REPUBLICA DE COLOMBIA. — DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

AÑO VI. | Medellín, Enero de 1895 | NUM. 8.º

GRAN DESCUBRIMIENTO DEL DR. ROUX

CURACION DE LA DIFTERIA

¿El remedio de la difteria, es decir, el modo de curar la terrible infección microbiana que produce la angina lardácea, el croup contagioso, se ha encontrado al fin? A esta cuestión responden afirmativamente la Academia de Medicina de París, y la mayor parte de los periódicos científicos de Europa.

A M. Roux, el connotado discípulo y colaborador de M. Pasteur, es á quien se debe tan importante descubrimiento. Este sabio médico, colaborador de los químicos del Instituto de la Calle Dutot, por recomendación especial de M. Vulpian, siguiendo los principios pasterianos, ha venido, al fin, á complementar los trabajos de Lœffler y Behring, de Martín y de Chaillou.

Después de largos años de investigaciones experimentales y clínicas, el ilustre Dr. E. Roux ha llegado á adquirir el convencimiento de que por medio del suero antidiftérico se obtiene la curación del croup, y así lo ha comunicado en un informe notable al Congreso de Buda-Pesth, en Octubre del año próximo pasado. Para aplaudir este feliz descubrimiento todas las madres se unirán á los hombres de ciencia, ya que se trata de combatir el terrible flajelo que ha llenado

de consternación y de luto los hogares, y que ha arrebatado tántos millares de existencias, haciendo sufrir á los niños terribles padecimientos.

Entre las reglas de higiene presentadas por la sección francesa al Congreso Internacional de Buda-Pesth, figura la siguiente del Dr. Roux.

"Aconsejar á las madres de familia que examinen la garganta de sus niños, desde que se les note algún malestar, por ligero que éste parezca. Si la mucosa presenta puntos blancos diseminados en la superficie, deberán, sin pérdida de tiempo, llamar á un médico".

Es cierto que esas manchas blancas pueden ser el indicio de una angina simple; pero también lo es que pueden constituir el primer síntoma del croup contagioso; y en ambos casos el médico debe practicar una inyección sub-cutánea del suero antidiftérico. Si se trata de una angina simple, el remedio no ocasionará ninguna complicación, y si de la difteria, el específico la detendrá de una manera cierta.

El suero se extrae de la sangre de un animal que haya sido previamente vacunado contra la difteria. La Seroterapia, como han bautizado este método los discípulos de M. Pasteur, está produciendo sorprendentes resultados.

M. Roux ha dado la preferencia entre los animales al caballo, por ser este noble cuadrúpedo al que más fácilmente se le puede conferir la inmunidad, y porque soporta con mayor valor la extracción de la sangre que ha de dar el suero antidiftérico.

En el Instituto Pasteur—en esa morada de sabios en donde no penetran los ruidos del mundo—pueden

verse, en el fondo del jardín, varios caballos jóvenes instalados y bien nutridos, en lujosos establos, de los cuales se extrae el suero salvador, que tántas víctimas arranca hoy á la muerte. Estos inconscientes benefactores sólo difieren de los demás de su especie en que tienen, en el cuello, una lesión muy pequeña por la cual se extrae de la yugular la sangre que debe suministrar la preciosa linfa antidiftérica; ellos no sufren con la operación, puesto que al día siguiente se les ve satisfechos acercarse á su pesebre bien provisto, ignorando, sin duda, el beneficio que prestan á la humanidad.

Vulgarmente se ha creído que la difteria siempre mata por asfixia, y esto no es cierto; si así lo fuera la traqueotomía salvaría á los niños atacados. Hoy está comprobado, por las experiencias del Dr. Roux y de su discípulo Yersin, que el microbio diftérico que pulula sobre las falsas membranas secreta un veneno que inficiona más ó menos pronto la economía, según la violencia de los ataques. Los notables observadores, arriba mencionados, son los primeros que han descubierto esta *toxina*, y han probado que los diftéricos siempre mueren envenenados.

Veamos ahora algunos datos estadísticos.

Después de profundas meditaciones y de repetidas experiencias empezó M. Roux, desde el 1.° de Febrero de 1894, á prodigar sus cuidados á los niños diftéricos. En los hospitales que visitaba no hacía elección ni distinción en la edad de los pequeños enfermos, así como tampoco cambiaba el tratamiento local: conservaba, por consiguiente, la glicerina, el ácido bórico, el salicílico &c. Siendo, pues, el suero el único

elemento nuevo que introdujo, bien se puede colegir que á éste, *únicamente*, se deben los benéficos resultados obtenidos.

En el transcurso de los años de 1890, 1891, 1892 y 1893 fueron recibidos en el Hospital de niños, en París, tres mil novecientos setenta y uno atacados de croup, de los cuales murieron mil veintinueve, es decir, 52°/₀. Por el contrario, de 448 niños que fueron sometidos, en seis meses del año próximo pasado á la aplicación de la linfa anticroupal, no murieron sino 109, es decir 24°/₀.

En el mismo período, en el Hospital Trousseau, de 520 niños diftéricos murieron 316, ó sea, el 60°/₀.

Según el informe de M. Roux, presentado al Congreso de Buda-Pesth, 300 niños atacados de difteria indudable, han dado una mortalidad de 26°/₀ en vez de 50°/₀ que ha sido la mortalidad ordinaria en dicha afección.

En Alemania han sido publicadas también estadísticas favorables, en las cuales la mortalidad aparece disminuida á 28, 26 y hasta 23°/₀.

Los DD. Bergeron y Cadet que siguen, en el Hospital Trousseau, el tratamiento seroterápico en los niños diftéricos, han obtenido notables resultados, observando que después de la inyección hay remisión rápida de la fiebre y ausencia de palidez, de tristeza y de abatimiento, y por consiguiente, un estado general muy satisfactorio.

¿Cómo se practican las inyecciones antidiftéricas?

