2835

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EL SUERO ANTI-DIFTÉRICO

EN LA

CASA DE EXPÓSITOS

TÉSIS

PRESENTADA Á LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
PARA OPTAR
AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

POR

ILDEFONSO A. BALLESTERO

Ex-Practicante interno del Hospital de Niños Expósitos

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE MARTÍN BIEDMA, BOLÍVAR 535

1 8 9 5

93

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EL SUERO ANTI-DIFTERICO

EN LA

CASA DE EXPÓSITOS

TÉSIS

PRESENTADA Á LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
PARA OPTAR
AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

POR

ILDEFONSO A. BALLESTERO

Ex-Practicante interno del Hospital de Niños Expósitos

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE MARTÍN BIEDMA, BOLÍVAR 535

1 8 9 5

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 162 del Reglamento.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA

Vice Decano

Dr. D. PEDRO MALLO

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
« « JOSE T. BACA
« « RAFAEL HERRERA VEGAS
« « PEDRO MALLO
« « JOSÉ M. ASTIGUETA
« « JACOB DE T. PINTO
« « EUFEMIO UBALLES
« « JUAN R. FERNANDEZ.
« « ENRIQUE E. DEL ARCA.
« « PEDRO N. ARATA
« « MANUEL BLANCAS
« « ROBERTO WERNICKE.
« « PEDRO LAGLEIZE.
« « JOSÉ PENNA.
« « LUIS GUEMES.

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
« « PABLO MARENGO
« « EDUARDO WILDE
« « MARTIN SPUCH.
« « TELÉMACO SUSINI.

Secretario Titular

Dr. D. LUIS M. ACUÑA

Pro-Secretario

D. ZENON AGUILAR.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía Descriptiva	Dr. Juan José Naon.
Anatomia Topográfica	» Juvencio Z. Arce.
Histolojía teórico-práctica	» Andrés F. Llobet
Fisiolojía General y Humana	» José M. Astigueta.
Higiene Pública y Privada	» Meliton Gonzalez del Solar.
Patolojía General y Ejercicios clínicos	» Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma.
Patolojía Esterna	» Guillermo Udaondo.
Patolojía Interna	» José Penna.
Anatomia Patológica	» Telémaco Susini
Medicina Operatoria	» Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y Glínica Ginecológica,	» Jacob de T. Pinto.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	» Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	» Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su clínica	» Jose M. Ramos Mejia.
Enfermedades mentales y clinica respectiva	» Domingo Cabred
Clínica Quirúrjica	» Julian Aguilar. / Antonio C. Gandolfo.
Clínica Médica	» Eufemio Uballes. / Gregorio N. Chaves
Obstetricia y Clínica respectiva	» Samuel A. Molina.
Medicina legal	» Eduardo M. Perez.
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Química aplicada á la Medicina	» Atanasio Quiroga
Física Médica	» Jaime R. Costa.
Zoología Médica	» Eliseo Canton.
Toxicolojía	» Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	» Baldomero Sommer
Laringologia, otología, rinología	» Eduardo Obejero
Farmacia teóriea	» Juan A. Boeri.
Farmacia práctica	» J. Manuel Irizar.
Botánica mèdica.	» Adolfo Mugica.
Obstetricia para alumnas parteras	» Juan R. Fernandez.
Odontología	» Nicasio Etchepareborda.

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía Descriptiva	Dr. D. Juan D. Piñero.
Anatomía Topográfica	» » Avelino Gutierrez.
Histolojía teórico-práctico	Rodolfo de Gainza (en ejerc)
Fisiolojía General y Humana	Pedro J. Coronado.
Higiene pública y privada	» » Enrique Revilla
Patolojía General y Ejercicios Clínicos	Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	» Enrique E. del Arca. / Angel M. Centeno
Patolojía Esterna	» Obdulio Hernandez (en ejerc) / Pascual Palma
Patolojía Interna	» » Marcial V. Quiroga
Anatomía Patológica	» » Carlos Malbran
Medicina Operatoria	Diógenes Decoud.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica (en ejerc) / Alfredo Lagarde.
Enfermedades de niños y Clínica pediátrica	» Antonio F. Piñero. / Facundo Larguia.
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica	» Francisco Barraza. / Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su clínica	» » José A. Esteves.
Clínica Quirúrjica	» » Juan B. Justo / Alejandro Castro
Clínica Médica	» » Abel Ayerza / Julio Mendez / Francisco Sicardi (en ejerc.)
Física Médica	» » Juan J. Galiano.
Obstetricia y Clínica respectiva	» » Luis F. Vila.
Medicina legal	» » Francisco de Veyga
Laringología, otología, rinología	» » Wenceslao Tello (interino)
Enfermedades venéreas y dermatología	» » Maximiliano Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras	» » Enrique Pietranera.

PADRINO DE TÉSIS

Dr. D. ROBERTO WERNICKE

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A la memoria de mi señora abuela

GABINA GARMENDIA DE BALLESTERO

~~~~~

Á mi señora abuela

ADELA COSSIO DE RUIZ HUIDOBRO

~~~~~

Á MIS TIOS

CASIANO Y MANUEL RUIZ HUIDOBRO

Á MIS TIOS

INTRODUCCIÓN.

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

La Difteria, que ha sido en todos los tiempos el terror de los hogares, día por día, pierde este carácter.

El médico que hasta hace muy poco se encontraba con limitados medios para combatirla, llegando hasta cruzarse de brazos enfrente de muchos casos, reconociendo una vez más la impotencia de la ciencia, se encuentra hoy en posesión de un nuevo tratamiento, el del suero antidiftérico, que ha hecho perder á aquella su carácter terrorífico y que la transforma en una de tantas enfermedades perfectamente curables.

El profesor Roux, en su comunicación al Congreso de Buda-Pesth, nos dá la prueba evidente de lo que acabo de decir.

Hecha esta comunicación, nuestro país no debía permanecer indiferente ante este descubrimiento.

El Dr. Desiderio F. Davel, á quien me hago un ho-

nor en recordar, manifestando públicamente mi más íntimo y sincero agradecimiento, conociendo personalmente al profesor Roux, sabedor de su vasta ilustración y de sus numerosos cuanto importantísimos trabajos de laboratorio, no dudó un instante, con la fé del convencido, en aconsejar á Buenos Aires todo contribuyera en la medida de sus fuerzas, á fin de que lo más pronto posible se trajera este medicamento, con el objeto de someterlo á la práctica.

Médico de la «Casa de Espósitos» igual consejo dió á su dirección, consiguiendo que el dia 23 de Febrero del corriente año, se hiciera la primera inyección de antitoxina en esta casa hospitalaria.

Desde entonces hasta la fecha hemos hecho una observación diaria de los casos de difteria tratados por este nuevo procedimiento y es precisamente esta observación la que vengo á presentar á vuestra consideración, sin otro móvil que el de daros á conocer los resultados obtenidos y las conclusiones á que hemos podido llegar.

Al terminar os manifiesto que he creido conveniente agregar á este trabajo algunas palabras sobre la preparación del suero en el Departamento Nacional de Higiene y exponer también brevemente el manual operatorio seguido para hacer las inyecciones, así como sus indicaciones y contra-indicaciones.

CAPITULO 1

Preparación del suero anti-diftérico

«La toxina diftérica se obtiene cultivando el bacilo diftérico virulento en caldo al contacto del aire. Para esto se recoge una colonia del tubo en que se haya sembrado el bacilo y se le siembra á su vez en un vaso de fondo plano que encierre caldo alcalino y provisto de un tubo lateral; el cultivo se hace en una corriente de aire húmedo.

Después de un mes el cultivo es bastante rico en toxina; se le filtra en una bujia Chamberland y el líquido claro es guardado al abrigo de la luz, á la temperatura ordinaria.

La toxina asi preparada mata á la dósis de un décimo de centímetro cúbico un chanchito de la India, de 500 gramos de peso, en 48 horas.

Para inmunizar un caballo, se puede inyectarle progresivamente toxina pura empezando por dósis muy débiles; pero en estas condiciones, las dósis más débiles pueden matar al caballo. Es por esta razón que se ha preferido emplear la toxina diftérica adicionada con tintura de iodo, que es mucho menos peligrosa que la toxina pura.

Se inyecta á los caballos bajo la piel del pecho ó hacia atrás de la espalda. Se empieza por 1 cc. cada 5 días y se llega asi hasta 5 c. c. Despues se aproximan las inyecciones y se llega á inyectar dósis cada vez mayores hasta que el caballo esté cargado de toxina.

Para recojer la anti-toxina de un caballo inmunizado se practica á la yugular una sangría y se arroja la sangre en un frasco de vidrio de boca ancha, previamente esterilizado. Se deja reposar en un lugar que esté fresco y al cabo de algunas horas el suero sobre-nada; se le aspira con ayuda de pipetas y se le reparte en pequeños frascos.

El suero recojido para ser bueno debe tener un poder preventivo superior á 50.000; es decir, que un chanchito de la India al cual se le haya inyectado una cantidad de suero igual á la 1|50.000 partes de su peso, deberá estar inmunizado para una inyección de 1 c. c. de cultivo, cantidad que mata á este animal en 24 horas» (2ª conferencia del profesor L. Martin; dada en el Instituto Pasteur).

El laboratorio bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene, bajo la Dirección de los doctores Susini y Malbran, ha preparado ya dos caballos por medio

de este procedimiento. Presento á continuación la técnica seguida, asi como la marcha de la temperatura del caballo núm. 2; datos cedidos galantemente por dicha repartición, lo cual me es grato hacerlo constar en este lugar.

El día 13 de Marzo del corriente año, se hace al caballo arriba indicado una inyección sub-cutánea de *2* gramos de toxina asociada con la solución iodada. Al hacer esta inyección la temperatura de este animal es de 38.1.

El dia 14 del mismo mes se hace una nueva inyección sub-cutánea de *1* gramo de toxina. La temperatura asciende á 38.2

El dia 15 la temperatura desciende á 37.8

El dia 16 se inyectan bajo la piel 5 gramos de toxina y la temperatura asciende á 38.2

El dia 17 la temperatura desciende á 37.9.

Dia 18 T 38.3

Dia 19 T 38.2

Dia 20 Inyección sub-cutánea de *10* gramos de toxina T 37.9

Dia 21 9 a. m. T 38

5 p. m. T 39.1

Dia 22 T 38.4

Dia 23 T 37.7

Dia 24 T 38.1

Dia 25 T 37.9

Dia 26 T 37.8

Dia 27 Inyección sub-cutánea de *20* gramos de toxina T 37.8

Dia 28 29, 30 y 31 T 38
Dia 1° de Abril T 38
Dia 2 T 38.8
Dia 3 T 38.3
Dia 4 T 37 9
Dia 5 T 37.8
Dia 6 Inyección sub-cutánea de *30* gramos de toxina T 37.8
Dia 7 T 38.3
Dia 8 T 38.1

Desde el *dia 9* hasta el *dia 15* la temperatura oscila entre 37.9 y 37.7

Dia 16 Inyección sub-cutánea de *50* gramos de toxina T 38.1
Dia 17 9 a. m. T 38.7
5 p. m. 38.5
Dia 18 T 37.9
Dia 19 T 38.3
Dia 20 T 38.1
Dia 21 T 37.9

Desde el *dia 22* hasta el *dia 29* la temperatura oscila entre 38 y 37.8.

Dia 30 Inyección sub-cutánea de *70* gramos de toxina T 37.9
Dia 1° de Mayo T 39.4
Dia 2 T 38.5
Dia 3 T 39
Dia 4 T 38.3
Dia 5 T 38.5
Dia 6 T 38

Dia 7 T 38.1
Dia 8 T 37.9
Dia 9 T 38.5
Dia 10 T 37.9
Dia 11 y 12 T 38
Dia 13 Inyeccion sub-cutánea de *125* gramos de toxina T 37.9
Dia 14 9 a. m. T 38.6
5 p. m. T 38.8
Dia 15 T 38.5
Dia 16 T 38.4
Desde el *dia 17* hasta el *dia 28* la temperatura oscila entre 38 y 37.7
Dia 29 T 382
Dia 30 T 37.7
Dia 31 T 37.9
Desde el *dia 1° de Junio* hasta el *16* del mismo mes, la temperatura oscila entre 38 y 37.7
Dia 17 Inyeccion sub-cutánea de *200* gramos de toxina T 37.9
Dia 18 T 38.6
Dia 19 T 38.1
Dia 20 T 37.6
Dia 21 T 38.2
Desde el *dia 22* hasta el *dia 25*, la temperatura oscila entre 37.8 y 37.7
Dia 26 T 39.1
Desde el *dia 27 de Junio* hasta el *dia 6 de Julio* la temperatura oscila entre 38.7 y 38.2

Desde el *dia 7 de Julio* hasta el *16* del mismo, la temperatura oscila entre 38 y 37.7.

Dia 17 T 38.1

Dia 18 T 38.2

Desde el *dia 19* hasta el *aia 29* la temperatura oscila entre 38.2 y 38.

Dia 30 T 37.9

Dia 31 T 37.8

Dia 1° de *Agosto.* Inyección sub-cutánea de *100* gramos de toxina T 37.9

Dia 2 T 38.2

Desde el *dia 3* hasta el *dia 22*, la temperatura oscila entre 38 y 37.7.

Dia 23, inyección sub-cutánea de *340* gramos de toxina T 37.7.

Dia 24, T 38.4.

Desde el *dia 25* hasta el *dia 1° de Setiembre*, la temperatura oscila entre 38 y 37.5.

Dia 2, T 38.2,

Dias 3 y *4*, T. 37.8.

Dia 5, inyección sub-cutánea de *200* gramos de toxina T 37.3.

Dia 6, T 38.8.

Dia 7, T 38.1.

Desde el *dia 8* hasta el *dia 18*, la temperatura oscila entre 37.9 y 37.3.

Dia 19, inyección sub-cutánea de *40* gramos de toxina y de 2 c. c. de cultura diftérica. T. 5 p. m. 37.6-2 p. m. 38.3.

Dia 20, T 37.7.

Dia 21, inyección sub-cutánea de *10*.c. c. de cultura diftérica T 3 1/2 p. m. 37.9.5 1/2 p. m. 38.

Dia 22, T 38.3.

Dia 23, T 38.2.

Desde el *dia 24* hasta el *dia 30*, la temperatura oscila entre 37.9 y 37.5

Dia 1° de Octubre. Se estraen *50* gramos de sangre que se colocan en un frasco de Woolf, á fin de conseguir que sobre-nade el suero obtenido. Se inyectan, inmediatamente de hecha la sangría, 0.20 c. c. de cultura diftérica; hora 2 y 1/2 p. m. T 37.6. 5 y 1/2 p. m. T 38.

Dia 2, á las 24 horas de haber extraido el suero, se inoculan con él cinco chanchitos de la India, inyectándoseles á más, al mismo tiempo, toxina del bacilo de Löffler ambas en diferentes proporciones T 37.8

Dia 3.—Los chanchitos inoculados el dia anterior se encuentran perfectamente bien. Se tienen por esta primera esperiencia, fundadas presunciones de que el suero obtenido reune las condiciones exigidas para ser bueno. La temperatura del caballo es de 37.5.

No podemos consignar más datos al respecto.

CAPITULO II

—

Efectos de la inyección de anti-toxina sobre los animales; sobre los individuos sanos y enfermos.

En la exposición de los efectos causados por la anti-toxina sobre los animales, así como los producidos sobre los individuos sanos y enfermos, he creido lógico hacer conocer primeramente los obtenidos por diferentes autores, terminando por el estudio de los que por nuestra parte hemos observado en la «Casa de Espósitos» en los diferentes casos tratados por este nuevo procedimiento.

Los profesores Roger y Charrin en sus experiencias sobre dos series de animales, sanos unos, enfermos los otros, estudiando las modificaciones fisiológicas que pueden sobrevenir en la economía debidos á las inyecciones de suero, llegan á los siguientes resultados:

1ª Serie—«Animales sanos»—Inoculando de 3 á 5 centímetros cúbicos de suero bajo la piel á numerosos

conejos observaron: que no presentaron fiebre, pero en todos han constatado la mayor parte de las modificaciones urinarias que presentan los febricientes, á saber: aumento de densidad de la orina, á veces poliuria y siempre aumento de la escresión de urea y fosfatos. Por el contrario los cloruros siempre los encontraron en cantidad mucho menor que en el estado normal.

2ª Serie—«Animales enfermos»—En conejos que presentaban una lijera lesión, por ejemplo un abceso pequeño, observaban las mismas modificaciones urinarias pero aumentadas; no ha habido en ningún caso ni albuminuria ni peptonuria. Por otra parte todos estos animales han sufrido un notable adelgazamiento.

