

cerlo al sentirse picado por el insecto. Esto es instintivo.

Pero también no cabe duda que la mosca lleva en sus patas, en sus alas, en los pelos de su cuerpo, las partículas de los cuerpos desechables por donde anda y que anda de preferencia en el estiércol, en donde hay dos gérmenes tremendos: el del tétanos y el de la septicemia sobreaguda, el vibrión séptico.

El único caso de tétano puerperal que he visto en mi práctica, se desarrolló en una señora cliente del Dr. Velasco, y que vivía en un establo.

Las moscas que se paran en el pus, en el esputo de los tuberculosos, no pueden menos que llevar estos gérmenes y ser agentes de difusión.

Yo he visto diviosos y antrax relacionados claramente con la picadura de la mosca. Disminuir el número de estos insectos molestos y perjudiciales, es hacer obra de higiene.

Aunque pudiera haber traído, y así lo haré próximamente, algún estudio de Obstetricia, he deseado ocupar la atención de la Academia con este asunto, tal vez nervioso por las molestias de la calle en que habito. De día el ruido de un aserradero de madera; de noche el ruido de coches, la música, los gritos de los pelotaris; á toda hora el hedor del frontón cuyo albañal está azolvado, y todas las molestias descritas que origina la pensión de caballos.

Si pensamos que todas las pensiones originan los mismos inconvenientes, que están éstas en los puntos más concurridos de la ciudad, Reforma, Egido, Independencia, Patoni, etc.; si pensamos también que ninguna ventaja obtiene el público con estos establecimientos; que se han alejado los establos que proporcionaban á los habitantes leche fresca y sin adulteración, creo que no hay razón para que existan en el centro de la ciudad estas caballerizas que no hacen sino ensuciarla.

Y termino este mal perjeñado artículo con una proposición:

Diríjase la Academia Nacional de Medicina al Consejo Superior de Salubridad, pidiéndole, fundada en las razones anteriores, que aleje de la ciudad las pensiones de caballos.

México, julio 6 de 1904.

F. ZÁRRAGA.

CLINICA INTERNA.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LA DIFTERIA EN MEXICO.

La difteria es quizá la enfermedad cuyo estudio ha hecho mayores progresos en estos últimos años, y de ello puede envanecerse, con justo orgullo, la ciencia contemporánea, no solamente porque se ha llegado á conocer de una manera satisfactoria, como pasa con otras muchas enfermedades, su naturaleza íntima, el agente patógeno que la engendra, etc., sino porque se han descubierto armas poderosas con qué poder luchar con ella y dominarla.

Desde Bretonneau, allá por los años 1821 al 1826, quien le dió el nombre de difteritis en consonancia con las ideas de aquella época, nombre derivado de la palabra griega que quiere decir piel ó membrana; desde Bretonneau, quien describió admirablemente esta enfermedad en una de las pocas obras que pueden llamarse fundamentales de la medicina francesa del siglo pasado, hasta Behring (1894); en ese lapso de tiempo que abarca casi tres cuartos de siglo, aparecieron una serie brillante de trabajos debidos á Trousseau, O'Dwyer, Frankel, Klebs, Loëffler, Roux y Yersin que dejan poco ya que averiguar, poco que decir acerca de esta terrible plaga, que bajo los nombres de úlcera de la garganta, angina pestilencial, morbo sofocante, garrotillo, enfermedad anginosa estrangulatoria y mal de garganta gangrenosa, sembró durante tantos años la desolación en los hogares.

A principios del siglo pasado, sus estragos fueron tales, que Napoleón I, á causa de la muerte de uno de sus sobrinos, instituyó un gran premio para recompensar el mejor trabajo que sobre este asunto se escribiera. Jurine y Albers optaron á él, pero sus trabajos fueron desechados por no haber llenado su objeto. Hubo de transcurrir casi una centuria para que la ciencia, después de largos y perseverantes trabajos y guiada por la viva claridad que arrojó en el seno de tantos misterios de la naturaleza, el cerebro privilegiado de Pasteur, hubiera llegado á la certidumbre que hoy le da uno de los más justos motivos de envanecimiento.

Bretonneau demostró la especificidad del mal, su naturaleza contagiosa y habló el primero del

tratamiento del croup por medio de la traqueotomía; pero él creía que la difteria sólo podía matar á sus víctimas por asfixia cuando invadía la laringe y los demás órganos respiratorios.

Trousseau demostró que la difteria puede matar invadiendo sólo la faringe, determinando una especie de envenenamiento general y para que el nombre de la enfermedad expresara su carácter virulento, le dió el de difteria en vez del de difteritis que le diera Bretonneau. Trousseau fué durante 30 años el infatigable propagandista de la traqueotomía y logró al fin vencer la tenaz resistencia que oponían sus contemporáneos á esta salvadora operación.