El tratamiento es muy sencillo. Se elige una jeringa hipodérmica que pueda contener 20 centílitros

del suero extraído de la sangre de un caballo previamente vacunado. La jeringa debe estar terminada en una aguja de 2 centímetros de largo, que es la que se introduce, bajo la piel, en el costado del enfermo. El líquido forma bajo la dermis un inflamiento del grueso de una nuez, el cual se reabsorbe antes de diez minutos. El dolor producido por la operación es el de una simple picadura. Casi siempre una sola inyección es suficiente: M. Roux nunca ha aplicado más de dos.

Un diario europeo dice hablando del resultado de la inyección: "Después de ella no tarda en bajar la temperatura; las falsas membranas dejan de aumentar en las 24 horas siguientes, al cabo de 36 horas se desprenden y con esto desaparece de la garganta el bacilo de la difteria. Ya no se ven en las enfermerías esos rostros pálidos, de color plomizo, que á gritos no interrumpidos daban á conocer sus angustias y dolores: en cambio se ven semblantes sonrosados y alegres"

M. Pasteur, en una elocuente carta, da las gracias al Redactor de "*El Fígaro*" por la suscripción que ha abierto en pro del descubrimiento de M. Roux. En este documento manifiesta, el ilustre Pasteur, la satisfacción que ha experimentado al ver que los suscriptores todos han sido los niños, y que los padres han hecho figurar en las listas hasta los nombres de los que han perdido; haciendo de esta manera que los parbulillos, aun los que han muerto, vengan á ser con su entusiasmo y su dinero los protectores del gran descubrimiento que ha de arrancar á la muerte tántcs millares de preciosas existencias. La suscripción hasta Noviembre del año pasado había producido 170,000 francos.

M. Straus termina su informe, rendido á la Academia de Medicina, el 16 de Octubre de 1894 pidiendo "que la Academia emita un voto favorable acerca del empleo del suero antidiftérico y, además, que formule su parecer en el sentido de que el Instituto Pasteur sea colocado en condiciones de poder hacer frente á los pedidos del suero que se le dirijan, ora por los médicos ora por los poderes públicos".—(*Fue aprobado*).

En cuanto al suero, está averiguado que puede conservarse sin alteración, durante un año, siempre que se ponga al abrigo de la luz. La experiencia demostrará si puede guardarse sin inconveniente por más tiempo. Puede mantenerse en las oficinas de farmacia y en el despacho de los médicos. Es, pues, la ocasión de que los farmacéuticos de esta ciudad, y sobre todo nuestra sabia Corporación médica, se apresuren á pedir á Europa la preciosa linfa antidiftérica.

Medellín, Enero de 1895.

PABLO ISAZA ESCOBAR.

¿FIEBRE PUERPERAL O TIFOIDEA?

Acaba de morir la Sra. S. M. de M., de 24 años de edad y madre de cinco hijos, víctima de una enfermedad cuyas circunstancias nos hicieron vacilar en el diagnóstico, entre las dos enfermedades con cuyos nombres encabezamos este escrito. En efecto, la Sra. de M., cuya madre falleció hace tres meses de una afección cardíaca, dio á luz el 5 de los corrientes su quinto hijo, en cuyo parto fue tan feliz como puede serlo la más venturosa de las mujeres en tan fatal trance. Los primeros cuatro días del puerperio los pasó bien nuestra enferma, y se auguraba que toda la duración del estado puerperal sería tan feliz como había sido el parto: no se observaba el más mínimo incidente. Pero hétenos aquí que el quinto día sin causa apreciable que la justifique, aparece fuerte y tenaz cefalalgia que se prolongó por varios días como después veremos, y que fue precursora de otros trastornos que aparecieron al día siguiente, como catarro brónquico y dolor abdominal localizado al parecer en los intestinos, con irradiaciones hasta los órganos pelvianos. Al mismo tiempo marcaba el termómetro colocado en la axila 38° sin que hubiera habido calofrío inicial. Los loquios no sufrieron ninguna alteración en la cantidad, ni en el color ni el olor.

Como actualmente reina aquí una epidemia de gripa, entidad que reviste formas tan variadas sin respetar *sexo, condición ni estado*, supusimos que no se trataba de otra cosa que de la invasión de la *influenza:* en consecuencia prescribimos el tratamiento del caso, además de los lavados vaginales antisépticos que previamente estaba usando con el salol al interior.

Al tercer día de enfermedad, octavo del puerperio, sobrevino diarrea biliosa y orinas de la misma naturaleza. La fiebre persistía en el mismo grado (38°) y los dolores del vientre continuaban sin que la palpación indicase nada del lado de los órganos pelvianos. Después diremos por qué no practicámos el tacto vaginal.

Siguió en el estado que hemos descrito hasta el séptimo día con la sola diferencia que la temperatura subió progresivamente, según el tipo descrito por Wunderlich, con el nombre de oscilaciones ascendentes. El termómetro marcó entonces 40° por la mañana y 41° por la tarde. De aquí en adelante se exageró el batimiento, se presentaron zumbidos de oídos, sed de ensa y lengua pastosa. Se suprimieron los loquios y los jó el dolor en el bajo vientre sin que se notara autra s o apreciable en el volumen del globo uterino. Te- Eu mos una intoxicación patógena de origen puerperal, con tanta mayor razón cuanto que días antes de prestar asistencia á esta enferma, estuvimos tratando á una señora afectada de fiebre puerperal, consecutiva á ataques de eclampsia, la cual estaba á la sazón en plena convalecencia. Por este motivo nos abstuvimos de practicar el tacto vaginal, el que solamente empleamos tres veces en el curso del trabajo, y eso usando de la mayor antisepsia, no solamente de nuestra parte sino también de parte de la enferma y de todas las personas que la rodeaban. Es también de advertir que el mismo día en que tuvo lugar el alumbramiento de la señora de M., que como yá dijimos fue muy feliz, asistíamos á nuestra propia esposa, cuyo trabajo fue sumamente lento y laborioso, y tres días después prestámos nuestros cuidados á otra señora vecina del subscrito,

primípara; y en ninguna de ellas se ha presentado hasta ahora el menor indicio de intoxicación puerperal, siendo así que estaban en condiciones más favorables para contraer la enfermedad que el sujeto en cuestión. No obstante la situación era más que sospechosa, por cuyo motivo fijámos toda nuestra atención en las irrigaciones vaginales, yá que por falta de aparatos no nos era dable hacer las uterinas. Administrámos al mismo tiempo los tónicos, los alcohólicos, los antipiréticos, la quinina y los baños tibios generales, medicación que habíamos instituído desde los primeros días, excepto los baños.

