

Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Redactores : 1.º, Dr. Carlos Michelsen U.—2.º, Dr. José María Lombana Barreneche.

TRABAJOS ORIGINALES

DIFTERIA

DESDE EL PUNTO DE VISTA BACTERIOLÓGICO Y SEROTERÁPICO

Por el doctor Juan David Herrera.

(Continuación).

No se crea que el efecto benéfico del suero se hace sentir, ó al menos se marca inmediatamente después de su aplicación. Importa mucho que el médico conozca la marcha evolutiva de la curación de la enfermedad tratada por el suero, con el objeto de que insista en su aplicación metódica y no se desaliente por el hecho de no observar una mejoría inmediata.

Durante las doce horas que siguen á la primera inyección del suero, no se observará ninguna mejoría, al menos aparente ó marcada; al contrario, la temperatura suele aumentar de medio á un grado, el niño se pone inquieto é intranquilo; estos fenómenos son de duración transitoria, y al cabo de pocas horas la calma se restablece; los demás síntomas se sostienen en el mismo grado ó tipo que tenían antes de la inyección; esta reacción, juzgada desfavorablemente por los dolientes ó por las personas que rodean al enfermo, es, al contrario, juzgada favorable por el médico, que ve en esto la propiedad reaccional del organismo al recibir esta nueva fuerza de resis-

cia, y aun hay autores que basan en esta reacción un pronóstico favorable; algunos, como Dreyfus, interno del servicio de diftéricos de Lyon, anotan el hecho de que algunos enfermos se quejan de vivos dolores en el lugar de las inyecciones y en los miembros, si bien estos dolores son de corta duración; sin negar el hecho, hago constar que en mi práctica no he tenido ocasión de observar todavía estos fenómenos dolorosos. Es después de la segunda inyección de suero, y generalmente treinta y seis á cuarenta y ocho horas después de la primera inyección, que comienza á observarse la remisión en los principales síntomas que constituyen la enfermedad, y una vez comenzada esta remisión, la marcha hacia la convalecencia es rápida: las falsas membranas se desprenden en masa, algunas veces, pero lo general es que caigan en delicuecencia y en el lugar de su implantación se observa una superficie ligeramente glutinosa de un color amarilloso, el cual es reemplazado insensiblemente por el color rosado normal de la mucosa al estado sano; la temperatura baja gradualmente; la voz recobra su timbre normal y la deglución de los alimentos se hace con más facilidad; los vómitos desaparecen y el estómago tolera mejor los alimentos; la micción de la orina se hace á intervalos más cortos, su cantidad aumenta; y comienza á disminuir, hasta desaparecer, la albúmina que se observa en la mayor parte de los casos; en una palabra, el filtro renal, atascado por las toxinas, recupera su libertad, librando al niño de uno de los graves peligros de la intoxicación diftérica: la anuria y la consecuenencial uremia; el niño sale de la postración ó de la agitación nerviosa, recuperando su humor habitual, y el infarto de los ganglios cervicales cede poco á poco. En los diversos casos que he tenido ocasión de tratar con el suero de Roux, sólo en dos he observado, en la convalecencia, una ligera parálisis del velo del paladar, caracterizada por la vuelta de los líquidos por la nariz, durante la deglución de éstos; en ambos casos esta parálisis fue transitoria y de corta duración; pero lo que es las parálisis graves persistentes y á veces de terminación fatal, que no era raro observar después de la curación de la difteria con los procedimientos ordinarios, no he tenido ocasión de observarlas con el tratamiento seroterápico moderno.

IX

Para inyectar el suero hipodérmicamente, debe hacerse uso de una jeringa graduada ó de capacidad conocida, con el objeto de cerciorarse de la cantidad de suero introducida en el organismo. La jeringa más apropiada para el efecto, es la jeringa de Roux, de veinte centímetros cúbicos de capacidad, encerrada en una caja metálica, construída de tal modo, que se puede convertir en reverbero que se utiliza para la desinfección de la misma jeringa, condición indispensable si se quiere obtener buen resultado; y, sobre todo, si se quiere evitar la formación de abscesos ó flegmones que serían fatales en una difteria. Esta desinfección se hará inmediatamente antes de aplicar la inyección del suero; al efecto, se desmontarán todas las piezas que constituyen la jeringa y se harán hervir unos diez minutos en agua pura, ó bien en una solución de ácido bórico al 4 por 100. Después de bien desinfectada la jeringa y las agujas ó aguja que se va á emplear, se montará de nuevo la jeringa, teniendo cuidado de utilizar el tubo de caucho intermediario entre la jeringa y la aguja, el cual por su flexibilidad es muy cómodo para seguir los movimientos del niño que se agita inquieto por la picadura de la aguja.

Desinfectada y montada la jeringa, se procede á llenarla con la cantidad de suero que se desea aplicar, y es únicamente en este momento que se debe destapar el frasco que contiene el suero, con el objeto de que éste no permanezca al contacto del aire, sino el tiempo indispensable para pasar del frasco al cuerpo de bomba de la jeringa. La aguja será introducida en el frasco que contiene el suero, de modo que la punta llegue hasta muy cerca del fondo del frasco, y será mantenida allí inmóvil por un ayudante, mientras el cirujano practica la aspiración del suero con el émbolo de la jeringa; esta aspiración debe hacerse suave y gradualmente, procurando que la jeringa quede perfectamente llena, y expulsando cuidadosamente el aire contenido en ésta.

Llenada la jeringa con el suero, se procede á la desinfección de la región en donde se va á practicar la inyección. Esta región debe lavarse cuidadosamente con jabón, y luégo

con una solución fenicada ó con licor de Van Swieten, y últimamente con éter. Parece inútil insistir en que se debe llevar á cabo la más rigurosa asepsia. Desinfectada la región, se toma entre los dedos un ancho pliegue de la piel, se introduce allí la aguja íntegramente, con el objeto de que el líquido inyectado no se salga ó se devuelva, cosa que tiene lugar cuando no se toma esta precaución, y se impele el émbolo para inyectar el líquido. Con el objeto de no hacer dolorosa la inyección de una gran cantidad de líquido, recomendamos especialmente el cuidado de practicarla muy suave y lentamente. Si hubiere quedado en el cuerpo de bomba alguna burbuja de aire, se procurará no inyectar este aire, para lo cual basta no llevar el émbolo hasta el fondo del cuerpo de bomba, sino hasta una distancia proporcional al volumen de la burbuja. Extraída la aguja de la piel, se optura el punto de la picadura con un tafetán inglés mojado en el licor Van Swieten ó en el líquido que haya servido para practicar la *toilette* aséptica del enfermo.

En cuanto á la elección de la región en donde se deba practicar la inyección, la preferida por la mayor parte de los autores es la región abdominal, fundándose para ello en que en esta región no se comprime el pequeño tumor que resulta de la inyección, y también porque es en la región abdominal donde el tejido celular es más flojo y se presta mejor á recibir una cantidad de líquido relativamente considerable, y donde la absorción debe hacerse más pronto. Sin rechazar las razones expuestas, debo advertir que en mi práctica siempre he elegido, para la inyección del suero, la región glutia, y que siempre he practicado, después de ella, el masaje del pequeño tumor que resulta, sin que por ello tenga de qué arrepentirme.

Después de practicada la primera inyección, deberá esperarse doce horas para practicar la segunda, en los casos graves; y en los benignos puede esperarse hasta 18 ó 24 horas. Como dejamos dicho ya, el número de inyecciones necesarias, variará con la gravedad del caso y con la marcha evolutiva de la curación de la enfermedad.

No debe olvidarse tener el cuidado de asear y desinfectar

tar la jeringa después de cada inyección, pues los restos del suero aplicado, pueden dañar el aparato y obstruir los tubos de caucho ó las agujas empleadas.