El profesor Behring en sus experiencias de laboratorio hechas en chanchitos de la India llegaba á inmunizarlos por medio de inyecciones de suero anti-diftérico que variaban entre 1 y 10 centímetros cúbicos, y llegaba á inmunizarlos puesto que inyectando después cultivos puros de bacilos de Lföfler no se producía en ellos la difteria, siempre que el poder tóxico de la cantidad del cultivo fuese menor que el poder anti-tóxico del suero previamente inyectado.

Igualmente en niños que se han encontrado en contacto con enfermos de difteria como puede ocurrir en salas de hospitales, en las escuelas ó en cualquier sitio de reunión, ha observado que no se ha producido ningún caso de difteria en aquellos á los cuales se les ha hecho previamente una inyección de 1 centímetro cúbico de suero anti-diftérico.

Es cierto que las series citadas no son muy numerosas.

Otra de las conclusiones á que ha podido arribar el profesor Behring en sus esperiencias ya de laboratorio, ya de salas hospitalarias es que, el suero inyectado en el comienzo de la enfermedad y en cantidad suficiente, ha sanado siempre mayor número que el obtenido por los otros tratamientos hasta ahora conocidos; y como última conclusión afirma que no ejerce acción nociva sobre el organismo.

El profesor Hansemann contesta á Behring sus afirmaciones y llega hasta decir que no confiere *inmunidad*, que *no cura* y que *no está exento de toda acción nociva*. Se funda para esto, 1° en que á pesar de inocular previamente anti-toxina á chanchitos de la India, ha obtenido la difteria por inyecciones de cultivos puros de bacilos de Löffler. 2° Que enfermos tratados por la anti-toxina no curaron. 3° Que en los casos por él tratados, ha visto producirse en unos ú otros los siguientes efectos: Urticaria, hemorragías sub-cutáneas graves, dolores articulares, elevación considerable de la temperatura y aun el coma.

Cita en apoyo de esta última afirmación un caso tratado por Baginscky, en el que vió sobrevenir un estado alarmante de debilidad cardíaca; otros de Körte en los que vió bastante frecuentemente albuminuria. Cita también á Ritter que observó esta última complicación ocho veces en veinte y seis casos, él que ha probado según su propia expresión, la acción irritante del suero de Behring sobre los niños, para lo cual se valió de la

siguiente experiencia: ligaba temporariamente los uréte res de animales de manera de producir una albuminuria artificial. Quitaba entonces la ligadura y esperando que desapareciera ésta inyectó suero anti diftérico que provocó siempre la vuelta de la albuminuria.

Cita también un caso de conjuntivitis diftérica, después de angina igualmente diftérica en el cual se hacen inyecciones, produciéndose una nefritis, que en la autopsia, al decir del autor, se constataron en los riñónes lesiones nunca vistas, no solamente en la diftéria, sino aún en la escarlatina. Concluye por todo esto: 1º, que no hay aún un hecho científico y experimental que pueda suministrar la prueba de la acción específica del suero de Behring en el hombre; 2º, que la observación clínica ha sido igualmente incapaz hasta aquí de dar esta prueba; y 3º, que el remedio en cuestión puede en ciertas condiciones ejercer una acción nociva.

A todas estas objeciones del profesor Hansemann, contesta el profesor Behring de la siguiente manera:

Respecto á la negación de la inmunidad conferida por una inyección prévia, nos dice, que las experiencias hechas por el profesor Hansemann le han dado un resultado contrario á los suyos por haber inyectado una cantidad de cultivo de mucho mayor poder tóxico que el poder anti-tóxico del suero préviamente inyectado.

Que los enfermos tratados por el profesor Hansemann no curaron debido á que la cantidad de suero anti-diftérico empleada era insuficiente.

Que en los indivíduos sanos á los cuales inyectó el suero con un fin preventivo, no vió producirse nunca

ninguna complicación. Esta última afirmación no la hace el profesor Behring de una manera absoluta, resolviéndose á esperar que la generalización de la práctica de las inyecciones hechas con dicho fin, le dé la última palabra al respecto.

El profesor Moizard acepta á su vez basado en la práctica de muchos casos por él tratados y otros citados por varios autores, la inmunidad conferida por la anti-toxina y agrega que esta inmunidad es absoluta ó relativa pero que no parece ser de larga duración. Las cantidades de suero anti-diftérico que aconseja se inyecte preventivamente varía según las edades, siendo de 5 centimetros cúbicos para los niños menores de 10 años, y de 10 centímetros cúbicos para los de más de 10, así como para los adultos.

El profesor Variot hace conocer la conducta seguida en el Hospital Trouseau, con los niños sospechosos de difteria que entran á la sala de los dudosos, diciendo que se les hace una inyeccion de 20 centímetros cúbicos de suero anti-diftérico. Esa conducta que había sido instituida antes de su llegada al servicio, tiene por ventaja preservar de la difteria á los niños indemnes de esta enfermedad, que han sido puestos en contacto, por descuido, con diftéricos. Esta manera de proceder le ha permitido observar en estos niños indemnes de difteria los efectos fisiológicos de las inyecciones de suero. Resulta de esas observaciones que la anti-toxina contenida en el suero determina una elevación de temperatura de cinco decígrados á un grado y á veces más; que al mismo tiempo se notaba una aceleración de los latidos del

corazón y un aumento de la frecuencia del pulso. Estos fenómenos son frecuentemente seguidos de una astenia cardíaca y de una aritmia del pulso Es probable que esta reacción febril artificial juegue un cierto rol en el proceso curativo, pues recuerda la reacción febril normal que se observaba á consecuencia de difterias graves, pero curables, antes del empleo del suero.»

El profesor Rendu hace presente á Variot que tres enfermos adultos tratados por él no han tenido elevación de la temperatura, por la inyección, y concluye diciendo «que aunque estos hechos hayan sido observados en adultos y que no sean, por consiguiente, absolutamente comparables á los enfermos del profesor Variot, los cuales conciernen únicamente á niños, exijen, sin embargo cierta reserva bajo este punto de vista.

Siguiendo su exposición el profesor Variot, dice: «La elevación de temperatura que he observado en mis enfermos, no es constante; es por otra parte bastante efímera y hubiese pasado, seguramente, desapercibida si no hubiera tenido la precaución de hacer llevar la temperatura, hora por hora.

Es esta, seguramente, la causa de la diferencia de los resultados obtenidos por el profesor Rendu y por mí.»

El profesor Rendu, apesar de su manifestación anterior, hace conocer un caso observado por el profesor Ricochon, en un viejo al cual había inyectado 20 centímetros cúbicos de suero por una placa diftérica desarrollada al nivel de una herida operatoria, enfermo en el cual vió sobrevenir un malestar febril.

El profesor Legendre, habiendo inoculado á un adulto

que tenía una rinitis diftérica, observó que sin haberse producido modificación alguna en el estado local, la temperatura se elevó en ese enfermo á 40°, veinte horas después de la inyección. Al dia siguiente por la mañana la temperatura había vuelto á la normal, curando absolutamente el enfermo. Estos dos hechos estan de acuerdo con los casos señalados por Variot en los niños.

El mismo profesor Legendre hace notar que despues de la inyección de suero ha observado en la mayoría de los casos una elevación de la temperatura que persistía de doce á cuarenta y ocho horas; que al mismo tiempo el pulso y respiración siguen la marcha de la temperatura; que existen accidentes eventuales post seroterápicos que aparecen quince ó veinte dias después y que pueden durar de ocho á diez días; que aparte de los eritemas se suele observar: vómitos reiterados, diarréas, estados de exitación y depresión, fosfaturia y urobilinuria; y que estos accidentes parecen de una frecuencia variable según el caballo del cual se ha tomado el suero. Ha observado, también, que la inyección no previene necesariamente los accidentes post diftéricos, tales como parálisis y nefritis. Cita en apoyo de esto, numerosos casos y termina diciendo que los estudios fisiológicos no han sido hasta ahora tan concluyentes para que pueda afirmarse la absoluta inocuidad del suero y fijarle su posología, que los médicos deben usarlo con discreción, que por su parte no se resolverá á usarlo, salvo en caso de peligro inminente y sobre todo de crup, sino cuando el diagnóstico bacteriológico sea esta-

blecido y que en ningún caso lo inyectará preventivamente.

El profesor Moizard, estudiando los efectos del suero anti-diftérico, se expresa del siguiente modo: « ¿El tratamiento de la difteria por la seroterapia comporta inconvenientes? Localmente, por el hecho de las picaduras, los accidentes son excepcionales. Los generales son más frecuentes é indican de una manera muy neta, por sus caracteres, una acción verdaderamente tóxica del suero. Estos accidentes son frecuentes ó tardíos; consisten lo más amenudo en manifestaciones cutáneas seguidas ó no de artropatías bastante intensas: en 33 casos tratados he observado 14 urticarias, 9 eritemas escarlatiniformes, 9 eritemas polimorfos y un caso de púrpura.

La urticaria no va generalmente acompañada de fiebre. El eritema polimorfo puede dar lugar á fenómenos generales bastante intensos y á dolores articulares muy vivos que pueden hacer pensar en la existencia de un reumatismo articular agudo.

En dos de los casos tratados he observado fosfaturia, siendo estos en niños que presentaban gran debilidad. La albuminuria la he observado con mucha menos frecuencia que usando cualquiera de los otros tratamientos.

A todos estos accidentes les doy poca importancia, teniendo en cuenta los beneficios, á pesar de la fisonomía inquietante que algunos casos presentan.»

Otros autores han observado lo siguiente: Burlureaux-

Eritema escarlatiniforme apirético que no fué seguido de descamación.

Strauss.—Mejoramiento frecuente del estado general, caída rápida de la fiebre, ausencia de palidez, de tristeza y abatimiento.

Gabritschewsky—Leucocitosis más activa y más abundante que por lo comun y que desaparece más pronto.

Ultimamente se han publicado varios casos de muerte atribuidos al suero (Moizard); el profesor Sevestre critica á Moizard el querer atribuir al suero la muerte de una niñita por él tratada y manifiesta haber observado un caso del mismo género; «una niña de 5 años con angina diftérica á la cual se le inyectan veinte centímetros cúbicos de suero. A los quince días de curada aparecen los siguientes fenómenos de una gravedad extrema: vómitos, fiebre, tumefacción enorme de los ganglios del cuello, angina con rubicundez viva de toda la garganta y ligeros exudados blancos sobre las amígdalas; artralgias muy violentas ocupando las articulaciones vertebrales, muñecas, rodillas, tibio tarsianas; erupción polimorfa especialmente en la vecindad de las articulaciones; diarréa fétida, anuria durante quince á diez y ocho horas, en dos ocasiones distintas; desórdenes cardiacos muy intensos, alternativas de delirio y de colapso.

Toda esta serie de fenómenos amenazó la vida de la enfermita durante algunos dias y sin embargo triunfó sobre ellos.

¿Como debemos interpretar estos fenómenos?; pensé primero en atribuirlos al suero, pero no se mantuvo mucho tiempo en mí esa idea, pues existían fenómenos que

hasta el presente no han sido señalados como efectos de la inyección del suero. Creo que son producidos por las toxinas del *streptococus;* en apoyo de esto puedo citar el caso de una enferma en la cual despues de la inyección, se produjo una artralgia que hizo lugar más tarde á una artritis que supuró. En el pus de esta artritis se encontró el *streptococus*.

Moizard no acepta la interpretación dada por Sevestre atribuyendo al *streptococus* la causa de la muerte y dice que nada le permitía suponer en su enfermita la existencia de este nuevo micro-organismo. Su angina había sido de las más benignas y no había presentado manifestación del lado de las fosas nasales.

Chantemesse refuta á Moizard sus ideas haciéndole presente que le falta el gran elemento de comprobación, la autopsia, que desgraciadamente no ha sido practicada.

En las observaciones por nosotros llevadas, hasta la fecha en la «Casa de Expósitos», en cuarenta casos tratados por la anti-toxina, hemos visto producirse los efectos que paso á enumerar.

Solo en *nueve* casos hemos podido observar las diferentes afecciones de la piel señaladas por los autores, á saber:

Un caso de púrpura, que apareció á los veinte días de hechas las inyecciones y precisamente es un caso en el cual no pudo comprobarse la difteria, ni en el laborato-

rio bacteriológico de la «Asistencia Pública», ni por nosotros, por medio del exámen directo al microscopio (observación núm. 2). Total de suero inyectado 0.90 c.c.

Un caso de eritema simple, localizado en el sitio de la inyección (observación núm. 5). Total de suero inyectado 0.30 c, c.

Dos casos de exantema de forma sarampionosa, de los cuales en el primero aparece diez días despues de hecha la primera inyección (observación núm. 7), durando tan solo cuatro días. Total de suero inyectado 0.40 c. c; y en el segundo á los dos días de hecha la primera inyección, y durando también cuatro días, muriendo el enfermo con ella (observación núm. 22). Total de suero inyectado 0.45 c. c.

Cuatro casos de eritema polimorfo, que aparece en un caso localizado primeramente en el sitio de la inyección, durando doce días y generalizado después á toda la piel en la que persiste durante nueve días en esa forma (observación núm. 11). Total de suero inyectado 0.60 c. c. En un segundo caso aparece á los tres días de hecha la primera y única inyección y dura tres días (observación núm. 16). Suero inyectado 0.20 c. c. En un tercér caso, el eritema aparece á los cuatro días de hecha la primera inyección y dura cuatro (observación núm. 21). Total de suero inyectado 0.75 c. c. En un último caso la erupción aparece á los diez y nueve días de hecha la primera inyección y dura cuatro (observación núm. 25). Suero inyectado 0.30 c. c.

Un caso de urticaria, con alta fiebre, hasta 40°. Apa-

rece á los diez y seis días de hecha la primera inyección y á los cinco de haber desaparecido las placas, durando tan solo dos días (observación núm. 40). Suero inyectado 0.20 c. c.

Como puede verse en la enumeración anterior, las erupciones en cuanto á su aparición, lo han hecho en épocas distintas, desde dos hasta veinte días, variando en su duración de dos á doce días, según los casos.

La *albuminuria* aparecida después de la inyección solo la hemos podido observar en *cuatro* casos y en diferentes grados, en dos casos solo había en la orina vestigios de albúmina (observaciónes núm. 5 y 22); en un tercero la encontramos antes y después de la inyección, durando solo tres días (observación núm. 8), y en el cuarto caso una albuminuria intensa que apareció á los diez y nueve días de hecha la primera inyección y que duró quince días (observación núm. 7). Como hecho interesante señalaré *un* caso en que había albúmina en la orina antes de la inyección y que desapareció después de hecha ésta (observación núm. 6).

La reacción febril señalada principalmente por el profesor Variot hemos tenido oportunidad de observarla en *trece* casos. Esta reacción de temperatura que hemos observado va desde 0.4 hasta 1°,5 á diferencia del profesor Variot que la observó desde 0.5 á 1° (observaciones núm. 8, 9, 11, 10, 18, 21, 22, 25, 26, 27, 35, 37 y 39).

La marcha del *pulso* y la *respiración,* que según el profesor Variot la hacen paralelamente á la temperatura, solo la hemos podido observar en *tres* casos, es-

tando el último de ellos de acuerdo solamente en lo que al pulso se refiere (observaciones núm. 9, 25 y 27).

Las artralgias, solo las hemos observado en *un* caso localizadas en ambas rodillas y principalmente en la derecha, yendo acompañadas de urticaria y de una alta temperatura, 40° (observación núm. 40).

Los vómitos los hemos observado en *dos* casos, durando en el primero cuatro días y en el segundo ocho, siendo en ambos casos bastante frecuentes (observaciones núms. 5 y 11).

Las diarreas simples y sanguíneas las hemos visto producirse en *ocho* casos, durando desde uno hasta más de diez días (observaciones núms. 5, 11, 20, 21, 23, 25, 27 y 34).

Discusión de estos hechos.—¿Debemos atribuir á las toxinas del suero anti-diftérico las *afecciones* señaladas en la *piel*, la *albuminuria*, la *reacción de la temperatura*, las variaciones paralelas á ésta, del *pulso* y la *respiración*, las *artralgias*, los *vómitos* y la *diarrea?*

Contestaremos por órden á estas diferentes preguntas.

Respecto á la primera ¿no sabemos desde mucho tiempo atrás que las inyecciones de un simple suero, sea éste de cualquier orígen, producen en la piel la mayor variedad de erupciones? Pues bien, si esto está establecido ¿á qué ese empeño de ciertos autores en atribuirlas al suero anti-diftérico, por sus toxinas?