Con Trousseau luchó mucho tiempo, allá por el año de 1858, Bouchut, queriendo substituir la traqueotomía por la entubación de la laringe; pero la imperfección de los instrumentos por él ideados para practicarla, impidió que hiciera prevalecer sus opiniones y sólo después de 30 años, un médico de New York, José O'Dwyer, logró sacarla avante, con la instrumentación práctica que conocemos y la suma habilidad con la cual se la hemos visto practicar en uno de los hospitales de Boston.

Tratándose de una enfermedad específica y contagiosa, cuyos síntomas y lesiones son tan bien conocidos, era natural que cayera en manos de los bacteriologistas. Cabe á Klebs la gloria de haber sido el primero que descubrió el microbio de la difteria; vió y describió el bacilo; sospechó su valor y su importancia; pero no lo demostró; sin embargo lleva su nombre.

Los estudios más completos y profundos sobre esta materia, se deben á Loëffler y por esta razón lleva también su nombre el bacilo. El lo cultivó en estado de pureza y descubrió que el medio de elección era el suero sanguíneo. Experimentando sobre animales, reprodujo las falsas membranas frotando con culturas puras la mucosa escoriada de la conjuntiva, de la tráquea, de la faringe y de la vagina; vió que el bacilo no se encuentra sino al nivel de las falsas membranas y que no invade nunca los humores, ni los órganos profundos, y sin embargo, no encontró decisivas sus experiencias y con una sinceridad que habla muy alto en favor de su ciencia y de su modestia, sólo porque no llegó nunca á determinar parálisis en los animales que le sirvieron de estudio, declaró que no creía plena-

mente demostrado que su bacilo fuera el agente patógeno de la difteria.

Roux y Yersin, en dos notables memorias publicadas en los Anales del Instituto Pasteur, sucesivamente los años de 1888 y 1889, descubriendo la toxina diftérica, vinieron á dar la más plena sanción á los trabajos de Loëffler y á hacer nuevas é interesantísimas revelaciones que dieron motivo á la importante aplicación de la seroterapia. Demostraron que se podían provocar las parálisis en los animales, inoculándoles el bacilo de la difteria y encontraron la razón de por qué la enfermedad mata á pesar de que el bacilo no existe más de en las falsas membranas, secretando un veneno que invade el organismo entero. Inoculando la toxina pudieron reproducir la enfermedad de una manera completa, con todos sus síntomas y lesiones, como la que se obtiene inoculando el bacilo.

El notable descubrimiento de la toxina de la difteria condujo naturalmente á la invención de la seroterapia. Frankel primero, demostró la posibilidad de inmunizar á los suyos contra la difteria, inyectándoles toxinas modificadas por la calefacción á 70 grados. Behring inyectándoles una mezcla de toxina y bicloruro de yodo, y este último, en unión de Kitasato, estudiando las condiciones de la inmunidad, llegó al descubrimiento que sirvió de base al más importante de los descubrimientos: el de la seroterapia, que vino á coronar todos esos grandes trabajos del siglo pasado.

Para hacer, sin embargo, prácticos y darles la aplicación y la utilidad que la humanidad ha sacado de los interesantes trabajos de Behring y Kitasato, debían venir los de Roux, quien vino á resolver los más importantes problemas, en colaboración con Martín: la dificultad de preparar en abundancia una toxina muy activa y la no menos de inmunizar animales pequeños que dan poco suero. Roux y Martín lograron preparar una toxina de gran poder para inmunizar caballos que pudieran dar toda la cantidad de suero que se necesitara.

He querido dar esta rapidísima ojeada á la historia de esta importante enfermedad, sobre la cual, como antes decía, parece que ya nada nuevo puede decirse, ni nada nuevo descubrirse, porque precisamente en estos últimos años se suscitan nuevas é importantes discusiones sobre puntos de notable interés y de gran trascenden-

cia; lo cual viene á probar que lo que se sabe es justamente lo que permite ver lo que no se sabe, y que mientras no llegue á suprimirse una enfermedad, tenemos mucho que estudiar, que recificar ó ratificar y que aprender.

Loëffler ya nos había dicho, que en las falsas membranas de la difteria había encontrado á menudo un bacilo, que no difiere del diftérico sino en que no tiene acción nociva alguna sobre los animales; que este bacilo se encuentra en las anginas comunes y aun en las gargantas sanas, y que él creía que se trataba de un microbio enteramente distinto del de la difteria.