Desde el octavo día aparecieron ulceraciones en la faringe y en las amígdalas, fuliginosidades en los dientes y se marcaron la sequedad en la lengua y la *facies tifoidea* sin que por esto perdiera la enferma su inteligencia. Este mismo día reaparecieron los loquios con sus caracteres normales, y los síntomas observados del lado de los órganos pelvianos desaparecieron por completo. Las remisiones febriles eran muy débiles; la temperatura oscilaba entre 40° y 40.°5. El pulso era sumamente blando y rápido (de 144 y 150 á 180). La cefalalgia desapareció casi por completo, pero se aumentó el zumbido en los oídos y continuó el insomnio que hasta entonces había sido tenaz desde el principio de la enfermedad y que duró hasta la víspera de la muerte. Se presentaron vómitos, meteorismo abdominal y ligero chapoteo en la fosa ilíaca derecha. No se notaron petequias ni manchas de ninguna clase. La enferma se quejó de dolores en todo el cuerpo por cualquier punto que se le tocaba, sin que, sin embargo, se observara esa hiperestesia de la piel que agrava tanto el pronóstico en casos semejantes.

El décimo día la temperatura fue muy irregular como puede verse en el siguiente cuadro:

H.	6 A. M.	9 A. M.	12 M.	3 P. M.	6 P. M.	9 P. M.	12.
T.	39.	38.5.	37.5.	37.2.	38.5.	38.	40.

Durante todo este día se mantuvo el pulso acelerado (de 160 á 180). Las orinas escasearon. Los síntomas de catarro bronquico habían desaparecido, para dar lugar á los de congestión pulmonar. Corazón hiperkinésico.

El día undécimo á las 12 de la noche marcó el termómetro 41.° 2, temperatura que bajó á 39° á las 3 a. m. De ahí en adelante siguió bajando hasta 38° en que se sostuvo hasta el tiempo de morir.

Día 12. La enferma manifiesta mucho bienestar, presenta semblante halagüeño y recobra el sueño que, como yá lo habíamos dicho, había perdido por completo, á pesar de los hipnóticos que, con mucha prudencia, le habíamos administrado. A pesar de estos signos favorables, los cuales reconoce la enferma, se observó enfriamiento de la piel, no obstante marcar el termómetro en la axila 38°. Las orinas continuán escasas, el pulso viene á ser casi imperceptible, mientras el corazón late tumultuoso y arrítmicamente. Se nota frecuencia en la respiración. Ese mismo día á la una de la tarde fuimos llamados con urgencia porque á la enferma le había dado una lipotimia ó un síncope, accidente que había pasado yá cuando llegámos. La enferma conservaba su inteligencia; pero el enfriamiento superficial se había acentuado sin que hubiera bajado

la temperatura central; la respiración era anhelosa, el pulso completamente insensible y el corazón hiperkinésico. La señora de M. manifestó todavía que se sentía bien, que no se alarmaran. No fue posible por ningún medio restablecer el calor de la piel, ni regularizar el corazón, ni calmar la disnea. Inyecciones hipodérmicas de éter, brandy, esparteína, fricciones estimulantes, revulsivos, ventosas &c. &c., todo fue inútil. La piel estaba completamente anémica, ni las ventosas ni las revulsiones produjeron la más ligera hiperemia. Este estado se prolongó hasta las 12 y 15 minutos de la noche en que murió la paciente, sin que la temperatura central hubiera pasado ni bajado de 38°.

¿A qué fue debido este último sindrome? ¿A alguna alteración ó mejor dicho degeneración del miocardio? ¿A trastornos bronco-pulmonares, á hemorragia interna ó finalmente á inhibición nerviosa? La ¿enfermedad fue fiebre tifoidea ó puerperal? Veámoslo.

Bien sabidas son las afinidades que existen entre las infecciones puerperales y las tíficas, siendo el microscopio el único recurso de que puede disponer el práctico para decidir, gracias al descubrimiento del bacilo de Eberth. Que por lo que á la infección puerperal atañe, no se conoce, que sepamos, microbio especial que la caracterice, pues unas veces la infección es debida al *micrococus* en puntos, de Doleris, ya al microcus en rosario considerado por Pasteur, como típico de esta intoxicación, y ya, finalmente, sus manifestaciones son atribuídas al bacilo séptico en bastoncitos filiformes. En todo caso, como carecemos de microscopio y de conocimientos bacteriológicos, veamos lo que la clínica nos dice. Olvidábamos advertir que en ocasiones los microbios brillan

por su ausencia en loquios alterados, encontrándose por el contrario en loquios sanos, hechos de que se han valido algunos autores para crear la forma esencial de la fiebre puerperal.

Figuran en la etiología de la fiebre tifoidea, como causas predisponentes, los pesares, los cuales favorecen la receptibilidad, á la vez que la formación de tomainas en el conducto intestinal. Y yá hemos visto que nuestra enferma estaba bajo las influencias de un gran pesar, á lo cual se agrega el presentimiento que tenía de su muerte, desde que supo que cerca á la tumba de su madre había un nicho vacío, el cual se le propuso que sería para ella, sin que fuera posible hacerle abandonar esta idea que se fijó en su imaginación días antes de verificarse el parto. Las modificaciones nosológicas que sobrevienen bajo las influencias del embarazo, la receptibilidad que adquiere la mujer después del alumbramiento, el equilibrio instable entre la salud y la enfermedad que crea este acto, equilibrio que se pierde con suma facilidad con mayor tendencia al lado patológico: todo esto favorece el desarrollo de infecciones de distinta naturaleza y origen, bien sean *autóctonas* ó *heteróctonas*, ya de naturaleza tífica ó séptica.