No negaremos absolutamente que el suero anti-diftérico las produzca, pero sí negamos que en el tratamiento de la difteria por este medicamento, sea él el único agente productor, cuando á más de lo dicho anteriormente sabemos perfectamente bien, que las mismas toxinas encerradas en el organismo del enfermo son susceptibles de producirlas. A descontar las erupciones producidas por estos dos mecanismos, cuan pocas numerosas son las atribuibles al suero anti-diftérico.

En lo que respecta á la *albuminuria*, por nuestras observaciones podemos afirmar que es una consecuencia sumamente rara, si tenemos en cuenta el ínfimo número de casos en los que la hemos visto producirse y la poca intensidad que en estos mismos casos ha tenido. Vemos, según las observaciones antes citadas, que uno solo de los casos merece tomarse en cuenta, pues en dos de ellos solo se descubrieron vestigios, y que en el tercero existía ya la albúmina en la orina antes de la inyección, y á pesar de ella duró tan solo tres días en dicha excreción del organismo.

Si por consiguiente, el único caso á considerar, aunque en él la albuminuria haya adquirido cierto tipo de gravedad dados los otros síntomas que la acompañaban, como ser: dolores intensos en la región renal, oliguria, siendo la orina muy cargada de principios sólidos, fosfatos, uratos, sulfatos, etc., ¿es esto motivo suficiente para criticar y tal vez abandonar uno de los más grandes descubrimientos del siglo, el del tratamiento de la difteria por medio del suero de Behring y de Roux? Es indudable que no y felizmente los beneficios hasta aho-

ra de él obtenidos nos evitan el tener que alargar aún más este punto, asáz controvertido.

La *reacción febril* la hemos observado en muchos casos y de preferencia en los indivíduos tuberculosos. Esto está de acuerdo con las observaciones del profesor Hutinel, en las cuales ha visto que la fiebre sufría un pequeño ascenso, después de la inyección de suero, ya fuera éste artificial ó natural.

A esto tenemos que agregar que la tuberculosis evoluciona de una manera más rápida, debido á la influencia del suero anti-diftérico.

La marcha del *pulso* es sumamente desigual, así como la de la *respiración,* con respecto á la marcha de la temperatura. Es esto lo que hemos podido observar en los casos tratados y responde, sin duda alguna, á que el pulso y la respiracion no son influenciados por la inyección de suero, como lo es la temperatura.

Las *artralgias*, que por nuestra parte solo la hemos observado en un caso, ¿son producidas por el suero ó son debidas á otra causa cualquiera? El profesor Sevestre, como queda dicho anteriormente, no acusa al suero el producir esta complicación y piensa que son las toxinas del *streptococus*, las que la producen. Habiéndolo observado nosotros tan solo una vez se comprende que no es posible que discutamos este punto, ya sea participando de la opinión del profesor Sevestre, ya sea dándole una interpretación diferente. Solo podemos decir al respecto que el exámen directo de las seudomembranas al microscopio, no nos ha permitido descubrir la presencia del *streptococus* y que desgraciada-

damente en este caso no se hicieron cultivos de las seudo-membranas, que hubieran sido la prueba concluyente para nuestra interpretación.

En cuanto á los *vómitos*, en los dos casos en que los vimos producirse, acompañó siempre á estos una diarrea de color verdoso, conteniendo, también, muchas mucosidades; en la observación núm. 5 los vómitos pararon conjuntamente con la diarrea inmediatamente de sometidos al tratamiento de las gastro-enteritis; en la observación núm. 11, la autopsia nos reveló las lesiones correspondientes á una gastro enteritis.

¿Debemos atribuir al suero anti-diftérico la producción de los vómitos? Seguramente no; las comprobaciones anteriormente expuestas son muy elocuentes al respecto.

En los casos en que hemos observado la *diarrea*, encontramos la razón de su existencia: en la observación núm. 5, anteriormente dejo expresada su causa; en la observación núm. 11, por la presencia de una gastro-enteritis comprobada por la autopsia; en la observación núm. 20, una entero-colitis; en la observación núm. 21, la diarrea se presentó á los dos días de hecha la primera inyección, teniendo cuatro deyecciones algo fétidas, sin encontrar por parte del vientre síntoma alguno que nos diera la razón de su existencia; puede muy bien atribuirse á la anti-toxina su aparición; el tiempo de su duración fué de dos dias; en la observación núm. 23, se presentan á los dos días de hecha la primera inyección, deyecciones diarréicas, mucosas y fétidas, que desaparecen al cabo de tres días, para reaparecer á los ocho días, pre-

sentándose entónces una diarrea sanguinea acompañada de tenesmo rectal, diarrea que vuelve á mejorar hasta diez días después en que vuelve á presentarse para seguir desde entonces una mejoría franca, terminando por darse de alta al enfermo completamente curado; en la observación núm. 25, el enfermo entra al servicio con una enteritis, que á pesar de inyectársele 0,40 c. c. de anti-toxina, no aumenta el número de deyecciones que dicho estado produce, siguiendo una mejoría franca para desaparecer por completo á los nueve días de asistencia; en la observación núm. 27, entra el niño con diarrea, que á pesar de la inyección no aumenta; persiste durante dos días, al cabo de los cuales el niño muere debido á una congestión cerebral; en la observación número 34, á los tres días de practicada la primera inyección aparece diarrea, que sigue hasta el día 5 en que el niño muere.

De lo que dejamos expuesto se deduce que en solo tres casos (observaciones núms. 21, 23 y 34) pueden ser atribuidas á la acción de la anti-toxina.

Debemos hacer notar que en el tiempo durante el cual se observaban estas diarreas, vimos producirse en el servicio una epidemia de disentería.

CAPITULO III

Efectos terapéuticos de la anti-toxina

La acción terapéutica del suero es innegable. Ahora bien, es necesario hacer una distinción de los casos sobre los cuales ejerce una acción segura y aquellos otros en que su influencia no se manifiesta siempre de un modo evidente.

En la primer categoría podemos colocar las anginas diftéricas que no presentan complicación alguna; las difterias hipertóxicas, las difterias gangrenosas, asociando á las inyecciones el tratamiento local de la gangrena.

En la segunda categoría podemos colocar los crups diftéricos d'emblèe; los casos complicados con bronco-neumonias de cualquier naturaleza, nefritis infecciosas y por último los casos de difteria poli-microbiana.

Entrando á considerar una por una estas distintas modalidades de la difteria y teniendo en cuenta nuestras observaciones, podemos decir:

Que en las anginas diftéricas puras el suero tiene una acción curativa bien manifiesta; de los *trece* casos de esta naturaleza, por nosotros tratados, solo hemos visto sobrevenir la muerte en dos de ellos: el primero de estos casos se refiere á la observación núm. 21, del cual la autopsia nos revela la presencia de una pleuresia diafragmática del lado derecho; de un enfisema sub-cutáneo generalizado, que como fácilmente se comprende, fué seguido en toda su evolución durante la vida del enfermo, enfisema debido á la penetración del aire á través de un abceso retro-faringeo; de gangrena de la laringe y finalmente los caracteres distintivos de ciertos órganos, producidos por una intensa infección. En el segundo caso, observación núm. 34, la autopsia nos revela los signos propios de una agudísima infección á más de los exudados ya observados en vida del enfermo.

La cifra de mortalidad asciende, pues, en esta série á 15.38 por ciento.

En *siete* casos, en los cuales á más de las anginas hay en unos rinitis y en otros gangrenas, hemos tenido tres muertes (observaciones núms. 1, 22 y 27).

La autopsia del núm. 1 nos revela la presencia, del lado del cerebro: de edema especialmente en los ventrículos; en los pulmones: congestión total del lóbulo inferior del pulmón izquierdo; en la laringe y la tráquea: nada de anormal; en el corazón: aumento de volúmen; en el pericardio: derrame seroso; en los riñones: congestión.

Puestas de manifiesto estas lesiones por la autopsia, puede notarse claramente que fué el edema cerebral la causa inmediata de la muerte.

En la observación núm. 22 encontramos la causa de la muerte en la intensidad de la infección; la autopsia nos revela lesiones características en los órganos espejos de ésta.

En la observación núm. 27 la autopsia da el siguiente resultado: congestión cerebral; gangrena de la boca; ulceraciones gangrenosas ínguino-vulvares; difteria faringea y rinitis diftérica.

La gangrena no presentaba lesiones tan extensas que pudiesen haber sido causa de la muerte. Las lesiones diftéricas observadas no eran por sí solas causa suficiente para producirla.

Desde luego, queda la congestión cerebral, que era muy intensa, como causa inmediata de la muerte. La observación clínica del caso también coadyuva en favor de esta última conclusión.

Tan sólo un caso debemos considerar como muerte ocasionada por la intoxicación diftérica, lo que nos arroja una cifra de mortalidad de 14.28 por ciento.

Si á estas dos séries agregamos un caso de conjuntivitis diftérica y purulenta á la vez (observación núm. 32), caso en el cual vemos desaparecer las falsas membranas de las conjuntivas á los *diez* y *siete* días de hecha la primera inyección, nuestra estadística disminuye aún, siendo de 14.28 por ciento. La conjuntivitis purulenta aguda que acompañaba á ésta, da cuenta de los ojos del desgraciado enfermito, perdiendo el *primero* á los *tres* días de entrar al servicio de diftéricos y el segundo á los *nueve*.

Pasando á considerar los casos de crup, vemos que de

los *diez* casos tratados hemos tenido seis muertes y cuatro altas; las muertes corresponden á las observaciones núms. 4, 10, 14, 15, 19 y 35.

En la observación núm. 4, vemos que el enfermo permaneció en el servicio tan sólo veinticuatro horas, habiéndosele inyectado 0.20 c. c. de suero; á pesar de ello, muere.

La autopsia nos revela la presencia de seudo-membranas en la garganta, laringe y tráquea; congestión de los pulmones y de los riñones; derrame en el pericardio; hígado y bazo grandes. La muerte en este caso es indudablemente debida al crup diftérico, asociado para ejercer su acción mortífera, á la agudísima infección que había hecho presa del organismo.

En la observación núm. 10 vemos que el enfermo permanece apenas 10 horas en el servicio y que, á pesar de habérsele inyectado 0.30 c. c. de suero en tan corto lapso de tiempo, no experimenta modificación alguna, acentuándose por el contrario más y más los síntomas del crup, á término de que llega á contar una víctima más en su oscura estadística.

La autopsia practicada al dia siguiente nos pone de manifiesto las siguientes lesiones: anchas y gruesas membranas tapizando las paredes de las fauces, cubriendo totalmente las amígdalas, el velo del paladar, la epíglotis y parte superior de la laringe; rinitis; pulmones congestionados; bazo é hígado aumentados de volúmen; congestión de los riñones y por último ligera inyección de los vasos venosos del cerebro y las meningeas. Tam-

bién en este caso son el crup y la grande infección del organismo las causas productoras de la muerte.

En la observación núm. 14 la enferma se presenta al servicio con todos los síntomas del crup, con un exudado que cubre toda su garganta, ligero infarto ganglionar del cuello y una bronco-neumonia doble. Se le inyectan 0.20 c. c. de suero, no ejerciendo acción alguna, y presentando por el contrario al dia siguiente mucho más espesor sus exudados. Muere no habiendo permanecido en el servicio sinó 24 horas. Hecha la autopsia se encuentra en su laringe espesas seudo-membranas, más delgadas en las fauces; hígado y bazo aumentados de volúmen; pulmones con focos de bronco-neumonía, aunque poco extensos y riñones congestionados.

Tres factores han contribuido en este caso, para producir su muerte; crup al cual atribuimos la mayor parte; la grande infección y por último la bronco-neumonia morbiliosa. Una vez más se muestra impotente el suero frente á los casos de crup.

En la observación núm. 15 la autopsia nos muestra exudados en la laringe; gastritis; un exudado que cubre casi por completo la cara interna del intestino grueso, presentando en los puntos en que aquel no existe grandes ulceraciones, clasificando estas lesiones de disentéricas; bazo, hígado y corazón aumentados de volúmen, congestión cerebral.

No obstante haberse encontrado exudados en la laringe, son tan poco estensos y tan delgados que no pueden haber producido la muerte por dificultades en la respiración;. las lesiones disentéricas son muy inten-

sas ciertamente pero no producen en ningún caso una muerte tan rápida acompañada de los síntomas en la historia indicados, todos ellos correspondientes á una congestión cerebral que la autopsia nos ha comprobado.

En la observación núm. 19, encontramos en la autopsia que: la laringe y traquea están cubiertas por espesas y estensas falsas membranas, así como la garganta; que los pulmones están algo congestionados, lo mismo que los riñones y que en el bazo é hígado hay aumento de volúmen. Se deduce fácilmente de ésto que fué el crup la causa inmediata de la muerte.

En la observación núm. 35 la autopsia dá el siguiente resultado: laringe y traquea cubiertos por exudados espesos; bronco-neumonía doble; bazo é hígado aumentado de volúmen.

El tubaje de la laringe que se practicó durante tres horas, hace más clara la respiración, desapareciendo en gran parte los síntomas de estenosis laringea; pero sometido el niño á la influencia de la bronco-neumonia que avanza, no puede resistir y muere á las pocas horas de haberse practicado la intubación de la laringe, vencido por la intoxicación del gas carbónico. La causa inmediata de la muerte fué pues la bronco-neumonia. Teniendo en cuenta la marcha de estos enfermos y las autopsias practicadas, vemos que en diez casos de crup tratados, solo podemos atribuir á esta afección cuatro muertes, lo que arroja una cifra de mortalidad de 40 por ciento.

Entrando á considerar los casos complicados des-

pués de la inyección con nefritis infecciosas y bronco-neumonias, tenemos que de los dos casos tratados muere uno. El caso de muerte se refiere á la observación número 37 en la cual leemos en su autopsia lo siguiente: Bronco neumonía doble; pleuresia purulenta, lado derecho; pericarditis fibrinosa; sínfisis del pericardio; miocarditis y esclerosis hepática.

Habiendo desaparecido las falsas membranas y el infarto del cuello queda claramente espuesta la causa de la muerte; resulta pues que el enfermo no muere por su difteria.

Considerando la observación núm. 13 que se refiere á un niño de 2 años y 9 meses de edad, enfermo de difteria poli-microbiana, vemos que la inyección de suero asociada á los labatorios de ácido bórico nos dá el más espléndido resultado, curando el niño á los *once* dias de hecha la inyección.

Resumiendo lo expuesto tenemos: que de los treinta y cuatro casos en que se comprueba la difteria por el exámen bacteriológico, solo hemos tenido una mortalidad de 20.58 %, muy inferior por cierto á la de 45.76 % cifra de mortalidad que nos dán por año, los diferentes tratamientos de que se disponia, antes del empleo del suero.

Descomponiendo esta cifra en: 24 anginas diftéricas y 10 casos de crup, tenemos para las primeras una mortalidad de 15 % y para los segundos de 40 %, cifras muy inferiores á 35 y 68.42 %, que nos dan los antiguos tratamientos.

Dósis. Nada más díficil que determinar á ciencia

cierta la dósis de suero que debe inyectarse en los distintos casos de difteria. Por ésta razón, que es fundamental, hemos tenido por norma de conducta hacer una inyección de 0.20 c.c. en el primer momento, inyectándose mayor cantidad en los dias subsiguientes si el caso lo requeria; las indicaciones á las cuales nos sujetábamos, serán expuestas más adelante.

CAPITULO IV

—

Manual operatorio de las inyecciones—Indicaciones—Contra indicaciones

Elegida la jeringa del profesor Roux por su cómodo manejo, así como por su fácil desinfección se procedia á lavar prolijamente y con una rigurosísima antisepsia la región en la cual debia practicarse la inyección, siendo sitios de elección, las regiones glútea, inter-escapular y los flancos.

Sacado el aire de la jeringa ayudándonos para ésto con el émbolo de la misma, se absorvia el suero del frasco que lo contenia por intermedio de la aguja y tubo de cautchut que la completan.

Asi preparada y cargada se introducia profundamente en los tegidos la aguja de la jeringa inyectándose suavemente el suero.

Estraida la aguja se colocaba en el sitio de la inyección, comprendiendo la herida hecha por la misma, un poco de algodón aséptico, haciendo por medio de un vendaje

una lijera compresión, á fin de facilitar la rápida absorción del líquido inyectado.

Procediendo de esta manera hemos evitado hasta el presente las complicaciones que podrían resultar del uso de una aguja no aséptica y de una jeringa en la cual hubiera aire, que por descuido ó inhabilidad fuese introducido en los tejidos, produciendo abcesos ó enfisemas, que siempre es conveniente evitar.