En una tercera memoria que apareció después en los Anales del Instituto Pasteur, debida á las plumas de Roux y de Yersin, estos autores no piensan lo mismo que Loëffler. Ellos creen que la diferencia de virulencia no implica diferencia de origen y que, por otra parte, ellos han encontrado todos los intermediarios entre el verdadero bacilo de la difteria y el pseudo-diftérico. Que no han logrado nunca transformar un bacilo pseudo-diftérico en verdadero, pero que creen que esta transformación es posible y que puede operarse en la boca de ciertos individuos, por ejemplo, en la de un escarlatinoso ó en la de un sarampionoso, en los que la difteria puede nacer por autoinfección, sin necesidad de contagio. Esta hipótesis no la llegaron á demostrar y ha sido en estos últimos tiempos seriamente impugnada por Marfan, quien cree que ateniéndose á los hechos hasta ahora conocidos, estos dos bacilos representan dos especies distintas. Se puede reforzar, según él, la virulencia debilitada de un verdadero bacilo diftérico, pero jamás llegar á darle la virulencia, de que está desprovisto, á un bacilo pseudo-diftérico. El opina que nunca se ha podido probar que la difteria pueda nacer por autoinfección, y niega que el sarampión sea capaz, como dicen Roux y Yersin, de transformar un bacilo pseudo-diftérico en verdadero; que por lo menos él no lo ha visto nunca en su clientela de la ciudad, y que sólo lo ha visto algunas veces en el hospital, en el pabellón destinado á sarampionosos, donde ha soñado la difteria invadir bajo forma epidémica, lo cual se explica fácilmente, porque el sarampión, atacando el epitelio de las primeras vías, abre la puerta á la infección diftérica que siempre será secundaria y por contagio, pero que sin éste, la difteria nunca nacería. Que el contagio no sea

siempre fácil de demostrar, es otra cosa, agrega, y esto se lo explica por la frecuencia de difterias benignas que pasan inadvertidas y ambulatorias. De otra manera, concluye, la difteria no sería, como es siempre, una enfermedad altamente específica, cuyo carácter revelan con toda claridad sus síntomas, sus lesiones, su evolución y su tratamiento.

“El conocimiento de los bacilos pseudo-diftéricos, dice en otro lugar el mismo Marfan, tiene que enseñarnos á desconfiar de los resultados que pueda dar el diagnóstico bacteriológico, tal como se practica comunmente. Cuando como resultado de una siembra del exudado en suero de sangre de toro se tienen en menos de 24 horas, colonias numerosas de bacilos largos, y entretrechados, se puede afirmar que se trata de difteria con pocas probabilidades de error; pero cuando las colonias son poco numerosas ó cuando los bacilos son cortos y casi paralelos, nada se puede concluir; puede tratarse de un bacilo pseudo-diftérico, puesto que estos son sus caracteres ordinarios; pero puede también tratarse de un verdadero bacilo diftérico, porque está perfectamente demostrado que el verdadero bacilo de la difteria puede revestir la forma de bacilo corto, ser bajo esta forma tan virulento como el verdadero bacilo largo y corresponder á difterias graves. Sólo la inoculación en un cuyo, afirma Marfan, comprobada con la acción del suero anti-diftérico, puede dar certidumbre en los casos dudosos y como en la práctica corriente sólo se hacen culturas, es de temerse que el diagnóstico bacteriológico nos haga cometer errores. Si por otra parte, se considera que el resultado negativo de una cultura se toma siempre como la prueba de la no existencia de la bacteria, lo cual no es exacto, ya tenemos explicado el desacuerdo que algunos pretenden existe entre la clínica y la bacteriología. No hay tal desacuerdo, concluye Marfan. Yo tengo la convicción de que en tratándose de difteria, el diagnóstico clínico bien hecho, da menos motivos de error que el bacteriológico, tal como se hace comunmente, es decir, cuando sólo se funda en un cultivo y son á mi juicio muy pocos los casos en los que sea del todo imposible diagnosticar la difteria sin el auxilio de la bacteriología.”

Refiriéndose el mismo autor á que las conclusiones fundadas sobre el diagnóstico bacteriológico hecho á la ligera, deben siempre ser rec-

tificadas, coloca entre este número á los que afirman que el bacilo de la difteria virulenta puede existir en la boca de individuos sanos y que subsiste durante mucho tiempo en la boca de los que tuvieron la enfermedad. Él cree que el bacilo de la difteria no se conserva sino durante unos cuantos días.

No carecen de interés ni de trascendencia, como antes decía, las cuestiones que en la actualidad se ventilan y que traen divididas las opiniones de los especialistas, verdaderas autoridades en la materia. Unas son meramente de doctrina y de importancia sólo científica; pero otras están íntimamente relacionadas con la práctica y pueden influir en la conducta del médico á la cabecera del enfermo, así como en los consejos y precauciones que la higiene adopte para extinguir en su cuna esta enfermedad tan temible donde quiera que se presenta, y evitar las probabilidades de la transmisión por contagio, sin caer en el opuesto extremo de las exageraciones.

Como en estos últimos meses se ha presentado la difteria en México con relativa frecuencia, al grado de haber podido yo ver durante ellos, más enfermos que en los diez años que llevo de ejercer aquí la profesión, no he creído inútil traer á la consideración de los ilustrados miembros de esta Academia, algunos casos clínicos que servir pudieran, aunque como modesto contingente, al apoyo ó invalidación de las opiniones que militan en los puntos que actualmente se debaten, exponiendo sinceramente las dudas que me asaltan y tratando, sobre todo, de ilustrarme con las autorizadas opiniones de mis doc-tos compañeros.