La vía hipodérmica no es la única que se puede utilizar para la seroterapia; podrían servir para el mismo efecto las vías rectal y epidérmica. Las inyecciones subcutáneas de diversos sueros usadas en terapéutica, producen algunas veces accidentes que en su mayor parte dependen de la impureza del suero ó de la falta de precaución desde el punto de vista antiséptico. En ciertas enfermedades, la sangre del paciente que recibe la inyección, puede tener un grado de septicidad, que contribuye á favorecer la formación de abscesos en el sitio de la picadura de la aguja. Chantemesse ha tenido ocasión de observar accidentes, muchas veces, por la aplicación del suero antistreptocócico de Marmoreck, y ha tenido la idea de administrar el suero por la vía del recto.

Antes de hacer la inyección, se comienza por lavar el intestino con una lavativa de agua pura; después se inyecta el suero por medio de una jeringa y de una sonda de goma de mediano calibre y de veinte centímetros de longitud. La inyección rectal de Marmoreck, aun á la dosis de 200 á 300 centímetros cúbicos, no produce dolor y no tiene ninguna consecuencia desagradable. El suero así introducido en la economía parece que obra del mismo modo que el que se inyecta por la vía subcutánea y su valor preventivo no parece disminuir.

Chantemesse ha aplicado la medicación seroterápica con los sueros Marmoreck, en el tratamiento de la erisipela, por la vía epidérmica, y cree haber obtenido buenos resultados con la aplicación local de una pomada preparada, mezclando una parte del suero y cinco partes de lanolina. Esta pomada, aplicada sobre las llagas erisipelatosas, parece disminuir el dolor, la ribicundez y la hinchazón.

El mismo Chantemesse ha tenido ocasión de tratar tres diftéricos, inyectándoles en el recto el suero Roux, y le parece que estas inyecciones rectales eran tan eficaces como las inyecciones subcutáneas. En cuanto á mí, sin desconocer las ventajas de la vía rectal, preferiré en mi práctica la seroterapia

pia hipodérmica, por razones que me parecen obvias: la probabilidad de la devolución de la lavativa de suero, la oscuridad en que queda el médico con respecto á la cantidad de suero retenido y absorbido, y la consiguiente pérdida de un tiempo precioso, tratándose de una difteria. Así, pues, en tanto que no tengamos una estadística numerosa que milite en favor de la vía rectal, deberá preferirse la seroterapia hipodérmica.

En cuanto á los accidentes provocados por la aplicación del suero antidiftérico, los juzgo nulos ó de poca significación. En mi práctica no he tenido ocasión de observar sino algunas erupciones de urticaria, rubeólicas ó escarlatiniformes pasajeras y de corta duración, á veces tan fugaces que pueden pasar inadvertidas; estas erupciones no son constantes en todos los enfermos tratados por el suero; por otra parte, no debe perderse de vista que estas erupciones no son raras en los diftéricos no tratados por el suero. En cuanto á los demás accidentes que al principio de la seroterapia quisieron imputarse al suero (como la albuminuria y la anuria con la consiguiente uremia, las epistaxis y exantemas hemorrágicos, etc. etc.), se ha demostrado que pertenecen á la intoxicación diftérica. Para mí la existencia de la albúmina en la orina de un diftérico, en lugar de ser contraindicación para la aplicación del suero, es indicación formal, pues he observado que la albúmina disminuye y termina por desaparecer, y el número de micciones y la cantidad de orina aumenta con el tratamiento seroterápico. En efecto, las lesiones renales, con la consiguiente obstrucción del filtro por las toxinas y los desastrosos efectos subsiguientes, forman una de las complicaciones más graves, generadas por la intoxicación diftérica y deben atacarse en su principio ó prevenirse con la aplicación del suero.

Al contrario, muchos de los accidentes graves que se observan en la convalecencia de los diftéricos no tratados por el suero, no se presentan ya desde que la seroterapia se ha impuesto, y, excepción hecha de ligeras y pasajeras parálisis del velo del paladar, y algunas veces un poco de enronquecimiento de la voz (en sólo dos casos, de los que he tratado por el suero), no he vuelto á observar alteraciones de la acom-

dación visual, ni parálisis de los miembros, ni de los músculos respiradores.

En resumen, siempre que el suero antidiftérico no esté alterado y llene las condiciones de frescura que dejamos anotadas más arriba, ó que se haya conservado convenientemente, lo juzgo completamente inocente y de consecuencias nulas.

X

Tratándose de la difteria, es imposible no ocuparnos en el tratamiento tópico ó local. Este tratamiento obedece á una opinión universal entre los médicos, concerniente al objeto que se proponen con él, que es el de matar los bacilos, destruir las falsas membranas y limpiar y desobstruir la garganta del enfermo. Pasaremos revista á los principales remedios empleados con tal objeto, y al fin haremos nuestra apreciación sobre dicho tratamiento.

Leonardi niega el mérito que se le atribuye, por algunos, al hielo, y preconiza el empleo del permanganato potásico y las pulverizaciones salinas. El doctor A. Baginsky dice que en el hospital trató 244 casos con 40,04 por 100 de defunciones; y en su opinión, el mejor desinfectante local es el sublimado corrosivo, en la proporción de una parte por 3,000 de agua, para gárgaras, y una parte por 500 para aplicaciones tópicas; aprueba también el uso del ácido láctico y las pulverizaciones con papayotina, para disolver la falsa membrana. Sea de ello lo que fuere, se siente uno vacilante al ver que el 40 por 100 de sus enfermos fallecen, aun dando por cierto, según dice él, que todos ellos fueron casos graves.

El doctor Strübing usa, localmente, soluciones de yodofenol, tintura de hierro y azufre, acompañadas de gárgaras de agua de cal. En el período más avanzado de la enfermedad hace aplicaciones con ácido fénico, trementina y alcohol.

El doctor Wilhemy, de Berlín, emplea un tratamiento bastante heroico, con el cual, asegura él, obtuvo un resultado uniformemente satisfactorio, *siempre que principió á tratar á los enfermos desde los comienzos de la enfermedad*. Envuelve un pedazo grueso de algodón en la punta de una tintera un poco

doblada, el que moja en una solución de cloruro de zinc, al 20 por 100, y cauteriza completamente de ese modo la garganta, haciendo uso después de gárgaras de agua de cal con esencia de menta; á los dos ó tres días emplea cauterizaciones menos severas, con la misma sustancia. Cuando el envenenamiento séptico ya se ha generalizado, este tratamiento no da resultado.

Barbier, después de varios ensayos, encontró que la más eficaz aplicación local es una solución al 20 por 100 de ácido sulfo-fénico. Se han de practicar las aplicaciones cada hora durante el día, y con menos frecuencia por la noche. Terminada la aplicación tópica, se irriga la garganta con un líquido antiséptico débil.

El doctor Stein recomienda mucho el método de Burgardt: gárgaras de agua de cal y la aplicación local de polvos de flor de azufre y quinina en iguales cantidades.

El doctor Jänicke, de Gorlitz, encontró por medio de experimentos, que el morado violeta de metileno ejerce una poderosa acción destructiva en el bacilo de Löffler. El, por lo tanto, pinta la garganta con soluciones de esta droga, cada dos á cinco horas. El doctor C. Horing usó el mismo tratamiento en quince casos, de los cuales dos fallecieron; emplea la solución al 3 por 100 después de secar la garganta. El doctor Taube, de Leipzig, ha usado la solución del morado violeta de metileno al 10 por 100, y el doctor H. Beyer hace uso de una mezcla de dos partes de dicha sustancia pulverizada y noventa y ocho de azúcar en polvo.

El doctor Ozegowski ha tratado la difteria con buen resultado, durante diez años, tocando la garganta cada dos ó tres horas con un pincel humedecido en una mixtura compuesta así: ácido fénico, ácido cítrico y tintura de yodo, de cada uno tres á cinco partes y cien partes de brandy. Emplea también gárgaras de agua con sal.

El doctor André Martin hace uso de una aplicación local consistente en una parte de ácido fénico, una parte de alcanfor, 50 partes de agua y 50 partes de glicerina.

El doctor Moscowitz, de Budapest, cree que es suficiente mantener el pescuezo embadurnado con unguento mercurial;

y el doctor Klein, de Lugos, es de la misma opinión. Ambos autores le hacen creer á uno que el tratamiento expectante da tan buen resultado como cualquier otro. (Nosotros lo que creemos es que da tan mal resultado como cualquiera de los que estamos relatando).

