normalidad mucho más despacio; no aparece el descenso térmico bruscamente; siempre se presenta de

un modo gradual; la bronco-neumonía es una complicación formidable que amenaza siempre en esos casos. Es conveniente por tanto separar las estadísticas de estos casos y las de esos otros de angina de bacilos puros.

De los 300 diftéricos 169 tenían angina; 120 la de bacilos; de ellos murieron 9; mortalidad 7.5 por ciento; suprimiendo 7 niños que apenas estuvieron en las salas 24 horas, quedan 115 casos de angina pura con 2 muertes: mortalidad de 1.7 por ciento. 49 niños tuvieron angina con estreptococos: 12 muertes: mortalidad de 24.2 por ciento. Si se suprimen 4 casos que no estuvieron ni 24 horas en las salas, quedan 45 casos de angina asociada, con 8 muertes: mortalidad de 17.7 por ciento. Todas ocurrieron en los casos de anginas asociadas con estreptococos. Estos casos de angina suben á 35 con 12 muertes y una mortalidad de 34.2 por ciento. Rebajando 4 niños que no han permanecido en el hospital un día, quedan 31 casos con 8 muertes: mortalidad de 25.8 por ciento. Esta misma variedad de angina con estreptococos en este hospital había ocasionado anteriormente una mortalidad de 87 por ciento. Cuando la difteria se extiende á la laringe y se necesita la traqueotomía, la enfermedad es mucho más grave; se han de dar más abundantes y más numerosas inyecciones; la tráquea y la laringe se despejan pronto de membranas y puede extraerse la cánula más pronto, desde el tercero al cuarto día después de la operación; la mortalidad sube en esas circunstancias por la bronquitis y sobre todo por la bronco-pneumonía que es la peor de las complicaciones por ser muy común en la difteria de bacilos y estreptococos; entonces la afección sigue un curso mucho más rápido y el suero es de menor efecto; la clínica coincide en este punto con la experimentación.

Han sido operados de traqueotomía 121 niños con difteria; 56 murieron: el 45 por ciento; abviértase que la mortalidad antes de usar el

suero era de 68 por ciento. También debe distinguirse aquí entre el garrotillo solo y el asociado. Los del puro suman 49; 15 defunciones: mortalidad de 30'9 por ciento; rebajando 4 casos rápidos quedan 45; 11 muertes: mortalidad 24,4 por ciento.

Los casos de garrotillo mixto eran 72; 41 murieron: mortalidad 58'3. Deducidos 10 casos fulminantes quedan 62 con 31 defunciones; mortalidad del 50 por ciento. La anterior al uso del suero subía á 80. A los 121 casos de garrotillo operados, deben añadirse 10 casos más que no sufrieron operación; los niños ingresaron en el hospital sin falsas membranas en la garganta; sin embargo, los cultivos sobre el suero dieron numerosas colonias del bacilo Klebs-Löffler; padecían, por tanto, garrotillo diftérico desde el principio; la tos áspera, estridente, la voz ronca, la dificultad respiratoria hicieron pensar pronto en la necesidad de la operación, pues bajo el influjo del suero, disminuyó la obstrucción inspiratoria que sólo reapareció por intervalos, expulsaron los niños la falsa membrana, y al cabo de dos ó tres días la inspiración era normal; en un niño con la respiración obstruida no dejaremos de operar; se inyectará el suero y se aguardarán los resultados; de todos modos desde la aplicación del suero ha disminuído el número de traqueotomías en el hospital de niños. En 1891 y 92, de 100 diftéricos se traqueotomizaba lo menos la mitad; ahora de 300 niños sometidos al suero, sólo 121, el 40 por ciento, han sido operados. Muchos quizá habrían escapado de la operación si se les hubiera aplicado más pronto el suero; éste hará que sustituya á la traqueotomía la intubación, porque no se trata de dejar un tubo en la laringe varios días, pues bastará con unas 24 ó 48 horas á fin de ganar tiempo para impedir la asfixia inminente y aguardar el desprendimiento de la membrana. Esta práctica será el complemento del suero antitóxico.