El profesor L. Martin en su segunda conferencia dada en el «Instituto Pasteur» nos hace conocer un conjunto de reglas á las cuales se sujeta y que aconseja el profesor Roux para el uso de la anti-toxina y sus dósis.

Nos permitimos enumerarlas, son las siguientes:

«1º—*El pulso,* dá los datos más importantes; sus oscilaciones son más considerables que las de la temperatura.

2º—*La respiración,* que dará sobre todo datos del estado de los pulmones, principalmente en el crup.

3º—La investigación de la *albúmina,* que tendrá por objeto verificar el estado de intoxicación de la economia.

4º—Los datos suministrados por el *estado local* son menos importantes por la simple inspección, que por el exámen bacteriológico. Este último hará conocer si la difteria es pura ó asociada, lo que es esencial».

«El profesor Heubner en el congreso de Buda Pesth nos dá por su parte á conocer las indicaciones á que se sujeta y aconseja igualmente para el uso de la anti-

toxina y sus dósis el profesor Behring. Llega hasta indicar la inyección de 0.01.cc. á los niños que en una sala de hospital, un colegio, ó en cualquier sitio de reunión se hubiesen encontrado en contacto con enfermos de difteria.

Aconseja esta conducta basándose en esperiencias que le prueban la inocuidad de la anti-toxina á esa dósis y en el hecho de no haber visto producirse ningún caso de difteria, en niños que encontrándose en las condiciones antes dichas, han sido inmunizados según su propia espresión.

Considerando por orden estas distintas reglas y teniendo en cuenta lo que la observación de los diferentes casos nos ha sujerido, dirémos:

1°.—Que no hemos podido utilizar el pulso como guía para hacer las inyecciones debido á que no se nos han presentado dos casos iguales. En uno el pulso era acelerado y tenso, en otros acelerado y débil, en unos irregular y de fuerte tensión y en otros irregular y de muy débil tensión; en fin la mayor variabilidad á punto de tener que renunciar á él como ajente indicador de la inyección limitándonos á hacer su observación y su trazado correspondiente á fin de hacer un cuadro completo de la marcha del mismo, con relación á la de la respiración y temperatura.

2°.—En cuanto á la respiración es cierto que nos dá muchos datos respecto al estado de los pulmones en los casos complicados con otras afecciones pulmonares y principalmente en los enfermos de crup. En éste último caso la respiración puede servirnos de guía para

hacer las inyecciones mucho más que el estado local de la garganta, pues sucede muy amenudo que el enfermo se nos presenta atacado de crup sin lesión alguna visible á la simple inspección de ésta región.

3°.—En cuánto á la albúmina dirémos que en un sin número de casos no se encuentra en la orina, á pesar de tener que habérnoslas con difterias hipertóxicas. Si en estos casos no la encontramos, no es de estrañar que no se presente en la orina en casos más benignos que aquellos. En estas condiciones ¿puede servirnos de guía la presencia de albúmina en las orinas y su relativa cantidad, para hacer una inyección, y determinar según aquella, la mayor ó menor dósis á inyectar? Indudablemente que no. En las diferentes observaciones que más adelante os presentamos vereis claramente la veracidad de lo que acabamos de decir.

4°.—Indudablemente, la simple inspección del estado local, no bastaría como guía para ser una inyección, pero es un dato que en ningún caso debemos relegar á segundo lugar. Cuántas veces tres y cuatro exámenes bacteriológicos de los exudados nos niegan la existencia de la difteria y un quinto exámen viene recien á dar la razón al diagnóstico clínico. Es cierto, es indiscutible, que la comprobación de la difteria, diagnosticada clínicamente, por medio del exámen bacteriológico, es un nuevo elemento sumamente importante que autoriza por completo el uso de la anti-toxina.

El exámen bacteriológico, se dice, nos indica si la difteria es pura ó asociada, lo que es esencial, y es esencial porque es deber del médico saber si debe hacer uso

sencillamente de la anti-toxina ó si debe asociar á este medio, el tratamiento local.

Apesar de esta regla, el mismo profesor Roux aconseja hacer la inyección á casos de difteria diagnosticados clínicamente á fin de no perder tiempo, pues la observación enseña, *que cuanto más al comienzo de la enfermedad se haga la inyección más pronto se harán sentir sus benéficos efectos y mucho menor será el número de casos complicados.*

Si más tarde el exámen bacteriológico nos niega la existencia de la difteria, nada se pierde, pues es sabido que la inyección no produce consecuencias que hagan temeroso su uso.

Si por el contrario viene á comprobar su existencia, tenemos mucho camino adelantado, pues es muy posible que la inyección haya arrancado á la difteria una de sus numerosas víctimas; tambien nos enseñará, que debemos continuar su uso, si el caso lo requiere.

En cuánto á la combinación del tratamiento en los casos de difteria polimicrobiana ¿no es preferible hacer uso desde el primer momento de ámbos tratamientos, que esperar veinte y cuatro horas tiempo menor en que es posible obtener cultivos de los diferentes microbios que acompañan al bacilo de Löffler? La respuesta se impone, y es precisamente ésta la norma de conducta que nos hemos impuesto en la «Casa de expósitos» donde desde el primer momento, acompañamos á la inyección con lavatorios antisépticos de la garganta, boca y nariz. Hemos usado de preferencia el ácido bórico al 4 %.

Nada podemos decir respecto á la inmunidad, que

según los autores, confiere la anti-toxina; solamente podemos citar dos casos de segunda infección de difteria: el primero, Adela, expósita núm. 1813, de 3 años y 8 meses de edad, se le inyectan durante la primera enfermedad 0.30 c. c. de suero. Cura de su difteria. A los noventa y cuatro días, vuelve enferma de difteria, sometiéndosele al mismo tratamiento, sanando nuevamente.

El segundo caso, Juan, expósito núm. 3833, de 3 años y 3 meses de edad; en la primera enfermedad se inyectan 0.40 c. c. de suero; sale de alta. A los 5 días vuelve enfermo de crup y sometido al tratamiento común, sale de alta.

Estas observaciones nos indican que la inmunidad conferida por el suero, si efectivamente la confiere, es de muy corta duración; respecto á ella nada dicen los autores.

Como podrá verse en las historias clínicas adjuntas, varios son los casos en que hemos visto que la tuberculosis es acelerada en su evolución después de las inyecciones de suero. Es la única contra-indicación que nos parece puede presentarse al uso de la anti-toxina, dada nuestra limitada observación. Veremos si mayor número de observaciones vienen á confirmar esta creencia.

Conclusiones

La opinión que hemos podido formarnos, después de un estudio detallado de todo cuánto dejamos espuesto es: que el tratamiento de la difteria por medio de la antitoxina, es el mejor de los tratamientos hasta ahora conocidos. Las citras de mortalidad son bien elocuentes y creemos firmemente que á no haber sido niños expósitos los sometidos á él, los resultados obtenidos serían muchos más satisfactorios, pues es bien sabido lo que es un expósito; ello nos evita abundar en mayores detalles.

Las objeciones hechas á este tratamiento no se sostendrán mucho tiempo; se cuentan por días los beneficios de él obtenidos y los pocos efectos debidos á las inyecciones, desaparecen si los comparamos con la magnitud de aquellos.

Las erupciones de la piel que son pasajeras; las artraljias sin mayores consecuencias; las reacciones febriles pocas veces observadas; las pequeñas modificaciones del pulso y de la respiración; las albuminurias inestables;

los vómitos raros y las escasas diarreas; los enfisemas localizados al sitio de las inyecciones, que con poca habilidad se evitan; los pequeños abcesos á que á veces dan lugar, consecuencia de la cual no deberíamos hablar en el momento en el cual la asepsia y antisepsia dominan el vasto campo de la cirujía moderna, no son ciertamente vallas puestas al médico, para que olvide que el suero anti-diftérico, es una gran arma puesta en sus manos en contra de tan terrible flajelo.

La generalización, en la práctica de las inyecciones, no tardará en darnos la razón de éstas nuestras convicciones.

OBSERVACIONES

I

Eusebio, expósito núm. 2623, de 2 años y 5 meses de edad, entra á la casa atacado de escarlatina el día 6 de Febrero de 1895. El día 8 se le descubre en la garganta tres falsas membranas: una en la faringe y las otras dos en las amígdalas. Se diagnostican clínicamente de diftéricas, siendo destinado el niño, por esto, al pabellón núm. 5, de diftéricos.

Se le trata con el tópico del profesor Löffler.

El día 15 se nota en la piel la descamación furfuracea, en pequeñas escamas, propia de la escarlatina. Las falsas membranas han invadido por completo la garganta; se sigue el mismo tratamiento hasta el día 18, en que, en vista de persistir las membranas y aun mas seguir su camino invasor, nos resolvemos á poner en práctica el tratamiento de los profesores Roux y Behring por medio de la anti-toxina.

Al empezar este tratamiento el estado del enfermo es el siguiente: en la garganta se observa una falsa membrana única que abarca la faringe, las amígdalas y la úvula. En el paladar una membrana en la

parte posterior y del lado derecho. Otra en el labio inferior. Tiene también, rinitis diftérica. En el resto del organismo nada de particular.

A las 5.30 p. m. la temperatura del enfermo es de 39.9; las pulsaciones ascienden á 120 y el número de movimientos respiratorios á 30; está inapetente y deprimido.

Se hace la primera inyección de anti-toxina, siendo esta de 0'10 c. c.

A las 8.30 p. m. la temperatura ha descendido á 39.6; las pulsaciones han aumentado á 130 y las respiraciones á 40.

A las 11.30 p. m. la temperatura es de 39.4, las pulsaciones vuelven á descender á 120 y las respiraciones á 30. El enfermo duerme tranquilamente.

Día 19—A las 2.30 a. m., la temperatura es de 38.7, las pulsaciones disminuyen á 115 y las respiraciones aumentan á 40.

A las 5.30 a. m. T 38:9—P 150—R 50.

A las 8.30 a. m. T 39.2—P 180—R 60. El pulso es frecuente, igual, regular y de mucha tensión. La respiración es dispnéica. El enfermo se alimenta un poco. Se inyectan 0'10 c. c. de anti-toxina.

A las 11.30 a. m. T. 40.3. La respiración es dispnéica.

A las 12.30 p. m. T 39.7. El pulso y la respiración en el mismo estado.

A las 5.30 p. m. T 39.4. El pulso está un poco débil, tiene poca tensión, siendo regular. La respiración siempre dispnéica.

Se inyectan 0.10 c. c.

En este momento la garganta se presenta con el mismo aspecto que el día anterior.

A las 11:30 p. m. T 38.9. El pulso y la respiración en el mismo estado.

Dia 20—5.30 a. m. T 38.8. Respiración y pulso en el mismo estado.

A las 8.30 a. m. T 38.8; P 150—R 45. Las placas se mantienen más ó menos en el mismo estado, y en vista de ello se inyectan 0.10 c. c. Se examina la orina, no se encuentra nada de anormal. El estado general del enfermo ha mejorado.

Se examinan en la «Asistencia Pública» las falsas membranas que al efecto se remiten en perfectas condiciones, y del exámen resulta, según consta en el protocolo núm. 80 del laboratorio bacteriológico de dicha repartición que: la placa enviada no tiene la apariencia de una seudo-membrana, que su consistencia es muy blanda; el color ligeramente oscuro; que al microscopio se notan muy pocos elementos figurados, algunas células epiteliales y leucocitos y que solo se encuentran bacilos de Löffler en abundante cantidad, obteniéndose con ellos bellísimos cultivos característicos.

A las 5.30 p. m. T 38.3. El pulso y la respiración en el mismo estado. Las falsas membranas aparecen menos espesas y en la solución de ácido bórico con que se hacen labatorios de la boca y garganta, salen grandes pedazos de dichas seudo-membranas.

Día 21—8.30 a. m. T 37.3—P 130—R 35. La garganta está notablemente mejorada; las seudo-membranas que tapizaban el velo del paladar, los pilares, el mismo paladar y el labio inferior, han desaparecido, quedando solamente las que tapizan la úvula y la faringe. Se examina nuevamente la orina y no presenta nada de anormal.

A las 5.30 p. m. T 38.5—P 160—R 40. Al examinar la boca y la garganta se vé en la encía y en la base de los dos incisivos medios é inferiores una placa de

gangrena de mas ó menos un centímetro cuadrado de estensión. Se estraen los dos incisivos medios y se cauteriza con el termo-cauterio toda la parte de encía ocupada por dicha placa. Antes de la cauterización el enfermo tiene un aliento sumamente fétido.

Día 22—8.30 a. m. T 37.5—P 160—R 40—El pulso es muy débil. La placa de gangrena ha aumentado en toda su estensión; se estraen los dos incisivos laterales y se procede á hacer una nueva cauterización al termo-cauterio.

En vista de persistir aun seudo-membranas, se inyectan 0.10 c. c.

A las 5.30 p. m. T 38.5. Pulsaciones sumamente débiles é incontables—R 60. La placa de gangrena no ha avanzado. A la auscultación de los pulmones, nada se nota que pueda explicar tan fuerte dispnea. Hay un poco de opistótonos. Las pupilas reaccionan bien. La orina normal. La garganta sigue mejorando; el niño está muy agitado y niégase á tomar alimentos. La rinitis ha desaparecido.

Día 23—8.30 a. m. T 38.8. El pulso continúa débil é incontable. La dispnea sigue muy intensa. El opistótonos ha aumentado. No existen otros fenómenos del lado del sistema nervioso. La garganta se presenta completamente limpia. La placa de gangrena se ha limitado. El niño continúa sin alimentarse.

A las 5.30 p. m. T 40.2. El estado general del enfermito sigue siendo el mismo de la mañana. Se le administra quinina.

Día 24—8.30 a. m. T 38.9. El pulso y la respiración en el mismo estado. La orina normal. El estado general del enfermo no es satisfactorio.

A las 5.30 p. m. T 40.1. El enfermo tiene dos vómitos biliosos, siendo estos muy abundantes. El niño

continúa deprimido, ha caído en un coma muy pronunciado.

Se prescriben baños tibios, quinina y lociones de vinagre aromático. La placa de gangrena sigue mejor.

Día 25—8.30 a. m. T 40.2. Aumenta el pulso en debilidad y frecuencia. La respiración en el mismo estado. Estado general del enfermo, el mismo del día anterior.

A las 5.30 p. m. T 40.7 Pulso incontable y filiforme. Síguese el mismo tratamiento. El coma se pronuncia mas y mas.

A las 11.30 p. m. El niño muere habiendo persistido, hasta este momento la alta temperatura y el estado comatoso.

El día 26 se practica la autopsia dando el siguiente resultado:

Laringe y *Traquea*—Nada de anormal.

Pulmones—Congestión total del lóbulo inferior del pulmón izquierdo.

Corazón—Hipertrofia.

Pericardio—Derrame seroso.

Riñones—Algo congestionados.

Cerebro y *Meningeas*—Edema especialmente en los ventrículos.

II

Martiniana—Expósita núm. 795, de 4 años y 9 meses de edad, entra á la sala de diftéricos el día 15 de Marzo de 1895, presentando un estado general muy satisfactorio. En su garganta se nota sobre las amígdalas, los pilares del paladar, el velo del paladar, la pared posterior de la faringe y la epiglotis, falsas

membranas regularmente espesas, de un color blanco sucio, que se desprenden difícilmente y se reproducen con suma facilidad; presenta, también, infarto de los ganglios del cuello aunque poco pronunciado. Se hace diagnóstico clínico de difteria. Se estraen las falsas membranas para su exámen bacteriológico. En virtud de haber empezado la enfermedad el día 12 y no ceder á otros tratamientos se resuelve hacer una inyección de anti-toxina Behring núm. 1 en el flanco derecho, siendo esta de 0.10 c. c. La temperatura en este momento es de 38.1—P 120—R 27.

2 p. m. T 38.1—P 120—R 27.

5 p. m. T 39—P 120—R 34.

Día 16—5 a. m. T 38.7—P 120—R 34.

8 a. m. T 38.6—P 120—R 34.

5 p. m. T 38.9—P 128—R 30.

Día 17—8 a. m. T 37.9—P 110—R 30. En vista de permanecer el estado local en el mismo estado del día anterior, se inyectan 0.10 c.c de anti-toxina Behring Nº. 3.

5 p. m. T 39—P 128—R 22. Nueva inyección de 0.10 c.c de anti-toxina Behring Nº. 3.

Día 18—8 a. m. T 38—P 128—R 25. El estado local permanece el mismo. Se inyectan 0.10 c.c de anti-toxina Behring Nº. 3.

