

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

(Conclusión).

En presencia de este caso tan claro y tan patente, adquirí confianza en el suero de Roux del Instituto Pasteur de París, y no vacilé en seguir aplicándolo en todos los casos que forman la pequeña estadística en que me vengo ocupando, sin tener de qué arrepentirme.

En cuanto al segundo caso desgraciado, pertenece á la práctica de uno de mis honorables colegas. Fui llamado por él en consulta, pero desgraciadamente cuando llegamos á la casa del paciente, éste acababa de morir. Se trataba de un niño de un año de edad, y mi colega me informó que se trataba de una difteria y que había sido tratado por el suero, pero que no se le había inyectado sino 20 gotas, es decir, un centímetro cúbico. Con justicia se podría separar este caso desgraciado, de la mortalidad de la difteria tratada por el suero, pues en realidad no lo fue.

El último de los tres casos fatales de la estadística, merece mención especial, por su marcha rara é insidiosa, y en mi concepto es instructivo por separarse del común de los casos. A mediados del año de 1896, fui llamado á recetar una niña

robusta de 8 años de edad, y de quien se me informó que en la noche anterior había tenido un ataque de asfixia y había pasado mala noche por la respiración anhelosa; con estos datos iba prevenido para encontrarme en presencia de un croup ó de una difteria faringo-laríngea, é hice pedir el suero para aplicarlo, si hubiere lugar á ello. El estado en que encontré la niña fue el siguiente: sentada en su cama, respirando normalmente, temperatura y pulso normales, estado y aspecto general satisfactorios y en relación con el estado normal de salud; hice un examen detenido y minucioso de la boca, istmo de la garganta, faringe y aun pude ver la epiglotis; la mucosa de todas estas partes la encontré limpia, rosada y de aspecto normal; la auscultación no me reveló nada, el aire entraba libre y suavemente hasta las vesículas pulmonares; ausencia de ruido de pabellón ó flote traqueal. En vista del resultado negativo de este examen, formulé la idea de que se había tratado de una laringitis estridulosa ó falso croup, afección en la cual suelen presentarse accesos transitorios de asfixia durante la noche, pero que nada tiene que ver con la verdadera difteria. Prescribí un poco de jarabe de ipecacuana, un gargarismo boricado y una poción tónica, pues no me creía autorizado, en ausencia de todos los síntomas, á aplicar el suero; sin embargo, ordené al padre de la niña para que me tuviera al corriente, día por día, del estado de su salud. Durante los tres días siguientes, este estado satisfactorio se mantuvo, los accesos no se repitieron, las noches fueron buenas y tranquilas, y apenas en los dos primeros días la temperatura subió en la tarde medio grado, siendo normal en la mañana. Repentinamente, y en la mañana del cuarto día, la respiración de la niña se hizo dificultosa, dificultad que fue aumentando gradualmente hasta hacerse asfíxica; el padre corrió en mi busca, pero no hallándome llevó á un colega, quien se encontró en presencia de un croup legítimo, le manifestó al padre la gravedad del caso, é insistió en que se me buscara. Al fin tuve noticia del acontecimiento, me trasladé inmediatamente á la casa de la enferma, y comprobé la existencia de un croup con gran *liraje*, y el istmo de la garganta y la faringe cubiertos de falsas membranas características. Procedí á aplicar la primera inyección de sue-

ro de Roux, con todas las reglas estrictas de asepsia y anti-sepsia; dejé prevenido todo para aplicar la segunda inyección á la mañana siguiente muy temprano, cosa que no tuvo lugar, pues la niña sucumbió en la noche, seis horas después de la primera inyección. La cantidad de suero inyectado en este caso fue de 20 centímetros cúbicos, pero no pudo ser aplicado sino 6 horas antes de la terminación fatal del caso.

El hecho que acabo de relatar, puede clasificarse entre los de croup velados, en los cuales, durante algunos días, el cultivo del bacilo patógeno se está efectuando, las toxinas se están acumulando lentamente, sin dar lugar á síntomas sospechosos, y repentinamente estallan cuadros de extrema gravedad y que se deciden fatalmente en pocas horas. Si desde el primer día se hubiera aplicado el suero, la niña no hubiera muerto, no se habría presentado el croup, es decir, no se hubiera manifestado y entonces hubiera pasado como un caso de aplicación caprichosa del suero sin objeto ninguno, pues no había cómo demostrar con su aplicación que estaba indicado; mientras que esta indicación salta á la vista y se hace perentoria, no aplicando el suero sino á lo último y en vista del resultado fatal. Tampoco podemos, en conciencia, estar propinando á todo trance y por si acaso, medicaciones y operaciones que pudieran llegar á ser nocivas, cuando no existen las indicaciones precisas. Estas dificultades se obvian y muchas vidas se pueden salvar, con la existencia de un laboratorio bacteriológico; en efecto, en el presente caso, como en todos los medianamente sospechosos ó de aspecto negativo ó benigno, se hubiera hecho desde el principio el examen bacteriológico, el cual en 24 horas da la indicación positiva ó negativa de la aplicación del suero.

Tanto este caso, como los otros dos de terminación fatal, pueden eliminarse de la estadística de mortalidad de la difteria tratada por el suero. En efecto, en el primero y en el tercero, la aplicación se hizo tarde: en el primero, porque no habiéndose ensayado antes esta medicación entre nosotros, y no contando con suero fresco, se temió, con razón, el ir á inyectar una sustancia orgánica alterada, es decir, un veneno activo, y no se resolvió el punto sino en vista de la terminación

fatal del caso y cuando el envenenamiento diftérico estaba ya muy avanzado; sin embargo, en vista del resultado obtenido en este caso con las falsas membranas, se resolvió favorablemente la cuestión para el porvenir, y á este caso fatal deben la vida en Bogotá todos los demás niños diftéricos tratados por el suero. En el tercero se hizo la aplicación del suero demasiado tarde, seis horas antes de la muerte, por no haber existido antes indicación alguna precisa que nos autorizara para tal aplicación. En el segundo, la aplicación del suero se hizo á dosis insuficiente: un centímetro cúbico, y si se tiene en cuenta la dosis necesaria, bien se puede decir que no se aplicó el suero. La ausencia de buen éxito en los tres casos relatados, no se puede, con sano criterio, imputar al suero, sino á la falta de suero y á su oportuna aplicación.

Los tres casos desgraciados de nuestra estadística, suministran las enseñanzas siguientes:

1.^a La aplicación del suero antidiftérico debe hacerse temprano, lo más cerca posible á la iniciación de la enfermedad, antes de que el envenenamiento diftérico esté avanzado;

2.^a El suero antidiftérico combate seguramente la enfermedad y aun puede combatir el envenenamiento diftérico en su principio, cuando éste no ha producido alteraciones graves en el organismo. Cuando las toxinas diftéricas han obstruído los riñones y el envenenamiento diftérico está muy avanzado, el suero no puede nada contra él;

3.^a En los casos benignos, dudosos ó medianamente sospechosos, no debe vacilarse en aplicar el suero, é inmediatamente después proceder al examen bacteriológico; si el resultado de éste es negativo, se suspenderá la aplicación y nada se habrá perdido, una vez que el suero es inofensivo; en el caso contrario, es decir, si el examen fuere positivo y se comprobare la presencia del bacilo específico, se continuará la aplicación del suero, con certidumbre y de acuerdo con la intensidad de la enfermedad, y según que se haya encontrado el bacilo de Löffler aislado ó asociado, sobre todo, al *streptococcus*;

4.^a En los casos de croups que estallan bruscamente y de

una manera repentina, y en que el período inicial ha pasado inadvertido para la familia y para el médico, no debe vaciarse, si el *tiraje* es grande y la asfixia inminente, en practicar rápidamente la Traqueotomía y proceder al tratamiento seroterápico; la operación, deteniendo la asfixia y prolongando la vida del niño, puede dar tiempo á la acción curativa del suero, y

5.^a La dosis mínima de suero que se debe aplicar en cada inyección, es la de 10 centímetros cúbicos para niños menores de un año; pasada esta edad la dosis mínima debe ser de 20 centímetros cúbicos. En los casos urgentes ó de extrema gravedad, puede aumentarse esta dosis á 20 para los primeros, es decir, para los niños de seis meses á un año de edad, y á 30 para los segundos. Por lo menos, las dosis deben ser éstas para las primeras inyecciones, á reserva de disminuirlas un poco en las siguientes, si la regresión de la enfermedad lo permitiere.