En el tratamiento local, de la

placa diftérica, auxiliar de las inyecciones se proscriben en absoluto todo cáustico, y toda substancia venenosa; se usará al día 2 ó 3 veces un lavado de agua bórica ó mejor de agua á que se añaden 50 gramos de licor de Labarraque por litro. Nada de ácido bórico ni de sublimado; es preferible el agua hervida á los líquidos antisépticos que puedan ser tragados por los niños.

Es de suponer que estas estadísticas ofrecerían cifras más favorables al procedimiento de ser otras las condiciones del Hospital de Niños Enfermos, de poderse aislar los enfermitos, pues basta decir que de estos 300 diftéricos 85 tenían otras afecciones: 33, sarampión; 13, escarlatina; 6, tuberculosis; 3, tos ferina; 3, viruela y 39 bronco-pneumonia. Esta última es temible en los niños traqueotomizados; es contagiosa y es casi seguro que un caso engendrará otro si está en la misma sala. Desde abril, Roux ha tratado de evitar esta infección pulmonar, inyectando en la tráquea después de la traqueotomía 2 ó 3 c. c. de una solución de aceite de almendras dulces y 5 gramos de mentol y 1 de guayacol por ciento. Repetidas estas inyecciones día tras día mientras está aplicada la cánula, ha contribuído mucho á curar la enfermedad.

Sin embargo, lo mejor de todo es aislar los niños afectos de bronco-pneumonia y los de difteria con asociación de estreptococos y estafilococos.

Apesar de todo, el uso del suero ha bajado la mortalidad en un grado no alcanzado todavía y hemos de conceder gran mérito al descubrimiento de Behring que aún nos ha de procurar mayores ventajas. Estas se sintetizan de un modo evidente disminuyendo la gravedad una vez contraída la dolencia y en cierta acción protectora que se utilizará en aquellos niños sanos que hayan de estar cerca de otro diftérico, toda vez que su virtud preventiva es de corta duración y de plantearla como sistema general correríase el riesgo

de una operación inoportuna é inútil.

(*Arch. de Gin., Obst. y Pediatría*).

## NOTAS CIENTÍFICAS

### Nuevos Medicamentos

16. **La lisidina.** — Esta es una substancia idéntica á la etileno—etenildiamina (de A. W. Hofmann). El profesor Ladenburg, director del Laboratorio de Química en Breslau, ha encontrado un procedimiento que permite obtenerla fácilmente por la destilación en seco del acetato de soda y del clorhidrato de etileno—diamina. La lisidina es un cuerpo cristalino, de color blanco rosado, que desprende un olor de ratones; se disuelve con facilidad en el agua y presenta reacción fuertemente alcalina. Es un disolvente del ácido úrico cinco veces más poderoso que la piperazina. No es tóxica, de lo cual ha podido convencerse el Dr. Ladenburg por experimentos en los animales.

Ensayos terapéuticos instituidos recientemente con la lisidina en dos enfermos de la clínica del Dr. Gerhardt, profesor de medicina interna en la Facultad de Medicina de Berlín, por su asistente el Dr. Grawitz, han demostrado que esta substancia tiene real valor como medio de tratamiento de la diátesis úrica.

Uno de los enfermos, de 60 años, era atacado de un acceso de gota agudo: el dedo gordo izquierdo estaba muy enrojecido é hinchado, y el menor movimiento provocaba en él intensos dolores. Se comprobó, además, engrosamientos al nivel de las articulaciones de los dedos del pie y tofus localizados sobre la parte plantar del dedo gordo derecho y sobre el borde libre del pabellón de la oreja del mismo lado. Se administró la lisidina en un medio vaso de agua de Seltz. El enfermo tomó 1 gramo el primer día, 2 el segundo, 3 el ter-