El doctor Wissing piensa que es sumamente conveniente mantener la atmósfera del cuarto bien saturada con esencia de trementina. Hace evaporar todos los días 160 gramos de esta esencia en el cuarto, cerca del enfermo.

El doctor Schwarz recomienda el sozo-iodol, en solución ó en polvo.

El doctor Hagerdon, de Hamburgo, es partidario del tratamiento del proceso local con el cauterio galvánico.

El doctor R. Pinilla empleó el bromo dos veces, con buen resultado.

Y, por último, muchos hacen uso del percloruro de hierro, del petróleo, etc. etc., como medicación tópica.

La revista que hemos hecho del tratamiento local de la difteria, sacada del *Medical Record*, hace formar una triste idea respecto á la terapéutica local de la difteria. No parece posible entresacar, de la masa de aceites esenciales, astringentes, antisépticos, tintes, disolventes y cáusticos recomendados, uno que sea mejor que otro, ó convencerse de que existe uno que sea verdaderamente eficaz.

A falta del suero antidiftérico, el médico puede encontrar en esta lista tratamientos que le pueden ser más ó menos útiles. Por mi parte, con el tratamiento seroterápico, condeno todo tratamiento local, y desde que hago uso del suero antidiftérico, no me ocupo de la garganta sino para observar la caída de las falsas membranas, que se verifica espontáneamente á las 36 ó 48 horas después de la primera inyección de suero, y para seguir la evolución curativa de la enfermedad. Con el tratamiento seroterápico, juzgo el tratamiento local, no solamente inútil para conseguir el objeto que con él se propone, sino que lo considero perjudicial, en el sentido que no impunemente se maltratan superficies inflamadas que pueden volverse gangrenosas con la limpia forzada y el arrancamiento de falsas membranas espesas y muy adherentes; ni

impunemente se llevan cauterios fuertes sobre superficies ulceradas, cauterios que si bien pueden destruir algunos bacilos, también destruyen los epitelios protectores de las mucosas, y, por consiguiente, ensanchan la puerta de entrada de la intoxicación diftérica. El objeto que se propone con las curaciones y tratamiento local, se obtiene plenamente con el suero, el cual, absorbido por el organismo, lleva al sitio de la lesión los elementos de destrucción del bacilo y de la falsa membrana, impidiendo el ulterior cultivo de aquél y la nueva formación de ésta, y esterilizando el terreno para la continuación de la enfermedad. Apenas, si prescribo buches y gargarismos con un desinfectante suave, como el ácido bórico, más con el objeto de prevenir contagios, como veremos más adelante, que con una mira curativa.

Precisamente una de las grandes ventajas del tratamiento seroterápico moderno, además de su eficaz acción curativa, es la de ahorrar al paciente y á la familia las atroces y dolorosas curaciones y cauterizaciones locales, con los correspondientes jeringatorios y lavados de la garganta, en las cuales se establece siempre una verdadera lucha entre el niño, los dolientes y el médico, y en que todos quedan agotados material y moralmente después de cada escena de éstas. Y si este martirio era grande cuando las curaciones no pasaban de dos á tres en el día, qué decir cuando se empleaba el método de Barbier, en que las curaciones se practican sistemáticamente cada hora!

Tratándose de la medicación local de la difteria, no debemos olvidar el dejar constancia de nuestra apreciación personal sobre la grave operación de la Traqueotomía en los casos de Croup. Antes del descubrimiento del suero antidiftérico, todos mis enfermos traqueotomizados murieron 12 á 24 horas después de la operación. La explicación de estos resultados funestos, es clara: la familia no opta por la operación sino *in extremis*, es decir, cuando el niño está literalmente asfixiado; la operación lo rehace, lo vuelve á la vida, la respiración se restablece, pero como el envenenamiento estaba avanzado y éste no se detiene, el enfermo termina por sucumbir, no obstante la aparente mejoría procurada transito-

riamente por la entrada libre del aire al pulmón, ocasionada por la operación. Los casos, relativamente raros, de croups, curados con la traqueotomía, pertenecen á niños que han sido operados desde temprano, y ya se comprende que dichos casos serán raros, desde el momento en que se piensa que la familia no se resuelve á dejar operar, ó como dicen "*dejar degollar,*" á un niño que respira bien y que aparentemente no se halla en estado de gravedad. Y quizás tengan razón, pues á mi modo de ver estos casos de feliz éxito fueron operados desde temprano, y si curaron sin el suero, hubieran también curado sin la operación, una vez que la traqueotomía no es ni puede ser tratamiento específico contra la intoxicación diftérica; muy al contrario, todos sabemos que la traqueotomía coloca al enfermo en condiciones desfavorables, pues la exposición directa de las vías aéreas al contacto del aire libre, provoca frecuentemente bronconeumonías de estreptococos, que agregan gravedad á la intoxicación diftérica. En una palabra, como tratamiento curativo y aislado de la difteria laringo-traqueal ó croup, condenamos la operación de la traqueotomía.

Al contrario, empleando el suero antidiftérico, la operación de la traqueotomía, puede llegar á ser preciosa y llenar indicaciones muy útiles y que pueden decidir favorablemente de la vida del paciente. Convengo en que estos casos son excepcionales, pero no por esto dejan de presentarse. Tales serían aquellos casos en que en medio de la mejor salud aparente, estalla un croup repentinamente con accidentes asfíxicos y *gran tiraje*. En estos casos deberá practicarse rápidamente la traqueotomía é inmediatamente en seguida la primera inyección del suero específico; como la intoxicación no está avanzada, la operación librará al niño de la asfixia inminente y dará tiempo para que el tratamiento seroterápico haga el resto. En estos casos sería criminoso no optar por la operación.

Como tratamiento general, empleándose el suero, no creemos que se deba hacer uso de ninguna medicación especial, y apenas aconsejamos una buena alimentación sencilla y sana en que predomine la leche.

A falta del suero, puede recurrirse á una de tantas medicaciones internas conocidas de todos los médicos, y á las cuales no les damos sino una importancia muy secundaria; entre estas medicaciones debe tenerse presente la medicación tónica y ferruginosa, en la cual entra la muy conocida del percloruro de hierro que se juzgó en un tiempo como específica.

El doctor E. Güntz cree que la difteria puede ser dominada haciendo que el enfermo beba todos los días una botella de *agua cromada*, en la proporción de dos centigramos de bicromato de potasa en cada botella de agua.

En Febrero de 1894, M. Piedallu hizo una comunicación á la Sociedad de Terapéutica, en la cual aseguró que durante tres años había tratado las anginas y laringitis pseudo-membranosas con un jarabe y que no había tenido un solo caso de muerte, no obstante que entre todos los casos tratados por su procedimiento, se contaban 40 en que el examen bacteriológico reveló la presencia de los famosos bacilos de Klebs y Löffler. La fórmula de este famoso jarabe es la siguiente: Jarabe simple, 1,000 gramos; yoduro de potasio, 50 gramos, y bicloruro de mercurio, 0,50 centigramos; es decir, una modificación del jarabe de Gibert. M. Piedallu administra su jarabe yodo-mercurial por cucharadas de café ó de postre, cada dos horas y según la edad. Ha dado hasta 300 gramos del jarabe en seis ú ocho días, á niños de cuatro á seis años. Al cabo de algunas horas la eliminación por las mucosas, es decir, los signos del yodismo aparecen: el catarro, la salivación, etc., que son completamente marcados cuando el niño babea; entonces disminuye la dosis y mantiene el estado de saturación; de este modo el enfermo tiene como una especie de gargarismo antiséptico permanente en la boca y la faringe. Dos ó tres veces por día, si hay falsas membranas, las quita con el mango redondo de una cuchara y practica un toque con un tapón de algodón hidrófilo embebido en licor de Van Swieten.

Si hemos entrado en detalles de medicaciones ajenas al tratamiento seroterápico, es porque comprendemos que los médicos que ejercen en lugares alejados de los principales centros, pueden no contar siempre con el suero antidiftérico,

y, á falta de éste, recurrir, como último remedio, á una de estas medicaciones. Pero disponiendo del suero no se debe vacilar en darle la preferencia, sobre cualquiera otra medicación, tanto por su mayor eficacia, como por su perfecta inocuidad; lo contrario sería perder un tiempo precioso.