Los 22 casos restantes curaron todos bajo la influencia del suero, aplicado oportunamente y en dosis suficiente. Sólo en 2 casos de ellos observé, en la convalecencia, una ligera y transitoria parálisis del velo del paladar con ligera voz nasal. En 2 ó 3 casos se presentaron en la convalecencia erupciones de urticaria en uno, y manchas de roséola en los otros dos, fugaces y que desaparecieron espontáneamente. En ningún caso tuve ocasión de observar abscesos, ni dolores articulares, ni parálisis de los miembros, ni turbaciones en la acomodación visual. La albuminuria, que la observé en varios casos, habiendo tenido cuidado de comprobarla antes de iniciar el tratamiento, cedió siempre rápidamente bajo la influencia del suero.

La fiebre y la temperatura cuando pasaba de 39°, comenzaba á ceder y á bajar de una manera franca, al segundo y más generalmente al tercer día de iniciado el tratamiento.

Con respecto á fiebre y á temperatura, hice observaciones que parecen contradictorias, relativamente á la gravedad ó benignidad de los casos. Así, en algunos casos las altas temperaturas coincidían con casos graves; otras veces observé casos

relativamente benignos con fiebre intensa y temperaturas de 40 y 40°,5. La inversa tiene lugar, observé casos graves con temperaturas de 37°,5 á 38°, y casos benignos con temperaturas bajas, casi apiréticos. En otros términos, el termómetro me engañó varias veces en la apreciación de la malignidad ó benignidad de la enfermedad, y creo que la temperatura, como dato aislado, no puede servir para formar opinión sobre la gravedad del caso, á lo menos en muchos de ellos. Estudiando este punto, excitado por la curiosidad de un fenómeno que me parecía extraordinario, no encontré una explicación medianamente satisfactoria del hecho anotado, sino en los estudios de MM. d'Arsonval y Charrin, comunicados á la Sociedad de Biología de París, sobre las variaciones de la termogénesis en las enfermedades microbianas, y que me permito transcribir por juzgarlos interesantes y pertinentes á la materia.

Estos autores han emprendido una serie de experimentos con objeto de demostrar la necesidad de la *calorimetría*, en oposición á la insuficiencia de la termometría, á fin de estudiar la termogénesis animal. D'Arsonval demostró, por medio de numerosos ejemplos, que el termómetro no puede dar ningún dato acerca de las variaciones en la *producción* del calórico, y que muy á menudo, por el contrario, la termometría conduce á conclusiones falsas. Del hecho de que la temperatura central se eleve ó descienda, no puede deducirse una variación en la *cantidad* de calórico producida. El señor d'Arsonval demostró que, *en igualdad de peso*, un ave desprende menos calórico que un mamífero, aun cuando su temperatura central sea superior en varios grados á la del mamífero; demostró asimismo que un animal barnizado ó untado de aceite, muere con un descenso enorme de la temperatura central y periférica, mientras que el calorímetro demuestra que, en tales condiciones, el animal en cuestión produce hasta cuatro veces más calórico que en estado normal. Si la temperatura baja, débese á que, frotado de aceite, el animal pierde mucho más calórico del que produce. Muere de frío bajo la influencia de esta pérdida exagerada, y la prueba de ello está en que se le impide morir, aunque untado de aceite, colocándolo en una

estufa calentada á 35°, lo cual evita la pérdida exagerada de calórico experimentada al aire libre.

El señor d'Arsonval ha demostrado que, *aun cuando el termómetro indica un aumento de temperatura á la vez central y periférica*, no puede afirmarse que haya una mayor producción de calórico. Esto es debido á la enorme variación del poder emisor de la piel humana. Los nuevos hechos que los señores d'Arsonval y Charrin acaban de observar en la intoxicación por medio de la piocianina y de la tuberculina, confirman enteramente las críticas que el señor d'Arsonval no ha cesado de hacer de la termometría.

Resulta de sus experimentos:

1.º Que los microbios, para obrar sobre el calor central, sobre su radio, así como para producir la mayor parte de los fenómenos que les son debidos, se sirven de sus secreciones, de sus productos solubles, de sus toxinas, tal como lo han afirmado el Profesor Bouchard y el señor Charrin;

2.º Que la fiebre (en el sentido termométrico de la palabra) existe con sustancias vasoconstrictivas (toxinas piociánicas) y con sustancias vasodilatadoras (tuberculina); de aquí la insuficiencia de las teorías vasomotoras nerviosas de la fiebre;

3.º El problema de las causas de la fiebre no puede resolverse, por consiguiente, sino mediante el empleo del calorímetro, como lo ha dicho ya el señor d'Arsonval y como lo proclama el señor Bouchard;

4.º El proceso hecho á la termometría por el señor d'Arsonval en todas sus comunicaciones, se halla, pues, perfectamente justificado de igual modo desde el punto de vista clínico.

Este instrumento, como lo afirma d'Arsonval, no puede suministrar datos, sino acerca de la *distribución* del calórico en el organismo. Nada revela cuanto á las variaciones en la *producción*. Puede conducir á los médicos á las deducciones más erróneas, pues la experiencia ha demostrado en exceso que puede haber una *mayor producción* de calórico con un descenso enorme de la temperatura *central* y de la temperatura *periférica* (animales untados de aceite ó barnizados) ó in-

versamente. La introducción del calorímetro se impone, pues, actualmente en la clínica.

XIII

Para terminar el presente estudio, y como apéndice al contenido de él, nos ocuparemos en esta parte final de complementar algunos puntos tratados ya.

Dijimos en la parte VI, página 235, tratando de la preparación del suero antidiftérico equídeo, que la inmunización más rápida de un caballo se obtenía, según los resultados de Roux, en dos meses y veinte días, ó sean 80 días. Sin embargo, los doctores Pawlowsky y Maksutow se han servido de un procedimiento de inmunización rápida, y que permite obtener en 40 días un suero antidiftérico equídeo muy activo, de 200 unidades antitóxicas por centímetro cúbico, y es el siguiente:

Se principia por hacer al caballo una inyección subcutánea de suero antidiftérico en dosis suficiente (20 centímetros cúbicos, ó 30, si el suero no es muy activo); en seguida se hacen bajo la piel y en las venas, alternativamente, cada dos ó tres días, inyecciones de toxinas diftéricas en dosis progresivamente crecientes. En el caballo inmunizado por los citados autores se principió por la inyección subcutánea de suero antitóxico; cuarenta y ocho horas después se inyectaron 40 centímetros cúbicos de toxina bajo la piel; dos días después 40 centímetros cúbicos de toxina en las venas; dos días después 60 centímetros cúbicos de toxina bajo la piel, y 48 horas después 60 centímetros cúbicos de toxina en las venas. Se dejó en reposo el caballo por cuatro días, después de los cuales se repitieron las inoculaciones, hasta que el animal recibió 1,200 centímetros cúbicos de toxina. Examinado entonces el suero (12 días después de la última inyección) tenía un poder de 200 unidades antitóxicas por centímetro cúbico. Otro caballo inmunizado del mismo modo dio un suero cuyo poder era de 100 á 125 unidades antitóxicas. En 1,300 diftéricos tratados con este suero, en Rusia, hubo una mortalidad de 10 por 100.

Sucede algunas veces que en el curso de la inmunización presenta el caballo, á consecuencia de una inyección fuerte de

toxina, una serie de fenómenos de intoxicación (elevación de la temperatura á más de 39 grados, paresia de los miembros posteriores, edema y tumefacción en los puntos de las inyecciones, etc.); entonces es necesario suspender la inmunización y hacer una inyección suficiente de suero antitóxico.