La circunstancia de haber estado nosotros, según lo dijimos más arriba, pocos días antes, prestando nuestros servicios profesionales á una señora afectada de fiebre puerperal consecutiva á ataques eclámpticos, la cual terminó por restablecimiento de la salud, esta circunstancia, decimos, podría bastar para decidir el diagnóstico si no hubiesen concurrido otras circunstancias de mucho peso que hicieran detener el fallo. En primer lugar el trabajo fue, como yá lo dijimos, suma-

mente fácil y sencillo, se empleó la más rigurosa antisepsia y se tomaron todas las medidas aconsejadas por la profilaxis. Nuestra enferma, por otra parte, era sana y de constitución vigorosa. Estas circunstancias por sí solas no tendrán gran valor; pero sí lo adquieren si se atiende á que, como yá lo dijimos, el mismo día y al mismo tiempo asistimos á nuestra propia esposa, de constitución débil y agotada por enfermedades anteriores, que habían hecho necesario el raclaje de la cavidad uterina, y cuyo trabajo parturitivo fue prolongado, en la cual no se ha presentado la fiebre hasta ahora, como tampoco en la otra enferma de que hablamos antes que tenía en su contra el ser primeriza.

Resulta, pues, que atendiendo á la etiología de la enfermedad, no encontramos la piedra de toque para fijar con precisión el diagnóstico. Veamos si la sintomatología nos da la clave.

Es sabido que la fiebre puerperal se declara ordinariamente del tercero al quinto día, al establecerse la *soi dissant fiebre de leche*, sobre todo cuando la afección es patógena; pero en este caso en que la enfermedad estalló el quinto día, ya la secreción de la leche se había establecido sin que se hubiera presentado la citada fiebre ni la más mínima curbatura. En la fiebre puerperal se abre la escena por un calofrío intenso ó por pequeños calofríos repetidos, á continuación de los cuales se enciende la fiebre, la cual llega con rapidez á cifras elevadas, pero cuyas remisiones son muy marcadas. En el caso que referimos no hubo calofrío inicial y la temperatura se elevó lentamente; caracteres generales y frecuentes aunque no constantes de la fiebre tifoidea. En la fiebre puerperal lo más común es

la supresión, disminución ó alteración de los loquios, cosa que no sucedió aquí, sino varios días después de haber principiado la enfermedad, para reaparecer más tarde con sus caracteres mortales. Esto no es imposible que suceda en la fiebre puerperal, pero no es lo común. La secreción láctea no se detuvo ni se disminuyó en nuestra enferma, lo que á menudo sucede en la afección puerperal. La diarrea, la pastosidad de la lengua y las fuliginosidades de los dientes que se observaron en la señora M. de M., pertenecen tanto á una como á otra de las afecciones que discutimos, pero son más comunes en la fiebre tifoidea que en la otra pirexia, lo que sucede también con el catarro bronquico, observado al principio de la enfermedad, que es el signo que anuncia casi siempre la invación de la dotinenteria.

Los dolores en cierto modo pasajeros que se localizaron en el bajo vientre, más bien con los carácteres de *entuertos*, no bastaban para calificar la enfermedad de *parametritis*, pues faltaban todos los otros signos característicos, á menos que se tratase de esas parametritis benignas, no patógenas, que no valen la pena.

Tampoco observámos en nuestra enferma aumento apreciable del volúmen del útero, signo característico, por decirlo así, de la septicemia puerperal.

Los síntomas cardio-pulmonares pueden sobrevenir tanto en la dotinenteria como en la enfermedad que le parangonamos, y en el curso de ambas afecciones puede aparecer la endocarditis ó la degeneración del miocardio, factores á los cuales se atribuye la producción de la muerte súbita, tan frecuente en la fiebre tifoidea, y que contribuyeron en nuestra opinión á producir la muerte de la señora de M. que si no fue súbita por lo menos fué rápida, pues de la apari-

ción del primer accidente mortal, á la muerte misma, solamente trascurrieron nueve horas. Yá este desfallecimiento cardíaco se hacía esperar, pues claramente lo indicaba la extrema rapidez del pulso observada desde el principio; pero sobre todo en los últimos días, la alta temperatura que se observó en los días anteriores al de la defunción y la somnolencia séptica que sobrevino el mismo día en que tuvo lugar la fatal terminación. A esto puede agregarse la circunstancia de haber muerto la madre de nuestra enferma de una afección cardíaca cuyo gérmen pudo haber permanecido latente en su hija, por trasmisión hereditaria, aguardando una causa determinante como el bacilo tífico que lo hiciera estallar.

Como se ve, nada hemos sacado en limpio del análisis que hemos hecho, sin embargo algo nos dice que más bien se trataba de una infección tífica en estado puerperal que de una fiebre puerperal propiamente dicha. Respecto á la causa inmediata de la muerte, la atribuímos á un desfallecimiento del miocardio producido, bien sea por la presencia del bacilo tífico ó séptico en dicho órgano ó por la acción refleja partida del intestino y transmitida por el neumogástrico al bulbo ó á la medula, inclinándonos más á la primera opinión, pues al haber tenido lugar según la segunda hipótesis, la muerte habría dejado de ser rápida para venir á ser súbita.

Ojalá la H. Academia, en vista de lo que dejamos apuntado, nos diera su opinión en el asunto, ya que á causa de nuestra insuficiencia no hemos podido dilucidar la cuestión.

Terminamos suplicando á la H. Academia acoja con benevolencia esta mal elaborada observación.

C. DE GREIFF.

Yarumal, Diciembre de 1894.

ABSCESO DE LA FOSA ILIACA

OBSERVACION

dedicada á mi querido maestro Sr. Dr. Tomás J. Bernal.

