

# DIFTERIA:

SU TRATAMIENTO GENERAL Y EN ESPECIAL SUEROTERÁPICO

*Tema presentado por el Colegio Médico  
de la provincia de Ciudad-Real, con motivo del Certamen Literario  
celebrado el día 20 de Agosto de 1900.*

TRABAJO PREMIADO A

DON JOSÉ MARTÍN Y SERRANO.

ALUMNO DEL 6.º CURSO DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE VALENCIA.



CIUDAD-REAL

Imprenta de Ramón C. Rubisco,  
10—Calatrava—10.

S.L.C.  
20-8



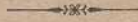
34209S

21014254

S.L.C.  
20-8

# DIFTERIA:

SU TRATAMIENTO GENERAL Y EN ESPECIAL SUEROTERÁPICO



*Tema presentado por el Colegio Médico  
de la provincia de Ciudad-Real, con motivo del Certamen Literario  
celebrado el día 20 de Agosto de 1900.*

TRABAJO PREMIADO A

DON JOSÉ MARTÍN Y SERRANO.

ALUMNO DEL 6.º CURSO DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE VALENCIA.



CIUDAD-REAL

Imprenta de Ramón C. Rubisco,  
10—Calatrava—10.



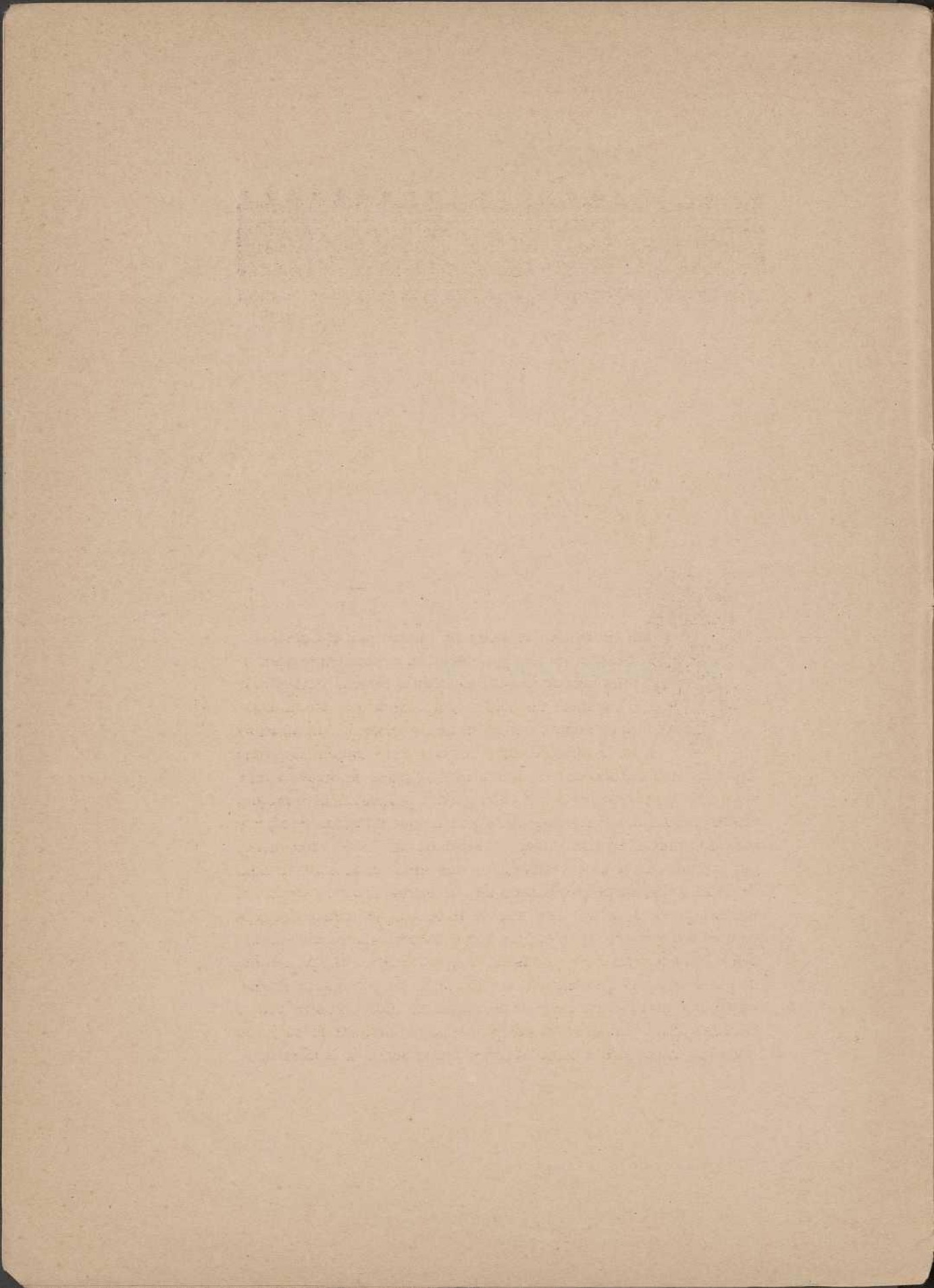
R. 32. 104

*Al Colegio Médico de la Provincia como  
prueba de la más respetuosa consideración le de-  
dica este trabajo*


*El Autor.*

*Ciudad-Real 31 de Agosto de 1900.*







ESARROLLAR el tema propuesto por el Colegio de Médicos de esta provincia sin exponer antes una ligera idea de la naturaleza de la difteria, equivaldría á construir un edificio empezando por la cubierta, pues aunque aquél se circunscribe al tratamiento de la difteria ¿cómo empezar este estudio sin antes exponer, aun cuando muy someramente, algunas nociones acerca del microbio productor de la enfermedad, propagación, contagio, efectos del mismo y algunos otros puntos que entrañan excepcional importancia? Si este trabajo hubiera de ser leído únicamente por la clase médica, no vacilaría un momento en abordar el tema de lleno desde un principio, pues de otra forma, creería ofender la ilustración de los que con más motivos que yo tienen sobrada competencia en este asunto; pero como entiendo que si este humil-dísimo trabajo merece los honores de la publicación ha de ser leído por todo aquel que tenga afán de conocer lo que ignora, francamente que podría sacar poco de provecho, sin antes exponer cuatro nociones que le coloquen en aptitud de poder comprender mejor lo que más ampliamente desarrollaré; el tratamiento de la difteria.

Dos palabras sobre su historia y bien las merece siquier sea por la empeñada batalla que hay entre las clases médicas de diversas naciones. Casi todos los autores, ya sean franceses ó alemanes, y cito estos por ser los que desde mucho tiempo están en primera línea en lo que á conocimientos médicos hace referencia, casi todos, repito, si no dispensan en sus trabajos el honor de describir por vez primera la difteria á un compatriota, hacen una ligerísima exposición, no ya para rendir homenaje á la literatura médica española de los siglos XVI y XVII, sinó para mostrarse inciertos en lo que concierne á los primeros conocimientos tenidos de esta enfermedad.