En la parte IV, página 223, al hablar de la clasificación de las enfermedades microbianas en *septicemias* ó *infecciones* y en *intoxicaciones*, clasificamos en esta últimas la difteria, por ser enfermedad microbiana cuya sintomatología depende de la absorción en el organismo de las toxinas elaboradas por el bacilo de Löffler, y no por la absorción del mismo bacilo. En el fondo esa es la verdad y lo dicho es exacto; sin embargo, no debe tomarse esta regla tan al pie de la letra, ni en un sentido netamente absoluto. En efecto, no todos los cuadros diftéricos son generados únicamente por el bacilo de Löffler, los hay mixtos en que el bacilo de la difteria entra en asociación ya con el estafilococo, ya con el estreptococo, ó con ambos á la vez, y aun también existen asociaciones con bacilos cortos (*bacilos en lanzadera*) y con micrococos. Ahora bien, no debe perderse de vista que la gravedad se aumenta cuando el bacilo de la difteria se halla asociado á estos microorganismos, sobre todo si la asociación tiene lugar con el estreptococo, pues en estos casos los dos microorganismos obran simultáneamente sobre el organismo infestado por ellos, y su acción deletérea es más intensa. En los casos en que se observan estas asociaciones, es común observar que uno de esos microorganismos *intrusos* adquiere una virulencia excesiva, exalta al bacilo de Löffler (hecho anotado ya por Roux) y favorece su penetración en el organismo; de aquí las formas, no solamente tóxicas (difteria simple), sino también las formas *tóxico-infecciosas* de bacilos con estreptococos ó con estafilococos, etc. (difteria mixta).

Estas últimas formas de intoxicación con infecciones sépticas representan un gran papel en las causas de muerte y de insuceso ó mal éxito en algunos casos tratados por el suero antitóxico, y es en ellas en donde puede encontrarse también el bacilo de Löffler en algunas vísceras.

Barbier y Tollemer hicieron indagaciones á este respec-

to en 11 cadáveres de diftéricos, y encontraron que el bacilo de Löffler había penetrado en el organismo, y lo hallaron en los sitios siguientes:

En tres sujetos encontraron el bacilo virulento: dos veces en los ganglios cervicales, una vez en los ganglios brónquicos y una vez en los pequeños ganglios situados al nivel del pericardio á lo largo del frénico.

En el árbol brónquico y en el pulmón (fuera de los casos en que hay una extensión de las falsas membranas) se halla constantemente el bacilo puro ó asociado, ya en los focos ó exudados inflamatorios, ya en las mucosidades que provienen de una mucosa de apariencia normal (véase el tercer caso desgraciado de nuestra estadística, en que la mucosa buco-faríngea permaneció normal casi hasta al fin, en que fue invadida bruscamente por las falsas membranas y en que el bacilo debió existir allí mucho tiempo antes de que se presentara este fenómeno).

El examen de la sangre del corazón no fue positivo, para la presencia del bacilo, sino una vez; y todavía los cultivos no han podido ser seguidos.

En el bazo se encontró tres veces.

Los centros bulbo-protuberanciales contenían bacilos cinco veces. En tres cadáveres éstos existían á un tiempo en el bulbo y en la protuberancia, una sola vez en el bulbo y otra en la protuberancia.

El cerebro y los riñones fueron estériles en los cuatro casos en que la siembra se practicó.

Las primeras culturas, en particular las de los centros protuberanciales, han sido siempre abundantes, presentando una particularidad en la primera cultura solamente: adquirían al cabo de algunos días una gran dimensión, 6 á 10 milímetros y aún más, ó bandas irregularmente cíclicas de centro opaco.

La virulencia del bacilo, en particular del bacilo de los centros nerviosos, ha sido siempre muy grande: 4 gotas de caldo de 48 horas por 100 gramos de cobayo mataban el animal en menos de 24 horas.

En todos estos casos, jamás se encontró el bacilo aislado, siempre se le halló asociado al estreptococo y al estafilococo.

Barbier y Tollemer avalúan la causa de la muerte de estos 11 casos así: un caso de síncope después de curada la difteria al cabo de 18 días y consecuencial á una bronconeumonía; 5 casos de asociación estreptocócica; 2 casos de asociación estafilocócica; 2 casos de asociaciones mixtas (bacilo de Löffler, estreptococo y estafilococo) y un caso de difteria pura. Estos 11 cadáveres examinados desde el punto de vista bacteriológico, hacen parte de los 13 individuos muertos (2 no fueron examinados) en un total de 269 diftéricos tratados por el suero.

Y por último, las dosis que dejamos indicadas para el suero antidiftérico ó suero antitóxico, deben entenderse únicamente para el suero de Roux del Instituto Pasteur de París, que es el único que hemos empleado en nuestra práctica. También hemos tenido á nuestra disposición el suero de Behring que juzgamos igualmente eficaz y útil, según lo que nos enseña la práctica de otros autores. La casualidad hizo que nos sirviéramos en los primeros casos del de Roux y en vista del buen éxito no hemos querido variar.

Regla general: en materia de *dosis* de suero, ésta variará con la procedencia del suero, es decir, con el poder antitóxico de cada suero en particular, y deberá guardar proporción directa con el peso (equivalente más ó menos á la edad) del animal al cual se le va á propinar.

Bogotá, Septiembre de 1897.



CASO CLINICO DE PERITIFLITIS SUPURADA

Historia: la señorita N. N., natural de esta ciudad, de buena constitución. Como antecedentes, había sufrido dos ó tres cólicos en meses anteriores. El día cuatro de Marzo del presente año le apareció una diarrea causada por un chocolate mal preparado, según la opinión de la familia. Para mejorarse de su mal, se tomó en el día tres dosis de bismuto y diascordio, resto de una medicación que había tenido la madre en época anterior.

El día cinco se comió un plátano y un mango, y estas frutas le produjeron un cólico intestinal muy fuerte, pasando toda la noche en verdadera desesperación.

El día seis fui llamado á recetarla, y la encontré en su cama con un dolor muy agudo; vómitos alimenticios y biliosos, desarrollo de gases intestinales; sensibilidad en los dos lados de la pared abdominal, al nivel del ombligo; estitiqués absoluta, mucha sed, cara enrojecida y bultosa. Le ordené un purgante de aceite de ricino, y le puse una inyección de morfina y atropina; le indiqué también una fomentación emoliente y aromática. La visité por la noche, y supe que la inyección le produjo alivio del dolor y suspensión de los vómitos durante seis horas. Una vez despierta, le dieron el purgante indicado y lo trasbocó á poco rato de tomarlo.

De ahí en adelante, siguiéronle los vómitos y los dolores, como antes de aplicarle la inyección. Acto continuo le ordené una lavativa purgante de cocimiento de hojas de sen y malvas, agregándole 30 gramos de sulfato de magnesia al tiempo de ponérsela. Prescribí le dieran hielo con leche, para alimentarla y para calmarle la sed, y ordené se lo diesen con cocimiento de cebada. Para facilitarle el sueño y aliviarla por esa noche, le puse una nueva inyección de morfina.

El día siete por la mañana la visité, y supe que la noche la había pasado regularmente; pero que ni el purgante ni la lavativa habían producido el efecto que esperaba. Le prescribí, para ese día, una poción de tartrato doble de potasa y soda, tomada por copitas, de hora en hora. Fui por la noche, y me in-

formaron de que tanto los vómitos, como los dolores se habían repetido en todo el día, y que solamente las fomentaciones aromáticas le habían producido ratos de calma. En los momentos en que la visitaba, le dio un dolor agudísimo sobre el pubis y la vagina, que le hacían dar gritos horribles: le puse una tercera inyección de morfina y le ordené una lavativa purgante, con aceite de ricino. Por esa noche se calmó y durmió tranquilamente; pero no hizo deposición excrementicia, á pesar del tratamiento.

