

CARBUNCLO SINTOMATICO EN EL HOMBRE

Diagnóstico Bacteriológico

POR EL DR. FRANCISCO BULMAN.

Corría el mes de febrero del año pasado y una mañana del 24, encontramos en el servicio de observación de la Beneficencia Española, un joven de 22 años, entrado la víspera; procedente y empleado en Hacienda, del Estado de Veracruz. Azarosos debieron de ser los prodromos de la enfermedad, pues dejó por el doble motivo de salud vacilante y terror a la revolución, el cargo que desempeñaba. Llegado a esta ciudad, a casa de sus amigos, pues no tenía otro arrimo, al ver aquéllos que empeoraba, lo llevaron al hospital. Mostrándose acerca del conmemorativo bien, avaros de necesarias noticias: setenta y dos horas de malestar general, con fiebre, inapetencia y debilidad, dolor de cabeza, sed, sudores y calentura, que al acrecer le ocasionó la pérdida del conocimiento, pasó la noche con agitación y delirio de palabra. La temperatura alcanzó la cifra de 40°. Ojos inyectados, brillantes, lengua sucia, guarda el decúbito dorsal, piel ardiente, blanca y sin manchas de petequias ni saledizas erupciones, que hicieran relieve a su superficie. Vientre ligeramente timpanizado. Bazo e hígado aumentados de volumen. Vejiga distendida por orina. Ganglios de la región crural izquierda, aumentados de volumen, acaso y tal vez sin el acaso, por padecimiento del miembro inferior; del lado correspondiente. Organos genitales sanos, sin las insignias que dejan tras de sí, desventurados combates sexuales y sin pus en la uretra. La parte anterior e intero-externa del miembro inferior izquierdo, sana, no así la cara posterior del muslo, al voltear al enfermo sobre el decúbito lateral derecho, presenta endurecimiento de 10 centímetros de extensión paralela al eje del miembro, por 6 ctms. de anchura, de color violáceo, muy sensible, crepitante, caliente, con zona edematosa, que se extiende hasta la rodilla, por una parte y por otra, llegaba al nivel de la articulación de la cadera. En los demás aparatos no se advierte nada anormal. La idea de infección, se imponía consolidándose en la homogénea

masa de síntomas diversos y el diagnóstico de gangrena gaseosa, cuando está declarada como en este caso, es fácil por los caracteres objetivos de la afección.

Reflexionando sobre los síntomas que comparecen en el sitio lesionado: la tumoración crepitante y el estado septicémico, nos indicaban un proceso infeccioso intenso, no podía confundirse con la pústula maligna carbonosa, afección producida por el bacillus anthracis y caracterizada por la aparición de la pústula de centro negruzco, coronada de vesículas y con zona edematosa muy diferente a la tumoración crepitante y extensa, presentada en nuestro enfermo. Además, el proceso septicémico que sigue a la pústula maligna, es rapidísimo, y casi siempre fatal.

Por otra parte, el comienzo rápido y su intensidad, nos hacía descartar procesos tumorales, ocasionados por actinomices casi siempre, de marcha tórpida y nuncamente tan grandes como la de nuestro caso, y sobre lo dicho, a la incisión, a más de ese pus tan compacto, que forman los actinomices, brotan los granos micóticos de singular aspecto, grises, amarillentos.

Tampoco se podía admitir una lesión producida por estafilococos o estreptococos, porque no forman tumoraciones crepitantes ni zona de evolución tan rápida.

Así es, que sólo se podía admitir una infiltración gaseosa, producida por gérmenes seguramente anaerobios.

Desde luego, se imponía vaciar la vejiga, recoger asépticamente la orina y mandarla analizar; y después, emprender el tratamiento clásico que se resume en curaciones húmedas, levantar las fuerzas del enfermo por medio de pociones cordiales, atacar los centros gangrenados con amplias sajas y emprender a tijeretazos la eliminación de los restos esfacelados y en las partes dudosas, en las limítrofes, recordar que algunos aconsejan surcos de circunvalación ígnea, trazados con termocauterio al rojo blanco; maniobra terapéutica candente, que evita las filtraciones.