XI

La incubación de la difteria dura de dos á cuatro días, y rara vez alcanza á seis ó siete.

El contagio es posible en el período de incubación; los diftéricos pueden transmitir la enfermedad durante un período indeterminado, pero que puede ser bastante largo. Los gérmenes de la enfermedad pueden fijarse en los vestidos y los objetos tocados por los enfermos, y ellos pueden conservar su actitud infecciosa durante meses y aun durante años, si esos objetos no han sido desinfectados.

No obstante la evidente contagiosidad de la difteria, hemos dicho ya que existen individuos refractarios naturalmente á la enfermedad; parece que el suero de su sangre ha adquirido propiedades inmunizantes, sin que Feer y Flügge, que han estudiado el hecho, se puedan dar explicación de él. El hecho es que hay gran número de niños, y con mayor razón de adultos, refractarios, naturalmente, á la difteria. Es muy común ver todos los niños de una misma familia ó que viven en común, el ser atacados simultáneamente de sarampión ó de coqueluche (tos ferina), mientras que es sumamente raro ver más de dos ó tres niños atacados de difteria en una misma familia, y lo común es ver un solo caso ó dos á lo más; así como los casos de contagio evidente, tienen lugar entre niños de familias distintas, ó por lo menos es más común, que entre niños de una misma familia; así se explican las epidemias por propagación de la enfermedad á individuos de distinta familia á la en que nació la enfermedad.

Estos individuos refractarios á la difteria, aun cuando no sufran el contagio, pueden transmitirlo, es decir, ser agentes vectores de los gérmenes de la enfermedad, si han estado en contacto con enfermos ó en habitaciones contaminadas.

La predisposición para adquirir la difteria varía con la edad. Yo he observado que en los niños de pecho durante los seis ú ocho primeros meses no es tan frecuente la difteria; esta frecuencia aumenta desde un año hasta la edad de seis años, y disminuye notablemente de esta edad en adelante. En la ciudad de Breslau, Flügge levantó estadísticas á este respecto, que dan las proporciones siguientes: entre 1,000 niños vivos de cinco á seis años de edad, 23,40 resultan atacados anualmente de difteria; á los diez años de edad esta proporción baja á 4,37 por mil, y á los veinte años sólo alcanza á 0,72 por mil.

De lo dicho se desprenden los consejos profilácticos. En materia de aislamiento, no debe contentarse con aislar únicamente al diftérico, sino que es necesario que las personas encargadas de cuidarlo no entren en roce con las demás gentes. El médico deberá desinfectarse lo mejor posible, al abandonar la casa del enfermo. Cuando el enfermo esté en plena convalecencia y bien restablecido de manera que pueda tomar baños, se practicará su desinfección en un baño tibio, se frotará bien la cabellera con una solución de ácido bórico al 4 por 100, y todos los días se aseará la boca con un cepillo empapado en esta misma solución y con ella hará buches y gargarismos. Otro tanto harán los enfermeros, antes de entrar en relación con las demás gentes.

Durante la enfermedad deberá mantenerse en la habitación del enfermo, dos recipientes ó vasijas grandes: el uno para las deyecciones, excreciones, etc., y el otro, donde se sumerjan inmediatamente todos los efectos y ropa ensuciados. En el primero se pondrá una solución de sulfato de cobre á 50 gramos por litro, y en el segundo una solución de sublimado al milésimo, adicionada de sal de cocina.

La desinfección de las ropas de cama, vestidos y demás objetos y telas que permanecieron en la pieza del enfermo ó en contacto con él, se efectúa de una manera muy completa y muy sencilla en las ciudades civilizadas, en donde existe verdadera higiene pública, y en donde los intereses de los asociados se suelen tomar en consideración para respetarlos

en pro del bienestar general. En estas benditas ciudades se han creado y organizado servicios públicos de desinfección. Coches especiales van á tomar á domicilio todos los objetos transportables para conducirlos á las estufas municipales donde la desinfección se hace eficazmente por medio de aparatos que se llaman estufas de vapor bajo presión del sistema Geneste y Herscher, y, gracias á una temperatura que pasa de 115 y 120 grados, y que se obtiene muy rápidamente, los objetos más gruesos, colchones, almohadas, mantas, etc., quedan completamente desinfectados sin ningún deterioro, y todos los microorganismos patógenos se destruyen. Mientras tanto, debemos contentarnos con aconsejar á las familias que hagan hervir todos estos objetos; que desinfecten los muebles con pulverizaciones de líquidos antisépticos, sobre todo, con soluciones de sublimado, y froten la madera con petróleo.

La habitación del enfermo, ó la pieza ó piezas contaminadas, serán desinfectadas con fumigaciones de azufre y con pulverizaciones de sublimado. Con estas precauciones se puede tener tranquilidad para el porvenir y evitar el abandono de las habitaciones y la pérdida del menaje.

XII

Reduciéndome ahora á mi práctica personal sobre la difteria en la ciudad de Bogotá, dejaré anotadas mis impresiones sobre la materia, en los términos siguientes:

La difteria y el croup en particular, no son tan comunes en la ciudad de Bogotá. Sobre una población de 120,000 habitantes, las epidemias son relativamente raras y sobre todo muy limitadas. Estas epidemias suelen presentarse en las estaciones húmedas y lluviosas y coinciden con epidemias catarrales ó gripales. Parece probado que los enfriamientos y transiciones bruscas de temperatura en niños acatarrados y cuyas mucosas están predispuestas, contribuyen por mucho á facilitar el contagio ó á provocar el cultivo del bacilo patógeno. De ahí el cuidado higiénico que se debe prestar á los niños acatarrado ó afectados de gripa en apariencia benigna.

Es raro que estas epidemias de difteria pasen de 6 á 8 casos, generalmente diseminados en los diversos barrios de la ciudad. Es posible que este número se encuentre aumentado con uno que otro caso que pase inadvertido entre las familias pobres de los arrabales de la ciudad. Sin embargo, esto no debe ser muy común, pues en dichas localidades, es materialmente imposible poner en práctica las reglas de aislamiento y desinfección, y se comprende que si tales casos ocurrieren con frecuencia, la propagación por contagio se facilitaría y la epidemia no podría pasar inadvertida en una población en que la difteria infunde verdadero pánico.

Lo más frecuente es observar dos ó tres casos diseminados y á intervalos muy variados de dos á cuatro meses.

Sin embargo de lo dicho, es necesario reconocer que por ahora nos hallamos en imposibilidad material de poder formular estadísticas exactas y rigurosas sobre el particular, por faltarnos laboratorio bacteriológico, en donde se pueda comprobar el diagnóstico. Muchas de las anginas diftéricas benignas y no caracterizadas clínicamente, pueden pasar por anginas de naturaleza distinta y contribuir á falsear la estadística. Como corroboración á lo dicho, citaré un caso. Llamado á recetar una niña de ocho años de edad, la encuentro con un ligero movimiento febril (38°), ligero dolor á la deglución, y el examen ocular de la garganta hace ver las amígdalas sembradas de puntos semejantes á queso y que se desprenden con facilidad; prescribo un poco de jarabe de ipecacuana y un gargarismo desinfectante; la afección se curó en dos ó tres días, sin revestir otro carácter que el de una simple angina caseosa y de forma catarral; tres días después de haber dejado á la niña en plena convalecencia, sin fiebre y con su mucosa rosada, limpia y al estado normal, recibo nuevo llamamiento, y cuál sería mi sorpresa cuando, viendo á la niña en plena salud, me consulta la madre para una novedad consistente en que al tomar leche, agua ó líquidos en general, éstos se devuelven por la nariz. Son inútiles los comentarios, varío de opinión, y hago mi diagnóstico á posteriori y en presencia de

la parálisis del velo del paladar; en cambio, se podrían hacer muchos sobre la ausencia de laboratorio bacteriológico en la capital de Colombia, sobre todo con el objeto de afianzarle su título de ciudad civilizada, gracias al interés por la ciencia y al contingente serio que á ella le prestan nuestros paternales gobiernos.