A. U., de quince años, hijo de padres sanos, sin antecedentes personales ni hereditarios que puedan referirse á la última enfermedad que lo atacó. El enfermo que nos ocupa es de temperamento sanguíneo, tiene esqueleto bien desarrollado y es de constitución fuerte. Aunque obscura la causa eficiente, probable es que lo fuera el ejercicio exagerado que hizo la tarde anterior al día en que tuvo que reducirse á la cama. En dicho día sintió mucho cansanció, indisposición, un poco de escalofrío y fiebre. Los datos que refiero de los primeros días me fueron suministrados por miembros de su familia y carecen de la precisión debida; tanto es así, que en todo este tiempo estuvieron tratando la enfermedad por un reumatismo, y visto el poco efecto que producía la medicación, me consultaron el 26 de Octubre del año pasado, dándome por el telégrafo los siguientes datos: "Alejandro, de quince (15) años edad, hace veinte (20) días enfermó. Dolor fuerte en la ingle izquierda que sube al estómago, en la pierna del mismo lado mucho dolor, encogida. Mucha sed, la enfermedad cayóle repentinamente por la mañana, tiene dolor en el corazón y las caderas...." En vista de estos datos creí que se trataba de un flemón ilíaco cuyo tratamiento debería ser yá el quirúrgico, y así lo propuse. Trasladado al lugar en donde se encontraba el enfermo (Ansermavieja), procedí al examen, que confirmó, por medio de punciones, la existencia de pus, no sólo en la ingle, sino también en el abdomen.

Síntomas y diagnóstico.—El examen general me enseñó que hacía 27 días estaba reducido á la cama, con dolores continuos, que sólo en los últimos días no fueron lancinantes, y que se extendían desde la fosa ilíaca izquierda hasta el hipocondrio del mismo lado, turbando así un poco la respiración. Anorexia, constipación, fetidez del aliento y polidipsia eran los trastornos notables de parte del aparato digestivo; la fiebre constante, los sudores, la palidez y enflaquecimiento marcados, completaban el cuadro sintomático. El examen local me hizo ver lo siguiente: la pierna del lado izquierdo estaba doblada sobre el muslo, y éste sobre el tronco, y despertaba agudísimos dolores cuando se trataba de vencer esta posición; así encogido el miembro inferior izquierdo quedaba montada la rodilla sobre la del lado derecho, es decir, que aquél miembro estaba en rotación hacia dentro. Comparadas las medidas de la circunferencia de la raíz de los muslos, resultó para el izquierdo un exceso de ocho centímetros y además su coloración en este punto era un poco roja. Como dije, las regiones inguinal é ilíaca correspondientes, eran dolorosas; pero el flanco izquierdo, en el espacio comprendido entre las falsas costillas y la espina ilíaca antero-superior, era aún más doloroso, y la tumefacción, notable; lo propio sucedía hacia la parte posterior en la región renal. Por lo expuesto se diagnosticó una soitis, la cual, por propagación, había afectado también la región ilíaca; por esto, se resolvió la operación, no obstante los peligros que ofrecía y que puestos de manifiesto á la familia, no fueron obstáculo para deci-

dirse á ella. Se llenaron, hasta donde lo permitieron los pocos recursos de que por aquí se dispone, los requisitos exigidos por la antisepsia.

Operación.—El día dos de Noviembre á las 2½ p. m. di principio á la operación, en la cual se empleó el cloroformo sólo para el principio de ella, pues, además de los peligros que este agente ofrece, no había quien lo administrara. Colocado el enfermo en el decúbito dorso-lateral derecho y dobladas las extremidades inferiores, introduje el trocar tres centímetros arriba y adelante de la espina ilíaca antero-superior, en una profundidad como de seis centímetros; por la cánula del instrumento se escapó un poco de pus espeso, de fetidez fecaloide, y de coloración verdosa con estrías sanguíneas; entonces reemplacé la cánula por la sonda acanalada, y sobre ella deslicé un bisturí en una profundidad de unos cuatro centímetros, calculando atravesar la mayor parte del plano muscular; ejecutado este tiempo, prolongué la incisión hacia abajo, adelante y hacia adentro, quedando con una extensión de seis centímetros y en dirección paralela á las fibras del músculo grande oblicuo y concurriendo así á la región ilíaca izquierda; esta incisión, que comprendía el primer plano muscular, la profundicé un poco y limpié el campo operativo.

Por la parte superior, en donde era más profunda la herida, introduje de nuevo la sonda acanalada, y, siguiendo el trayecto de aquélla, la deslicé oblicuamente en el tejido selular subperitoneal, sirviendo de guía al bisturí que cortó todas las capas musculares y aponeuróticas en toda la extensión de la inci-

sión primitiva. Juzgué entonces necesario prolongar la herida hacia arriba y atrás, quedando así ésta con una extensión de doce centímetros, en forma de ángulo muy obtuso y cuyos lados costeaban el borde anterior y la cresta ilíaca del hueso coxal á una distancia de tres centímetros más ó menos.

El pus, que hasta entonces no salía sino por la parte superior de la herida, se escapó á borbotones por toda la extensión de la misma y en cantidad que no fue posible medir, por los líquidos antisepticos que á cada momento se empleaban, pero calculé que no rebajaría de litro y medio. Evacuando ésto casi en su totalidad; apartados los labios de la herida y lavado el foco purulento, se observó el tejido celular subperitoneal destruído en su mayor parte; se extrajeron pelotones grasosos de consistencia y aspecto putrilaginosos y de coloración de zupia de vino. El foco purulento estaba limitado así: la parte posterior por el músculo soas (1); la superior por la atmósfera célulograsosa del riñón, en parte comprometida, adentro se observó el repliegue peritoneal que separa el riñón del colon descendente bastante inflamado y parcialmente destruído; en esta parte del colon vi una ulceración de forma irregular, y, suponiendo que en esta parte sólo formaba la mucosa la pared del intestino, resolví cortarla y poner una sutura de Lambert. Siguiendo hacia afuera, vi el peritoneo que tapiza la parte externa del colon descendente y se refleja sobre la pared abdominal, notablemente congestionado y con gruesas arborizaciones vasculares, algo semejan-

(1) Destruído en su parte media.

tes á lo observado en el colon descendente y en el repliegue peritoneal yá citados.