El día ocho por la mañana, examinando mi enferma con mucho cuidado, observé que principiaba un movimiento febril, pues el pulso batía 100 pulsaciones por minuto, y el termómetro marcaba 38°; el abdomen más timpanizado; percibí una dureza en la fosa ilíaca derecha, semejante á un tumor de forma cilíndrica y del volumen de un puño. Juzgué inmediatamente que sustancias fecales endurecidas formaban aquel tumor. Ordené una poción salina y purgante, agregándole unas gotas de tintura de acónito, y de ésta tomaría copitas, cada hora una. Nueva lavativa purgante, cataplasmas emolientes y laudanizadas, y pomada mercurial con belladona, sobre el tumor. En la visita de la noche supe que la medicación no había dado mayor efecto, y que el flujo catamenial se había presentado. Como los dolores no cesaban, prescribí una lavativa de agua hervida, agregándole veinte gotas de láudano, veinte de tintura de azáfetida emulsionada con una yema de huevo y una onza de aceite de olivas: esta medicación le produjo bastante alivio, aunque el efecto purgante no se obtuvo. Hice presente que estas lavativas debían ponerse dos por día, á mañana y tarde, para evitar en cuanto fuese posible las inyecciones.

El día nueve fui por la mañana y supe que la noche la había pasado mejor de los dolores y vómitos; pero sin hacer deposición, que era el interés que yo tenía. Me fijé en los ojos de mi enferma y tenían las escleróticas amarillas; la piel de la cara, brazos y manos, con verdadero tinte ictérico, como si se tratara de un ataque de cálculos biliares. Le ordené unas cucharadas de carbón vegetal, tomadas cada hora. Estas le calmaron el vómito y le produjeron una serie de deposiciones: primero de materias fecales negras y endurecidas; probable-

mente las que compactaron los polvos de bismuto, y después diarreicas, variando de colores, amarillo y verde, y últimamente mucosas, pero todas acompañadas de calambres intestinales y pujo. Estas se repitieron tan frecuentemente, que me aseguró la madre fueron como ochenta en ese día.

En los días diez y once hubo una tregua en los sufrimientos de la enferma: la fiebre calmó; los dolores no eran fuertes; el tumor del ciego disminuyó tanto, que llegué á creer estaba terminada la novedad por resolución.

El día doce, viendo la madre que la enferma estaba muy extenuada, sin mi orden le dio un caldo con fideos, y aparentemente se vio que este alimento le produjo una recrudescencia del mal: volvió la fiebre, los dolores intestinales; el tumor del ciego apareció de nuevo, y la dureza de la fosa ilíaca derecha se extendió poco á poco sobre el hipogastrio y región pubiana, llegando hasta la fosa ilíaca izquierda. La fiebre se mantenía con alternativas, de la mañana á la noche, marcando el termómetro desde medio grado hasta dos y medio, y el pulso de noventa hasta ciento veinte pulsaciones por minuto. Los dolores, sin ser tan desesperantes como al principio, seguían, á pesar de las lavativas de azáfetida y láudano, á las que se les suprimió el aceite, después del efecto purgante de las cucharadas de carbón.

En esta marcha uniforme siguió la enfermedad desde el día doce en adelante; y como la familia estuviese llena de ansiedad, le hice presente que el mal llevaba aspecto de durar algo más de un mes y que era bastante grave. Que era una peritífritis que acabaría por supuración si antes no se intentaba alguna operación, para la cual debía convocarse una Junta médica. A esto me contestó la familia que en ningún caso permitirían operación, ni harían Junta médica.

Continué, pues, mi tratamiento de cataplasmas emolientes laudanizadas, baños de asiento, sanguijuelas; lavativas, para obtener una ó dos deposiciones por día, porque la estitiquez era ordinaria. Alimentación, leche y caldo. Remedio al interior, cápsulas de sulfato de quinina, una cada tres horas.

El estado de la enferma, sin ser desesperante, se hacía notable por su enflaquecimiento general, mucho más sensible en

los miembros inferiores; los pies edematizados, la piel marchita ó amarilla, la timpanitis no le permitía estar sentada, y la posición más soportable, el decúbito dorsal ó el lateral del lado derecho.

En este estado, manifesté á la madre que no quedaría satisfecho sino llevando á alguno de mis comprofesores para que viera á la enferma y obtener algunas indicaciones.

Al efecto: el diez y nueve por la tarde fui á la casa del señor doctor D. Nicolás Osorio, mi maestro y amigo; le manifesté mis deseos y la valiosa cooperación que aguardaba de él visitándome á una pobre enferma.

Con su benevolencia habitual, me dijo concurriría al día siguiente, á las 9 a. m. El día 20, á la hora citada, fuimos con el doctor Osorio á casa de la enferma; la examinó detenidamente, y confirmó, en todas sus partes, mi diagnóstico y tratamiento, y me excitó á llevar con mucho cuidado y atención el caso. Prescribió un purgante de ricino, y se le dio inmediatamente. Este produjo tres deposiciones naturales, y por aquel día no se le pusieron lavativas. Después se continuaron los remedios que tenía antes de la visita y consulta con el señor doctor Osorio, tanto internos como externos.

El día 22 sufrió la enferma un gran enfriamiento, convulsiones nerviosas, sudores abundantes, fiebre, que siguió marcando el termómetro cuarenta grados y medio por la mañana y cuarenta y uno por la noche; un dolor muy agudo se fijó detrás, y un poco á la izquierda del pubis; estos últimos síntomas eran una muestra de la formación del pus, y tal vez de su evacuación. Manifesté á la madre que era necesario redoblar las aplicaciones externas, tales como las cataplasmas, lavativas, baños, etc. etc. Al interior le prescribí unas cápsulas de sulfato de quinina, salol y opio; y las lavativas ordené las prepararan en agua hervida y boricada, poniéndole sus gotas de láudano y azafétida. Sabiendo que la familia tiene costumbres cristianas, le hice saber debía hacerle administrar los Sacramentos, pues para mí se acercaba el momento supremo de la evacuación del pus, y aunque yo presumía se haría por el recto ó la vagina, según el dolor fijo que últimamente apareció en la enferma, no

podía contar con seguridad sobre el resultado final, y era prudente que la muerte no le sorprendiera sin este arreglo.

El día 24 se presentaron de nuevo los calofríos y convulsiones; y el 25, á las dos de la mañana, se obtuvo una deposición sumamente fétida, que la madre decía era peor que ratas muertas en descomposición, y continuaron repetidas y de la misma calidad todo el día.

Indiqué que las lavativas laudanizadas y boricadas debían continuarse á mañana y tarde, lo mismo que las cataplasmas opiadas. Al interior le prescribí unas cápsulas de salicilato de quinina y opio, durante siete días, en los cuales permanecieron las deposiciones con pus, ó sea hasta el 31 del mes.

Estado general de la enferma después de la salida del pus: la fiebre se calmó por completo, el color amarillo de la piel y el morado de la cara, desaparecieron; gran debilidad; el enflaquecimiento de las piernas contrastaba con el edema exagerado de los pies; el tumor de la fosa ilíaca disminuyó de una manera notable; sensación de vacuidad en poca extensión; edema de la piel en gran parte del hipogastro y sensación de empastamiento en las partes profundas de la fosa ilíaca derecha. Ordené que las cataplasmas se sostuvieran hasta acabar con los restos inflamatorios.

Por alimentos, leche con agua de cal y caldos de carne.

El día 15 de Abril empezó á levantarse á una silla; le hice presente que la salud de que gozaría era enteramente precaria; que tenía que privarse de todo movimiento fuerte; que no podría usar corsé por mucho tiempo, pues á esta compresión exagerada la consideraba yo como la causa predisponente de su enfermedad, por las deformaciones que sufren los órganos abdominales.

Las advertencias anteriores se desprenden del conocimiento perfecto que se tiene en Anatomía patológica, de la serie de falsas membranas y adherencias que quedan en las cavidades serosas en las cuales se llega á sufrir una inflamación.

Dejo aquí terminada esta pequeña observación que, aunque de poco interés científico, no es muy común, y sobre todo, de aquellas que describen los autores, en las cuales hay un

trabajo de resolución al principio de la enfermedad y por cualquier causa se suspende éste y llega después á la supuración, causando la muerte.

Doctor GUILLERMO MUÑOZ.

Bogotá, Mayo 20 de 1898.



LECCION

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



Sarcoma del seno.