5 p. m. T 39.3—P 140—R 29.

Día 19—8 a. m. T 38.6—P 120—R 24. Nueva inyección de anti-toxina Behring Nº. 3.

5 p. m. T 39.3—P 116—R 34. En vista de persistir las membranas y la alta temperatura y por necesidades del momento, se inyectan 0.20 c.c de anti-toxina Roux. El exámen de las falsas membranas al microscopio, dá resultado negativo; se envían éstas á la «Asistencia Pública» para su exámen bacteriológico.

Día 20—8 a. m. T 38—P 128—R 24. Se abre un abceso que presenta en la región de la nuca.

5 p. m. T 39.7—P 134—R 30.

Día 21—8 a. m. T 38.3—P 124—R 28. Las placas de la garganta han desaparecido.

5 p. m. T 39.6—P 140—R 33.

Día 22—8 a. m. T 38.2—P 124—R 24.

5 p. m. T 38.1—P 126—R 23.

Día 23—8 a. m. T 38.1—P 120—R 30.

5 p. m. T 38.6—P 126—R 31. Ha tenido un vómito bilioso.

Día 24—8 a. m. T 38.2—P 120—R 28. Siguen los vómitos; tiene diarrea, tres deposiciones de color verdoso, fétidas y mucosas.

5 p. m. T 38.2—P 130—R 25.

Día 25—8 a. m. T 37.2—P 110—R 23.

5 p. m. T 39.6—P 124—R 29. No ha tenido nuevos vómitos, no ha tenido deposiciones diarréicas; se examina la orina: tiene 0.70 por mil de albúmina.

Día 26—8 a. m. T 39.5—P 122—R 27. El abceso operado, supura abundantemente apesar de hacérsele repetidas curaciones antisépticas. Presenta dolor en la región renal; orina poca cantidad, tiene 0.50 por mil de albúmina; tiene una deposición normal, poco abundante; supuran los oidos. La rinitis mejora. Se hace tratamiento común de las nefritis.

5 p. m. T 39.9—P 132—R 34.

Día 27—8 a. m. T 39—P 140—R 33. Orina poca cantidad. Rinitis mejor. El abceso sigue supurando. La otitis en el mismo estado. Contestan de la «Asistencia Pública» que después de varios exámenes bacteriológicos y de hacer repetidos cultivos, no se descubre la presencia del bacilo de Löffler.

5 p. m. T 39.3—P 140—R 40. Examinados los pulmones, se observa una bronco-neumonia doble.

Día 28—8 a. m. T 38—P 160—R 44. Presenta la sintomatología de las miocarditis.

5 p. m. T 38.2—P 140—R 36.

Día 29—8 a. m. T 37.8—P-incontable—R 40. Aparecen nuevas falsas membranas en el velo del paladar, teniendo aspecto gangrenoso. Examinadas al microscopio, el resultado es negativo.

5 p. m. T 38—P incontable—R 39.

Día 30—8 a. m. T 36.3—P 128—R 36. Tiene diarrea; orina poca cantidad, está inapetente y deprimido; siguen la nefritis y la miocarditis.

5 p. m. T 38.5—P 140—R 32.

Día 31—8 a. m. T 37.8 –P 120—R 30. Sigue la diarrea; orina regular cantidad; se alimenta, aunque poco.

5 p. m. T 38.9—P 144 R 42.

Día 1°. de Abril—T 37.2 P 114—R 4. Orina más cantidad que los días anteriores; sigue la otitis; el abceso presenta ménos supuración y mejor aspecto; no hay albúmina en la orina.

5 p. m. T 37.2—P 126—R 34.

Día 2—8 a. m. T 37.4—P 120—R 36. Orina regular cantidad; las placas en el mismo estado; vientre bien.

5 p. m. T 38.5—P 132—R 32.

Día 3—8 a. m. T 38.5—P 132 –R 36. Orina mayor cantidad; las placas lo mismo; se alimenta bastante; no hay albúmina en la orina.

5 p. m. T 39—P 138 - R 32.

Día 4—8 a. m. T 36 5—P 120—R 28. Alternativa de diarrea y constipación; orina más cantidad, no hay albúmina; las placas lo mismo; se alimenta mal.

5 p. m. T 38.4—P 126—R 33.

Día 5—8 a. m. T 39.9—P 120—R 32. El pulso está muy débil; aparecen placas muy estensas de gangre-

na en los carrillos y en la lengua; se cauterizan al termo cauterio; la otitis en el mismo estado. Aparece en la piel una erupción de aspecto hemorrágico que se diagnostica *púrpura.*

5 p. m. T 38.8—P 150—R 34.

Día 6—8 a. m. T 38.2—P 150—R 44. Las placas de gangrena mejor; el abceso con mejor aspecto; los oídos siguen supurando, aunque menos; el pulso es algo débil, regular é igual.

5 p. m. T 39.2—P 140—R 40. Tiene en este momento una hemorrajia bucal que dura un cuarto de hora; la sangre proviene de las ulceraciones gangrenosas.

Día 7—8 a. m. T. 38.6—P 160—R 68. Las placas gangrenosas, el abceso y la otitis, mejor; el pulso frecuente, de mucha tensión, regular é igual; se alimenta muy poco. Las manchas de púrpura se transforman en pequeños abcesos que abiertos dejan una ulceración de aspecto sanioso que despiden muy mal olor; estas ulceraciones toman aspecto gangrenoso. Se prescriben para ellas polvos antisépticos.

5 p. m. T 38.6—P 156—R 52.

Día 8—8 a. m. T 36.6—P 136—R 45. Las placas en el mismo estado; el abceso y la otitis, lo mismo; orina poca cantidad; se alimenta poco.

5 p. m. T 39.6—P 160—R 60.

Día 9—8 a. m. T 37.5—P 146 - R 50. El mismo estado del día anterior.

5 p. m. T 39.2—P 170—R 68.

Día 10—8 a. m. T 36.5—P 152—R 54. El pulso se hace sumamente débil é irregular; el enfermo está muy deprimido; orina muy poca cantidad. Las placas de gangrena, la otitis y el abceso, permanecen estacionados. Hay constipación; no quiere alimentarse.

5 p. m. T 38.8—P 160—R 58. El pulso se hace filiforme; el enfermo se deprime más y más; siguiendo en este estado muere.

El día 11 se practica la autopsia, dando el siguiente resultado:

Laringe—Gangrena estendida desde su parte superior hasta la glotis.

Boca—Gangrena.

Piel—Gangrena.

Pulmones—Bronco-neumonia en ambos pulmones y á más, adherencias de la pleura del lado derecho.

Corazón—Miocarditis.

Pericardio—Derrame seroso.

Hígado—Aumentado de volumen.

Bazo—Aumentado de volumen.

Riñones—Conjestionados.

III

Adela, expósita Nº. 1813, de 3 años y 8 meses de edad, niña bien constituida, en buenas condiciones de nutrición, entra al servicio el día 25 de Marzo á las 6 p. m., presentando en su garganta, en la amigdala derecha, una falsa membrana de más ó menos un centímetro de largo por medio centímetro de ancho; se diagnostica clínicamente difteria. El resto del organismo no presenta nada de particular. Tiene en este momento: T 37.8—P 124—R 28. Se extrae la placa para su exámen bacteriológico; se inyectan 0.20 c.c de anti-toxina Roux.

Día 26—8 a. m. T 37.7—P 126—R 29. La falsa membrana se ha reproducido; nueva placa en el carrillo del lado derecho; se estrae para su exámen;

se alimenta bien; estado general satisfactorio; orina abundante y normal. Examinadas las placas se encuentran bacilos de Löffler.

5 p. m. T 38—P 136—R 30. Las placas se han reproducido, pero son ménos espesas, apareciendo estas con el aspecto de un velo muy ténue; en vista de su tendencia á reproducirse se inyectan 0.10 c.c.

Día 27—8 a. m. T 37.4—P 126—R 26. Persisten las placas; se presenta una vulvitis; orina y deyecciones normales; la enferma se alimenta bien; se prescriben lavatorios antisépticos de la boca y garganta al ácido bórico al 4 %; se trata la vulvitis con lavatorios de bicloruro de mercurio al 1 por 4000.

5 p. m. T 37.3—P 116—R 28. Las placas mejor.

Día 28—8 a. m. T 37.7—P 120—R 32. El mismo estado.

5 p. m. T 37—P 116—R 28.

Día 29—8 a. m. T 37—P 108—R 24. Las placas tienden á desaparecer; orina y deyecciones normales; la enferma se alimenta muy bien.

5 p. m. T 36.3—P 112 - R 26.

Día 30—8 a. m. T 37.5—P 108—R 32. Las placas han desaparecido totalmente.

5 p. m. T 36.7—P 104—R 32. La enferma sigue bien.

Día 31—8 a. m. T 36.9—P 104—R 29. Sigue bien.

5 p. m. T 37—P 100—R 29.

Día 1º de Abril—8 a. m. T 37—P 104—R 32. Sigue bien.

5 p. m. T 36.5—P 112—R 28.

Se sigue la observación durante los seis días; no presenta novedad alguna. Sale de alta el 7 de Abril.

IV

Toribia, expósita Nº. 3027, de 2 años de edad, niña bien constituida, en buenas condiciones de nutrición, entra al servicio el día 11 de Abril de 1895, á las 10 a. m. Presenta en su garganta falsas membranas que la cubren por completo y accidentes de estenosis laringea; se inyectan 0.20 c.c; tiene: T 37.8—P 150—R 44. Se constata la difteria al microscopio.

5 p. m. T 36.7—P 150—R 48. El mismo estado de la mañana, aunque se nota progresos marcados del crup; se inyectan 0.20 c.c.

Día 12—8 a. m. T 37.5—P 160—R 60. El crup avanza más y más y el enfermo muere antes de las 24 horas.

Se practica la autopsia, dando el siguiente resultado:

Garganta, laringe y traquea—Cubiertas de falsas membranas.

Pulmones—Congestionados.

Pericardio—Derrame seroso.

Hígado—Aumentado de volúmen.

Bazo—Aumentado de volúmen.

Riñones—Congestionados.

V

Rosa, expósita Nº. 2092, de 3 años y 6 meses de edad, entra al servicio el día 20 de Abril, á las 10 a. m.; presenta en toda su garganta falsas membranas que se diagnostican clínicamente de diftéricas; el exámen bacteriológico comprueba este diagnóstico;

tiene á más rinitis diftérica; bronquitis de los gruesos bronquios; vulvo-vajinitis ligera y una erupción en todo el cuerpo que no podemos diagnosticar en este momento; el pulso está un poco débil, aunque regular é igual; tiene: T 38.7 – P 120—R 26.

5 p. m. T 38.1—P 140 –R 26; no se alimenta; orina poco y no ha llamado el vientre; se inyectan 0.20 c.c.

Día 21 –8 a. m. T 38.1—P 134—R 30. Las placas se encuentran en el mismo estado que el día anterior; la rinitis lo mismo, el infarto del cuello está muy disminuido; la conjuntivitis, la bronquitis lo mismo; la vulvo-vajinitis ha aumentado de intensidad, se prescriben para ella lavajes alternados de tetra-borato de sodio y sub-acetato de plomo neutro; se prescriben tónicos; la erupción que el día 20 cubría gran parte del cuello ha disminuido, se hace diagnóstico de *rache;* deposiciones normales.

5 p. m. T 39.2—P 150 –R 30. Las placas algo mejor; el infarto del cuello ha vuelto á aumentar; orina regular cantidad; se hace una nueva inyección de 0.10 c.c.

Día 22—8 a. m. T 37.2—P 134—R 24. Las placas, el infarto del cuello, la rinitis en el mismo estado; la conjuntivitis mejor; los rales de bronquitis se generalizan en el pulmón izquierdo; la vulvo-vajinitis, lo mismo; la erupción de la piel ha desaparecido por completo; deposiciones diarréicas, poca cantidad; orina bastante, no hay albúmina; en el sitio de las inyecciones aparece un eritema simple.

5 p. m. T 38.2—P 134—R 34.

Día 23—8 a. m. T 37.4—P 120—R 24. Las placas y el infarto mejoran; la rinitis, lo mismo; la conjuntivitis, mejor; la orina, normal.

5 p. m. T 37.6—P 120—R 28.

Día 24—8 a. m. T 36.5—P 116—R 26. Las placas y el infarto siguen mejorando; la rinitis, lo mismo; la conjuntivitis ha desaparecido; tiene supuración al oído derecho; tiene diarrea.

5 p. m. T 37—P 116—R 28. Tiene dos vómitos biliosos.

Día 25—8 a. m. T 36.1—P 108—R 24. Las placas, mejor; el infarto desaparece del lado izquierdo del cuello; la rinitis disminuye de intensidad; orina, normal.

5 p. m. T 36.6—P 120—R 20.

Día 26—8 a. m. T 37.5—P 126—R 20. Las placas, el infarto y la rinitis, mejor; sigue la diarrea; orina bien.

5 p. m. T 37.1—P 132—R 24.

Día 27—8 a. m. T 37.6—P 140—R 20. Las placas, el infarto y la rinitis mejor.

5 p. m. T 37.9—P 148—R 29.

Día 28—8 a. m. T 37.5—P 120—R 26. Las placas, el infarto y la rinitis, mejor; sigue la diarrea; orina bien.

5 p. m. T 37.8—P 126—R 28.

Día 29—8 a. m. T 37—P 120—R 25. Las placas, el infarto y la rinitis tienden á desaparecer; sigue la diarrea; orina bien; desaparece el eritema del sitio de las inyecciones.

5 p. m. T 38.3—P 130—R 29.

Día 30—8 a. m. T 36.9—P 122—R 34. Las placas, el infarto y la rinitis, mejor; sigue la diarrea; orina poca cantidad, un poco turbia, no hay albúmina.

5 p. m. T 39.9—P 144—R 37.

Día 1º. de Mayo—8 a. m. T 36.5—P 116—R 32. Las placas, el infarto y la rinitis, mejor; sigue la diarrea; orina buena cantidad.

5 p. m. T 37.6—P 132—R 30.

Dia 2—8 a. m. T 36 7—P 122—R 22. La placa que queda, está reducida á un punto blanquizco; el infarto y la rinitis, mejor; orina muy poco.

5 p. m. T 36.2—P 118—R 24. No tiene placas.

Dia 3—8 a. m. T 38.8—P 136—R 34. El infarto y la rinitis, mejor; sigue la diarrea; orina bien.

5 p. m. T 37.9—P 118—R 29.

Dia 4—8 a. m. T 36.6—P 112—R 26. Aparece nuevamente el infarto; la rinitis, mejor; la garganta está muy roja; la bronquitis ha desaparecido; sigue la diarrea; orina bien.

5 p. m. T 36.5—P 112—R 24.

Dia 5—8 a. m. T 35.9—P 104—R 20. El infarto y la rinitis, lo mismo; sigue la diarrea; orina poca cantidad, teniendo un poco de albúmina.

5 p. m. T 36—P 120—R 30.

Dia 6—8 a. m. T 35.9—P 112—R 18. El infarto y la rinitis, lo mismo; sigue la diarrea; orina, normal.

5 p. m. T 36.4—P 108—R. 21.

Día 7—8 a. m. T 35.7—P 88—R 20; el pulso es regular, igual, de poca tensión; el infarto y la rinitis, lo mismo; tiene un vómito bilioso; sigue la diarrea; orina buena cantidad, tiene vestigios de albúmina; no se alimenta bien.

5 p. m. T 36.7—P 108—R 16.

Día 8—8 a. m. T 36.3—P 94—R 18. El infarto y la rinitis, lo mismo; tiene un vómito bilioso; sigue la diarrea; orina bien.

5 p. m. T 36.5—P 96—R 20.

Dia 9—8 a. m. T 36.4—P 70—R 26. El infarto y la rinitis, lo mismo; sigue la diarrea; orina bien; se alimenta muy poco; el pulso es irregular, desigual y de poca tensión.

5 p. m. T 37.1—P 88—R 22. El pulso está irregular, intermitente, de poca tensión.

Día 10—8 a. m. T 37.2—P 86—R 20. El infarto y la rinitis, mejor; sigue la diarrea; orina poca cantidad; se alimenta poco; no puede soportar los alimentos, los vomita inmediatamente después de tomarlos; el pulso sigue irregular, desigual, de muy poca tensión; aparece un pequeño exudado en la garganta.

5 p. m. T 37—P 92—R 24. Persiste el exudado; el pulso tiende á hacerse regular.