Examinando la parte inferior del foco, noté, al comprimir el músculo ilíaco (que era de una coloración gris violácea), la salida de pus en los puntos en que el músculo hace su inserción al labio interno de la cresta del hueso; por eso corté profundamente sobre el músculo, siguiendo la dirección oblicua de sus fibras, y por esta abertura se escapó un poco de pus, que aumentó al hacer presión sobre la rodilla izquierda para extender la pierna que estaba fuertemente doblada; á continuación extraje con una jeringuilla uretral un poco de pus que había penetrado por la abertura peritoneal colocada en el repliegue que separa el riñón del intestino grueso; lavé el foco en toda su extensión con agua fenicada y licor de Van Swieten y puse una sutura, con seda fenicada, en el peritoneo parietal. Después coloqué hilas desinfectadas en el foco y un punto de sutura en la mitad de la herida muscular; apliqué un poco de yodoformo en este sitio, lo cubrí con algodón desinfectado y puse dos puntos de sutura en las dos extremidades de la herida cutánea, dejando libre la parte media de ésta. Acto continuo lo envolví en toallas hervidas y desinfectadas y le puse un ligero vendaje. Con esto quedó concluída la operación á las 5 p. m.

Trasladámos el enfermo del lugar en donde fue operado á la pieza que, de antemano, se había preparado, y en la cual, entre otras, se habían llenado las condiciones siguientes: regarla con una solución fuerte de ácido fénico, colocar un poco de cal en algunos sitios y encender varias bujías con el fin de conservar

alta la temperatura como se había mantenido, por medio de braseros, en el lugar en donde se operaba (esto último, de acuerdo con la opinión que sostiene en su tesis el malogrado Dr. D. Manuel Antonio Pérez) (1).

Se colocó al operado en el lecho, se le abrigó con mantas de lana y se le pusieron en las extremidades inferiores, botellas con agua caliente.

Días que siguieron á la operación.—Como era natural, el paciente quedó fatigado, y después de la administración de una copa de poción tónica durmió regularmente; pero á las 11 p. m. tuvo un acceso de vómito y algo de escalofrío.

Día 3 de Noviembre.—A las 5 a. m. tuvo náuseas que á las 6 se repitieron, pero yá en esta vez acompañadas de vómito, motivo por el cual fui llamado, y, examinado el enfermo, encontré que el pulso era fuerte y frecuente, la temperatura de 38°, la sed no era muy notable, y el vendaje, por la distención de la pared abdominal, le quedaba muy apretado. Mientras esto observaba, tuvo repentinamente un acceso de escalofrío, tan fuerte, que le castañeteaban los dientes y hacía temblar la cama, teniendo la particularidad de no haber durado sino unos cinco minutos y haberse calmado espontáneamente. En vista de esta situación le quité el vendaje y prescribí aplicaciones frías, constantes, sobre la herida; bebidas acidulada s en poca cantidad; y para las 8 a. m. una papeleta compuesta de un gramo de sulfato de quinina y cinco centigramos de calomel.

(1). Tesis de doctorado. Pgs. 11, 12, 13 y 14. Año de 1893.

Desde que se hicieron las aplicaciones frías cesó el vómito por completo; el resto del día lo pasó regularmente y la temperatura por la tarde era de 38°; se le dio á las 6 p. m. la misma papeleta que por la mañana, y la noche no fue mala después de haberle administrado veinticinco miligramos de opio en polvo;

Día 4.—A las 8 a. m. hice la curación, principiando por cortar los dos puntos de sutura de la herida cutánea; quité el algodón y el lechino de hilas que quedaba bajo la sutura hecha en la capa muscular; con una jeringa extraje el pus y un líquido serosanguinolento, y después de lavar el foco con licor de Van-Swieten y secarlo con esponjas, coloqué de nuevo un lechino que desempeñara el oficio del que acababa de quitar; sobre la capa muscular y entre los labios de la herida cutánea puse hilas desinfectadas que, con el lechino, impedían la cicatrización de fuera adentro. Después de esto le puse una capa de algodón desinfectado sobre la herida, compresas y por último un vendaje.

La temperatura en este día fue de 38°,3; no tuvo dolor y la tranquilidad era completa. A las 6 a. m. le di 0,50 gr. de quinina y entonces la temperatura descendió á 37°,8; á las 8 p. m. se le hizo tomar 0,025 gr. de opio. Continuó la poción hasta las 9 p. m., hora en que se durmió.

Día 5.—A las 7 a. m., después de la administración de 0,50 gr. de quinina, tuvo náuseas, que fueron combatidas humedeciendo la herida con una mezcla frigorífica. Temperatura 38°1. Administración de ca-

lomel, quinina, poción tónica y opio; por lo demás, la noche fue excelente.

Día 6.—Nada de particular; se continuó con el tratamiento anterior; la temperatura fue de 37° 9.

Día 7.—Como á las 7 a. m. renové la curación, y la herida presentaba magnífico aspecto: la herida intestinal estaba cicatrizada; en la muscular vi un puente carnudo hacia la parte superior, mientras que en la inferior la supuración era nula, razón por la cual la irrité un poco y le apliqué yodoformo. Próximamente, á las 8 a. m., tuvo dolor en la herida, la temperatura ascendió á 39°, 5; la sed era notable lo mismo que el desasosiego. A las 11 a. m., en lugar de darle la papeleta acostumbrada con calomel, se le propinó opio, el cual, produciendo sus efectos, calmó el dolor y provocó el sueño. A las 4 p. m. la temperatura era de 39° y el paciente había recobrado su tranquilidad; no sentía dolor; á las 6 p. m. se le administró quinina (0,50) y á las 8 p. m. calomel; á las 12 se repitió la dosis de quinina y pasó bien el resto de la noche.

Día 8.—Durante éste la temperatura fue de 38°; la sed continuó, sin que bastara á satisfacerla el agua de cebada y el vino aguado que se le daba; pero el paciente estuvo calmado.

Día 9.—Nada de particular; á las 9 a. m. la temperatura fue de 37°, 6, y á las 8 p. m. de 38°, 1.