Martínez Vargas en sus comunicaciones al Congreso Internacional de Moscow (1897) determina la rehabilitación de los médicos españoles de aquellos tiempos, ante la asamblea y ante la literatura médica, pues de sus comunicaciones se hace cargo en su obra Baginsky, el sabio pediatra de Berlín. En resumen, que en España fué donde se hizo por primera vez la descripción clínica de la difteria; no es por lo tanto justo que los autores hagan omisión tan completa de este asunto ó dén referencias tan someras que no permiten formar un juicio acabado acerca del particular. Cabe, pues, la gloria á los médicos españoles de aquellos tiempos, haber sido los primeros que describieron esta enfermedad, á la cual conocieron con el nombre de garrotillo; prolijo sería nombrarlos uno por uno con expresión del trabajo que cada cual ha aportado para mejor conocimiento de este proceso, pero como sería alargar demasiado este capítulo, me contento con rendirles desde este lugar, homenaje de respetuosa admiración.

La difteria es una enfermedad específica, cuya causa es el bacilo de Klebs Loeffler, enfermedad que se presenta en forma epidémica con marcada predilección por los niños de tierna edad, ocasionando en otros tiempos una mortalidad bastante grande, la cual ha disminuido mucho en la actualidad, merced á los progresos que en su tratamiento se han operado.

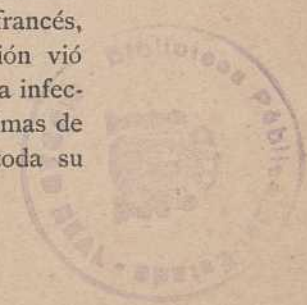
La causa única de la difteria radica en el contagio; la trasmisión del bacilo puede hacerse de un niño enfermo á otro sano, ya por contacto directo, ya por intermedio de algún objeto contaminado como ropas, juguetes, utensilios de cocina, etc., etc.; también puede verificarse por intermedio del aire, cuando el enfermo en un ac-



ceso de tos expelle un pequeñísimo resto de membrana ó mucosidad que no tardará en desecarse, y teniendo como vehículo el medio ambiente es transportado de un punto á otro, produciendo la contaminación del individuo sano; bien es verdad que esta manera de propagarse, con ser posible, es poco frecuente, pues el bacilo es poco difusible, en cambio es tenaz hasta la exageración, cual lo demuestra el siguiente hecho que leí en una revista: «En una localidad de Normandía se presentó una epidemia diftérica, no habiéndose registrado antes un solo caso en la localidad ni en sus alrededores; el primer caso empezó por el hijo de un sepulturero que ayudaba á su padre á remover las sepulturas de los niños que habían fallecido en otra epidemia de la misma naturaleza, acaecida 23 años antes».