Día 11—8 a. m. T 36.6—P 84—R 24. El infarto del cuello ha desaparecido; la rinitis menos intensa; sigue la diarrea; orina buena cantidad; se alimenta algo más que los dias anteriores; soporta los alimentos; el exudado se mantiene aún, pero disminuido.

5 p. m. T 36.8—P 92—R 16.

Dia 12—8 a. m. T 36.4—P. 68—R 24. Desaparece el exudado; la rinitis, mejor; sigue la diarrea; se alimenta más.

5 p. m. T 36.5—P 74—R 24.

Dia 13—8 a. m. T 36.5—P 86 R 24. La rinitis, lo mismo.

5 p. m. T 36.5—P 100—R 20.

Dia 14—8 a. m. T 36.6 --P 72—R 20. La rinitis, lo mismo.

5 p. m. T 36.6—P 84—R 24.

Dia 15—8 a. m. T 36.6—P 90—R 20. Desaparece la rinitis; solo persiste la vulvo vaginitis.

5 p. m. T 37.2—P 90—R. 20.

Dia 16—8 a. m. T 37.2—P 64—R 24.

5 p. m. En vista de haber desaparecido los síntomas de la infección, sale de alta, pasando á otro servicio para su observación.

VI

Alfredo, expósito núm. 1667, de 4 años de edad, entra al servicio el día 29 de Abril, á las 7 p. m. presentando en su garganta una falsa membrana de color blanco sucio; el resto de la garganta está flegmonoso; en el cuello, de ambos lados, hay gran infarto ganglionar; en la boca presenta una placa de eczema y varias en el cuero cabelludo y en la piel; tiene un ligero catarro de las conjuntivas. Se destina al pabellón de observación.

Dia 30—8 a. m. T 37.6—P 110—R 22. Examinada la garganta, nuevamente, se hace diagnóstico de difteria estrayéndose pedazos de la placa para su exámen bacteriológico; orina bastante cantidad, siendo esta muy turbia, tiene albúmina; se inyectan 0.20 c. c. de suero anti-diftérico; se prescribe lavatorios de ácido bórico en la boca, garganta y nariz.

5 p. m. T 37.8—P 114—R 34. Hecho el exámen de las placas da resultado negativo.

Dia 1º de Mayo—8 a. m. T 37.4—P 108—R 38. Las placas se han reproducido; se estraen para hacer nuevo exámen; llamó el vientre normal; orina turbia, abundante, no tiene albúmina; el infarto del cuello ha disminuido.

5 p. m. T 36.8—P 96—R 34. El exámen de las placas da resultado negativo.

Dia 2—8 a. m. T 36.2—P 92—R 24. Las placas siguen reproduciéndose; el infarto lo mismo; orina bastante, aspecto turbio, no tiene albúmina.

5 p. m. T 36.3—P 96—R 26. Estraidas las placas han vuelto á reproducirse, aunque en mas pequeña estensión; el infarto ha desaparecido.

Dia 3—8 a. m. T 36.4—P 104—R 32. La placa está muy reducida en estensión y espesor. Hecho un nuevo exámen de ella se encuentran bacilos de Löffler; deposiciones y orina, normales.

5 p. m. T 36 2—P 96—R 29. La placa ha desaparecido.

Dia 4—8 a. m. T 36.9—P 100—R 30. No ha tenido novedad; sigue asi durante varios dias al cabo de los cuales sale de alta.

VII

Luciano, expósito núm. 1266, de 4 años y 3 meses de edad, entra al servicio el día 3 de Mayo con su garganta cubierta completamente de un exudado espeso el que se diagnóstica de diftérico; infarto de los ganglios del cuello y una conjuntivitis catarral ligera; se estraen las placas y se hace una curación con la solución fenicada de sulfo-ricinato de sodio al 20 %; tiene en este momento T 37.4—P 120—R 30.

5 p. m. T 37.5—P 118—R 29. Hecho el examen de las placas se encuentran bacilos de Löffler en abundante cantidad; se hace una nueva curación con el mismo tópico ya señalado.

Dia 4—8 a. m. T 37.6—P 120—R 32. Las placas han aumentado en estensión; el infarto en el mismo estado; deposiciones y orina, normales; se hace una nueva curación.

5 p. m. T 38.1—P 116—R 30. Las placas é infartos se mantienen en el mismo estado; se inyectan 0.20 c. c. de suero, lo que no se hizo antes por carecer de él.

Dia 5—8 a. m. T 38.2 - P 140 - R 26. Las placas y el infarto están en el mismo estado; orina bastante cantidad, tiene poca albúmina.

5 p. m. **T** 38.7—P 150—R 26. El enfermo está muy deprimido; el pulso es regular, igual y de mucha tensión; se inyectan 0.10 c. c.

Dia 6—8 a. m. T 38.3—P 108—R 28. Los exudados, lo mismo; el infarto del cuello algo disminuido.

5 p. m. T 38.3—P 110—R 29. Los exudados y el infarto del cuello se presentan con tendencia á disminuir.

Dia 7—8 a. m. T 38.2—P 110—R 24. Los exudados y el infarto disminuidos; deposiciones y orina, normales; se alimenta bien; se inyectan 0.10 c. c.

5 p. m. T 38—P 110—R 28.

Dia 8—8 a. m. T 37.3—P 112—R 29. Los exudados y el infarto, mejor.

5 p. m. T 37.7 - P 108—R 25.

Dia 9 - 8 a. m. T 37.4—P 94—R 28. Exudados é infartos, mejor.

5 p. m. T 37.5—P 120—R 26.

Dia 10—8 a. m. T 37.5—P 100—R 24. Los exudados y el infarto tienden á desaparecer.

5 p. m. T 37.1—P 108 - R 22.

Dia 11—8 a. m. T 37.3—P 120—R 32. Los exudados y el infarto en el mismo estado.

5 p. m. T 37.1—P 120—R 28.

Dia 12—8 a. m. T 37.5—P 132—R 24. Los exudados disminuidos.

5 p. m. T 38.1—P 120—R 26.

Dia 13—8 a. m. T 37.7—P 116—R 24. Exudados é infartos en el mismo estado.

5 p. m. T 39.2—P 140—R 20.

Dia 14—8 a. m. T 37.8—P 108—R 28. Los exudados é infartos, mejor; aparece en los brazos, piernas, mejillas y orejas una exantema de forma sarampionosa.

5 p. m. T 38.8—P 108—R 24. La erupción se hace mas intensa.

Dia 15—8 a. m. T 37.5—P 96—R 25. El mismo estado del día anterior.

5 p. m. T 38.2—P 96—R 28.

Dia 16—8 a. m. T 36.9—P 84—R 28. Solo quedan en la garganta dos pequeños puntos cubiertos por el exudado; infarto disminuido; la erupción se ha estendido á los muslos.

5 p. m. T 36.9—P 100—R 20.

Dia 17—8 a. m. T 37.3—P 100—R 28. Exudados é infartos, mejor; la erupción empieza á desaparecer.

5 p. m. T 38.8—P 104—R 28.

Dia 18—8 a. m. T 36.7—P 80—R 24. Los exudados han desaparecido; el infarto persiste; la erupción tiende á desaparecer.

5 p. m. T 37.2—P 80—R 28.

Dia 19—8 a. m. T 36.2—P 80—R 24. Persiste el infarto; la garganta muy roja; la erupción de la piel ha desaparecido.

5 p. m. T 37.9—P 92—R 28.

Dia 20—8 a. m. T 37.2—P 80—R 24. Persiste el infarto.

5 p. m. T 36.8—P 86—R 20.

Dia 21—8 a. m. T 36.9—P 80—R 24. Persiste el infarto; la garganta, normal.

5 p. m. T 36.9—P 88—R. 24.

Dia 22—8 a. m. T 37—P 84—R 24. Persiste el infarto pero disminuido.

5 p. m. T 37—P 90—R 26.

Dia 23—8 a. m. T 37.7—P 124—R. 32. El infarto sigue disminuyendo; hay dolor en la región renal, examinada la orina se vé que tiene abundante cantidad de albúmina.

5 p. m. T 38.8—P 104—R 30.

Dia 24—8 a. m. T 37.3—P 80—R 23. Infarto muy

disminuido; persiste el dolor en la región renal y en la orina, la albúmina; la orina es muy abundante.

5 p. m. T 36.9—P 80—R 28.

Dia 25—8 a. m. T 38—P 108—R 24. Infarto lo mismo; orina abundante, tiene albúmina; dolor en la región renal.

5 p. m. T 39.7—P 108 - R 28.

Dia 26—8 a. m. T 37.5—P 76—R 24. Infarto, mejor; orina poca cantidad, es turbia, tiene albúmina; dolor en la región renal; se trata la nefritis por medio del tratamiento común.

5 p. m. T 37.6—P 88—R 36.

Dia 27—8 a. m. T 37—P 76—R 20. El pulso es desigual é irregular; hay marcadas intermitencias; infarto disminuido; orina: poco abundante, muy roja, con muchos sedimentos, tiene albúmina; persiste el dolor en la región renal.

5 p. m. T 36.6—P 108—R 20.

Dia 28—8 a. m. T 36.6 - P 76 -R 24. Infarto casi desaparecido; el mismo estado del día anterior.

5 p. m. T 37.2—P 88—R 27.

Dia 29—8 a. m. T 36.4—P 72—R 24. Presenta la misma sintomatología del día anterior.

5 p. m. T 37.3 - P 84—R 28.

Dia 30—8 a. m. T 36.6—P 84—R 24. Infarto muy disminuido; orina con los mismos caracteres de los dias anteriores; persiste el dolor en la región renal.

5 p. m. T 37.1—P 83—R 28.

Dia 31—8 a. m. T 36.7—P 84—R 24. El mismo estado del día anterior.

5 p. m. T 36.9—P 88—R 24.

Dia 1º de Junio—8 a. m. T 36.2—P 112—R 28. El pulso es intermitente; el infarto, mejor; la conjuntivitis, mejor; orina buena cantidad, es menos oscura.

5 p. m. T 36.5—P 76—R 20.

Dia 2—8 a. m. T 36.3 – P 84—R 28. El infarto ha desaparecido, lo mismo que la conjuntivitis; orina buena cantidad, menos oscura.

5 p. m. T 37.1—P 86—R 27.

Dia 3—8 a. m. T 36.2 – P 84—R 24. Ha mejorado en su estado general.

Dia 4—8 a. m. Estado general satisfactorio; orina muy abundante y muy clara, no tiene albúmina; se alimenta muy bien; el pulso es regular.

Se tiene en observación hasta el dia 13, que se le dá de alta.

VIII

Maria N., de 15 años de edad, argentina, entró al servicio el dia 8 de Mayo de 1893. Manifiesta que su enfermedad actual empezó por un fuerte ardor en su garganta y una incomodidad tal que no sabe apreciar y que le impedía tragar. Dice también que se notaba un poco deprimida é inapetente. Presenta en su garganta, en ambas amigdalas un exudado que por sus caractéres clínicos se diagnostica de diftérico. Hecho el exámen al microscopio se comprueba dicho diagnóstico. El estado general es satisfactorio.

Tiene: T 37.2—P 102—R 21. Se inyectan 0.20 c. c. de suero.

5 p. m. T. 39.2—P 120—R 28. Se encuentra en el mismo estado de la mañana, la orina es abundante, túrbia, tiene albúmina, nueva inyección de 0.20 c. c. de suero.

Dia 9—8 a. m. T. 38—P 110—R 24. Los exudados se presentan con mejor aspecto, menos estensos y menos espesos; se alimenta bien; orina abundante; tiene albúmina.

5 p. m. T. 39.7—P 120—R 28.

Dia 10—8 a. m. T 37.3—P 96—R 22. Las placas han disminuido considerablemente; deposiciones normales; orina en el mismo estado.

5 p. m. T 38.2—P 100—R 26.

Dia 11—8 a. m. T 36.7—P 72—R 20 Los exudados tienden á desaparecer.

5 p. m. T 37.3—P 86—R 28.

Dia 12—8 a. m. T 36.3—P 80—R 24. Los exudados han desaparecido.

5 p. m. T 36.3—P 72—R 24.

Se tiene en observación hasta el dia 16 y no presentando novedad sale de alta.

IX

Elisa, expósita núm. 3674, de 1 año y 3 meses de edad, entra al servicio el 8 de Mayo, presentando en su garganta un exudado que se estiende desde la parte posterior del paladar hasta el pilar posterior, abarcando el lado izquierdo de la úvula.

En la cara posterior de la faringe presenta un cuerpo estraño que estraído resulta ser una lámina ósea de 0.03 centímetros de largo por 1 1/2 de ancho, de forma triangular implantado en el sitio antes dicho por sus tres ángulos, permaneciendo allí por espacio de veinticuatro horas sin incomodarle absolutamente, pues la enferma se alimentaba perfectamente bien y no se descubría en ella la más mínima manifestación de molestia. Tiene infarto ganglionar en el cuello; se hace diagnóstico de difteria; se inyectan 0.20 c. c. de anti-toxina. Estraída la membrana para su exámen se ve que tiene un espesor muy considerable y no se descubre al microscopio bacilos de Löffler;

en vista de esto se envía á la «Asistencia Pública» el exudado con el objeto de hacer cultivos. Tiene: T 36.7 —P 102 -- R 21.

5 p. m. T 38—P 120—R 26. La falsa membrana se ha reproducido; vuelve á examinarse al microscopio y no se encuentran bacilos de Löffler; orina normal.

Dia 9—8 a. m. T 36.6—P 108—R 20. Las falsas membranas se reproducen; el infarto persiste.

5 p. m. T 37.6—P 104—R 28.

Dia 10—8 a. m. T 37—P 120—R 26. Las falsas membranas persisten y se han propagado á la faringe; el infarto se hace más voluminoso.

5 p. m. T 36.7—P 140—R 20.

Dia 11—8 a. m. T 36.4—P 160—R 15. Los exudados y el infarto en el mismo estado.

5 p. m. T 38.2—P 126—R 20.

Dia 12—8 a. m. T 38.2—P 144—R 24. Los exudados y el infarto mejor.

5 p. m. T 37.7—P 136—R 26.

Dia 13—T 36.3—P 120—R 24. Los exudados y el infarto disminuyen

5 p. m. T 36.7—P 108—R 27.

Dia 14—8 a. m. T 36.6—P 88—R 20. Los exudados y el infarto mejor.

5 p. m. T 36.6—P 120—R 24.

Dia 15—8 a. m. T 35.7—P 100—R 20. Exudados é infarto mejor.

5 p. m. T 36.5—P 108—R 24.

Dia 16—8 a. m. T 36.2—P 84—R 24. Siguen mejorando los exudados y el infarto.

5 p. m. T 37—P 120—R 24.

Dia 17—8 a. m. T 33—P 120—R 24. Exudados é infarto mejor.

5 p. m. T 37.8—P 124—R 28.

Dia 18—8 a. m. T 36.6 - P 120—R 24. Los exudados han desaparecido en gran parte.

Las siembras hechas en la «Asistencia Pública» dan resultado negativo.

El enfermo sigue una marcha favorable y después de varios dias de observación sale de alta.

X

Gualberto, expósito núm. 4109, de 10 meses y 13 días de edad, entra al servicio el dia 13 de Mayo; presenta en su garganta un exudado contínuo, espeso, color blanco mate; infarto ganglionar en el cuello; gran díspnea; pulso acelerado, débil, regular é igual; tiene también tos crupal; tiene parálisis del velo del paladar; se examinan los exudados al microscopio y se encuentran bacilos de Löffler; se inyectan 0.20 c. c. de suero. Tiene 38.3—P 150—R 54.

5 p. m. T 38.6—P 152—R 39. Está deprimido; presenta un tinte lívido; no hay cianosis; deposiciones normales; orina normal; respiración menos frecuente que por la mañana, siendo irregular, con la espiración sumamente corta; persiste marcado el tiraje; pulso frecuente y débil. El estado local de la garganta, el infarto y los fenómenos de la infección no se han modificado; se inyectan 0.10 c. c. de suero. Sigue el enfermo en este estado, aumentando la depresión, sin acentuarse mayormente la díspnea hasta las 8 p. m. en que muere.

Se practica la autopsia el dia 14 y da el siguiente resultado:

Laringe—Exudados en la parte superior.

Pulmones—Congestión de las bases.
Hígado y bazo--Aumentados de volúmen.
Riñones—Congestionados.

XI

Estela, expósito núm. 3641, de 1 año y 5 meses de edad, entra al servicio el dia 16 de Mayo y presenta:

Garganta—Muy roja; sangra con facilidad, presenta un pequeño exudado.

Laringe—Laringitis.

Bronquios—Bronquitis.

Cuello—Infarto ganglionar muy marcado.