Día 10.—Se renovó la curación: supuración abundante y pareja. Se encontraron en la herida muscular tres puentes carnudos; sólo quedó un hilo de sutura y se marcó el prurito en la herida.

Día 11.—Nada de particular; la temperatura fue de 37 á 38°, 5.

Día 12.—Se renovó la curación, y se halló la herida muscular llena de puentes carnudos; la supuración fue satisfactoria y la temperatura de 38°. El enfermo pidió de comer, demostrando grande apetito; pero, como notase yo una estomatitis en su principio, suspendí el calomel y, á falta de clorato de potasa, prescribí buches de cocimiento de cebada ó de malvas. De este día en adelante dejé la herida expuesta.

En los días 13, 14, 15, 16 y 17 no hubo nada de particular; no se observó la temperatura, y cada dos días se renovaban las hilas por estar empapadas de pus. De todo siguió perfectamente bien; calmó la sed y el apetito fue notable.

Día 18.—Al cambiar las hilas vi que la herida estaba casi llena; le volví á poner el vendaje para dejarlo con él durante algunos días. El aspecto del enfermo no podía ser mejor.

Día 19.—En este día apareció por primera vez un dolor y entumecimiento en la pierna izquierda, que atribuí á la posición invariable en que estuvo el enfermo durante varias horas que permaneció dormido sobre ese lado; este dolor, aunque tardío, no dejó de alarmarme, por haber reaparecido otras veces, pero no tuvo ninguna consecuencia.

Al vigésimo segundo día, cambié la curación hice la sutura de la herida y le permití tomar algunos alimentos sólidos. Exceptuando un ligero movimiento febril, tan natural á consecuencia de la sutura que

se hizo, no volví á notar ningún trastorno en el operado que yá estaba en convalecencia.

Por fin se levanta el operado el 18 de Diciembre y sale á la calle el 6 de Enero del siguiente año, cojo y muy demacrado; pero pronto se restablece por completo, queda sin ninguna novedad, no claudica y hoy llaman la atención su robustez y buena salud.

Advertencias.—No se hace mención en lo que precede de las defecaciones, porque á este respecto nada particular ocurrió; con las lavativas de agua de panela, tuvieron lugar con la mayor naturalidad y consiguiente facilidad; tampoco se hace mención de las orinas, porque ninguna anomalía se notó. Los hilos de sutura cayeron en los días 7, 10 y 14.

Util nos parece referir aquí lo que posteriormente nos ha referido el operado, á saber: que, á pesar del régimen prescrito y burlando la vigilancia de los asistentes, se comía los granos de maíz tostado y se bebía el agua tibia de las botellas que se le ponían con el fin de calentarle los pies; abusos fueron éstos que cometió desde el séptimo ú octavo día de la operación, y á cuyas funestas consecuencias están sometidos entre nosotros muchos médicos y enfermos, por ser tan usuales estos medios de calentamiento.

Las escaras, que se formaron prematuramente á consecuencia también de la acción corrosiva del agua fenicada, fueron más extensas que profundas y en número de tres; una al nivel del trocánter izquierdo y las otras dos, correspondientes á las espinas ilíacas póstero-superiores; éstas al fin acabaron por unirse y

formar una sola. Consistió su tratamiento en aplicaciones de quina pulverizada, carbón molido y subnitrato de bismuto, con lo cual cedieron, sobre todo cuando se pudo cambiar un poco la posición del paciente.

Ha llamado nuestra atención, la tolerancia del peritoneo antes y después de la operación; pues aunque en las primeras horas aparecieron síntomas de una peritonitis, fue también notable la presteza con que cedieron á los medios que contra ellos se dirigieron.

El buen clima de la localidad, la edad del operado y los cuidados que se le tributaron, fueron grandes auxiliares para que, después de semejante traumatismo, de enfermedad tan grave como descuidada en su principio, y de convalecencia tan larga y penosa, se haya obtenido el buen resultado que se consiguió y que haya quedado exento, por esta parte, de novedades hasta hoy que goza de excelente salud.

Riosucio, Septiembre de 1894.

DORANCÉ OTÁLVARO.

EL CAGUI

(SLOANEA CORYMBIFLORA)

Mi humilde opinión es que este árbol pertenece á la clase de las COLUMNÍFERAS, familia de las TILIÁCEAS, género *Sloanea*, especie oxijandra, y que es una variedad de esta especie.

Es un árbol corpulento y frondoso. El tronco alcanza una altura hasta de cincuenta metros y un diámetro hasta de dos metros y medio; es leñoso, de contextura muy fina. Sus hojas son opuestas, *sin estípulas*, de largo pecíolo, trifoliadas, ligeramente *piqueadas*, compactas ó cerradas. Flores en corimbos simples y terminales. Cáliz *turvinado*, gamosépalo, persistente, de cinco divisiones pequeñas y de un color verde y amarillento. Corola regular de cinco pétalos amarillos, cóncavos que alternan con las divisiones del cáliz. Estambres hipogíneos muy numerosos, de color rojo ó amarillo, colocados en dos hileras, pero con una misma base ó pie. Ovario súpero, sesil y terminado por tres estilos filiformes y cada uno con un estigma pequeño. Fruto simple dehiscente, de un epicarpo carnoso, la parte interior de éste ó se pudre ó se enjuta, y la exterior queda en una concha frágil; el mesocarpo (bien puede llamarse sarcocarpo) es una substancia de color blanco-amarilloso que envuelve un sinnúmero de púas ó espinas que nacen en el endocarpo, el cual es muy fino ó resistente. Semilla reniforme, de epispermo *cuerudo* con dos *sacos* en sus extremidades, el más profundo ó grande es para el talluelo. El embrión es epispérmico, al-

buminoso, blanco, con dos cuernos que corresponden á los yá citados sacos; el más largo y delgado es el talluelo, el cual se prolonga hasta encontrár el centro del fruto. Entre el embrión y el epispermo hay una substancia gelatinosa.