Pero mucho antes de imponer tal tratamiento, cabía preguntar: ¿Cómo había principiado esta gangrena gaseosa?

Ignorábamos tal detalle, dado el estado soporoso del enfermo y el desconocimiento de las gentes iletradas que le rodeaban del proceso evolutivo de la dolencia.

¿Cuál era la causa de esta vasta mortificación?

¿Era un engendro nacido sobre padecimiento general infeccioso, o ella era la autora del estado septicémico del enfermo?

La diabetes, como causa quedó eliminada, no había azúcar; ni albúmina en la orina. La reacción de Widal, en la sangre, fué negativa, y por tanto, desechada la fiebre Eberhtiana. Entre las causas locales y relativamente frecuentes, figurán los traumatismos y acerca de alguno de ellos, no teníamos datos.

Evidentemente se trataba de proceso infeccioso, pero el gérmen causante, cuál es, de dónde vino, por dónde penetró, a qué se debe su terrible virulencia?

Aquel daño, enigma de faz etiológica, sólo el laboratorio podía resolver, según sabemos ya de antemano, los diversos agentes señalados y capacitados, para crear la gangrena gaseosa y que pueden arribar al organismo, son el «bacillus emphysematis maligni» (Wiklein), el «bacillus phemones emphysematose» (Froenkel), el «bacillus perfringens» (Weillon y Zuber, Rist, Guillemot) comparable al microbio de Froenkel, el «bacilo séptico aerobio» (Légros et Lecene) Roger hace figurar al lado del vibrión séptico, la serie de los análogos, ya por sus caracteres biológicos, bien por sus propiedades patógenas,

¿Quién de todos sería el bacilo séptico anaerobio provocador de la gangrena local, seguida de la septicemia? El análisis bacteriológico debería continuar a la observación clínica, y ante su informe vendrían a expirar opiniones aventuradas.

El pronóstico era serio y sin vislumbres de alivio.

Amplias incisiones dieron salida a pus seroso, fétido, de color negruzco, advirtiéndose en el tejido celular e intramuscular burbujas, el agente tóxico infeccioso, debía de tener sobre los tejidos, una acción directamente necrosante, porque los músculos aparecían negros.

Se aplicó la cura de Carrel e irrigaciones de agua oxigenada.

El bacteriólogo de la casa, el muy competente Dr. Francisco Zapata, tomó el exudado de esta mezcla bastarda de congestión, enfisema, flegmasia y edema. El estudio del líquido, suministró acertado criterio diagnóstico coadyuvando eficazmente al tratamiento.

Como lo certifica en su informe, el Sr. Dr. Zapata, hizo frotis de exudado y siembras en medio anaerobio.

El examen microscópico reveló la presencia de bastoncillos rectos aislados o reunidos, en grupos de dos, y algunos encerrando esporos. Se veían además, otros en forma de filamentos más delgados que los anteriores, y que no tomaban el Gram, tan intensamente, como aquéllos, presentando también esporos. Los cultivos fueron positivos para estos dos gérmenes, en medios anaerobios. Los hechos en medios aerobios quedaron negativos.

El cuy, inyectado con el exudado, presentó una tumoración en el vientre, sitio de la inyección; tumoración sensible, crepitante, sucumbiendo el animal a las 48 horas, encontrándose estos gérmenes en la sangre.

Se inyectó otro cuy, con la sangre de éste, presentando los mismos síntomas, pero lo sacrificamos a las 24 horas, para poder obtener suero para nuestro enfermo, pues no pudimos encontrar suero antigangrenoso.