Desde 1895 hasta la fecha, es decir, en el espacio de tres años, he tenido ocasión de tratar 25 casos de difteria (confirmada clínicamente) por medio del suero de Roux. Estos 25 casos pertenecen á mi práctica y á la de varios de mis colegas. De estos 25 casos, 2 fueron croups graves, y los otros difterias del istmo de la garganta. De estos 25 casos tratados por el suero, murieron tres: uno de croup y dos de difteria del istmo de la garganta, lo que da una mortalidad del 12 por 100. Esta mortalidad pudo ser nula, como veremos del análisis de los casos desgraciados.

El primer caso pertenece á una niña de 4 años de edad; comenzó con fenómenos altos: 41 grados, 130 pulsaciones, grande agitación, vómitos, falsas membranas características del istmo de la garganta que fueron propagándose hacia el velo del paladar. Esta niña fue tratada por los procedimientos ordinarios, pues aun cuando disponíamos del suero de Roux, no nos atrevíamos á aplicarlo, juzgándolo alterado por el paso por las Antillas y el Magdalena y temimos aplicar un veneno orgánico. Sin embargo, viendo el caso perdido, resolvimos aplicarlo, pero tarde, cuando la intoxicación diftérica había atascado el riñón y el envenenamiento estaba ya muy avanzado. La niña murió urémica, habiendo sido absoluta la anuria. Sin embargo, después de la segunda inyección de suero, las falsas membranas que tenían la tendencia invasora, hasta el punto que juzgaba que la niña moriría asfixiada por ellas, cayeron en delicuescencia, la garganta se limpió, la voz, que era ronca y no se le entendía lo que hablaba, se aclaró y la niña no terminó por asfixia, sino que murió respirando bien, pero con todo el cortejo del envenenamiento urémico. Este caso, si bien fue tratado por el suero, no se debe imputar á la mortalidad de la difteria tratada por

este agente, una vez que su aplicación fue tardía, y ya dejamos establecido el hecho de que el suero no puede nada contra el envenenamiento avanzado.

A este caso sucedió el primer caso de curación por el suero, caso que se presentó un mes después del anterior, en una niña también de 4 años de edad, hija de un dentista. Un verdadero croup con *gran tiraje* y falsas membranas del istmo de la garganta, micción urinaria á largos intervalos y gran cantidad de albúmina en la orina. Este caso fue juzgado de extrema gravedad, no solamente por mí, sino también por dos de mis notables colegas. No vacilé en aplicar el suero de Roux, el mismo en cuanto á procedencia, que había aplicado en el primer caso, con la diferencia que tenía un mes más de antigüedad, no disponiendo de suero más fresco en la ciudad. La primera inyección la practiqué á las 2 p. m. Desde esta hora hasta las 8 p. m. que volví á ver la niña no hubo variación alguna, sino en contra; la asfixia era más grande y dejé la niña en la persuasión de que no habría lugar á la aplicación de la segunda inyección; sin embargo, insistí en que se me llamara á las dos de la mañana, si á esa hora aún vivía la niña; así sucedió, y á esa hora apliqué la segunda inyección del mismo suero. Al día siguiente comenzó á notarse la mejoría, el *tiraje* era menos grande y el aire penetraba con más facilidad al pulmón; 18 horas después de la segunda inyección, apliqué la tercera y última dosis de suero, pues al tercer día de la primera se presentó la remisión franca de la enfermedad: desaparición de las falsas membranas, desaparición del *tiraje*, la niña podía hablar ya, desaparición de la albúmina y aumento en la cantidad de orina con micciones más frecuentes. A los cuatro días de principiar la enfermedad, la niña estaba completamente curada. La cantidad de suero inyectado en este caso fue de 60 centímetros cúbicos, repartidos en tres inyecciones de á 20 cada una. Debo advertir que en este caso, como en los demás, el tratamiento seroterápico fue exclusivo: abstención absoluta de otra medicación y de tratamiento ó curaciones locales de la garganta.

(Concluirá).

LECCION

DADA EL 31 DE MARZO EN EL SERVICIO DE CLÍNICA DE PATOLOGÍA EXTERNA, POR EL PROFESOR AGUSTÍN URIBE

Esquirro primitivo, anular, del ángulo hepático del colon.

Aunque el enfermo de la cama número 35 pertenece por su dolencia al servicio de patología interna, quiero hablaros de él antes de pasarlo á la sala correspondiente.

Antecedentes.—Hombre de sesenta años, enriellador en el Ferrocarril de la Sabana. Tuvo dos hijos, y uno de ellos murió repentinamente. Sus padres vivieron hasta una edad muy avanzada y murieron de viejos. Ha tenido fiebres palúdicas, sarampión y viruela. Hace un año tuvo una diarrea obstinada que, sin embargo, logró combatir, pero desde entonces tenía malas digestiones y abundancia de gases que mortificaba al enfermo por el aventamiento que producía y por los eructos. En los antecedentes no hay nada que nos indique que la herencia haya intervenido en el desarrollo de la enfermedad.

Estado actual.—Es alto, flaco, de color amarillo de paja. La lengua está sucia. Tiene náuseas frecuentes y á veces vomita. Está estético y dura días sin evacuar; actualmente, por ejemplo, hace una semana que no defeca. Las materias fecales salen como laminadas, negras y fétidas. La orina es normal; no ha habido hematurias: á este respecto el enfermo es terminante.

La piel permanece seca. Las arterias están duras, rígidas y saltan á cada contracción ventricular.

En Diciembre pasado notó, dice el enfermo, que enflaquecía, y observó la presencia de un tumor en el vientre, que desde esa época ha ido en aumento progresivo. Hoy ocupa el hipocondrio derecho, en la punta de la duodécima costilla, algo debajo del reborde costal, y va transversalmente hasta la parte media de una línea trazada del medio del reborde costal derecho al ombligo, y su límite inferior sería una línea que pa-

sara horizontalmente al través del ombligo. El tumor es sólido redondo, grande como una naranja, espontáneamente sensible y también á la presión y sin irradiaciones dolorosas hacia el hombro.

La percusión da una sonoridad oscura, que se aclara luego á los lados del tumor.

Es movable, aunque en radio poco extenso. Se desaloja hacia adentro, abajo y hacia adelante, pero repito que este desalojamiento es poco apreciable. La exploración bimanual del riñón hecha conforme la aconseja Guyon, da imperfectamente el signo que ese ilustre Profesor llama de "sacudimiento" (*ballotement*).

El ciego está sumamente dilatado.

Diagnóstico diferencial.—Estamos indudablemente en presencia de un neoplasma visceral, maligno, puesto que ha crecido rápidamente y ha traído prontamente la caquexia. Eliminaremos desde ahora el diagnóstico de cáncer de la vesícula biliar con que vino este enfermo al Hospital, y discutiremos si se trata de un neoplasma del riñón ó del ángulo hepático del colon.

Uno de los síntomas funcionales prodrómicos y patognómicos, diremos, del cáncer del riñón, son las hematurias, y el enfermo asegura, perentoriamente, que jamás ha visto sangre en la orina: ésta no presenta alteración de ninguna especie, ni en su cantidad, ni en su color, ni en su composición.

Es cierto que el signo del "bamboleo" (*ballotement*) tiene su importancia clínica, así como la tiene también la movilidad hacia adentro y hacia abajo que hemos anotado antes. En efecto, es sabido que la hoja parietal del peritoneo con su *facia propria*, que en algunos puntos la acompaña, al llegar al borde convexo del riñón, se divide en dos hojillas: la una, revestida de su epitelio pavimentoso, pasa por delante del órgano; la otra pasa por detrás y se une á la anterior en el borde cóncavo del riñón y hacia arriba, separando de un modo completo esta glándula de la cápsula supra-renal correspondiente. Abajo estas hojillas continúan separadas y van adelgazándose poco á poco hasta perderse en el basinete. De esta disposición anatómica expuesta brevemente, se deduce que el

riñón no puede moverse sino hacia adentro y hacia abajo, lo que viene á confirmarse con el hecho de que los desalojamientos congénitales y adquiridos del riñón se hacen siempre en esas dos direcciones.