Próximamente operaremos á la enferma que está en la cama número 102, y que tiene un sarcoma fuso-celular del seno izquierdo.

Antecedentes. — Nada ha podido rastrearse respecto á la herencia, porque ignora quiénes fueron sus padres. Es una muchacha de veintidós años de edad, sirvienta, cuya menstruación ha sido siempre regular; no ha tenido descendencia. Asegura que en alguna época lejana tuvo una hepatitis.

Hace algo así como tres años que recibió un fuerte golpe sobre el seno izquierdo, y poco tiempo después sintió un dolor punzante en ese sitio y en el brazo del mismo lado. Notó también la aparición en la mama izquierda de un tumor grande, como una haba, que ha venido creciendo lentamente desde entonces. Dice ella que se ha enflaquecido bastante.

Estado actual.—La muchacha es blanca, de regular estatura, más bien flaca que gorda.

Al descubrirle el pecho, se observa que el seno izquierdo es más globuloso y más grande que el derecho, y tal parece que estuviera en erección. El pezón no presenta nada de notable. La piel del seno guarda su color normal, y deja ver, por transparencia, una que otra vena dilatada hacia la parte interna. Permite hacer pliegues perfectamente.

Al palpamiento se encuentra en la parte media é inferior del seno, un tumor duro, resistente y elástico, grande como un huevo de gallina, sobre el cual la piel desliza sin dificultad. Explorando con atención, se observa que el tumor está dividido en dos hacia su parte media, y aplastando la mama de adelante hacia atrás, se nota notable dureza del tejido glandular hacia su parte interna. Al tratar de enuclear el tumor, apretándolo en su base, aparece en la piel cierta especie de lobulización.

El tumor es doloroso á la presión y espontáneamente. Es movable; se le puede hacer deslizar de arriba abajo y de derecha á izquierda, pero sube más que lo que baja, porque este movimiento se limita un poco á causa de una brida que va hacia el pezón, y que puede ser un conducto galactóforo cogido por el neoplasma.

Poniendo en contracción el músculo gran pectoral y oponiéndose al movimiento de aducción, ó, mejor dicho, tratando de inmovilizar la glándula, la movilidad del tumor persiste con la limitación señalada arriba.

El pezón no está retraído ni da paso á ninguna secreción. Los ganglios axilares están sanos.

El estado general es bueno.

Clasificación. — No hay ninguna que satisfaga, y como *natura non facit saltus*, los tumores en general, y en especial los del seno se mezclan unos con otros en proporciones variables, sin que sea posible colocar cada variedad en su cajilla aparte con su rótulo especial como algunos pretenden.

Si consideramos estos tumores desde el punto de vista histológico, pueden ser de origen epitelial ó de origen conjuntivo.

Para el pronóstico serán malignos ó benignos.

Por su consistencia serán sólidos ó líquidos.

Clínicamente hay una clasificación excelente según Tillaux:

1.º Los tumores que proceden por *invasión* y que desde el principio atacan la glándula, la piel, el tejido conjuntivo y los tejidos profundos, sin que sea posible limitarlos, puesto

que son difusos. Estos tumores constituyen el cáncer del seno, y forman la clase de los tumores sin cápsula; y

2.º Los tumores que al crecer rechazan los tejidos vecinos superficiales y profundos, sin adherirse á ellos, y que con su movilidad permanente favorecen la formación de bolsas serosas perineoplásmicas, las cuales, á su turno, facilitan el deslizamiento del tumor. Son los tumores dichos capsulados. Finalmente, según la época de su aparición, pueden ser congénitas ó adquiridos.

Pero repito que todas estas clasificaciones son defectuosas y deficientes.

Así por ejemplo: los tumores primitivamente epiteliales pueden afectar más tarde el tejido conjuntivo perilobular ó periacinoso, y viceversa.

Tumores benignos en su origen, como los sarcomas fusocelulares de Lebert, ó los adenomas ú otros capsulados, cuando por su crecimiento se adhieren á la piel, se transforman en tumores malignos y, extirpados, se reproducen.

Hay tumores sólidos que por efecto de la mortificación parcial celular ó por la ampliación patológica de los conductos glandulares forman quistes pequeños y las variedades llamadas cisto-sarcoma, cisto-ademona, etc.

Los sarcomas, los mixomas, los adenomas, los fibromas, y en general, los tumores capsulados, por su evolución van invadiendo los tejidos vecinos, se inmovilizan, se reproducen *in situ* si se les extirpa, afectan los ganglios y traen la caquexia cuando llega el período de ulceración.

Los quistes dermoides, rarísimos en el seno, á veces permanecen latentes, hasta que un traumatismo los hace desarrollar y los pone en evidencia.

Sin embargo, los trabajos perseverantes que desde hace muchos años sigue el profesor Roux en el Instituto Pasteur sobre el microbio del cáncer, nos hacen esperar fundadamente que pronto podremos edificar sobre la base parasitaria una clasificación verdaderamente científica, que ponga las cosas en su punto y explique muchas contradicciones paradójicas.

Diagnóstico.—Es muy difícil hacer un buen diagnóstico de los tumores del seno, y con mayor razón en este caso, si

se considera que nos faltan los antecedentes hereditarios, y el traumatismo por sí sólo, como antecedente personal, no es suficiente como causa.

Este es un tumor adquirido, sólido y capsulado. De consiguiente, quedan eliminados de hecho los quistes dermoides, cuya existencia en el seno es problemática; los quistes de leche ó galactócelos; los quistes hidatídicos y las dilataciones quísticas de los acinos ó de los conductos glandulares que ocurren con frecuencia en los sarcomas, fibromas, mixomas y adenomas, y como la afección no es bilateral, eliminaremos también “la enfermedad de Reclus.”

Puesto que el tumor cuya naturaleza se discute, es capsulado, lo que se prueba por su movilidad superficial y profunda, quedan excluidos del diagnóstico los tumores cancerosos, sin cápsula, que Tillaux llama tumores de *invasión progresiva*, como son los epitelomas, carcinomas, etc., caracterizados por su malignidad especial.

Entre los tumores capsulados, tenemos los adenomas, los mixomas, los fibromas y los encondromas, que son hasta cierto punto tumores benignos, bien que suelen convertirse, abandonados, por efecto de su desarrollo, en neoplasmas malignos.

Los adenomas, que consisten en una hiperplasia del tejido glandular, son pequeños, perfectamente limitados, no los acompaña la dilatación venosa-cutánea, no son dolorosos, casi siempre existe uno sólo, y, por lo general, se desarrollan en mujeres que han tenido familia y que han lactado á sus hijos. No es, pues, un adenoma.

La consistencia dura del tumor nos obliga á excluir la hipótesis de un mixoma, que son tan blandos, que á veces dan la sensación, falsa por supuesto, de la fluctuación.

La dureza de los encondromas es típica, y no es la que ofrece el tumor que analizamos. Además, son tumores raros en el seno.

Los fibromas caracterizados por la proliferación del tejido conjuntivo glandular pueden afectar la glándula entera ó formar nódulos resistentes, separados unos de otros. Pero estos tumores evolucionan con grandísima lentitud, se desarrollan

en mujeres que han pasado los 40, provocan la retracción de la glándula, y especialmente del pezón, hasta tal punto, que se les toma entonces por verdaderos esquirros. Son nada ó poco dolorosos.

Los sarcomas, tumores capsulados, presentan tres variedades, que son:

El sarcoma encefaloide, ó embrioplástico, ó globo-celular. Son blandos, tanto, que se parecen á los mixomas y pueden simular también la fluctuación; son malignos, bien que capsulados, evolucionan rápidamente é infeccionan muy pronto los ganglios vecinos;

El sarcoma amiboide de grandes células embrionarias, de rápida propagación y precoz infección ganglionar; y

El sarcoma duro, de células largas, fusiformes, de marcha relativamente lenta.