Otro medio de propagarse la difteria son las aves, asunto que aún está en litigio, pues no hay conformidad si la difteria aviaria es de la misma naturaleza que la padecida por el hombre, por si en algo puede ilustrar este asunto citaré lo que oí en una de sus lecciones sobre esta enfermedad al Dr. Gómez Ferrer: «Habiendo estallado una epidemia diftérica en Sagunto, el jefe del castillo del mismo nombre puso buen cuidado en impedir que sus hijos tuvieran el más leve contacto con nada de la población; se hallaban en aparente aislamiento, las palomas del castillo bajaban al pueblo, no había, pues, quien comunicara con ambos puntos más que aquellas aves, en esas condiciones los niños que habitaban en el castillo fueron víctimas de la enfermedad. ¿Hay algún inconveniente en admitir que fueran las palomas el medio de propagación del bacilo diftérico? Creo que no.

A pesar de la predilección que por la infancia tiene esta enfermedad, no por ello perdona á la madre cariñosa que cumpliendo con el más sagrado de sus deberes, cuidando á su hijo contrae la enfermedad y como aquél resulta inocente víctima, esto que pudiera creerse más hijo de la imaginación que de la realidad, dado el concepto que sobre el particular tiene el vulgo, lo demuestra claramente lo que en Dielafoy leía, el gran maestro francés, con la galanura que le distingue, refiere que en una ocasión vió una mujer en situación desesperada á consecuencia de una infección diftérica contraída por haber asistido á sus hijos víctimas de la misma enfermedad, y aquella madre que conservaba toda su



lucidez le dijo: «¿Qué habeis de hacer? Yo sucumbiré á la enfermedad que acaba de matar á mis hijos». ¡Cuántas lamentables historias pudiera añadir á ésta, en las cuales resultan víctimas hombres de ciencia esclavos del deber que les impone el honroso título de médico! Walleix, Henri-Blanche y tantos otros son buena prueba de lo que acabo de exponer.

La difteria es enfermedad que no confiere inmunidad, sinó que por el contrario, es de las que más fácilmente recidiban, punto este que considero de importancia grandísima y creo es digno de tenerse en cuenta, pues existe la creencia que el niño que es víctima de una infección diftérica que termina por la curación, se halla inmune para contraer nuevamente la enfermedad, cuidándose poco los padres, basados en esa idea, de la suerte que puede caber á su hijo que creen inmune, cuando en realidad se halla mucho más predispuesto para contraer la enfermedad.

Nada he de decir de la Anatomía patológica y Sintomatología de la difteria, sólo en la Sintomatología hay campo tan grande cuan variadas son las formas clínicas que puede presentar; variedad que depende de las asociaciones microbianas, pues aun cuando en el examen siempre encontramos el bacilo de Klebs (largo, corto y mediano, con malignidad diversa según su tamaño) también se halla en la mayoría de los casos, otros microbios que determinan las complicaciones tan frecuentes en esta enfermedad: me refiero á los estreptococos y estafilococos; en el primer caso tenemos la difteria pura, en el segundo la asociada que es mucho más grave.

Siendo la difteria una enfermedad bastante frecuente y de suma gravedad en la inmensa mayoría de los casos, se comprende la actividad desplegada por la clase médica, con el fin de hallar los remedios más eficaces para combatir un proceso que no ha mucho ocasionaba enorme mortalidad.

Fácilmente se comprende que dada la índole de este trabajo, no hemos de hacer una detallada exposición de los diversos métodos terapéuticos propuestos para el tratamiento de la difteria, pues aparte de resultar un trabajo prolijo, sería desigual, porque no podemos conceder igual importancia á uno de los muchísimos métodos propuestos desde la más remota antigüedad, aun cuando en su tiempo gozara de inusitada fama, que al que no ha mu-

cho ha venido á llenar de júbilo á la humanidad, constituyendo poderosa arma de defensa contra uno de los más grandes enemigos que el hombre tuviera, y ante el cual no le quedaba otro remedio que cruzarse de brazos y contemplar cómo la muerte le arrebatava la menuda prole.