A la verdad son éstos los movimientos que hemos encontrado en el tumor, pero no creemos que ellos, con el "bamboleo" y el sitio que ocupa aquél sean suficientes para formar un cuadro sintomatológico completo que nos imponga el diagnóstico de cancer del riñón, tanto más cuanto los movimientos limitados en determinada dirección se pueden explicar satisfactoriamente por otro mecanismo, como lo veremos adelante.

Y al contrario, la ausencia de hematurias y de otras alteraciones en la secreción renal, la forma del tumor y la naturaleza de las evacuaciones pesan más, en nuestro concepto, en la balanza, que los signos positivos anotados ya, y nos obligan á rechazar este diagnóstico.

Si hacemos ahora la recapitulación de los síntomas generales y especiales que el enfermo presenta, como son: el sitio, forma y resistencia del tumor; la dilatación enorme del ciego apreciable á la simple vista y más aún á la percusión; la naturaleza laminada de las materias fecales, su frecuente color negro y su fetidez especial; los dolores limitados al tumor; las náuseas frecuentes y los vómitos; la estitiquez habitual alternando con diarrea, y los antecedentes dispépticos del enfermo, nos conducen á admitir un neoplasma del intestino grueso. Es verdad que la dirección en que el tumor es movable produce alguna confusión en el diagnóstico, pero es posible que aquélla dependa de adherencias peritoneales que lo hayan fijado é impidan sus movimientos hacia atrás y hacia arriba. No hay que olvidar tampoco que las relaciones del colon ascendente con la cara anterior del riñón pueden simular el "bamboleo" y que las que tiene con la cara inferior del hígado pueden impedir su desalojamiento hacia arriba.

Debo recordaros que el cáncer del intestino es tanto más raro cuanto más se asciende en el tubo digestivo, ó mejor dicho, que el cáncer del recto es más frecuente que el de la S ilíaca y éste más que el del colon descendente y así hasta

llegar al estómago, que constituye una excepción á la regla general que hemos sentado. Allí donde las materias excrementiciales permanecen largo tiempo y se endurecen, allí, por inflamación crónica, puede desarrollarse un neoplasma como por ejemplo en el recto, en la S íliaca y en el ciego.

Por todas estas razones y después de eliminar la posibilidad de un cáncer de la vesícula biliar y el neoplasma del riñón, nuestro diagnóstico es este: *esquirro primitivo, anular, del ángulo hepático del colon.*

Pronóstico.—Estos neoplasmas, desgraciadamente, se generalizan con suma rapidez y matan al año de haber hecho su aparición en el organismo.

Tratamiento.—Ante esta enfermedad, como ante otras muchas, estamos absolutamente desarmados; la terapéutica y el cuchillo son impotentes y lo mejor es esperar á que el neoplasma, en su marcha progresiva, ponga el punto final.

Para terminar estamparemos aquí las palabras desconsoladoras de Chauffard:

“No podemos curar, ni aun siquiera contener los progresos del mal; debemos contentarnos con calmar, por los medios clásicos, el padecimiento y con llenar las indicaciones sintomáticas accesorias.”

LECCIÓN

DADA EN EL SERVICIO DE CLÍNICA DE PATOLOGÍA EXTERNA POR
EL PROFESOR AGUSTÍN URIBE.

Ruptura de la uretra en su porción bulbo-perineal.

Un distinguido médico de la ciudad tuvo á bien enviar á mi servicio el enfermo que ocupó la cama número 45. El caso clínico merece que le consagremos la lección de hoy por el modo como se hizo la ruptura de la uretra, por los accidentes urinosos graves que ocurrieron durante la enfermedad y por el magnífico resultado que produjo la intervención operatoria.

Antecedentes.—Es un muchacho de veinte años de edad, robusto, sin pasado blenorragico. Siempre ha gozado de exce-

lente salud. Los antecedentes hereditarios no tienen importancia.

Un día que quiso tomar el tren ya en marcha, corrió para alcanzarlo y en su carrera encontró un vallado que pretendió saltar; no pudo y cayó en el fondo sobre una piedra que le contusionó la región perineal. El agua que había en el vallado amortiguó un poco el golpe. Sin embargo, debo observar que el enfermo no da informes precisos á este respecto.

Al levantarse sintió dolor intenso sobre la vejiga é imperiosa necesidad de orinar; al efectuar la micción salieron unas pocas gotas de sangre líquida y coagulada que produjeron, á su paso por la uretra, tenesmo y dolores intolerables. Llegó á su casa, se acostó y guardó el decúbito dorsal. A cada momento sentía necesidad de orinar sin poderla satisfacer, con exacerbación del dolor y del tenesmo. No pudiendo continuar así fue á la consulta del ilustre clínico á quien me referí arriba y él le pasó sucesivamente tres gruesas sondas metálicas con las cuales extrajo primero sangre líquida y en coágulos y por último orina ligeramente sanguinolenta. Esto le produjo algún alivio.

En esta situación entró al Hospital, setenta horas después del accidente.

Estado del enfermo.—La cara revelaba el sufrimiento, estaba pálido y sudaba. La lengua la tenía seca, cubierta de una capa negruzca y roja en los bordes. El aliento era amoniacal. Pedía agua frecuentemente.

La temperatura marcaba 39°. El pulso era pequeño, frecuente. Había 96 pulsaciones. Tenía escalofríos.

La inspección general de los órganos génito-uritarios no revelaba nada. La región perineal estaba sana; no había equimosis.

El tenesmo vesical era permanente, así como el dolor y el deseo de orinar. Espontáneamente, la micción era imposible; había que recurrir á la sonda, la cual daba paso á orina mezclada con sangre coagulada ó líquida, tan fétida como los gases que á veces se escapaban por la sonda. De tiempo en tiempo una gota de sangre aparecía en el meato. Los coágu-

los obstruían la sonda, lo que obligaba á retirarla para limpiarla y reintroducirla.

La exploración uretral nos dio el siguiente resultado: Las sondas de goma y de caucho vulcanizado pasaban fácilmente por gruesas que fueran, pero al llegar á la región bulbo-perineal se detenían invariablemente. Las metálicas curvas, gruesas, se deslizaban sin dificultad, salvo en ese mismo sitio, en donde se sentía un ligero salto.

Ordené el reposo en decúbito dorsal; la introducción de la sonda metálica cada cinco horas para vaciar la vejiga y lavar luego ésta con solución boricada, tibia, al 4 por 100. Salol al interior y dos inyecciones hipodérmicas diarias de morfina. Leche por alimentación.

Bajo la influencia del tratamiento el enfermo pareció mejorar, y realmente mejoró, pues la temperatura bajó casi á la normal; el dolor y el tenesmo se hicieron tolerables; la micción podía verificarse con relativa facilidad; pero á partir del 5.º día de su entrada al Hospital la fiebre subió, el pulso se hizo pequeño y frecuente, los escalofríos eran repetidos, la postración aumentaba por momentos y apareció un abultamiento en el perineo que creció rápidamente y se puso caliente y doloroso á la presión.

Diagnóstico.—Ruptura de la uretra, probablemente en su porción bulbo-perineal.

En efecto, la ruptura de la vejiga habría dado lugar á síntomas peritoneales más acentuados y más graves. Y la uretra membranosa, profundamente colocada y defendida, escapa á las contusiones y se rompe rara vez. Siempre se acompaña de fractura del pubis y de sus ramas, fractura que no existía en este enfermo.

La historia que hemos relatado, y las dos eliminaciones hechas, justificaban ampliamente nuestro diagnóstico que reposaba sobre estos tres síntomas: perturbaciones de la micción, uretrorragia y tumor perineal.

Mecanismo de la ruptura.—La uretra no puede romperse sino de dos modos: ó por ruptura de la cuerda en el curso de una blenorragia aguda, durante la erección ó durante el coito, ó por heridas ó contusiones directas.

Las rupturas uretrales en la porción indicada son por extremo curiosas y exigen de parte del cirujano una intervención inteligente é inmediata que haga frente á las complicaciones graves que sobrevienen; pertenecen, por decirlo así, á la cirugía de urgencia.