PRIMERA OBSERVACIÓN:

Hará cerca de un año ví un niño de 3 años, hijo de un sirviente de una casa de la calle de Don Juan Manuel. Estaba alojado en un cuarto de muy malas condiciones higiénicas, obscuro y nada ventilado, húmedo, y aun cuando era de regular capacidad, allí dormían 5 miembros de la familia, y como el mismo departamento servía á la vez de cocina, la atmósfera era irrespirable. Aquel niño llevaba 4 días de enfermo, había tenido gran calentura, tenía desde el principio gran dificultad para deglutir y había tenido muchos y tenaces vómitos. La tarde en que lo ví,

cuarto día, como antes dije, de la enfermedad, tenía 41 grados de temperatura, 42 respiraciones por minuto, 160 pulsaciones. Llamaba la atención el infarto de los ganglios del cuello: era el verdadero cuello proconsular; cara livida, sudorosa; casi en estado de colapsus; las extremidades frías. Al inspeccionar la garganta, me encontré las amígdalas y la faringe completamente tapizadas de falsas membranas clásicas; por las narices escurría un líquido sanguíneo de mal olor. Como se ve, el diagnóstico clínico se imponía: una difteria hipertóxica faringo-nasal abandonada á su marcha y que no permitía abrigar ninguna esperanza de éxito en tratamiento alguna. Esa misma tarde le inyecté 6 centímetros cúbicos que contenía el frasco número VI D. del suero anti-diftérico activísimo de Behring con 3,000 unidades anti-tóxicas. Este suero tenía dos meses de preparado y estaba en las condiciones más loables. Le inyecté también 300 gramos de suero artificial tibio y dos centímetros cúbicos de aceite alcanforado al 2 por ciento. La respiración de este niño era acelerada pero libre; las falsas membranas no habían invadido la laringe. Recogí una porción del exudado y lo envié para su examen al Consejo S. de Salubridad. Contra lo que me esperaba, encontré aún vivo al enfermito al siguiente día, pero sin la menor muestra de que aquel organismo agotado pudiera reaccionar. Repetí la inyección de suero artificial, así como la del suero anti-diftérico de igual actividad; le inyecté hipodérmicamente éter y cafeína y procuré alimentarlo por el recto porque nada podía tragar. Del Consejo recibí aviso de que la siembra del exudado había producido bacilos de Klebs Loëffler y una gran cantidad de estreptococos.

El enfermito murió á la madrugada del siguiente día, demostrando lo que nadie hoy niega: que la difteria mata á causa del envenenamiento del organismo por medio de las toxinas; que la seroterapia es un gran recurso, pero empleado oportunamente, y que la gravedad del caso dependió en gran parte de la simbiosis, de la asociación del germen de la difteria con el estreptococo que la complicó gravemente y determinó en gran parte el desenlace fatal. Y no se trató, sin duda, de una de esas infecciones secundarias que en clínica se traducen por supuraciones de los ganglios, ulceraciones faríngeas y prolongación indefinida de la enfermedad. No; la

e aquel cuadro, desde sus principios, la idea de que la difteria se desarrollaba en un terreno, sobre un organismo presa de la toxemia; ésta podría haber nacido por contagio que la difteria, pero, su curso fue más corta y al desarrollarse aque- en semejante medio, tenía el carácter tóxico que revistió desde sus primeras etapas.

SEGUNDA OBSERVACIÓN.

En la misma casa, como 8 meses después, se presentó a ver á una criada que habitaba un departamento de las habitaciones del piso principal, con ardores y dolor de garganta, dificultad para deglutir. Estaba apirética, no había fiebre ganglionar. Al explorar la garganta me encontré con las amígdalas tapizadas de una ligera membrana; pero había un coriza muco-purulento y una ligera disfonía. Con es- tos síntomas y el recuerdo del caso ocurrido en la misma casa meses antes, toqué la garganta con hydrozono puro y recordo los frecuentes con agua esterilizada en cucharadas por litro de hydrozono; después de la inyección de suero anti-diftérico de Behring número 2, con 1,000 unidades, se le dio dieta láctea. Encontré al siguiente día la mejorada realmente á la enferma, pero se acentuó la ronquera y continuó el flujo de las narices. Olvidaba desde el primer día envié al Consejo de Higiene una porción de exudado para su estudio bacteriológico, que resultó positivo: cultivo de Klebs Loëffler. Este segundo día se le dio la inyección del suero de la misma actividad y se le hicieron los mismos lavados y toques con agua oxigenada. Al tercer día me encontré con el cuadro favorablemente y la enferma se hallaba en convalecencia plena. Este cuadro, sólo sospechoso, por los antecedentes, el catarro nasal y la ronquera, cuando no se veían los exudados, pero sin las membranas características en las amígdalas, sin calentura y sin infarto ganglionar. Después en las consideraciones que se hicieron en los casos en apariencia benignos; se aprendió siempre una enseñanza no despreciable: la persistencia de la vitalidad de los organismos tóxicos á pesar de la desinfección

hecha oportunamente por el Consejo, lo cual puede explicarse de dos maneras: primero, por los días que pasó el primer enfermo sin que se tomara precaución ninguna, y segundo, por las buenas condiciones que para la vida de estos micro-organismos ofrece una habitación húmeda, sin luz y sin aire.