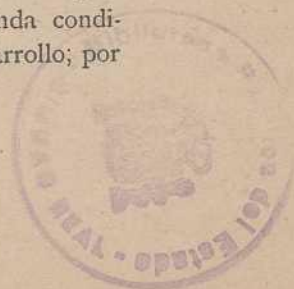
En dos grupos puede dividirse el tratamiento de la difteria; uno local, que no tendría inconveniente en llamar farmacológico ó medicamentoso, y otro general ó sueroterápico.

El primero local. Muchos han sido los métodos propuestos, pero no he de hacer mención sinó del que en la actualidad es más aceptado. Todos tienen por objeto destruir el bacilo de Klebs, causa específica, en su principio, en su origen, acudiendo lo antes posible para evitar la difusión de la toxina por la economía. Tal manera de pensar está basada en la idea expuesta por Bretonneau, el cual opinaba que la difteria era una enfermedad primitivamente local; pero este tratamiento pierde gran parte de su importancia en virtud á la creencia de Trousseau contraria á la de su maestro Bretonneau, que decía ser la difteria una enfermedad primitivamente general.

La experiencia viene á dar la razón á Bretonneau, y hoy todo el mundo está unánime en reconocer que la difteria es una enfermedad primitivamente local; según esto se necesitará un algo que destruyendo el microbio en la falsa membrana impida su reproducción y como consecuencia evite la producción de las toxinas, que difundándose por el organismo producen la intoxicación.

Fácilmente se comprenderá que este tratamiento dará resultados tanto más satisfactorios, cuanto más cerca del principio de la enfermedad se ponga en práctica; esto es, cuando aún no existen síntomas de intoxicación, no obstante ser eficaz en algunos casos más adelantados en que la intoxicación es manifiesta; de donde se deduce que el tratamiento local debe aplicarse con perseverancia en todos los casos, aun en los más avanzados, no desmayando nunca por muy sombrío que se presente el porvenir del enfermo.

Numerosas son las partes de la economía donde puede desarrollarse el bacilo de Klebs Loeffler, pero por ninguna presenta la predilección que por la mucosa faríngea, pues ésta le brinda condiciones de receptibilidad como ninguna otra para su desarrollo; por



ella es por lo que en la inmensa mayoría de los casos la difteria empieza siendo faríngea.

Numerosos son los remedios puestos en práctica para la destrucción de la falsa membrana y con ella la del microbio, y creo que la diversidad de métodos conocidos depende del éxito más ó menos lisonjero que cada autor haya obtenido de tal ó cual medicamento.

Entre los diversos tratamientos locales propuestos contra la difteria, uno de los que creo reúne mejor las dos indicaciones fundamentales de este tratamiento (ablación de las falsas membranas y cauterización antiséptica de la membrana subyacente), es el propuesto por Gaucher; modificaciones diversas ha sufrido, no en cuanto á los actos que comprende, pero sí en cuanto á las sustancias antisépticas empleadas, ya para que el poder antiséptico aumente, ya para hacer menos dolorosa su aplicación; mas como quiera que sea, el principio es el mismo y por ello expondré el tratamiento de Gaucher, el cual preconiza como el antiséptico más eficaz contra la difteria el ácido fénico, superioridad que reconocen igualmente Chantemes y Widal.

Tres actos integran el proceder de Gaucher, los cuales describiré sucintamente. Comprende el primero la ablación de las falsas membranas, lo cual se lleva á efecto manteniendo abierta la boca del niño con un abre-bocas ó simplemente con una cuña de madera y después sirviéndonos de un pedazo de tela fijo en el extremo de un vástago ó algodón sujeto por una pinza, operamos con cierto vigor para limpiar de falsas membranas la mucosa, pero teniendo cuidado de lesionar lo menos posible, se imprime al tallo ó pinza de que nos servimos un movimiento de rotación entre el pulgar y el índice.

Aplicación del tópico constituye el segundo acto. Una vez la garganta haya quedado completamente limpia de falsas membranas con el tallo ó pinza, podemos aplicar el tópico cuya fórmula es:

Alcanfor. . . . .	20 gramos.
Aceite de ricino. . . . .	16 »
Alcohol de 90 grados. . . . .	10 »
Fenol absoluto. . . . .	5 »
Acido tartárico. . . . .	1 »

La ventaja de esta fórmula radica en que el ácido fénico y el alcanfor forman una combinación muy estable, poco cáustica y sobre todo muy antiséptica, condiciones que la hacen muy recomendable. Durante cada sesión deben hacerse dos ó tres aplicaciones del tópico y excusado creo decir que todo cuanto éntre una vez en las fauces del enfermo debe destruirse por el fuego ó someterlo á una prolongada ebullición en el caso de ser objetos metálicos.