El estudio morfológico de los gérmenes encontrados, reacciones tinto-

riales y cultivos, nos hizo saber que se trataba de dos gérmenes anaerobios, causantes de la infección, sin que se pueda asegurar a ninguno de los dos, papel preponderante, pues desde las experiencias de Weinberg, en la guerra europea, se sabe que en las infecciones anaerobias asociadas, no hay gérmenes preponderantes ni de asociación, sino que todos juegan un papel patógeno.

La inoculación experimental de los dos gérmenes, aisladamente en el cuy, dió los siguientes resultados.

El cuy, inyectado con el germen que se presentaba en forma de filamentos, sucumbió a las doce horas de la inyección, por septicemia, encontrándose en la autopsia edema, en el sitio de la inyección y efisema en el tejido conjuntivo, hígado aumentado de volumen, así como el bazo, y en el peritoneo, una serosidad muy abundante.

El inyectado con el germen, en forma de bastoncillos rectos aislados o reunidos en grupos de dos, más gruesos que el anterior, presentó los siguientes síntomas: tumoración grande en el sitio de la inyección, tumoración crepitante, ganglios inguinales tumefactos, fiebre, pelo erizo, muriendo el animal a las 48 horas, encontrándose en la autopsia un gran edema en el sitio de la inyección, hígado y bazo, aumentados de volumen.

Es indudable que se trataba de dos gérmenes distintos, pudiendo clasificar el primero, por sus reacciones tintoriales, cultivo e inoculación experimental, con el vibrio séptico, y el segundo con el bacilo Chauveau por sus caracteres morfológicos, tintoriales, de cultivo, inoculación experimental, y además, por reacción de fijación de complemento, hecha con suero del animal inyectado con el germen y bacilos Chauveau identificados.

En el germen que consideramos como vibrio séptico, no pudimos hacer esta última prueba, en nuestro concepto lo más importante, porque no pudimos obtener un vibrio séptico identificado.

Al tercer día de observación, se cura la herida con agua oxigenada, se pone una inyección de 250 cc. de suero artificial y otra de suero obtenido de un cuy, inyectado con los gérmenes encontrados.

A las 24 horas el enfermo ha mejorado algo, la fiebre es de oscilaciones, entre 39 y 40, el estado de delirio ha disminuído. A las 50 horas se le pone el suero del cuy inyectado. A los tres días el enfermo ha mejorado notablemente, el aspecto de la herida es bueno, se ven las masas musculares rojas y la supuración ha disminuído. Temperatura 38°.

A los 7 días la temperatura es normal; se toma exudano de la herida, no encontrándose gérmenes y entonces aproximamos sus bordes, con cuatro hilos de sutura.

En suma, la fiebre, la agitación, el delirio, la adinamia disminuyeron, el pulso se regularizó y la temperatura bajó a 38°5; las escaras se eliminan,

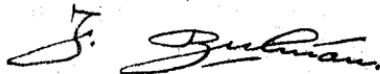
los músculos desnudados se ven al fondo de la herida y al fin de cuentas, la reparación se inicia y el enfermo cura de la herida que se hizo, en 30 días tratada con aceite de olivo yodado al 1 por 10.

Ya en sus cabales, pudimos reconstruir, revivir el principio de este martirologio. Por conmemorativo retrospectivo, nos relató con la tardá coordinación del campesino, que en contacto con ganado enfermo de carbunco, en la hacienda de San Nicolás Cuichapam, Ex-cantón de Córdoba, desempeñaba el oficio de ordeñador y para ello utilizaba taburete, que en el establo rodaba de aquí para allá, recordando, que algún día ligeramente se lastimó con él, en la parte posterior del muslo.