Resumiendo, encontramos los siguientes signos para el diagnóstico: tumor duro, lobulado, movable en todas direcciones, sin retracción del pezón y sin que éste secrete nada anormal, doloroso, sin ganglios enfermos, con piel sin adherencias, que permite hacer pliegues, con venas dilatadas, de evolución algo lenta, puesto que apareció hace tres años en una mujer joven, sin hijos, y cuyo estado general es satisfactorio, los cuales nos conducen á creer que estamos en presencia de un sarcoma duro, variedad fuso-celular de Lebert.

Pronóstico.—Podemos afirmar que, en general, los tumores del seno son más bien malignos que benignos.

Los sarcomas son siempre tumores malignos, aunque es verdad que la variedad que hemos diagnosticado lo es un poco menos que las otras dos. No debemos fiarnos de su benignidad aparente, porque aunque es verdad que no hay ganglios infartados ni adherencias, y que el estado general de la enferma es bueno, en cambio su crecimiento ha sido permanente y hay venas dilatadas. Este tumor puede reproducirse ahí mismo ó en otro punto como resultado de su malignidad. Seremos, pues, reservados respecto del pronóstico.

Tratamiento. — Todo tumor que aparezca en el seno de una mujer de veinte ó más años, debe extirparse apenas se descubra. La extirpación debe hacerse sacrificando no sólo el

tumor, sino también gran parte de tejidos sanos. Aquí la extirpación debe ser total. Si nos limitáramos á enuclear el tumor y á extraerlo, operación fácil, dejaríamos probablemente en la cápsula nódulos sarcomatosos, que serían luégo el punto de partida para la reproducción indudable del neoplasma.

La extirpación de los tumores del seno daba antes, cuando no se empleaban las curaciones modernas, una enorme mortalidad. Hoy, con la antisepsia, la operación que vamos á practicar es casi benigna, puesto que no tendremos que disecar ningún ganglio axilar. Las arterias no son voluminosas, y las podremos ligar sin dificultad. Las únicas complicaciones que deben temerse son las inflamaciones pleurales ó pulmonares, causadas por el frío. Procuraremos obtener la reunión inmediata, y para favorecerla haremos la sección vertical del seno, que permite mejor el contacto de los labios de la herida. Sacrificaremos algunos centímetros de tejidos aparentemente sanos, para evitar hasta donde es posible la reproducción del tumor.

Operación.—Esta se practicó conforme lo indicado arriba. El tumor no estaba adherido al gran pectoral. La glándula con su neoplasma fue extirpada totalmente. No había ganglios afectados. El tumor presentaba al corte el aspecto sarcomatoso, pero esperamos el examen microscópico para establecer definitivamente su verdadera naturaleza que nos dará la clave para el pronóstico.

NOTA.—El examen histólogo practicado en el laboratorio de bacteriología del doctor L. F. Calderón y bajo la hábil dirección de este Profesor, demostró que el tumor extirpado era un sarcoma, variedad fuso-celular de Lebert, confirmando así el diagnóstico hecho. El pronóstico queda, pues, siempre grave.

BOTANICA

Plantas de la Flora médica de Colombia.

NEUROLCENA LOBATA, R. BR.

Especie de la familia de Sinantéreas, espontánea en los Departamentos de Bolívar, Panamá y Magdalena; conocida en

Cartagena y Barranquilla con el nombre de *Contragavilana* y en Santa Marta con el de *Contracapitana*.

Es planta subfruticosa, de tallo y ramos estriados, con hojas pecioladas de un verde intenso por ambas faces, muy ásperas y superficialmente aserradas con desigualdad: las inferiores—hasta de veinte centímetros—en forma de alabarda, estrechadas en cuña en la base, con los lóbulos laterales cortos, el del medio largo, de amplitud variable, todos agudos; las superiores, oblongo-lanceoladas y más cortas, con tendencia á la forma de las inferiores.

Inflorescencia en numerosas cimas corimbíferas, compuesta de capítulos homógamos sobre largos pedículos filiformes. Involucro formado por tres series de brácteas obtusas, con los bordes membranosos en su extremo, las interiores más largas y recorridas por tres nervaduras casi paralelas. Receptáculo paleáceo, estrecho, con las pajillas tan largas como los flósculos. Estos son numerosos, infundibuliformes, muy pequeños, hermafroditos, de un amarillo vivo, con el tubo largo y filiforme y el limbo largo y estrecho. Vilanos uniseriados, persistentes, barbillados, de un blanco sucio, casi iguales entre sí y á los flósculos. Aquenios oblongos, obcónicos, glabros, con un callito en la base, de un color más pálido. Anteras biauriculadas y estigmató papiloso, ocultos por la corola.

Planta algo aromática en estado fresco, dotada de un sabor amargo franco muy pronunciado; usada no solamente como tónico, sino como antiespasmódico y reconstituyente, y recomendada generalmente como altamente enérgica para combatir el paludismo crónico y las afecciones verminosas. La forma farmacéutica de que más comúnmente se hace uso, es la alcoholatura.

CYPERUS ARTICULATUS, L.

Notable especie cosmopolita de la familia de Ciperáceas.

Es planta paludosa, perenne y cespitosa. Su rizoma, de un color canelo oscuro, está provisto de gruesas yemas que dan

origen á tallos aéreos. Estos son afilos, cilíndricos, glabros, de un verde glaucescente, el doble más gruesos que una pluma de ganso, insensiblemente adelgazados en su extremo, y de ochenta centímetros á lo más. En toda su extensión llevan nudos á distancias cortas, que poco aparentes en la planta fresca, se marcan más en la seca y corresponden á otros tantos tabiques; su interior está lleno de un tejido celular flojo. En su parte inferior lleva hojas trísticas, reducidas á su porción vaginal, de aspecto membranoso, estriadas por nervaduras paralelas, cruzadas éstas por líneas negras. Las flores van dispuestas en umbela terminal irregular, de seis á diez radios, apoyadas en la base de éstos por tres brácteas derechas, naviculares, agudas y muy apretadas. Los radios que se bifurcan, llevan en la base de la bifurcación dos bracteolas, y todos terminan por espigas dísticas apretadas, en número vario, de un centímetro de largo: la gluma, cubierta de una ligera borrilla exteriormente, es de un color canelo rojizo, la carena es verde. El aquenio es triquetro; el estilo, muy largo y trifido; los estambres, en número de tres, con los filamentos aplicados contra las aristas del aquenio; las anteras son lineares, obtusas y basifijas.

El área de vegetación de esta especie es muy extensa. Se la encuentra en ambas Américas, en el Senegal, en Egipto, la Guinea, Mauricio, la India Oriental y el Cabo de Buena Esperanza, en los lugares pantanosos y á orillas de los ríos. En las mismas estaciones se encuentra en nuestros climas cálidos y templados, hasta los mil metros y á una temperatura no menor de 23 grados. Linneo le dio el nombre botánico que lleva: en Colombia se conoce con el vulgar de *Chivasa*.

D. Francisco Hernández la trae en su obra titulada *Reum medicarum Novæ Hyspaniæ Thesaurus*, con los nombres mexicanos de *Apoyomalli* y *Phazysiranda*. Recomienda las yemas de la planta en las disenterías y como fortificante del corazón, el estómago y el útero, y además como afrodisiaco. Duchesne, en su *Repertori*, dice que en la Guinea pasa la raíz por antihelmíntica.

Las propiedades con que la recomienda Hernandez podrán ser muy ciertas; pero la más incontestable es, sin duda,

la que hemos descubierto en sus yemas para combatir las enfermedades purulentas de los órganos génito-urinaris. Su acción en estos casos es más pronta y eficaz que la de cualesquiera otros agentes de los conocidos hasta el día; con la circunstancia, que al propio tiempo que elimina del sistema los elementos mórbidos, lo entona y fortifica. Es muy probable que obre como reconstituyente y que pueda emplearse con ventaja en la debilidad sexual y otros desórdenes de esos mismos órganos.

Las yemas de esta planta tienen un olor alcanforado, bastante marcado, mientras se mantienen frescas. En este estado la coloración interior, que es de un blanco pajizo, va tomando gradualmente un tinte más oscuro bajo la acción directa de la luz. Son de contextura elástica y rígida, aunque no duras: al secarse son muy duras y farinosas; entonces el aroma es más pronunciado. Deben preferirse las yemas de plantas que crecen bajo una temperatura elevada, porque éstas son las de más acción.