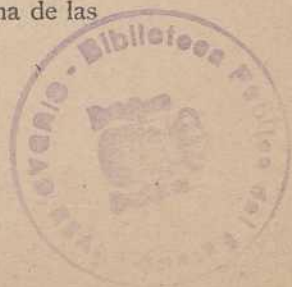
El tercer acto del tratamiento es el lavado de la garganta. Acabamos de aplicar el tópico, el cual determina un intenso escozor que persiste durante largo rato, que será precisamente el que debe esperarse con objeto de que la mucosa quede bien impregnada del tópico que acabamos de colocar; de otra manera sería hacer y deshacer, aplicar un medicamento y en seguida administrar un abundante lavado, sería contraproducente, pues el líquido que empleamos juntamente con la saliva y restos mucomembranosos, arrastrarían el medicamento y en este caso serían nulos sus efectos.

No son necesarias para estos lavados sustancias muy antisépticas, pues el efecto que principalmente se busca es mecánico, de limpieza ó arrastre de toda materia séptica que haya escapado á las manipulaciones anteriores; por tal motivo puede servirnos el agua aséptica simplemente ó boricada para los niños muy pequeños y agua salolada (2 cucharadas grandes para 1 litro de agua de una solución alcohólica de salol al 5 por 100) para los adultos, en fin, puede emplearse hasta el ácido fénico al 1 por 100, vigilando la orina para suspender su empleo tan pronto como aquélla se ponga negra.

Para cada lavado que practicaremos con un irrigador ordinario, deben emplearse 1 ó 2 litros del líquido que nos sirvamos.

La operación que acabamos de describir debe practicarse cada 2 ó 3 horas durante el día y una sola vez durante la noche para no turbar el reposo del enfermo.

Bien se comprenderá que este tratamiento ha sufrido las modificaciones que á cada cual le ha parecido bien imprimir; así en la práctica hospitalaria de París se emplea el esterisol, cuyo elemento activo es el ácido fénico, Comby da la preferencia al naftol alcanforado, Lecroux á la creosota disuelta en glicerina y tantos otros que pudiera citar. No he de hacer omisión de una de las



modificaciones que considero de más importancia y que tiende á facilitar la práctica de la operación; quitar la falsa membrana se comprenderá que es asunto difícil, tanto por la íntima adherencia de las mismas como por la indocilidad del enfermito, y tan difícil lo considero que me parece imposible, á no ser que operemos con violencia tal que á costa de producir una limpieza esmerada determinemos escoriaciones, lo cual está formalmente contraindicado, pues en este caso presentaríamos una puerta abierta á la reinoculación y absorción de las toxinas. Inspirado en esta idea Marfán, quita las falsas membranas que buenamente sea posible sin ejercer violencia alguna y después se vale de un tópico diferente del de Gaucher, que penetra é impregna la falsa membrana, llenando estas condiciones la glicerina fenicada al 1 por 100 en los niños y al 5 en los adultos. Cualquiera que sea el medicamento usado debe continuarse su aplicación durante algunos días aun cuando hayan desaparecido las falsas membranas, pues hay que tener presente que el bacilo de Klebs puede conservar su virulencia durante bastantes días.

Creo haber expuesto, aun cuando sucintamente, cuanto al tratamiento local hace referencia, y voy á ocuparme de otro de importancia grandísima que desde su aparición ha postergado á los tratamientos locales, pudiendo decirse que la humanidad está de enhorabuena desde el momento que se instituye la sueroterapia en la terapéutica de la difteria.

La ciencia reconoce en la sueroterapia un medio eficaz para combatir la difteria desde la brillante comunicación de Roux al congreso de Buda-Pestts. En verdad que es á Behring al que primero se le ocurrió aplicar la sueroterapia, pero no podemos negar la inmensa gloria que en este asunto corresponde á Roux, pues siendo el descubridor de la toxina diftérica, dió un hecho, alrededor del cual habían de moverse todos los trabajos en busca de la anhelada sustancia que sirviera para neutralizar los efectos de la terrible toxina, y el mismo sabio, el inmortal Roux, cuyo nombre será imperecedero en la historia de la Medicina, aguijoneado por la misma idea mediante el descubrimiento de la toxina, hace posible el de la antitoxina y elige el caballo como animal productor del suero antitóxico. Mientras tanto, en Alemania languidecen los trabajos de Behring por falta de adeptos, es suficien-

te que Roux publique el resultado de sus trabajos y los dé á conocer al Congreso de Buda-Pestts para que la sueroterapia se extendiera con pasmosa prontitud.