tero, 5 el cuarto y 2 gramos 50 centigramos los dos días siguientes. En seguida se interrumpió el tratamiento por haberse agotado la provisión del medicamento. Bajo la influencia de esta medicación se pudo comprobar una disminución considerable del dolor y de la tumefacción del dedo enfermo; pero después que se hubo cesado temporariamente el uso de la lisidina, se vió reaparecer poco á poco todos los fenómenos morbosos agudos: dolor, tumefacción, rubicundez y calor. Días después se recobró el uso de la lisidina á la dosis cotidiana de 5 gramos. Desde el segundo, la tumefacción del dedo había casi desaparecido; el quinto día no existía ya trazas de la afección: la presión más enérgica y aun los movimientos forzados no provocaban ya el menor dolor en el dedo gordo izquierdo. Al día siguiente el paciente abandonó la clínica completamente curado.

El segundo enfermo presentaba bien claras manifestaciones de gota crónica. Era un hombre de 54 años, obeso, de color pálido. Se veían en él tofus más ó menos voluminosos situados en las articulaciones de los dedos del pie, sobre el tendón de Aquiles derecho, sobre el pabellón de la oreja y sobre el borde libre de la epiglottis un poco á derecha de su parte media. El enfermo se quejaba también de dolores en la articulación de la espalda izquierda y en la pierna derecha. Al principio fué tratado por el salicilato de litina y los alcalinos, pero sin suceso; después se le administró lisidina á dosis progresivamente crecientes de 1 á 5 gramos por día. Desde el 5.º día de este tratamiento, cuando hubo alcanzado la dosis de 5 gramos, se pudo comprobar una disminución bien clara del volumen de los tofus. El enfermo debió abandonar el hospital después de 25 días de tratamiento. En este momento los movimientos de las grandes articulaciones eran completamente indolores, el tofus de la epiglottis había desaparecido dejando una pequeña cicatriz lisa y todas las otras tu-

mefacciones gotosas habían disminuído considerablemente de volumen.

Grawitz ha administrado igualmente la lisidina á un individuo afecto de reumatismo articular agudo, pero sin obtener ningún efecto terapéutico apreciable. Por el contrario, la antipirina, á la cual se recurrió después en este mismo enfermo, produjo una curación rápida.

En las observaciones del Dr. Grawitz, la lisidina siempre ha sido bien soportada y nunca ha provocado trastornos digestivos ni albuminuria. El gusto del medicamento no es desagradable, sobre todo si se toma en agua gaseosa helada.

(*La Semaine Médicale*).

## CRONICA

**El doctor Mazzei.**—Después de dos años de permanencia en la vecina República de Bolivia, se halla definitivamente establecido entre nosotros el renombrado especialista en enfermedades de los ojos Dr. Mazzei, á quien enviamos nuestro respetuoso y cordial saludo, ofreciéndole á la vez las columnas de nuestro periódico, para que publique en ellas lo que juzgue conveniente publicar en relación con la difícil especialidad á que está dedicado desde mucho tiempo há, y en la cual le vemos hacer cada día importantes progresos.

## Aforismos del Dr. Letamendi

(Continuación) (1)

Lo peor de un oído enfermo es que haya comenzado á enfermar.

Nunca certifique de la curación de un loco; en último caso, redúcese á afirmar que desde tal ó cual fecha no ha dado tu cliente la menor muestra de sinrazón.

Convaleciente que no prospera en fuerzas alimentándose bien, ó no es aún tal convaleciente, ó come en demasia.

La enorme reducción que con los años todo médico hace en su arsenal terapéutico, no es obra de escepticismo, sino de sabiduría: por esceptico suprimiéralos todos.

Con sólo ocho ó diez colores puros pinta un Velásquez todos sus cuadros, mientras que con cien tintas preparadas no acierta un pintor novel á imitarlos. Así, el médico experto llega á averiguar que con ocho ó diez remedios fundamentales se cura todo lo curable y con menos riesgo de daño.

La vera agonía no admite tratamiento: en ella todo excitante es anticipo de muerte, por abusos de un remanente vital ya irreproductivo.

Peligroso aforismo el de *Quae initiata juvant, continuata sanant.*

Los períodos morbosos como las estaciones anuas, no sólo reclaman el uso de lo diferente, sino que aún, á veces, el de lo opuesto.