WENCESLAO SANDINO GROOT.

OBSERVACIÓN CLÍNICA .

N. N., natural de España, de treinta años de edad, de temperamento sanguíneo, sacerdote católico, llega directamente de su país, por primera vez, á la ciudad de Panamá, en el mes de Noviembre de 1897. Después de una corta estadía en aquella capital, es enviado por Su Señoría Ilustrísima el Obispo Peralta, al vecino pueblo de Chepo, para que sirva de Cura en esa parroquia. A principios de Mayo del presente año es trasladado á esta ciudad con el doble carácter de Vicario y Párroco.

El día 4 del presente mes fue al *Uvito*, campo vecino de esta población, llamado á desempeñar deberes anexos á sus funciones ministeriales. Por la tarde, no hallándose aún re- puesto de la fatiga del viaje, quiso darse un baño en la quebrada de San Juan, atraído por la frescura y pureza de sus aguas. El domingo 5, no descansó un momento en esta ciu-

dad, ocupándose activamente en asuntos religiosos. Por la noche se quejó de no sentirse bien; en la mañana del lunes — no obstante el malestar que le continuaba — salió á decir su misa y á arreglar varios preparativos para la fiesta del Corpus, pero se vio obligado á permanecer en la casa pasada la hora del almuerzo, porque lo mortificaba una cefalalgia atroz, y más que todo, un fuerte dolor lumbar (*coup de barre*) con raquialgia, fiebre y mucho malestar general. Ese mismo día recibió sus baúles, y, á pesar de la enfermedad, se entretenía en revisar las piezas de sus vestidos, etc., cuando le sobrevino un calofrío tan horripilante, que no tuvo más recurso que tomar la cama.

Informado por un amigo del estado de salud de nuestro estimable cura, inmediatamente me presenté donde él á ofrecerle mis servicios. Fue en la noche del lunes cuando lo encontré en el siguiente estado: fuerte cefalalgia, raquialgia agudísima, notable inquietud y $38^{\circ},7$ de temperatura. Le prescribí un gramo de fenacetina y un linimento calmante para fricciones en los lomos y en el espinazo.

El martes 7 amaneció un poco aliviado de sus dolores, pero me aseguró que no había logrado dormir ni un minuto durante la noche. Temperatura, $38^{\circ},4$.

Mi colega y cuñado, el doctor Julio Icaza, acababa de llegar esa mañana de Panamá, y sospechando yo que asistía al prólogo de alguna enfermedad cuyo fin podía ser funesto, tanto para el paciente como para esta ciudad, que ansiaba desde algunos meses tener un cura ilustrado y virtuoso, lo invite para que fuéramos donde el interesante enfermo.

Previamente habíamos practicado el análisis de las orinas, y abandonámos nuestras primeras sospechas, porque no contenían ni huellas de albúmina y la diuresis se mantenía franca. Resolvimos administrarle en seguida un purgante de un gramo de calomel. A las 3 p. m. tenía $38^{\circ},6$ de temperatura axilar. Analizando las orinas en la mañana del 8, las encontramos con un 30 por 100 de albúmina. Temperatura, $38^{\circ},3$, y una inquietud desesperante. Asociados estos síntomas á los demás anteriores, diagnosticámos, sin más vacilaciones, *fiebre*

amarilla, y decidimos propinarle al enfermo 60 gramos de aceite de ricino, entre otras razones, porque el calomel de la víspera no nos había dejado bien satisfechos de sus efectos, aunque el enfermo sí nos dijo que había notado bastante mejoría después de una abundante deposición que había tenido hacía algún rato. Siguió manifestándose la acción del purgante, á pesar de no haber retenido todo el aceite, que vomitó casi en seguida. Desde entonces se hicieron tan penosos y frecuentes los vómitos, que le prescribimos una poción Rivière y agua de Vichy por tisana. Leche por única alimentación, de la que no conservaba sino cantidades insignificantes. Por la tarde del 8 tenía $38^{\circ},6$ temperatura que bajó á $38^{\circ},4$ en la mañana del 9, sin cambio apreciable en los demás síntomas. Por la tarde del jueves subió la columna de mercurio á $39^{\circ},2$, que fue la temperatura más alta que observámos en el curso de la enfermedad. Los dolores habían mejorado, los vómitos eran menos frecuentes, la cantidad de orinas fue en las 24 horas pasadas como de 600 gramos, y la proporción de albúmina había aumentado sensiblemente en ella. El insomnio y el malestar general mantenían muy desasosegado al enfermo. Le administrámos 0.30 centigramos de calomel en tres obleas —una cada seis horas,—agua de Vichy y linimento trementinado en fricciones repetidas á los lomos y dorso. Régimen lácteo y Champagne.

En la mañana del 10 entró la fiebre en su segundo período, bajando, según nuestras previsiones, la temperatura á $37^{\circ},2$; pero la noche había sido muy desesperante para el enfermo y sus asistentes. Se le prescribió 150 gramos de poción de Todd, y otros 0.30 centigramos de calomel, agua de Vichy y Champagne. Por la tarde del 10 volvió el termómetro á $38^{\circ},4$.

Día 11. Los mismos síntomas. Temperatura en la mañana, $38^{\circ},4$; en la tarde, $38^{\circ},6$. Tratamiento: poción de Todd, Champagne y agua de Vichy.

Día 12. La cantidad de albúmina en las orinas es hoy como de 30 por 100. Un hipo incesante y una considerable postración de las fuerzas hacen más penosos los sufrimientos del enfermo. Anoche estuvo delirando. Temperatura de la

mañana, 37°,6; tarde, 38°. Se continúa el mismo tratamiento, más la siguiente poción:

Bromuro de sodio	3	gramos.
Agua de menta	90	—
Jarabe de éter	30	—

M. Cucharadas.

Día 13. Continúa el hipo como síntoma alarmante. Temperatura de la mañana, 37°,4; tarde, 37°,6. Ningún cambio en el régimen.

Día 14. En la madrugada de hoy sobrevino un vómito negro, pero poco abundante; durante el día hizo diez deposiciones de sangre negra (melaena). El hipo ha desaparecido. La albúmina ha disminuído notablemente. Se observan petequias en el pecho y parte anterior de los antebrazos, como los del tifo exantemático y el fin del primer septenario de la fiebre tifoidea. La lengua se ha mantenido húmeda y roja todo el tiempo, pero hoy están las encías inferiores cubiertas de fuliginosidades. Los síntomas ataxo-adinámicos son graves. Temperatura de la mañana, 36°,8; tarde, 37°,2. Tratamiento: limonada sulfúrica por bebida ordinaria y 4 copitas de vino de quina, Champagne y leche.

Día 15. Dice el paciente que ha logrado dormir á cortos intervalos. El número de deposiciones de sangre negra ha sido tan sólo de 4. Completa apirexia. Tratamiento: 20 gotas de agua de Rabel, cada 6 horas, y 4 copitas de vino de quina.

Día 16. Encontrámos al enfermo relativamente animado; dice que ha dormido con más tranquilidad; sigue apirético; se queja de hemorroides y de dolores en el vientre. Tratamiento: 150 gramos de poción de Todd y 6 obleas de 0.50 centigramos cada una, de benzonaftol, para darle una cada 4 horas. Supositorios de belladona yodoformados.

Días 17 y 18. La mejoría es notable; declarámos al enfermo fuera de peligro hoy 18. Hoy le permitímos jugo de carne y huevos. Se le aconsejó continuar con el vino de quina por unos días más.

CALIXTO A. FÁBREGA.



BOTANICA

LEGUMINOSAS DE COLOMBIA

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

(Continuación).

Medicago L., Endl. gen. número 6,507. Las flores son como las del género anterior, pero los frutos ó legumbres son alargados y contorneados en espiral sobre sí mismos; los bordes de esta espiral son lisos, inermes ó armados de espinas. Son plantas herbáceas, de hojas trifoliadas.