Piel—Coloración rosa claro en algunos puntos del cuerpo, brazos, región anterior del torax y pierna.

Respiración dispuéica, muy ruidosa; pulso regular, igual de buena tensión, muy frecuente; tiene T 39.1—P 140—R 32; se inyectan 0.20 c. c. de suero; se prescriben lavatorios nasales, bucales y á la garganta de ácido bórico.

5 p. m. T 39.1—P 160—R 24.

Dia 17—8 a. m. T 38.2—P 160 - R 32. Aumentan los exudados; la enferma sigue muy ronca, tiene tos crupal; tiene diarrea; se alimenta bien; persiste el infarto; persiste la erupción; tiene cornaje y tiraje; se inyectan 0.10 c. c. de suero.

5 p. m. T. 39.3—P 160—R 40. El mismo estado de la mañana; se inyectan 0.10 c. c.

Dia 18—8 a. m. T 39—P 160—R 48. El mismo estado del dia anterior; se inyectan 0.10 c. c.

5 p. m. T 39.3—P 144—R 47.

Dia 19—8 a. m. T 38.1—P 136—R 44. El exudado ha invadido toda la garganta; se acentúan aun más

los síntomas del crup; infarto lo mismo; la erupción ha desaparecido; tiene diarrea; se inyectan 0.10 c. c.

5 p. m. T 39.1—P 144—R 40. El mismo estado de la mañana.

Dia 20—8 a. m. T 38—P 120—R 36. Los exudados no siguen su camino invasor; el cornaje y el tiraje disminuidos; infarto en el mismo estado; en el sitio de las inyecciones aparece un eritema polimorfo; hay parálisis del velo del paladar.

5 p. m. T 39—P 134—R 38.

Dia 21—8 a. m. T 37.9—P 120—R 44. Los exudados en el mismo estado; el cornaje y el tiraje siguen disminuyendo; el infarto del cuello en el mismo estado.

5 p. m. T 38.3—P 130—R 40.

Dia 22—8 a. m. T 37.7—P 104—R 28. Exudados en el mismo estado, así como el infarto; el cornaje y el tiraje tienden á desaparecer; no se alimenta bien; los exámenes de los exudados practicados hasta ahora han dado resultado negativo.

5 p. m. T 38.3—P 114—R 34.

Dia 23—8 a. m. T 36.7 P 114—R 32. Las falsas membranas y el infarto disminuidos; el cornaje y el tiraje, disminuidos también.

5 p. m. T 38.3—P 124—R 32.

Dia 24—8 a. m. T 37.3—P 176—R 28. Los exudados persisten, así como el infarto; el cornaje y el tiraje han desaparecido.

5 p. m. T 38.3—P 148—R 36.

Dia 25—8 a. m. T 37.4—P 136—R 40. Los exudados y el infarto en el mismo estado; sigue la diarrea.

5 p. m. T 38—P 140—R 38.

Dia 26—8 a. m. T 37—P 136—R 32. Exudados é infartos en el mismo estado; sigue la diarrea.

5 p. m. T 37.5—P 130—R 36.

Dia 27—8 a. m. T 36.4—P 152—R 40. Exudados é infartos disminuidos; tiene un nuevo exudado en el lado derecho de la lengua; ha tenido dos vómitos bilioses; sigue con diarrea.

5 p. m. T 36.7—P 142—R 42.

Dia 28—8 a. m. T 35.9—P incontables—R 36. Exudados é infartos mejor; tiene vómitos muy seguidos; sigue con diarrea.

5 p. m. T 37.4—P 130—R 34.

Dia 29—8 a. m. T 36—P 140—R 28. Exudados é infarto mejor; los vómitos no son tan seguidos; sigue la diarrea.

5 p. m. T 38.3—P 160—R 36. Se hace tratamiento excitante.

Dia 30—8 a. m. T 38.3—P 132—R 40. Exudados é infartos mejor; paran los vómitos; sigue la diarrea.

5 p. m. T 38.3—P 132—R 40.

Dia 31—8 a. m. T 39.4—P 148—R 48. Vuelven los vómitos; sigue la diarrea.

5 p. m. T 39.2—P 146—R 43.

Dia 1° de Junio—8 a. m. T 36.4—P 130—R 24. Los exudados é infartos persisten; siguen los vómitos y la diarrea.

5 p. m. T 38—P 144—R 32.

Dia 2—8 a. m. T 36.1—P 132—R 36. Persisten las falsas membranas y el infarto; siguen los vómitos y la diarrea; aparece en toda la piel un eritema polimorfo.

5 p. m. T 38.9—P 140—R 29.

Dia 3—8 a. m. T 36.8—P incontable—R 28. Sigue en el mismo estado del dia anterior.

5 p. m. T 37.7—P 136—R 34.

Dia 4—8 a. m. T 38—P 136—R 38. El mismo esta-

do del dia anterior; se hace menos perceptible el eritema de la piel.

5 p. m. T 39.1—P 146--R 40.

Dia 5—8 a. m. T 37.2—P 116—R 36. Los exudados y el infarto han disminuido; la erupción de la piel apenas se percibe; se alimenta mal; el pulso muy débil.

5 p. m. T 37.1– P 116—R 42.

Dia 6–8 a. m. T 36.3—P 120—R 60. El mismo estado del dia anterior.

5 p. m. T 38.2—P 116—R 56.

Dia 7—8 a. m. T 36.7—P 120—R 64. Sigue en el mismo estado.

5 p. m. T 39.4—P 160—R 68.

Dia 8—8 a. m. T 38.1—P 120—R 48. El mismo estado del dia anterior.

5 p. m. T 38.8—P 140—R 52.

Dia 9—8 a. m. T 37.8—P 136—R 72. El enfermo se ha deprimido mucho.

5 p. m. T 39.1—P 140—R 72.

Dia 10—8 a. m. T 38.2—P 148—R 64. Sigue muy deprimido; con respiración dispnéica; pulso rápido y débil.

5 p. m. T 39.8–P 160—R 60.

Dia 11—8 a. m. T 38.2—P 140—R 68. Se encuentra más deprimida aun que el dia anterior; pulso muy débil; respiración dispnéica; se observan en los pulmones todos los síntomas de una tuberculósis.

5 p. m. T 38.7—P 184—R 80. Se encuentra sumamente deprimida; no responde á los excitantes; sigue deprimiéndose más y más hasta las 4 a. m. del dia 12 en que muere.

Practicada la autopsia, da el siguiente resultado:

Garganta y laringe—Exudados.

Pulmones—Tuberculósis en ambos lados.
Pericardio—Pericarditis.
Riñones—Congestionados.
Aparato digestivo—Gastro enteritis.
Cerebro y meningeas—Meningitis.
Pleura—Pleuresia purulenta.

XII

Angélica, expósita núm. 3316, de 1 año y 10 meses de edad, entra al servicio el dia 19 de Mayo á las 9 a. m. presentando una garganta muy roja que sangra con facilidad y que las dos amigdalas están cubiertas por un exudado apenas perceptible; tiene á más signos muy pronunciados de estenosis laringea.

T 37—P 134—R 30. Se inyecta 0.20 c. c. de suero.

5 p. m. T 37—P 140—R 32—El mismo estado de la mañana; se comprueba la difteria por el exámen bacteriológico.

Dia 20—8 a. m. T 36.2—P 128—R 28. El cornaje y el tiraje han disminuido; los exudados de las amigdalas se han reproducido, siendo más perceptibles.

5 p. m. T 36.8—P 128—R 32. Estado general más satisfactorio.

Dia 21—8 a. m. T 37.3—P 120—R 28. La garganta está roja; el cornaje y el tiraje tienden á desaparecer.

5 p. m. T 36.2—P 108—R 36. Estado más satisfactorio que el de la mañana.

Dia 22—8 a. m. Han desaparecido todos los síntomas de crup; el pulso y la respiración normales.

Se le tiene en observación durante varios días al cabo de los cuales, no presentando novedad, se le dió de alta.

XIII

José, expósito núm. 2646, de 2 años y 9 meses de edad entra al servicio el día 22 de Mayo; entra al pabellón de observacion presentando los siguientes síntomas: garganta muy roja, sangra con facilidad; en la amigdala izquierda un exudado; en el cuello infartos ganglionares muy pronunciados—T 38.

5 p. m. T 38—P 120—R 36. Los exudados se reproducen; tienen mucho espesor; se ha hecho una inyección de 0.20 c. c. de suero.

Dia 22—8 a. m. T 37—P 132—R 52. Pasa al servicio de diftéricos con los mismos síntomas señalados; el exámen bacteriológico descubre la presencia del bacilo de Löfler y del estreptococus.

5 p. m. T 37.6—P 124—R 38.

Dia 23.—8 a. m. T 37—P 120—R 40. El exudado en el mismo estado; infarto disminuido.

5 p. m. T 37—P 120—R 36.

Dia 24:—8 a. m. T 37.3—P 128—R 28. El exudado mejora de aspecto; ha disminuido de espesor, el infarto mejor.

5 p. m. T. 36.9—P 96—R 28.

Dia 25—8 a. m. T 36—P 108—R 40. El exudado y el infarto en el mismo estado; orina normal.

5 p. m. T 36.5—P 104—R 34.

Dia 26—8 a. m T 37—P 108—R 32. Exudado é infarto disminuidos.

5 p. m. T 36.9—P 100—R 40.

Dia 27 - 8 a. m. T 37—P 92—R 32. El exudado ha desaparecido; infarto muy disminuido.

5 p. m. T 35.5—P 72—R 29.

Dia 28--8 a. m. T 36.5—P 76—R 28. El infarto ha desaparecido del lado derecho, persiste del lado izquierdo pero muy disminuido.

5 p. m. T 36.2—P 72—R 28.

Dia 29—8 a. m. T 36.1—P 80—R 32. Infarto en el mismo estado.

5 p. m. T 36.6—P 88—R 32.

Dia 30—8 a. m. T 36.8—P 88—R 36. Infarto disminuido.

5 p. m. T 36.4—P 88—R 32.

Día 31—8 a. m. T 36.8—P 80—R 24. Desaparece el infarto. Sigue sin novedad, hasta el día 2 de Junio que se le dá de alta.

XIV

Irene, expósita núm. 3889, de 1 año y 2 meses entra al servicio el día 7 de Junio á las 3 p. m. Viene del servicio de sarampionosos donde entró el día 6; tiene una bronco-neumonia doble.

En este estado entra á la sala de diftéricos presentando á más una garganta muy roja en unos puntos y cubierta en otros por un exudado en forma de velo muy ténue; hay afonía completa; tos muy ronca; pulso muy rápido; gran dispnea; hay tiraje; infarto ganglionar del cuello poco pronunciado; tiene diarrea; hecho el exámen del exudado se encuentran bacilos de Löfler. Tiene: T 40.5—P 156—R 60; se inyecta 0.20 c. c. de suero.

Dia 8—8 a. m. T 39.1—P 144—R 52. Muere á las 3 1/2 p. m.

Practicada la autopsia dá el siguiente resultado:

Laringe—Exudados espesos.

Pulmones—Bronco-neumonia doble.
Hígado y *Bazo*—Aumentados de volúmen.
Riñones—Congestionados.

XV

Miguel, expósito núm. 2128, de 3 años de edad, entra al servicio el día 7 de Junio, viene de la sala de sarampionosos donde entró el día 5; presentando una rubicundez generalizada; en la úvula tres pequeños exudados; hecho el exámen de ellos se encuentra el bacilo de Löfler; infarto ganglionar; tos ronca, afonía; ligero catarro bronquial; T 38.4—P 128—R 48; se inyectan 0.20 c. c. de suero; estado general satisfactorio; estado de nutrición muy bueno.

Dia 8—8 a. m. T 37.7—P 128—R 28. Exudados y ganglios en el mismo estado; tos ménos ronca; la erupción sarampionosa desaparece.

5 p. m. T 38.1—P 132—R 30.

Dia 9—8 a. m. T 37.4—P 124—R 28. Aparecen nuevas placas en los carrillos.

5 p. m. T 38.2—P 126—R 30.

Dia 10—8 a. m. T 37.7—P 128—R 20. Exudados de la úvula disminuidos; exudados de los carrillos en el mismo estado; siguen infartados los ganglios; tos ronca; está afónico.

Dia 11—8 a. m. T. 36.8—P 136—R 28. Exudados é infartos disminuidos; tos ronca; sigue afónico.

Dia 12—8 a. m. T 37.1—P 120—R 32. Más ó ménos el mismo estado del día anterior.

Dia 13—8 a. m. T 37.4—P 124—R 28. Exudados é infartos disminuidos.

Dia 14—8 a. m. T 37.7—P 128—R 24. Exudados de

la úvula han desaparecido; exudados de los carrillos é infartos disminuidos; tos ronca; sigue afónico.

Dia 15—8 a. m. T 37.4—P 120—R 28. El mismo estado del dia anterior.

Dia 16—8 a. m. T 36.8—P 110—R 24.

Dia 17—8 a. m. T 37 —P 120—R 28. Garganta completamente limpia; ha recrudecido la conjuntivitis.

Dia 18—8 a. m. T 37.2—P 120—R 28.

Dia 19—8 a. m. T 37.3—P 120—R 28.

Dia 20—8 a. m. T 37.2—P 140—R 28. Exudados de los carrillos é infartos desaparecen.

Dia 21—8 a. m. T 37—P. 132—R 36. Tiene mucha tos de caracter quintoso.

Dia 22—8 a. m. T 36.5—P 120 R 36. Mucha frecuencia en la tos, se alimenta poco, sigue la diarrea.

Dia 23—8 a. m. T 38.3—P 160—R 40.

Dia 24—8 a. m. T 38.4—P 100—R 32.

Dia 25—8 a. m. T 37.1—P 160—R 36. Tiene diez deposiciones sanguíneas.

Dia 26—8 a. m. T 37.3—P 140—R 28. Muchas deyecciones diarréicas y sanguíneas.

Dia 27—8 a. m. T 37.5—P 132—R 40. Siguen las deposiciones sanguíneas; tiene vómitos biliosos; pulso muy débil.

Dia 28—4 a. m. Tiene convulsiones desde las 2 a. m. y muere á esta hora.

Practicada la autopsia, dá el siguiente resultado:

Laringe—Exudados.

Cerebro—Congestión intensa.

Aparato digestivo—Gastritis y en el Intestino grueso un exudado que ocupa toda su extensión, teniendo en los puntos en que éste no existe, grandes ulceraciones. El Dr. Susini hace diagnóstico de Disentería.

Bazo é *Hígado*—Aumentados de volúmen.
Corazón—Hipertrofiado.

XVI

Pedro N., de 11 meses de edad, entra al servicio el día 10 de Junio; presenta un gran exudado en el paladar que se extiende hasta los pilares anteriores del velo del mismo; hay infarto ganglionar del cuello; tiene un catarro bronco intestinal; está un poco ronco; el exudado tiene bacilos de Löfler. T 39.1—P 152—R 28; se inyectan 0.20 c. c. de suero.

Dia 11—8 a. m. T 38.5—P 128 - R 40. El exudado y el infarto en el mismo estado; siguen la tos y la diarrea; está siempre un poco ronco; se alimenta bien.

Dia 12—8 a. m- T 37.7—P 104—R 36. El mismo estado del día anterior.

Dia 13—8 a. m. T. 37.5—P 108—R 32. El exudado é infarto disminuidos; está menos ronco; aparece en la región glútea sitio de las inyecciones, y en las piernas un eritema polimorfo.

Dia 14—8 a. m. T 37--P 120—R 36. Exudado é infarto han desaparecido; sigue la tos; está menos ronco; el eritema se hace más intenso.

Dia 15—8 a. m. T. 36.4; P. 100 -R. 32. No está tan ronco; la erupción tiende á desaparecer.

Dia 16--8 a. m. T 37—P 108—R 32. El eritema ha desaparecido; mejoran las deposiciones. Es de notar que está en plena erupción dentaria.

Dia 17—8 a. m. T 37 -P 100—R 32.

Dia 18—8 a. m. T. 37. No tiene novedad alguna. Sigue bien durante varios días y se le dá de alta.

XVII

Juan, expósito núm. 3833, de 3 años y 3 meses de edad, entra á este servicio el 13 de Junio à las 11 p. m., presentando la sintomatología del crup y en la amígdala derecha un pequeño exudado. T 37.8—P 120 —R 30. Se inyectan 0.20 c. c. de suero; estado de nutrición bastante bueno; infarto ganglionar.

Dia 14—8 a. m. T. 37.2—P. 128—R 32. Exudado en el mismo estado; el tiraje y el cornaje han aumentado; la tós crupal persiste; sigue afónico; examinado el exudado se encuentran bacilos de Löfler.