(*Continúa.*)

(1) Véase el número anterior de *La Crónica Médica*.

## BIBLIOGRAFIA

### TRATADO DE FISILOGIA HUMANA

La BIBLIOTECA ECONÓMICA que edita nuestro estimado colega la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, acaba de enriquecerse con la publicación del excelente TRATADO DE FISILOGÍA HUMANA, incluyendo la *histología y la anatomía microscópica y con aplicación especial á la práctica médica*, del sabio profesor de la Universidad de Greifswald Dr.

L. Landois, que ha sido fielmente traducido de la OCTAVA Y ÚLTIMA EDICIÓN ALEMANA por el Dr. D. Rafael del Valle y Aldabalde.

La aparición de esta obra en España, constituirá un verdadero acontecimiento científico como lo ha sido en Austria, Alemania, Inglaterra, Italia y Francia donde ha merecido los más encomiásticos elogios de toda la prensa y clase médica, porque en efecto, el TRATADO DE FISIOLÓGIA HUMANA del doctor Landois, es una obra completamente nueva, escrita desde un punto de vista muy diferente del que ha servido de base para la publicación de las obras análogas que hasta el día conocemos. El notable TRATADO DE FISIOLÓGIA HUMANA del ilustre profesor Landois no es un libro destinado sólo á los médicos de laboratorio, sino una obra eminentemente práctica escrita exprofeso para el médico clínico, al objeto de facilitarle considerablemente los conocimientos más indispensables para el mejor ejercicio de su profesión. A tal punto es una verdad lo que decimos, que de ella se han hecho OCHO EDICIONES alemanas, CUATRO inglesas, DOS rusas, DOS francesas y UNA italiana. La EDICIÓN ESPAÑOLA ha sido declarada de texto en varias de nuestras Facultades y en algunas de las de América.

Forma dos elegantes tomos de 1250 páginas esmeradamente impresas en excelente papel y con numerosos y magníficos grabados intercalados en el texto.

Se halla de venta en la Administración de la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, Preciados, núm. 33, bajo, Madrid, y en esta capital en la Librería "El Siglo", plazuela de la Merced n.º 218.

## ANUARIO INTERNACIONAL DE MEDICINA Y CIRUGIA

La importante revista semestral ANUARIO INTERNACIONAL DE MEDICINA Y CIRUGIA, que con tanto éxito viene publicando la Casa Editorial BAILLY-BAILLIERE É HIJOS, bajo la dirección del doctor REBOLES Y CAMPOS, cuenta hoy con un nuevo volumen, que, como todos los anteriores, atestigua el esmero con que se compilan los trabajos que referentes á las ciencias médicas han publicado los más ilustres profesores del mundo civilizado.

Nada podemos agregar á cuanto se ha dicho de esta utilísima revista. Conocidísima es su importancia por todas las personas amantes de su profesión y de los progresos de la ciencia, no sólo por el texto escogidísimo, sino también por el *Formulario* que va al final de cada tomo. Su coste es demasiado ínfimo, tanto más cuanto que con ella se dan á los suscritores, como primas, obras de Medicina y Cirugía de reconocido mérito.

## SUPLEMENTO XIV A LA OFICINA DE FARMACIA ESPAÑOLA

Hemos tenido el gusto de recibir el SUPLEMENTO XIV Á LA OFICINA DE FARMACIA ESPAÑOLA, según *Dorvault*, publicado recientemente por la casa editorial BAILLY-BAILLIERE É HIJOS.

Este *Anuario Farmacéutico-Médico*, redactado en presencia de los trabajos más modernos, publicados en periódicos, formularios y obras de reconocida utilidad, tanto de España como del extranjero, es de una importancia tan indiscutible como necesaria es su posesión á los farmacéuticos y médicos, no sólo por condensarse en un volumen relativamente pequeño todos los adelantos y descubrimientos hechos en las ciencias médico-farmacéuticas últimamente, sino también por facilitar á sus suscritores la adquisición de notables obras que como prima da la Casa Editorial.