Del tronco de este árbol se sirven los habitantes de las orillas de los ríos para construir embarcaciones pequeñas, como *canoas*, *botes*, *champanes &c.*, y del fruto, cuando está yá con púas, se sirven para limpiar toda clase de utensilios de madera [palo]. Hay dos variedades: la una de flores amarillas ó blanquizcas y la otra de flores rojas. Este último es preferido porque dura más en el agua.

Este agigantado y hermoso árbol, que bien puede llamarse el Baobad de los antioqueños, ostenta toda su magnificencia en nuestras montañas.

Zaragoza, Noviembre 12 de 1894.

PEDRO A. CARRASQUILLA.

OCLUSION INTESTINAL

PRODUCIDA POR LAS ASCÁRIDES LUMBRICOIDES

Curación.

V. A. U., de 57 años de edad; hombre de buena constitución. Nada encontramos particular en sus antecedentes hereditarios y personales. El domingo 14 de Octubre despertó á media noche con un dolor violento en la región umbilical y para-umbilical. La contracción enérgica de las azas intestinales se dibujaba á través de las paredes ventrales, y se oía al mismo tiempo el chapoteo de los gases desalojados. Hasta el lunes los dolores fueron casi continuos é insoportables; un facultativo llamado al efecto prescribió lavativas abundantes de agua fría (ésta salía tan limpia como entraba), purgantes y un baño aromático de todo el cuerpo. Otro médico llamado en consulta indicó el lavado estomacal con el tubo de Faucher y se hizo en la noche: fue penoso y el paciente estuvo próximo á una lipotimia.

Martes 16. A las 8 a. m. se hizo el lavado del estómago con agua tibia y untura calmante al vientre; y se le dieron unas gotas de....? Tenía hipo casi continuo, con calmas de 5 á 10 minutos, y acompañado de mucha ansiedad; fiebre y cólicos insoportables.

Los médicos manifestaron á la familia la necesidad de practicar la laparatomía

Jueves 18. El Dr. Quevedo indicó á la familia que me llamase. A las 10 a. m. que vi el paciente, la temperatura era de 39°, el dolor del vientre venía por accesos atroces. Había timpanismo é hipo tenaz y ansioso.

Apliqué unas corrientes farádicas en el trayecto de los nervios frénicos y cesó el hipo, pero volvió á

poco y las corrientes repetidas no produjeron mejoría ninguna. Prescribí untura al epigastrio de bálsamo tranquilo, bálsamo anodino, cloroformo y láudano de Rousseau y lavativa gaseosa y purgante, sin ningún resultado. Por la noche hielo *intus*, sinapismo al hueco epigástrico con resultado negativo, el hipo seguía. Lo mismo sucedió con las gotas de nuez vómica y de tintura de yodo y la compresión del frénico y neumogástrico 39.° 5.

Viernes 19. Hipo lo mismo, temperatura 39.° 5; pulso pequeño é intermitente, pupilas dilatadas, decaimiento de las fuerzas; al comenzarle el dolor al vientre las azas intestinales forman ovillos duros y muy dolorosos. Unas cucharaditas de una preparación bromurada le calmaron un poco el dolor.

Sábado 20. Por la mañana purgante de calomel, 1 gramo, santonina 0.15 centígramos. En el día arrojó ocho ascárides, en la noche hubo deposición con algunas substancias fecales, y 76 ascárides en un sólo rollo!

Domingo 21. Temperatura normal, nada de hipo, pulso regular, lleno; varias deposiciones fecales, duras con 51 ascárides (135 por todo), el movimiento peristáltico dejó de ser doloroso, pero el vientre quedó adolorido hasta el lunes 22 por la noche.

Martes 23. Estado satisfactorio y restablecimiento rápido; el paciente se entrega á sus ocupaciones habituales.

Esta observación nos ha parecido de gran valor clínico, porque pone en relieve la causa etiológica de la oclusión intestinal por obstrucción verminosa, seguramente más frecuente en los climas tropicales de lo que generalmente se cree.

Por precaución siempre que se noten dilatación pupilar, intermitencia del pulso con cierta irregularidad, intolerancia gástrica, náuseas, vómito de ascárides, hipo tenaz, crisis de peristaltismo doloroso, debe administrarse un purgante vermífugo para eliminar este factor en que se piensa siempre que se trata de niños; pero que se hace á un lado en persona de edad avanzada, erróneamente por supuesto, pues las ascárides se encuentran en los viejos, y según el resultado de las autopsias de Müller, en Dresde y Erlangen, entre 45 y 50 años, se hallan las ascárides en la proporción de 12 y 15 °/₀.

Los huevos de las ascárides pueden permanecer uno ó dos años en la tierra, y después ser ingeridos en el agua potable y desarrollarse en el intestino.

Davaine dio á un ratón huevos de ascárides, guardados en agua hacía 5 años, sacrificó el animalito á las 12 horas, y encontró los embriones vivos en la parte terminal del intestino delgado. De las experiencias de este, Grassi y su discípulo Calandruccio, resulta que los huevos se ingieren directamente con las aguas no filtradas, y que estos hacen su evolución en el intestino delgado; lo que explica su frecuencia en los países, como el nuéstro, donde se bebe el agua sin filtrar.

Yá sabemos que Von Linstow ha emitido la opinión de que los huevos de ascárides, son tragados por un pequeño miriápodo *Julus guttulatus*, que vive en los huertos, entre las papas, remolachas y otras legumbres, como también en las frutas que caen de los árboles; y que ingeridos éstos por el hombre, los embriones terminan su desarrollo en el intestino delgado. La experiencia no ha probado esta teoría, y por otra parte ella no explica los casos de ascárides en los

niños que aun están en la lactancia, y no comen frutas ni legumbres.

Terminaremos con un consejo á las madres: Si no queréis ver sufrir ó morir á vuestros hijos por causa de las lombrices, *usad el agua filtrada*, y si conseguís un filtro de Chamberland, sistema de Pasteur, recibid nuestras felicitaciones sinceras.

Medellín, 23 de Enero de 1895.

J. B. MONTOYA Y FLOREZ.