He hecho uso de la palabra antitoxina con notable impropiedad, aun cuando su empleo lo justifique lo abreviado que resulta dicha palabra en lugar de suero anti-diftérico, que es como debe llamarse, dado el estado actual de nuestros conocimientos. No debe llamarse antitóxico sencillamente porque no ejerce acción alguna sobre la toxina, bien es verdad que ésta, lo mismo que otras, la del tétanos por ejemplo, dejan de ser nocivas cuando se las mezcla con suero de un animal vacunado, contra la difteria ó el tétanos, mas no sucede lo mismo si se estudian las propiedades del suero en animales inmunizados contra la pneumonía, tifoidea, cólera; esto demuestra bien claramente que la acción del suero no se ejerce sobre la toxina, pero sí sobre el elemento celular que le coloca en condiciones abonadas para la lucha con el microbio, mediante ese poderoso refuerzo es como en la mayoría de los casos la victoria se decide por el elemento celular, cuyas propiedades fagocíticas amortiguadas se avivan bajo el influjo del suero; concepto que en breves palabras expresa Roux diciendo: «La enfermedad queda reducida á una lucha.» No se trata, pues, de algo que aniquila la toxina (antitoxina) sino de algo que estimula el poder fagocítico de la célula (estimulinas de Metchnikoff.)

Objeciones diversas se han hecho á la teoría de Metchnikoff para explicar la inmunidad concedida por el suero, pero sea de ello lo que quiera y mientras no aparezca una explicación clara y terminante, de entre las diversas opiniones emitidas, soy partidario de la expuesta y sustentada por el ilustre bacteriólogo ruso.

En verdad que las ideas que acabo de apuntar no son pertinentes al tema objeto de este trabajo, pero bien puede perdonarse esta digresión en gracia á la mejor comprensión del tratamiento sueroterápico de la difteria.

Veamos cuanto á dicho tratamiento hace referencia. No es mi objeto describir los procedimientos de obtención del suero, porque á más de ser este un asunto más propio de bacteriología que de clínica terapéutica, no importa mucho en verdad que el médico desconozca la obtención puesto que ya lo encuentra preparado en la Farmacia. Únicamente diré que entre los animales que

pueden emplearse con dicho objeto, son preferibles, por la gran cantidad de suero que proporcionan, la vaca, cabra, caballo y con preferencia éste último; manera de inmunizar estos animales, reconocer cuando es suficiente la inmunización son asuntos, repito, que no nos competen.

La inyección del suero se practica con jeringa, de la cual hay muchos modelos; yo prefiero la que mejor se esterilice; la misma de Roux reúne buenas condiciones, es de vidrio y metal el cuerpo de bomba y de caucho el émbolo. Previa esterilización del aparato por ebullición en el agua durante cinco minutos, una vez que se ha enfriado se carga del suero que vamos á inyectar; el sitio donde se practica la inyección hay necesidad de someterle á una rigurosa antisepsia, con jabón, cepillo y lavado con agua sublimada al 1 por 1.000; una vez practicada esta manipulación la región que generalmente es uno de los vacíos está en disposición de operar. Aséptico, pues, cuanto ha de intervenir en la operación, incluso las manos del operador y después de adicionar á la jeringa la aguja, se hace un pliegue con la mano izquierda en la piel de dicha región, en la mano derecha se tiene la jeringa con los dedos pulgar é índice en la montadura de la aguja, se introduce ésta en la base del pliegue formado con la mano izquierda, en seguida ésta sostiene la jeringa y con la mano derecha se empuja el émbolo, dándole un ligero movimiento de rotación en su descenso. Cuando la inyección se practica antisépticamente, no debe sobrevenir accidente alguno, solo se nota un edema alrededor de la puntura que no tarda en desaparecer más de 25 ó 30 minutos.

¿Qué cantidad de suero se debe inyectar? Varía, según la edad del enfermo y la intensidad de las manifestaciones; pero como regla general puede decirse que para enfermos menores de un año se inyectan 10 cent.<sup>3</sup> 15 ó 20 para los de dos, y 20 constantemente para los mayores de tres años. La inmunidad conferida por el suero, dura de 20 á 25 días.

¿Cuáles son los efectos de la inyección? Brevemente expuestos diré que la inoculación determina la suspensión en el desarrollo de la falsa membrana y prominencia de los tejidos que la circundan, ocasionando una remisión de los síntomas locales y generales que puede hacer como considerada la terminación de la enfer-



medad, no perdiendo nunca de vista la posibilidad de las complicaciones, aun cuando esto no sea lo más frecuente.