Casi siempre tienen como causa la caída á horcajadas sobre un cuerpo resistente ó golpes directos sobre la región bulbo-perineal. Ya es un hombre que, encaramado en un andamio, cae sobre un caballete; ya es un cochero que una noche al bajar por una escalera, pierde pie, se desliza y cae sobre un baúl (Guyon). En nuestro caso, el muchacho debió caer á caballo sobre la piedra y romperse así la uretra, aplastada contra las paredes óseas que forman el pubis y sus ramas. Esto podemos asegurarlo como cosa evidente, no obstante que los recuerdos del enfermo á este respecto, son un poco incoherentes y contradictorios.

El perineo no presentaba al principio ninguna lesión extraña, apreciable á los sentidos; pero esto no debe sorprendernos, porque habitualmente la uretra se rompe así, y la piel, el tejido celular y adiposo, los músculos y aponeurosis perineales quedan intactos. En el choque, la uretra se aplasta y rompe contra la sínfisis pubiana mientras que las capas blandas vecinas, resisten, debido á su elasticidad. En estas circunstancias la uretra se desgarrá en su porción bulbo-perineal y las inflamaciones consecutivas se establecen en la cavidad perineal inferior, según Guyon.

Otro hecho curioso es que en estas desgarraduras la pared superior de la uretra queda intacta y permite el cateterismo, siempre que el pico de la sonda no abandone esa pared, lo que no puede hacerse sino con las sondas metálicas, de gran curva. En nuestro enfermo la pared superior permitía, felizmente, el paso de la sonda. Cuando la ruptura es completa, el cateterismo es imposible y hay que practicar la uretrotomía externa sin conductor, sin probabilidad de encontrar la extremidad posterior de la uretra que á veces se enrolla y sirve de tapón.

Así se forma una cavidad contusionada en donde la orina va lentamente infiltrándose, sin comunicación directa externa,

pero sí con el canal uretral. La orina adquiere entonces propiedades altamente nocivas y provoca fenómenos generales de envenenamiento urinoso, que traerán la muerte del paciente, si oportunamente el cirujano no pone remedio á esos accidentes.

Aquí habéis visto casos de uretrotomía externa con salida franca de la orina sin que hubieran ocurrido las graves complicaciones que se presentan en casos como éste en los cuales la orina permanece infiltrada en los tejidos peri-uretrales.

Tratamiento.—Con la esperanza de conseguir la atenuación de los síntomas más graves, ordené una medicación paliativa consistente en la posición, en la evacuación metódica de la vejiga y en el empleo de los desinfectantes de la orina, pero en esta vez, como sucede á menudo, el caso benigno se convirtió en caso grave y exigió una operación más radical.

En el arsenal terapéutico, no muy variado por cierto, que tenéis á vuestra disposición, podéis escoger:

El cateterismo metodizado con sondas metálicas curvas, siempre que la pared superior de la uretra guarde su integridad. También puede dejarse una sonda blanda en permanencia;

La punción de la vejiga que debe repetirse tantas veces cuantas sean indispensables para que la inflamación se calme y deje pasar la sonda;

El ojal perineal simple, que abre puerta de escape á la orina y favorece la desaparición del estado agudo de la infiltración.

Estos medios son puramente paliativos y no tienden á curar la dolencia de un modo definitivo.

Por último, podéis recurrir á la uretrotomía externa con conductor ó sin él, reparando al mismo tiempo los daños causados por la ruptura.

Esta operación fue la que se practicó en el enfermo con éxito completo.

El perineo fue seccionado hasta un centímetro del borde anterior del ano; á poca profundidad encontramos un foco

lleno de productos gangrenados y de pus y en el fondo se veía la sonda en descubierto. La uretra estaba por consiguiente desgarrada en su pared inferior, en la porción bulbo-perineal. Una gran cantidad de sangre inundó el campo operatorio; esta sangre venía del bulbo y de la arteria tansversa del perineo que fue cogida con una pinza hemostática.

Retirámos de la vejiga una gran cantidad de orina fétida; lavámos el depósito vesical con solución boricada al 4 por 100 y dejámos una sonda blanda en la uretra sin suturar la herida perineal.

Seis días después, cuando los tejidos gangrenosos se habían eliminado y los bordes de la herida presentaban numerosos botones carnudos, se pusieron cinco puntos de sutura. Todo cicatrizó por primera intención, obteniéndose así la reunión inmediata secundaria; pero habiéndose sacado el enfermo la sonda y no habiéndose podido reintroducirla fue necesario romper de nuevo la herida para introducirla; conseguido esto, se suturó otra vez y cicatrizó también rápidamente.

Pocos días después se suprimió la sonda, el enfermo orinaba perfectamente y salió del Hospital curado.

Pronóstico.—Es prudente guardar reserva sobre los resultados tardíos, no diremos que de la operación, sino de la ruptura uretral. Los inmediatos fueron tan buenos como el más exigente pudiera desearlos.

Pero dentro de un año, tal vez antes, esa uretra puede estrecharse y dar lugar á accidentes del lado de la vejiga. Sin embargo, confío en que la pared superior de la uretra, intacta, haya permitido una renovación, sin cicatriz, de la mucosa uretral de la pared inferior.



BOTANICA

LEGUMINOSAS DE COLOMBIA

(Monografía para la REVISTA MEDICA, por S. Cortés).

(Continuación).

Robinia L., Gaertn, fruct., 11, 307, t. 145. Su receptáculo es glanduloso interiormente; cáliz gamosépalo con los dos dientes superiores casi soldados del todo; los pétalos brevemente unguiculados; 10 estambres diadelfos. Son árboles y arbustos casi glabros, de hojas imparipinadas; sus flores son blancas, rosadas ó purpúreas.

R. maculata? vulgarmente *matarratón*. Arbol de todo el valle del Magdalena. Goza de virtudes febrífugas comprobadas.

Gliciridia H. B. K. nov. gen. et spec., VI, 393. Receptáculo cupuliforme; cáliz gamosépalo, con 5 dientes, los dos superiores siempre soldados; 10 estambres diadelfos. Son árboles y arbustos de hojas imparipinadas, con los foliolos casi siempre manchados; las flores son rosadas ó lilas, y están dispuestas en racimos axilares. Viven en la América tropical.

G. saepium Kunth (*Robinia saepium* Jacq.). Bertero encontró esta especie en Santa Marta, Jacquin en Cartagena.

G. maculata Kunth (*Lonchocarpus maculatus* D. C.). Lleva esta planta el nombre vulgar de *madera-negra* en Panamá. Se encuentra en el bajo Magdalena. (Tr.).

Diphysa Jacq. Stirp. amer., 208, t. 181, fig. 151. El receptáculo es poco cóncavo; cáliz monofilo, de 5 lóbulos desiguales, el inferior es más largo y más angosto que los demás; 10 estambres diadelfos. Comprende este género árboles y arbustos, glandulosos, de hojas imparipinadas; las flores son amarillas y están dispuestas en pequeños racimos axilares. Pertenecen á la Flora centroamericana especialmente.

D. carthagenensis Jacq., vulgarmente *macano ycacique* en Panamá, *viva-seca* en Cartagena, según Jacquin.

D. sennoides Benth. et Oersted. Goudot encontró esta especie entre Turbaco y Cartagena.

Coursetia D. C., in Ann. sc. nat., ser. 1, IV, 92. Son ár-

boles y arbustos tomentosos, con hojas paripinadas ó imparipinadas y un número indefinido de foliolos; las flores violáceas? están dispuestas en racimos axilares. Comprende unas 10 especies (Cav. icon.) de la América tropical.

C. dubia D. C. Syn. *sesbania dubia* H. B. K. Se encuentra cerca del Guáitara, al Sur del Cauca. H. B.

C. Castañeda (1). Especie nueva, encontrada por el señor Triana cerca de Villavicencio, al Oriente de Cundinamarca.

Sesbania Pers. Syn., II, 316. Comprende yerbas y arbustos de hojas paripinadas; las flores son grandes, hermosas, de color blanco, amarillo, rojo ó manchadas, dispuestas en racimos axilares.