M. denticulata Willd. Vulgarmente *carretoncilo* ó *cadillo* en Bogotá. Se cultiva como forraje, junto con el *Trifolium pratense*. El cultivo de la alfalfa, *M. sativa*, especie exótica, está muy extendido en los climas templados de Colombia.

El grupo de las *Aeschynomeneas* se caracteriza por tener las flores en racimos axilares, á menudo paucifloros, ó en cimas ó fascículos siempre axilares; las hojas tienen foliolos numerosos, raramente de uno á tres; las flores tienen las alas dobladas transversalmente y la carena encorvada, obtusa; los estambres, monadelfos ó diadelfos, iguales (5+5). Este grupo comprende, en nuestra Flora, los géneros: *Aeschynomene*, *Brya*, *Amicia* y *Nissolia*.

Aeschynomene L., D. C. prodr. II, 320. Su cáliz es monosépalo de cinco lóbulos bilabiados, el superior bidentado ó bilobulado; los pétalos están cortamente unguiculados, el estandarte es orbicular, las alas casi iguales al estandarte y la carena obovada y encorvada; diez estambres monadelfos, ó igualmente diadelfos (5+5). Son yerbas ó arbustos á veces volubles; las flores, amarillas, están en racimos axilares, rara vez terminales. Habitan en la región intertropical de toda la tierra.

A. americana L., D. C. prodr. II, 320. Triana encontró esta planta en el valle del Cauca á mil metros, en Cáqueza y en los Andes de Bogotá; Schlim en Ocaña á 1,200 metros. Seemann y Duchas. en Panamá, Fendler en Chagres.

A. sensitiva D. C., l. c. Vive en el valle del Cauca y en la hoya del Meta, Tr.; en Chagres, Fendler.

A. sulcata H. B. K. Habita en los países cálidos del Antiguo y del Nuevo Mundo; ocupa una área geográfica muy extensa.

A. glandulosa D. C. prodr. Se encuentra en Panamá, según Seemann.

A. conferta Benth. Seemann la encontró en las Sabanas cerca de Panamá.

A. sulcata H. B. K. nov. gen. et spec. vi, 530. Triana encontró la especie en la hoya hidrográfica del río Meta.

A. hispida Willd. (*A. ciliata* Vog.). Vive en Buga y en el valle del Cauca á 1,000 metros, Tr.; Sutton Hayes señala esta planta en Panamá.

A. foliata D. C. Del valle del Cauca á 1,000 metros.

A. brasiliana D. C. prodr. II, 322. Goudot indica esta planta en las sabanas de Ibagué, y en Paime, en Cundinamarca; Duchassaing en Panamá.

A. scoparia H. B. K. l. c. 532. Se encuentra en Anapoima y en el valle del alto Magdalena.

Brya P. Br.; D. C. prodr. II, 421. Comprende árboles pequeños ó arbustos de las Antillas y de la América Central y Panamá. La especie más conocida es el *B. ebenus* ó granadillo? (Cauvet).

Amicia H. B. K. l. c. 511. El cáliz es monosépalo de cinco lóbulos desiguales; el estandarte suborbiculado y patente, las alas oblicuas y patentes, la carena encorvada mayor que las alas; estambres 10 monadelfos. Comprende arbustos ó subarbustos glabros ó glandulosos; las flores son grandes, amarillas, dispuestas en racimos axilares. Este género habita en los Andes de la América intertropical.

Nissolia Jacq. Stirp. amer. 199, t. 179, fig. 44. Comprende yerbas ó arbustos volubles de hojas imparipinadas; las flores son amarillas dispuestas en racimos axilares ó en el ápice de los ramos. Se compone el género de dos especies que habitan en la América intertropical según Kunth.

N. fruticosa Jacq.; Hooek. icon. plant. 1, 599, L. V. Hou-

tte Fl. des serres. Se encuentra en los bosques cerca de Cartagena según Jacquin.

N. racemosa D. C. prodr. II, 257. Bertero la encontró en Santa Marta. La subserie de los *Stylosanthes* comprende en Colombia dos géneros: *Stylosanthes* y *Zornia*. Son plantas herbáceas con hojas pancifolioladas sin estípulas; flores en espiga, en capítulos ó raramente en racimos; inflorescencia terminal; estambres monadelfos de los cuales cinco son de ordinario más cortos que los otros, los que son versátiles. Las especies del género *Zornia* tienen semejanza con los *Desmodium*.

Stylosanthes Sw., Endl. gen. número 6,600. Comprende yerbas viscosas de ordinario, con hojas de tres foliolos.

S. guianensis Sw., D. C. prodr. II, 318 (*S. peruviana* Poepp.). Habita los valles del Magdalena y del Cauca y la hoya del Meta. Tr.; Humboldt y Bonpl. encontraron la especie en Mariquita, Goudot en Aipe.

S. humilis H. B. K. l. c. 506. Triana encontró esta planta en el Valle del Cauca á 1,000 metros, Schlim en Ocaña, Duchas. en Panamá.

S. gracilis H. B. K. l. c. 595. Goudot la encontró en Aipe y en el alto Magdalena. Los tallos de esta planta son poco ramificados y con pocas hojas de distancia en distancia.

S. viscosa Benth.; Hartweg encontró esta especie en los lugares áridos de la hacienda del *Chocho* cerca de Fusagasugá, Goudot en Coyaima y en el alto Magdalena.

Zornia Gmel. Comprende yerbas que habitan la América tropical y el Africa austral.

Z. diphylla Pers.; Syn. *Z. glochidiata* Reicheub.; *z. reticulata* Smith; *z. angustifolia*. Habita en toda la región cálida de la República: Goudot la encontró en las llanuras de Ibagué; Humboldt y Bonpl. en Honda; Schlim en Ocaña; Purdie en Santa Marta; Duchassaing en Panamá; nosotros en la hoya del río Catatumbo.

Z. parvifolia. Se encuentra en Bogotá. (Herbario de Cortés).

Arachis L., D. C. prodr. II, 474. Tiene los caracteres generales de los *Stylosanthes*, y la particularidad de que sus

frutos maduran debajo de la tierra, son también indehiscentes y no se separan en artículos. Son plantas herbáceas postradas de hojas compuestas paripinadas; las flores, amarillas ó blancas, están dispuestas en espigas axilares ó como flores solitarias. Comprende el género unas 6 ó 7 especies (Hook. icon, t. 500), todas originarias de la América intertropical; las conocidas en Colombia llevan los nombres vulgares de *maní*, *cacao maní*. (*A. hypogaea* L.).

Desmodium Desvx, Endl. gen. número 6,615. Comprende yerbas ó subarbustos de flores papilionáceas; sus hojas son trifolioladas generalmente, aunque los foliolos laterales pueden ser muy pequeños y aun faltar completamente (*Pteroloma*); la legumbre es articulada, semi-viscosa, lo que le da la propiedad de adherirse á los vestidos y á la piel de los animales. Tienen los nombres vulgares de *cadillo* y *amorscco*.

D. uncinatum D. C. (*Hed. uncinatum* Jacq.). Es planta muy común en los climas templados; según Rivero se llama Matacongá en el Perú. Es planta forrajera.

D. trigonum D. C. prodr. II, 332. Triana encontró esta especie en la provincia de Pasto.

D. albiflorum (?). Se encuentra en Panamá según Seemann.

D. molliculum D. C. l. c. 331. Syn. *Hedysarum molliculum* H. B. K. nov. gen. et spec. VI, 519. Se encuentra en muchos lugares de Cundinamarca de 1,000 á 2,600 metros, Tr.; y en San Pedro, provincia de Ocaña, según Schlim.

D. tortuosum D. C. l. c. 332. Se encuentra en los valles del Cauca y del Magdalena. Humboldt y Bonpl. encontraron la especie cerca de Honda.

D. adscendens D. C. prodr. II, 332. (*D. obovatum* Vog.). Triana señala esta especie cerca de Villavicencio en Susumuco, y en Buga y Barbacoas; Fendler en Chagres.

D. spirale D. C. Se encuentra en Panamá según Duchas y Sutton H.

D. scorpiurus D. C. l. c. 333. En la estación del Imperio en Panamá.

(Continuará).