TERCERA OBSERVACIÓN.

La Srta. N. R., de 22 años, sin antecedentes hereditarios, anteriormente sana, sin diatesis ninguna, el día 8 del pasado febrero amaneció con ligero quebranto; calosfrío, cefalalgia, vómitos: tomó ese día un purgante, hizo gárgaras de clorato de potasa; pero sintiéndose peor al siguiente día, fué llamado para atenderla. Me la encontré con 38 grados de temperatura. Dificultad y molestias al tragar. Examinada la garganta, me encontré con una angina eritematosa y como en esos días había visto muchos enfermos de gripa con manifestaciones de esta naturaleza, le prescribí quinina al interior y que lavara frecuentemente su garganta con una solución fenicada débil. Al siguiente día había algún infarto ganglionar, persistía la calentura, era más acentuando el dolor y la dificultad de deglutir y al examinar la garganta me encontré la úbula, las amígdalas y algo la pared posterior de la faringe, tapizadas con una ligera capa blanquizca adherida firmemente en las superficies invadidas. Insistí en el tratamiento anterior cambiando los lavados de garganta por los de agua oxigenada diluída y ordené le dieran toques de hydrozono puro en las placas. Recogí algo del exudado y lo mandé á la oficina bacteriológica del Consejo. Al siguiente día, cuarto de la enfermedad, me encontré con que la enferma no había dormido, la calentura había sido alta á pesar de la quinina que había tomado, el infarto ganglionar había crecido y las placas habían engrosado y se habían extendido notablemente. Ese día ví el resultado positivo de la siembra del exudado, encontrando al lado de los bacilos Klebs Loëffler, una cantidad notable de estreptococcus y de estafilococcus. Le inyecté el contenido de un frasco del suero de Behring número 3 con 1,500 unidades. Como los síntomas no cedieron al quinto día, sin que se hubieran exagerado tampoco, le inyecté el contenido de un frasco número 4 D. de suero activísimo del mismo autor

con 2,000 unidades anti-tóxicas. El sexto día caía la calentura, las membranas parecían adelgazadas y comenzaban á desprenderse con los lavados, pero la dificultad de tragar se sostenía y aún había aumentado; los infartos ganglionares también eran mayores. Repetí la inyección con suero de 3,000 unidades, administré la quinina por la vía hipodérmica porque la enferma no podía ingerirla. Al séptimo día persistía la calentura, las membranas se desprendían del todo, dejando á descubierto una superficie ulcerada de fondos sucios; el infarto ganglionar crecía y amenazaba supurarse. La enferma siguió con alternativas durante cerca de un mes, con grandes dificultades para deglutir; fué preciso darle salida al pus de los ganglios. Se le hicieron á la enferma dos inyecciones de suero anti-estreptocócico de Marmorek, otras de cianuro de mercurio de Roussel, de metharsinato de Clin. Hubo que cauterizar reiteradas veces las ulceraciones de la garganta con nitrato de plata, cloruro de zinc, nitrato ácido de mercurio; hubo que alimentar á la enferma muchos días por la vía rectal y curó al fin después de una penosísima y larga convalecencia. Esta observación, que tiene sus puntos de contacto con la primera, difiere totalmente en otros conceptos. Aquí se ve que el envenenamiento estreptocócico vino secundariamente á complicar y á agravar la difteria. Esta cedió gracias á la seroterapia, pero dejó el organismo expoliado y notablemente debilitado en poder del segundo enemigo que puso en gravísimo peligro la vida de nuestra enferma. Este caso es interesante á mi juicio, porque da la medida de la gravedad que puede revestir la difteria cuando se complica de esta suerte y explica bien este otro modo que tiene de matar: favoreciendo y abriendo la puerta á infecciones secundarias que pueden ser tanto ó más graves que ella misma.

CUARTA OBSERVACIÓN.

Un niño hijo de un compañero nuestro cayó enfermo el 3 de marzo pasado. Había gozado hasta entonces de buena salud. Tiene 2 años escasos. Comenzó con calentura de mediana intensidad, 38 grados, y se quejó desde luego de dificultad para deglutir. Cuando yo lo ví al día siguiente, al explorarle la garganta me encontré las amígdalas y la pared posterior de la faringe

cubiertas de una pseudo-membrana gris y espesa característica. Había infarto ganglionar sobre el lado izquierdo. Tratamiento: toques con hydrozono y lavados con la misma preparación diluído. Quinina al interior y una inyección con suero de Behring número 2 con 1,000 unidades. Al siguiente día el cuadro poco había cambiado, pero el infarto ganglionar era menor. El mismo tratamiento; nueva inyección de suero anti-dif-térico de la casa de Parke Davis número 1, con 1,000 unidades anti-tóxicas. Al cuarto día de la enfermedad, el alivio era completo y se inició la convalecencia, que siguió hasta la curación definitiva sin accidente alguno. Después de haberle hecho la inyección de suero del primer día, se hizo una siembra del exudado y resultó, según el aviso del Consejo, con bacilos de Klebs Loëf-fler. En este caso el diagnóstico bacteriológico vino sólo á confirmar el clínico, que era claro.