S. macrocarpa Mohl. Seem. bot. of Herald, 105. Se encuentra esta especie en Panamá y cerca de Melgar. Goudot.

Indigofera L., Endl. número 6,530. Comprende arbustos y yerbas de la zona intertropical. Se caracterizan por sus hojas puntuadas, cargadas, á menudo, de pelos especiales *Pili medifixi* (Baillon). Las flores están reunidas en racimos ó espigas axilares; las anteras están provistas de una glándula; la legumbre es bivalva y polisperma.

ƒ. añil L. Especie espontánea de la América tropical, y distinta de la *ƒ. tinctoria*, cultivada para la producción del añil. Linden la encontró en Cúcuta; Duchassaing en Panamá; Hartweg en La Mesa. No se ha empleado esta planta en la preparación industrial del añil. Tr.

ƒ. pohliana Benth., Syn. *ƒ. cespedezioides* H. B. K. Planta encontrada en los valles del Magdalena, del Cauca y del Meta. Tr.; Schlim la vio en Santa Marta.

ƒ. posaurum? Benth. Vulgarmente *yerba de sabana* en Panamá. Purdie la encontró en Santa Marta.

ƒ. mucronata Spreng. (Tr. et Pl. Fl. ined. de Colomb.).

Las Psoraleas forman un grupo natural que presenta en el más alto grado las anomalías de la flor: ya es la corola reducida al estandarte únicamente; ya es el ovario, como en el género *Psoralea*, que está reducido á un solo óvulo. En nuestra Flora comprende este grupo 2 géneros: *Psoralea* y *Dalea*.

(1) Especie nueva, dedicada al ilustre y laborioso médico y dermatólogo doctor Gabriel J. Castañeda, de Bogotá.

Psoralea L. gen. 894. Receptáculo cupuliforme; cáliz monosépalo, con 5 lóbulos desiguales, generalmente el inferior más largo, los dos superiores soldados á mayor altura; los pétalos casi iguales, el estandarte orbicular, y biauriculado en la base, como las alas y la carena; las alas encorvadas como hoz; 10 estambres diadelfos (9+1); fruto indehisciente. Comprende este género arbustos y yerbas de glándulas transparentes; las hojas son pinadas ó digitadas, con estípulas que abrazan el tallo; las flores son blancas, azules ó purpúreas, en racimos axilares ó terminales.

P. mutisii H. B. K. nov. gen. et spec. v, 487. Se encuentra en los Andes, donde toma los nombres vulgares de *rustica* en Bogotá, *culen* en Antioquia y Cauca. La variedad de foliolos más largos de la cordillera central se llama *amansapeón*, en Antioquia, donde la emplean en el tratamiento de algunas disenterías y otras afecciones de los intestinos.

P. mollis Tr., Bonpland encontró esta especie en Pasto; difiere de la *P. pubescens* por las flores más pequeñas y las hojas tomentosas por debajo.

P. quindiuensis, especie nueva del Quindío. Hay otra indeterminada, encontrada por Schlim en la Sierra Nevada de Santa Marta.

Dalea L., Endl. gen. número 6,523. Cáliz de 5 dientes casi iguales, persistentes y plumosos; los pétalos están frecuentemente adheridos en la base del tubo estaminal, y las alas y la carena son más largas que el estandarte; los estambres son 10, ó 9 cuando falta el vexilar, y monadelfos; la legumbre es generalmente monosperma é indehisciente. Comprende yerbas y arbustos cuyas hojas están cubiertas de puntos glandulosos transparentes; las flores son blancas ó azules, de ordinario, y dispuestas en espigas.

D. alopecuroides Nutt. (*D. nigra* Mart. et Galeoti Bull. de l'acad. de Brux. x, 40). Se encuentra en las Juntas de Apulo, Tr., y en otros lugares de la República. Purdie.

D. phymatodes Willd., Triana encontró esta planta en Anapoima y en las orillas del Alto Magdalena. Goudot, en las llanuras cerca de Ibagué.

D. oreophylla Benth. (*D. dominguensis* D. C.). Se encuen-

tra en las Antillas; Triana recogió esta especie en el río Juanambú, al Sur del Cauca.

D. ayavacensis H. B. K. Linden la encontró en Soatá, aunque Tr. opina que ésta tiene diferencias específicas de la enunciada.

D. mutisii Kunth. La *D. astragalina* H. B. K. es, según Tr. et Planch., una variedad de la especie. Se encuentra en muchas de las tierras frías de Colombia, y lleva los nombres de *chiripique* en Bogotá, *pispura* en Pasto. Se puede emplear contra la atrepsia de los niños.

Trifolium T., Inst. 404, t. 228. Tienen las flores hermafroditas é irregulares. Su receptáculo es variable de forma, pero en general poco dilatado y poco cóncavo en su vértice, tapizado por una capa delgada de tejido glanduloso. El cáliz es monosépalo, con 5 dientes casi iguales. La corola es papilionácea y resupinada, y sus pétalos están soldados en una longitud variable con el tubo estaminal; el estandarte es más largo que las alas, y éstas que la carena; tiene 10 estambres diadelfos (9+1); ovario sesil ó estipitado; el fruto es una legumbre indehiscente, cilíndrica, rara vez comprimida. Son plantas herbáceas, ordinariamente trifoliadas; la inflorescencia es axilar ó pseudo-terminal.

T. amabile H. B. K. nov. gen. et spec., vi, 503. Según Triana, se encuentra esta especie, única representante del género en Colombia, en los Andes del Sur del Cauca. En la Sabana de Bogotá se cultivan las especies exóticas, llamadas vulgarmente *carretón*, como forrajes, á saber: *T. incarnatum*, *T. hybridum*, *T. pratense*.

(Continuará).

BIBLIOGRAFIA

Traité Médico-Chirurgical de Gynécologie, par les docteurs Labadie-Lagrave, médecin de la Charité, et Felix Legnen, chirurgien des Hôpitaux. (1 fort 1 vol. gr. in-8.º de 1,250 pages, avec 270 gravures dans le texte; cartonné à l'anglaise, 25 fr. Felix Alcan éditeur, Paris).

La Ginecología ha conquistado rápidamente lugar impor-

tante en la Patología; al principio tuvo un carácter exclusivamente médico; más tarde, con la cirugía antiséptica, tomó nuevo rumbo fecundo en éxitos y descubrimientos interesantes; el médico y el cirujano se dividen el campo de la Ginecología; toca á aquél hacer el primer diagnóstico, establecer desde el principio el régimen terapéutico, apreciar el momento oportuno en que deba intervenir el cirujano, y aun después tócale, por la dirección de una terapéutica apropiada, completar los resultados y beneficios de una operación.

El *Tratado médico-quirúrgico de Ginecología* por los doctores Labadie-Lagrave y Legnen, caracteriza esta íntima unión de la medicina y de la cirugía. La clasificación adoptada por los autores está fundada en la Patología general; en la parte consagrada á la Terapéutica general, se encuentran el *tratamiento hidro-mineral, el tratamiento terapéutico de las afecciones ginecológicas*, las medicaciones nuevas, entre éstas *las inyecciones de soluciones salinas, la opoterapia*, etc.

La leucoplasia vulvo-vaginal, el kranrosis vulva, los quistes hidáticos puvianos, el urotrocele, la destrucción de la uretra, la insuficiencia uretral, etc., afecciones que en las obras clásicas apenas se mencionan, han sido especialmente descritas. En el grupo de las infecciones, al lado de la blenorragia, se estudia la *infección puerperal*, causa frecuente de las inflamaciones del útero y de sus anexos; y en el de los tumores, extensamente se tratan los *tumores útero-placentarios, la mole hidatiforme, la estructura y patogenia de los fibromas, de los sarcomas del útero*, etc.; en fin, en la parte relativa á las operaciones, sólo se describen los procedimientos modernos más importantes, con las indicaciones operatorias, y sus resultados tardíos. Un capítulo importante está consagrado al estudio de las *Relaciones entre las enfermedades de los aparatos genital y urinario*. La mayor parte de las figuras son tomadas del original, y las preparaciones histológicas proceden de los doctores Pilliet et Marien (de Montreal).