La sueroterapia de la difteria no ha podido eximirse como toda obra de hallar entusiastas adoradores y críticos de valía, pues á pesar del entusiasmo que hoy reina en pro de este tratamiento, hay algunos que se presentan en abierta oposición como el doctor Camilo Calleja y algún otro extranjero que afirman que el suero no ejerce acción alguna en la marcha, curso y terminación de la difteria; mas dígase lo que se quiera, el hecho es que tan pronto como se produce la inoculación, antes de los tres días la falsa membrana suspende su extensión y se desprende como no se consigue con ningún medio local medicamentoso de una manera constante, y digo esto porque en algunas, aun cuando muy contadas ocasiones, el percloruro de hierro produce esos efectos.

Indudablemente los que impugnan este tratamiento se fundarán en algo que les haga mantener sus ideas, bien puede ser tomar casos, por difteria, cuando en realidad no lo son, lo cual es sumamente fácil en una enfermedad que, como ésta, tiene tantas maneras de presentarse y tantos estados morbosos como hay que la simulan con exactitud tal, hasta hacer caer en el error al práctico más experimentado; buena prueba de ello es el siguiente caso: no ha mucho oía al ilustre Pediatra, mi querido maestro doctor Gómez Ferrer, en una de sus lecciones decirnos acerca del particular: «tenía en mi práctica dos enfermitos, hermanos, que presentaban al parecer una difteria confirmada, hasta el punto que no dudé un solo momento en las inyecciones del suero Roux; mas como estas inyecciones no dieran resultado alguno positivo, sorprendido de ello mandé al laboratorio productos que examinados por dos veces y en distinta ocasión, en ninguna se denunció la existencia del bacilo de Klebs-Löefler.»

¿Podíase considerar que el suero había sido en estos dos enfermos no ya perjudicial, ni siquiera indiferente? ¿Cómo llevar estos dos casos á aumentar la cifra total de una estadística en que se pusieran de manifiesto el número de fracasos del suero? ¿Por ventura se había operado en dos diftéricos? Indudablemente que no, bien claro lo demuestra lo que en manera alguna puede dar lugar á duda, el examen bacteriológico repetido.

Bien puede ocurrir la muerte aun á pesar de la inyección del

suero, no por efectos de éste, sino por complicaciones acaecidas posteriormente, sobre todo en las difterias asociadas, ante las cuales resulta impotente, esto de una parte, y de otra que el suero es un arma poderosa pero que hay que saber manejar, pues de la oportunidad de su empleo depende en muchos casos el resultado obtenido, esto es una demostración más de la importancia que en nuestra ciencia tiene el «ocasio preceps.»

¿Qué valor tendría el suero en manos de un facultativo inexperto, que vacilando no toma una solución tan pronta como enérgica, deja perder un tiempo precioso durante el cual su enfermo está siendo víctima de un envenenamiento que, á no dudar, le arrebatará la vida?

¿Qué valor, repito, puede tener el suero en estas condiciones que llega á un organismo moribundo, en el cual el elemento anatómico, si no muerto, se halla agonizante, estado al que ya no es posible combatir sin operar un milagro?

En resumen, aun á pesar de esos casos en que las inyecciones no dan buenos resultados, su aplicación siempre es conveniente por el hecho siempre fijo de limitar las falsas membranas su extensión y con ello evitar, tal vez, una de las más terribles complicaciones de la difteria, el crup ó garrotillo y las parálisis que en ciertos casos quedan, reliquias de no menos estimación.

Nada diré del primero y voy á dedicar cuatro palabras á las parálisis.

Ningún médico, por pequeño que sea el número de diftéricos que haya asistido, habrá dejado de observar algún caso de parálisis de esta naturaleza. Sabido es que no se presentan en todos los casos, pero son bastante frecuentes, dándose la particularidad, sin saber por qué, de abundar más en unas epidemias que en otras, de todos modos, cuando se presentan lo pueden hacer en los primeros días de la enfermedad, y lo que es muy frecuente algún tiempo después, 4 ó 5 meses, cuando han curado por completo las lesiones locales.

Son más frecuentes estas parálisis en los órganos en que radica el proceso, como el ístmo de las fauces, velo del paladar; siguen en frecuencia las parálisis laríngeas, la de los músculos de la vida orgánica, de los miembros superiores é inferiores, manifestándose en cada caso por un síndrome bien definido. Sean las parálisis uni

ó bilaterales de corta ó larga duración son constantemente progresivas y terminan por la curación ó por la muerte, acaecida, no por la parálisis en sí, sino por la anemia intensa que produce el principio caquectizante que la toxina contiene.