Esto por lo tocante a la clínica, que en cuanto a lo relativo a la higiene, sin pisar el debatido terreno de quién debe legislar en este asunto, si Zootecnia o Salubridad, diremos: que estando vinculada la enfermedad en ciertas comarcas, hay que alejar los bóvidos de tales lugares, hacer el avenamiento de los terrenos pantanosos o cenagosos, como en Dinamarca; y entretanto, practicar la inoculación preventiva de los animales amenazados por el padecimiento. En Alemania y Austria, la enfermedad está sometida a la declaración obligatoria y las medidas profilácticas de policía sanitaria, tienden a destruir las evacuaciones procedentes de animales enfermos, aislándoles de los sanos, desinfectar el sitio que ocupan aquéllos, incinerar y enterrar los cadáveres profundamente, prohibiendo la venta de la carne, la leche y piel de reses contaminadas. En suma, convertir los cadáveres en inofensivos, desinfectar los sitios, canalizar las tierras y prodigar inoculaciones preventivas, que desde Arloing, hasta Schobl, pasando por Kitasato, se habían ejecutado en los animales quienes podían inmunizarse; por medio de la doble preventiva con virus, atenuado según el método de Cornevin y de otros, teniendo a Arloing a la cabeza; por la cruzada, con hilos cargados de esporos, que llevan a Thomas por jefe; por las campañas de virus, atenuado, polvo de carne y cultivo, suero y cultivos atenuados, jugo muscular no atenuado, preparados por varios microbiólogos, con Kitt al frente; y en fin, las toxinas de Dueuschmann, Foth, y Roux el primero entre ellos; forman las legiones de medios profilácticos; más para ser completos, recordaremos los cultivos puros de Kitasato y Poels, el inmusuero, con o sin toxinas de Grassberger y Schanttenfroh, y por último, las agresinas de Schobl.

En el hombre, el único tratamiento es el seroterápico, en nuestro caso, convivía el Chauveaui con el vibrio séptico, esta asociación de microbios, hace contraste a las observaciones ajenas, en las que sólo se ha hallado el Chauveaui, en vista de ella, debería existir siempre un stok de sueros polivalentes contra el Chauveaui y el Vibrio séptico en las regiones ganaderas, pues ya vimos el resultado tan brillante que tuvimos en nuestro caso, y eso es que el suero se preparó rápidamente, pues lo urgente del caso así lo requería.

En la observación que he tenido el gusto de presentaros, el diagnóstico ha sido hecho por el bacteriólogo; el enfermo no pudo dar detalles clínicos de su dolencia, ésta de manera esbozada y silenciosa conservó ignorante de su existencia a su propio portador. La bacteriología dió la última mano al cuadro patológico de nuestro enfermo, perfilando bien los contornos, precisándolos, y por último, dibujando claramente entre nosotros, y por primera vez, el carbunco sintomático en el hombre. No creemos que nuestra observación naciente, venga a innovar y a transformar por completo la terapéutica del padecimiento, pero sí llamamos la atención, sobre el lícito empleo del suero.



Como conquista trascendental del siglo décimo octavo hay que mencionar el descubrimiento de la vacuna por Jenner. El 14 de mayo de 1776, William Jenner inoculó a un niño con el virus procedente de la pústula que a una lechera se le había formado en la mano al infectarse con la vaca de la persona a quien servía. El primero de julio siguiente, el mismo niño fué inoculado con el virus de la viruela sin que se produjera el más ligero efecto, conforme lo había predicho Jenner. A pesar de la grande oposición que se le hizo, este método fué adoptado lenta pero firmemente por todas las naciones civilizadas. En Boston la introdujo en 1800 el Doctor Waterhouse y Seaman lo introdujo en Nueva York en 1801. En este mismo año, el Doctor Grant de Georgetown vacunó al Presidente Jefferson. El resultado de esta invención fué que la viruela, que, según el "New York Medical Record" de 14 de julio de 1894, durante el siglo décimo octavo acarreó en Europa la muerte de más de 50.000.000 de personas y fué la causa de la décima parte de las defunciones ocurridas en Nueva York entre 1785 y 1800, ha quedado virtualmente eliminada, excepción hecha de las comunidades donde reina la negligencia.