QUINTA Y SEXTA OBSERVACIÓN.

Pocos días después ví, en un estanquillo de la calle de Quesadas una niña de 10 años que llevaba 2 días de enferma, con gran calentura, vómitos ténaces, quebranto general y molestia, dificultad y dolor para deglutir. Al examinar la garganta me encontré sólo una angina eritematosa y como la calentura era muy alta creí que se trataba de un caso de escarlatina. Al siguiente día, la amígdala comenzaba á cubrirse de una ligera capa blanquizca; se acentuó el infarto ganglionar y persistía la calentura. Habiendo vomitado la quinina que le había prescrito la vispera, se la inyecté hipodérmicamente y le prescribí toques con hydrozono y lavados con la misma preparación diluída. Recogí algo del exudado para enviarlo al Consejo, de donde se me contestó que contenía bacilos de Klebs Loëf-fler. Como el estado de la enferma no revestía gravedad ninguna, aplacé para el siguiente día la inyección del suero que prescribí; pero encontrándola entonces sin calentura ese día, que era el quinto de la enfermedad, y notablemente modificados los síntomas locales de la garganta, me pareció ya inútil aplicar el suero. Cuando entraba en convalecencia cayó una hermana de 22 años, con síntomas parecidos aunque menos exagerados. Examinada la siembra que se hizo con el exudado, presentó también bacilos de Klebs Loëf-fler. Con un tratamiento enteramen-

te igual y sin inyectarle suero, curó en el mismo lapso de tiempo.

SÉPTIMA OBSERVACIÓN.

Hará unos 20 días fuí llamado una noche para ver un enfermo que vive en la calle Zuleta. Me encontré con un joven francés que llevaba 5 días de enfermo, con calenturas que oscilaban entre 38 y 38 y medio grados; se quejaba mucho de dolor de garganta, tenía un infarto ganglionar izquierdo muy sensible y muy acentuado. Examinada la garganta me encontré con ambas amígdalas tapizadas de una pseudo-membrana característica. Como este enfermo estaba bajo los cuidados de un compañero y no ví por lo pronto un peligro inmediato, ofrecí sólo á la familia tener al siguiente día una junta con su médico de cabecera. Así fué, en efecto, y encontrando más acentuados los síntomas de una verdadera difteria, le hicimos una inyección de suero de Behring número 2 con 1,000 unidades, toques y lavados con hydrozono, quinina al interior, y enviamos al Consejo una porción de exudado para su siembra. Al siguiente día, séptimo de la enfermedad, el alivio era completo; cayó la calentura, el infarto disminuyó sensiblemente y las pseudo-membranas se hallaban notablemente adelgazadas. El resultado del examen bacteriológico fué negativo y, sin embargo, clínicamente éste fué un caso de verdadera difteria, comprobado por el éxito de la seroterapia. Yo creo que este desacuerdo entre la bacteriología y la clínica no es más que aparente, porque existiendo el bacilo de la difteria, por muchas causas podía no haber sido encontrado: no haber recogido bien el exudado; una siembra imperfectamente practicada, etc., etc. De todos modos, he querido referir este caso porque ante todo debemos atenernos á la clínica para instituir un tratamiento que de ningún modo dañaría al paciente.

OCTAVA OBSERVACIÓN.

Hará unos veinte días ví una niña de 3 años que llevaba poco tiempo de haber llegado de la costa. Se quejaba de molestia al tragar, no había calentura ni infarto ganglionar; ningún síntoma catarral; tenía buen apetito y andaba jugando. Al explorar la garganta me encontré las amígdalas cubiertas con una ligera capa opali-