Todo lo fácil que resulta el diagnóstico de estas parálisis cuando se presentan en pleno periodo diftérico, es por el contrario difícil cuando se manifiestan en un tiempo más ó menos lejano á la enfermedad que la motivó, pero aún en este caso tenemos como recurso el amnástico y podemos establecer un diagnóstico, sinó cierto, probable por lo menos. ¿Pero qué recurso queda cuando presentan á nuestra consideración un enfermito afecto de parálisis en que descontadas las causas que la pueden originar por lesión del sistema nervioso, no dan en los antecedentes dato alguno que pueda ilustrar nuestra opinión? Lo confieso ingénuamente, la duda y la vacilación se apodera en ese momento de nosotros.

Un caso de esta naturaleza habido en la clínica de enfermedades de la infancia del Hospital de Valencia, demostrará de manera más elocuente lo que acabo de indicar.

El 26 de Octubre de 1899 se presenta, en dicha clínica acompañado de su madre el enfermo N. N., de 2 años de edad, temperamento sanguíneo y bien constituido. Interrogada la madre por los hechos anteriores á la enfermedad no expone dato alguno ni en lo que al niño se refiere ni á sus progenitores; respecto á la enfermedad actual dice que únicamente había notado que su hijo iba perdiendo las fuerzas, especialmente en los miembros inferiores, con rapidez tal, que en el trascurso de tres días no le era posible la estación vertical y por ende la marcha, igual pérdida de energía notó en los miembros superiores y región cervical, lo cual ocasionaba la caída hacia delante de la cabeza.

Con antecedentes de tal naturaleza ¿quién podía saber lo que tenía aquel enfermito? Celebrada una consulta entre el Dr. Gómez-Ferrer y tres de mis compañeros, la cual seguimos los demás con atención suma, ávidos de esclarecer lo que para nosotros era un geroglífico indescifrable, bien pronto se nos presentó lo que había sido un enigma de manera clara y evidente, debido al ojo clínico del maestro, que no en balde goza de inmensa como merecida reputación. De si aquello era ó no de naturaleza diftérica, los hechos hablan mejor que las palabras: tras luminosa explica-

ción para demostrarnos que se trataba de un caso de difteria pura, en la cual las manifestaciones locales (angina) habían sido tan poco intensas que pasaron desapercibidas á los padres y únicamente se hacía patente el proceso por manifestaciones generales (la parálisis), procedió á la inyección del suero, la cual practicó durante cuatro veces con intervalo de seis días, el resultado fué la completa curación. Creo sea este uno de los muchos casos que puedan destruir mejor que los argumentos, los cargos que contra el suero se han hecho.

Sea cualquiera el tratamiento seguido, hay necesidad de someter al enfermito á una medicación sintomática; las indicaciones que hay que cumplir son combatir el vómito, dar fuerzas y tantas otras que surgirán en cada caso, anotando que el alcohol da muy buenos resultados cuando existe la estreptococcemia.

Como alimento puede emplearse la leche, purés, sopas, gelatinas y jugos de carne; cuando la deglución es imposible, puede hacerse uso de los enemas peptonizados.

Temperatura constante y renovación continua del aire de la habitación, son condiciones que conviene no olvidar para la mejor marcha del proceso.

Creo haber expuesto, aun cuando muy ligeramente, cuanto al tratamiento de la difteria hace referencia. Digresiones diversas hay en el trascurso de este trabajo, pero son imprescindibles para la mejor comprensión de cada uno de los asuntos que las motivan.

La ciencia ha dado un gran paso en el tratamiento de esta enfermedad antes gravísima, hoy aun cuando no por completo, esa gravedad se mitiga, la difteria deja de ser enfermedad desoladora, todo por la institución de la sueroterapia, que no será un remedio infalible en todo caso, pero sí en la mayoría; exigir siempre un satisfactorio resultado creo sería demasiado exigir de lo que puede decirse que está aún en embrión. La microbiología, como dice muy bien el Dr. Peset, nació ayer, al soplo de Pasteur; esperemos un poco.

Tratamiento, en fin, que pone bien de manifiesto los progresos de la medicina que nadie podrá negar, cual lo acredita el Dr. Pulido en uno de sus discursos académicos. «Podemos decir muy fuerte, sin temor á ser rectificadas: ninguna, absolutamente ninguna

na de las ciencias humanas, sean cualesquiera sus fines, metafísicas, físicas ó biológicas, han realizado con el tiempo y realiza en el día tanta cantidad de descubrimientos positivos y de ineprecederos adelantos como la medicina. »

*José Martín y Serrano.*