na de débil espesor. Le prescribí lavados bóricos y unos toques con glicerina é ictiol. Así se mantuvo 5 ó 6 días, pero al séptimo noté que aquella ligera exudación, que no aumentaba de espesor, tampoco desaparecía y tendía á extenderse hacia abajo. No había calentura, no había infarto ganglionar; pero la niña ese día no tenía apetito y no quería jugar, sino permanecer en brazos. Le dí personalmente el toque llegando hasta los puntos más bajos invadidos y le prescribí la quinina al interior. Dice la familia que la niña continuó muy displicente y abatida todo el día, sin calentura; pero que desde las cinco de la tarde en adelante, comenzó á enronquecerse, á toser también ronco y á dar grandes señales de inquietud. La madre le puso esponjas empapadas en agua caliente en el cuello, pero la ronquera y la tos crecían á cada momento. No podía deglutir ni el agua sin temor de ahogarse; se dormía pasajeraente, pero despertaba luego asfixiándose; todo lo cual obligó á la madre á llamarme á media noche pidiéndome que llevara suero porque creía que su hija tenía el croup. El cuadro que me encontré no podía ser más alarmante en verdad. La niña no podía estar quieta un momento en la cama; estaba casi áfona. Su tos era la llamada de perro y le causaba sufrimiento; las inspiraciones cortas, ruidosas, silbantes; la respiración acelerada, jadeante; el murmullo vesicular muy debilitado; á pesar de la tos, nada espectoraba; la cara estaba cianósada, los ojos hundidos, los yugulares hinchados, pulso pequeño, débil, frecuente; vomitaba con frecuencia mucosidades viscosas. Continué las aplicaciones de esponjas calientes al cuello. Le inyecté el contenido de un frasco número 5 de suero anti-diftérico de Parke Davis de 3,000 unidades; mandé buscar una bolsa de oxígeno y esperé preparado á traqueotomizar á la enfermita si aquel cuadro no se modificaba. Dos horas después la niña dormía con relativa tranquilidad. Su respiración era ruidosa, pero más lenta; el pulso era más lleno y menos acelerado. La temperatura normal; no hubo nunca calentura.

En el curso de ese día fué mejorando, pero como la voz seguía ronca lo mismo que la tos y la respiración algo ruidosa, le inyecté á las 10 de la mañana el contenido de un nuevo frasco de suero de Behring número 2 con 1,000 unidades. Recogí exudado para hacer una siembra

que tuvo la bondad de hacer ese día el Profesor D. José de la Luz Gómez, cuya preparación me hizo ver al siguiente día en el microscopio; había muchos bacilos cortos, y en algunos puntos se veían entretrejidos. Al siguiente día la enfermita estaba ya bien, había dormido tranquila; su voz era clara y apenas tosía de una manera normal; los exudados de las amígdalas habían desaparecido y entró desde ese día en plena convalecencia. Como había dos niños hermanitos de la enferma, una mayor y otro menor, y la madre no quería abandonar á ninguno, inmunicé á los dos niños con suero de Behring número 0, teniéndolos siempre aislados de la enfermita y tomando cuantas precauciones fueron posibles para evitar el contagio. El mismo día que recibió la inyección preventiva la hermanita mayor, tenía reacción en la noche, dolor de garganta; al examinarla no encontré más que rubicundez en las amígdalas y faringe. Le prescribí la quinina y toques y lavados con hydrozono. Al siguiente día todo había pasado y no ha vuelto á tener novedad alguna.

Este caso es, como se ve, muy interesante y encierra una gran enseñanza. Yo me reprocho no haber oportunamente hecho practicar el análisis bacteriológico del exudado, porque aunque no era característico, fué muy tenaz y debí haber tenido en cuenta la constitución médica reinante. Así tal vez, con una simple inyección preventiva hubiera evitado el accidente que en tan gran peligro puso á la niña.

La frecuencia relativa con que hemos visto la difteria en la Capital en estos últimos meses, la debemos sin duda á alguna importación de Guadalajara, en donde tuvieron una verdadera epidemia. Yo no sé que esto se haya demostrado, pero es posible y probable que de allá nos vino y lo que es de temerse es que dadas las malas condiciones de las casas que habita la gente pobre y la poca higiene de sus habitantes, se nos quede bajo forma esporádica y endémica, revistiendo algún día forma epidémica, que sería de incalculables resultados.

La generalidad de los casos que refiero han revestido relativa benignidad y no creo que haya sido debido al tratamiento por el suero, porque en algunos, como se recuerda no llegué á usarlo.

Creo que mientras la ciencia resuelva la cuestión de los bacilos verdaderos y falsos, en los

casos en que se abrigue alguna sospecha clínicamente y que la bacteriología nos diga que hay bacilos de Klebs Loëffler, debemos proceder sin demora á emplear el suero curativo en el enfermo, y el preventivo en los que inmediatamente lo rodean y corren peligro de contagio; que debemos proceder del mismo modo cuando clínicamente diagnostiquemos la difteria por su evidencia, aun cuando el examen bacteriológico dé resultados negativos; pero en todos casos y especialmente cuando se trata de simples sospechas, obrar con la prudencia y la discreción necesarias; hacer comprender á las familias que se procede por exceso de precaución más bien, para evitar el pánico, la alarma, la consternación que estalla en el seno de un hogar donde el médico pronuncia la palabra difteria. Aislar inmediatamente al enfermo, evitar por cuantos medios la ciencia enseña, las probabilidades de difusión de la enfermedad, pero hacer todo esto de modo tal, que más bien parezca un celo exagerado. Así se realiza el objeto y se realiza sin escándalo.

Sigo creyendo que los casos que he observado revistieron cierta benignidad, porque con excepción de dos agravados en su evolución por otros gérmenes patógenos, los demás no presentaron complicación ninguna; ni accidentes bronco-pulmonares, ni conjuntivitis, ni otitis, ni hemorragia, ni nefritis y de parálisis, ni aún la del velo del paladar tan frecuente.

Acostumbrado á ver la difteria en nuestra costa, donde suele presentarse con formas tan graves y en épocas donde no contábamos con el gran recurso de la seroterapia; allí, donde contra la opinión de uno de nuestros más respetables maestros, existía desde mucho antes de la intervención francesa, y se le conocía, según referían los médicos viejos, con el nombre de garrotillo; acostumbrado á ver las graves complicaciones de que con frecuencia venía acompañada y las variadas y múltiples parálisis del velo del paladar, de los músculos del tronco, de los miembros, del diafragma, etc., etc., que solía dejar como reliquia, me ha sorprendido no haber encontrado nunca ni aun la más común: la del velo del paladar. ¿Será esto debido al tratamiento por el suero? No lo sé, no lo creo, porque tampoco vinieron en los casos no tratados por el suero. Además, no he visto en ningún autor

moderno señalado este nuevo beneficio de la seroterapia.

Desde el Congreso Internacional de medicina y cirugía celebrado en Moscou hace 7 años, es decir, apenas iniciada la seroterapia, ha venido siendo objeto de serios ataques y de importantes discusiones; tratándose de la anti-diftérica se le han atribuido accidentes varios y algunos de importancia como los eritemas precoces ó tardíos, algunas veces hemorrágicos; accidentes sincopales; hipo ó hipertermia; frecuencia del pulso; albuminuria. Con excepción de los eritemas precoces polimorfos, pero siempre fugaces y de ninguna importancia, yo nunca he visto sobrevenir ninguno de los demás. Estos sí son comunes y después de inyecciones de suero; pero se sabe que esto mismo pasa con cualquier suero animal no inmunizante. Se sabe también que el suero de las diversas especies de animales no es igualmente inofensivo para el hombre y aun para otros animales; el suero del perro, por ejemplo, es mal soportado por el hombre; el de la raza bovina, toxico para el conejo, lo es muy poco para el hombre; pero que el suero de caballo puede emplearse á altas dosis sin inconveniente alguno en la especie humana. ¿Por qué, pues, atribuir á la seroterapia accidentes que siempre se habían visto antes de usarla y que son sólo el resultado de la toxemia originada por la difteria sola ó por su asociación á otros gérmenes. No debe admirarnos tampoco la guerra emprendida contra la seroterapia, cuando vemos en nuestros días asociaciones formadas en la misma Inglaterra y presididas por gentes que se dicen médicos, que han emprendido una seria cruzada contra la vacuna Jenneriana acusándola de infinitos males ocasionados por su empleo y declarándola causa de la degradación de la raza humana.

Para impedir los eritemas que origina el suero anti-diftérico, accidente que nadie le niega, unos proponen usar sueros viejos y otros, como Spronch, propone calentar el suero antes de usarlo, durante 25 minutos, á una temperatura de 59 y medio grados. Yo no creo que valga la pena por el temor á tan pequeña é insignificante molestia, correr el peligro de usar un suero, desnaturalizado por antiguo, ó la complicación de la técnica con una nueva operación, y mientras la patogenia de los sueros, mejor conocida, no nos revele la verdad, es mejor usar los sue-

ros lo más recientes posible y tal como vienen, asegurándose si, por su aspecto y su transparencia relativa, que tienen las condiciones deseadas.

La seroterapia es y seguirá siendo una verdadera conquista para la ciencia. Está demostrado que en la difteria las materias solubles que se inyectan con el suero no hacen más de atravesar la economía; pero en su tránsito obran sobre el sistema nervioso y le imprimen al organismo una nueva nutrición que se caracteriza por un aumento notable de las propiedades bactericidas de los humores y de los tejidos y por una actividad mayor y muy sensible de los fagocitos.

Si la estadística, con la lógica inflexible de los números, ha demostrado, hasta la evidencia, que la mortalidad ocasionada por la difteria ha disminuído de 60 y 70 por ciento á 15 y 20, desde que se tiene el recurso de la seroterapia, mientras que no se conozca cosa mejor no debemos privar á la humanidad doliente de sus grandes beneficios.

Mañana tal vez la ciencia, en sus indefinidos progresos, nos enseñe algo mejor, que no sólo alivie y cure la difteria, sino que nos permita suprimirla por completo del cuadro de las enfermedades que nos afligen; ni aún así tendremos derecho para ver con desdén y con desprecio este brillante esfuerzo del ingenio humano, coronado por un éxito lisonjero que le ha merecido las bendiciones de millones de madres agradecidas que le han sentido repercutir en su corazón.

México, junio 22 de 1904.

G. MENDIZÁBAL.

BIBLIOGRAFIA MEDICA NACIONAL

1839-1840.

LA SOCIEDAD FILO-MEDICA.

El 21 de junio del año de 1899 i cumplí con mi turno de Reglamento leyendo en esta Academia un trabajo sobre la Historia del Protomedicato en México; desde entonces me propuse continuar mi estudio sobre la Historia de la Me-

1 "Gaceta Médica de México." Primera Serie.—Tomo 36.—Pág. 563.