Dia 15 - 8 a. m. T. 37—P 108—R 32. El mismo estado del día anterior.

Dia 16—8 a. m. T 37.4—P 112—R 32. Exudado disminuido; tiene diarrea.

Dia 17—8 a. m. T. 37—P 100—R 28. Tós menos ronca; el cornaje y el tiraje han disminuido.

Dia 18—8 a. m. T 37—P 108—R 36. Orina normal.

Dia 19—8 a. m.—T 36.6—P 96—R 32. Exudados, han desaparecido; el cornaje y el tiraje muy disminuido.

Dia 20—8 a. m. T 36.8—P 92—R 24. El tiraje y el cornaje han desaparecido; á pesar de esto persiste la tos crupal; se alimenta bien.

Dia 21—8 a. m. T 36.8—P 100—R 40.

Dia 22—8 a. m. T 36.7—P 86—R 28.

Dia 23—8 a. m. T 37.8—P 100—R 40.

Dia 24—8 a. m. T 37—P 110—R 36. Desaparece la tós crupal; ha estado 3 días más en observación y no teniendo novedad sale de alta. El dia 29 de Junio vuelve con síntomas de crup y se mejora con tratamiento común, saliendo de alta el día 17 de Julio.

XVIII

Jose, expósito núm. 2188, de 4 años de edad, entra al servicio el día 14 de Junio, presenta en su garganta exudados en ambas amígdalas, en la faringe y ambos pilares del velo del paladar; los exudados son muy espesos. T 38—P 136—R 32.

5 p. m.—Hecho el exámen de los exudados se encontraron bacilos de Löfler; se inyectan 0.20 c. c. de suero.

Dia 15 8 a. m. T 38.2—P 140—R 36. Los exudados en el mismo estado. Desde este día la marcha del enfermo es muy satisfactoria, no presentando la temperatura, el pulso y la respiración irregularidad alguna. En vista de permanecer los exudados en el mismo estado se hace una inyección de 0.10 c. c. de suero. Desde entonces los exudados disminuyen más y más hasta el día 23 en que desaparecen. Se sigue la observación hasta el día 27 y no presentando novedad se dá de alta.

XIX

Alberto, expósito núm. 2120, de 3 años y 5 meses de edad, entra al servicio el día 14 de Junio; presenta exudados en ambas amígdalas; hecho su exámen se encuentran bacilos de Löffler; hay infarto ganglionar; T 36.5—P 130—R 22.

5 p. m.—T 38.2—P 140—R 24. El estado del enfermo es el mismo de la mañana con más tós crupal, cornaje y tiraje; se inyectan 0.20 c. c. de suero.

Dia 15—8 a. m. T 37. P 128—R 28. Persisten los

exudados y el infarto; sigue con crup; el cornaje y el tiraje han aumentado; nueva inyección 0.20 c. c. de suero; se alimenta muy poco; pulso intermitente.

5 p. m.—Se encuentra en estado agónico; muere á las 7 p. m.

AUTOPSIA.

Laringe y traquea—Exudados.
Garganta—Exudados.
Pulmones—Algo congestionados.
Bazo é *Higado*—Aumentados de volúmen.
Riñones—Congestionados.

XX

Fidéla, expósita núm. 1498, de 4 años de edad, entra al servicio el día 15 de Junio, atacada de varicela, presenta en la garganta un exudado que ocupa casi toda la faringe; infarto ganglionar; tiene temperatura 37.2;—P 120—R 52; estado general malo; se le inyectan 0.20 c. c. de anti-toxina Roux.

Dia 16—8 a. m. Más ó ménos el mismo estado del día anterior. T 37.8—P 128—R 48. Se observa un poco de congestión pulmonar.

5 p. m.—Temperatura, pulso y respiración sin oscilaciones. Estado general el mismo.

Dia 16—8 a. m. T 37—P 120—R 40. Las placas han disminuido; aparece diarrea sanguinolenta y fétida: pulmones en el mismo estado.

5 p. m.—T 38.2—P 120—R 36. Se alimenta poco; el estado de los pulmones ha empeorado algo; el vientre en el mismo estado.

Dia 17.—8 a. m. T 37.2—P 116—R 32. Gran postración, tiene cuatro deposiciones diarréicas (entero-colitis); se hace tratamiento de esta afección.

5 p. m.—T 37 2—P 140—R 40. Garganta sin modificación; el mismo estado general de la mañana.

Dia 18.—8 a. m. T 36.2—P 120—R 40. El mismo estado general y local.

5 p. m.—T 36.7—P 100—R 38. La garganta lo mismo aunque se desprenden más fácilmente las placas; diez deposiciones.

Dia 19—8 a. m. T 37—P 120—R 40. Garganta en el mismo estado; entero-colitis algo mejor.

5 p. m.—T 37.7—P 120—R 40. Sin novedad.

Dia 20—8 a. m. T 37.3 — P 120 — R 35. Aparecen en los lábios, encias y lengua, pequeñas ulceraciones con exudados.

Estado general, el mismo del día anterior.

5 p. m.—T 37.2; P 132—R 44. Sigue lo mismo.

Dia 21—8 a. m. T 36.6—P 120—R 44. Se nota en la región palatina y borde interno de la encía superior derecha, ligeros exudados. Estado general, algo mejor.

5 p. m.— T 37.7—P 128—R 48. Mismo estado de la mañana.

Dia 22—8 a. m. T 37.6—P 116—R 22. Garganta, paladar, labios y lengua mejorados.

5 p. m.—T 37.2—P 126—R 34. Mismo estado.

Dia 23—8 a. m. T 36.4—P 120—R 34. La boca y la garganta siguen mejorando.

5 p. m.—T 36.7—P 128—R 40. Nada de apreciable se observa, á no ser el aumento del número de las deyecciones.

Dia 24—8 a. m. T 36.7—P 130—R 36. El mismo estado que el dia anterior.

5 p. m.—T 37.3—P 112—R 32. Disminuyen los movimientos de vientre.

Dia 25—8 a. m. T 35.3—P 140—R 40. Pulso muy débil; persisten las placas en los labios, encías, lengua y garganta; mismo estado del vientre.

5 p. m.—T 37.1—P 136—R 40. No se nota modificación.

Dia 26—8 a. m. T 37.7—P 124—R 32. Sin novedad.

5 p. m.—T 37.9—P 128—R 40. Mismo estado de la mañana.

Dia 27—8 a. m. T 37.5—P 140—R 40. Se nota alguna mejoría en las placas; el vientre lo mismo.

5 p. m.—T 37.9—P 144—R 42. Lo mismo que en la mañana.

Dia 28.—8 a. m. T 37.8—P 120—R 32. Las placas de la garganta un poco más chicas; ya no hay sangre en las deposiciones.

5 p. m.—T 37.8—P 120—R 34. Sin novedad.

Dia 29—8 a. m. T 36.6—P 128—R 34. Los exudados mucho mejor; el vientre lo mismo.

5 p. m.—T 37.3—P 116—R 30. El mismo estado de la mañana.

Dia 30—8 a. m. T 36.6—P 116—R 30. Las placas siguen mejorando; la diarrea persiste.

Dia 1° de Julio - 8 a. m. T 36.4—P 112—R 28. La garganta, lengua y encias mucho mejor.

Dia 2—8 a. m. T 37.1—P 120—R 28. Mejor las placas y también la diarrea. Sigue sin alteración en este estado hasta el día 10 de Julio en que es dada de alta.

XXI

Francisco, expósito núm. 4883, 6 años de edad, entra al servicio el día 15 de Junio á las 11 a. m.

Convaleciente de sarampión aparece un exudado en la pared posterior de la faringe, el resto de la garganta limpia; ganglios del cuello infartados; T 38.9—P 140—R 28. Se inyectan 0.20 c. c. de suero antidiftérico; tiene bacilos de Löffler.

Dia 16—8 a. m. T 40—P 140—R 32. Exudados en ambas amígdalas; pilares y úvula; las membranas extraidas aunque muy espesas se desprenden con facilidad; no se aliménta.

5 p. m·—T 39.5—P 140—R 28. Se hace otra inyección de 0.20 c. c.

Dia 17—8 a. m. T 40—P 140—R 36. Pasó la noche mal; ha tenido tres deposiciones de caracter diarréico; orina escasa; la garganta completamente cubierta de exudados; nueva inyección 0.15 c. c.

5 p. m.—T 40.2—P 144—R 30. Estado de la garganta, el mismo de la mañana; pasó el dia muy inquieto; se hace otra inyección de 0.10 c. c. y se prescriben lociones de vinagre aromático.

Dia 18—8 a. m. T 39.5—P 140—R 32. Garganta y estado general lo mismo que el dia anterior. El análisis de la orina dá resultados negativos; dada la persistencia de la fiebre se prescribe un baño de vapor.

5 p. m.—T 40 - P 180—R 28. Lo mismo que por la mañana. Se le dá un baño de vapor.

Dia 19—8 a. m. T 39.3—P 160—R 28. Pasó la noche en el mismo estado que el dia anterior; inyección de 0.10 c. c.; se prescribe otro baño de vapor; se nota

una erupción generalizada (eritema polimorfo) que se estiende al cuerpo y las extremidades, que creémos producida por la anti-toxina.

5 p. m.—T 39.5—P 140—R 36. Pasó el día en gran estado de postración; garganta siempre cubierta; la erupcion persiste; se le dá un baño de inmersión.

Dia 20—8 a. m. T 38.4—P 160—R 28. Pasó la noche más tranquilo; estado general el mismo.

5 p. m.—T 39.3—P 140—R 40. Mismo estado de la garganta; se nota supuración de los oidos; se prescribe otro baño.

Dia 21—8 a. m. T 39.5—P 160—R 32. Mismo estado del dia anterior; se prescribe un baño frio.

5 p. m.—T 39.5—P 170—R 44. El pulso es irregular y débil.

Dia 22—8 a. m. T 39—P 150—R 56. El estado de la garganta siempre el mismo: el pulso se ha regularizado.

5 p. m.—T 39.2—P 148—R 48. El mismo estado de la mañana.

Dia 23—8 a. m. T. 38.4—P 140—R 40. Desaparece la erupción; la garganta y el estado general no han cambiado.

5 p. m.—T 38—P 144—R 64. Sigue el mismo estado de la mañana.

Dia 24—8 a. m. T 37.4—P 140—R 40. Se nota enfisema en la cara, cuello, parte superior del tórax, brazos y manos.

5. p. m.—T 38.5—P 150—R 48. Ha aumentado el enfisema.

Dia 25—8 a. m. T 38.1—P 160—R 52. El mismo estado del dia anterior.

5. p. m.—T 38.2—P 152—R 48. El mismo estado que por la mañana.

Dia 26—8 a. m. T 38.4—P 144—R 44. El estado general no ha cambiado; las placas siempre muy estendidas; durante la noche ha tenido abundantes epístaxis.

5 p. m.—T 38.9—P 120—R 44. El enfisema se ha propagado á todo el cuerpo.

Dia 27 -8 a. m. T 37.5—P 144—R 36. Siguen las epistaxis; por lo demás ninguna novedad.

5 p. m.—T 37.9—P 140—R 37. El mismo estado de la mañana,

Dia 28—8 a. m. T 38 P 148—R 36. Siguen las epistaxis muy abundantes.

5 p. m.—T 37.5—P 152—R 32. Sigue en el mismo estado.

Dia 29—8 a. m. Ha pasado la noche muy mal y muere á esta hora.

AUTOPSIA

Difteria—Hipertoxica.
Pleuresía—Diafragmática derecha.
Enfisema—Generalizado.
Abceso retro-faringeo.
Gangrena de la laringe.
Bazo é hígado—Aumentados de volúmen.

XXII

Manuel, expósito núm. 1826, 4 años de edad, entra al servicio el día 17 de Junio de 1895; convalesciente de sarampión; se le nota un lijero exudado que cubre la amígdala derecha; con infarto ganglionar; se le hace una inyección de 0,15 c. c. en la región glútea izquierda.

5 p. m.—T 39.5—P 144—R 48. Ambas amigdalas y la campanilla cubiertas de falsas membranas; se recomienda el exámen bacteriológico, y el análisis de la orina.

Dia 18—8 a. m. T 38.5—P 140—R 48. Pasó la noche agitado; garganta cubierta de exudados; difteria nasal; el analisis de la orina dá vestigios de albúmina; se practica una inyección de 0.20 c. c.

5 p. m.—T 39—P 120—R 34. Garganta en el mismo estado de la mañana; aparece una gingivitis.

Dia 19—8 a. m. T 38.9—P 140—R 44. Pasó bien la noche; garganta y nariz completamente limpias. se ordena un baño de vapor y se inyectan 0.10 c. c. de anti-toxina,

5 p. m.—T 39,5—P 140—R 48. Después del baño aparece una erupción generalizada (exantema de forma sarampionosa), garganta sin novedad.

Dia 20—8 a. m. T 38.2—P 132—R 44. Se nota muy postrado, la erupción aparece más apagada.

5 p. m.—T 39—P 160—R 48. Sigue postrado.

Dia 21—8 a. m. T 39.5—P 160—R 40. Pasó mal la noche; aunque menos pronunciado persiste el exantema; lengua tifoidea se notan ligeras intermitencias en el pulso; se ordena otro baño de vapor.

5 p. m.—T 39.3—P 160—R 48.

Dia 22—8 a. m. T 39.6—P 150—R 44. No se alimenta; el pulso sigue irregular y débil; se prescribe otro baño de vapor.

5 p. m.—T 39.3—P 150—R 48. El pulso es muy irregular; muere el día 23 á las 4 a. m.

AUTOPSIA

Congestión cerebral
Congestión pulmonar.
Bazo grande y congestionado.

Hígado grande y tambien congestionado.
Congestión renal.
Difteria hipertóxica.

XXIII

Emilio, expósito núm. 4783 de 6 años y 2 meses de edad— convalesciente de sarampión, se nota ambas amígdalas, el velo del paladar, y la parte posterior de la garganta cubierta por un exudado con caracteres clínicos de difteria; en este estado entra al servicio el día 17 de Junio, teniendo T 39.3—P 180— R 60. Se le hace una inyección de 0.20 c. c.

Dia 18—8 a. m. T 39.5—P 160—R44. Se hace una inyección de 0.10 c. c.

5 p. m.—T 39.5—P 126—R 32. Poca orína y algo de tenesmo rectal; la garganta no ha cambiado.

Dia 19—8 a. m. T 39.7—P 130—R 30. Aparece, diarrea mucosa y fétida.

5. p. m.—T 38.5—P 136—R 40. Practicado el análisis microscópico da bacilos de Löffler.

Dia 20—8 a. m. T 38.3—P 120—R 48. La garganta sensiblemente mejorada.

5 p. m.—T 38.1—P 102—R 38.

Dia 21—8 a. m. T 38.4—P 120—R 36.

5 p. m.—T 39.1—P 120—R 44. Estado de la garganta el mismo del día anterior.

Dia 22—8 a. m. T 37.4—P 112—R 40. Se nota en la úvula placas de carácter diftérico.

5 p. m.—T 38.2—P 116—R 37.

Dia 23—8 a. m. T 37.2—P 108—R 40. El estado de la garganta mejora.

5 p. m. T 38.2—P 140—R 40.

Dia 24—8 a. m. T 37.4—P 120—R 36. Las placas empiezan á desprenderse.

5 p. m.—T 37.6—P 120—R 44.

Dia 25—8 a. m. T 37.6—P 120—R 44.

Dia 26—8 a. m. T 37.1—P 144—R 28. Las placas han aumentado; se nota gangrena de las encías que se tocan al termo-cauterio; se dá clorato de potasio y tintura de coclearia.

5 p. m.—T 37.1—P 128—R 44. Sin novedad.

Dia 27—8 a. m. T 37.5—P 132—R 28. Las placas y la gangrena en el mismo estado.

5 p. m.—T 37.7—P 112—R 30.

Dia 28—8 a. m. T 37.7—P 112—R 28. La gangrena parece limitarse.

5 p. m.—T 37.6—P 120—R 24.

Dia 29—8 a. m. T 37.9—P 128—R 30. La gangrena mejor.

5 p. m. T 37.9—P 128—R 30. Desde este momento empieza á mejorar lentamente: sin presentar novedad, hasta el 17 de Julio, en que se le dá de alta.

XXIV

Umberto, expósito núm. 1413 de 4 años 4 meses de edad, convaleciente del sarampión; se nota enrojecimiento pronunciado en la garganta y tós algo ronca; en previsión se pasa al departamento de sospechosos el día 15 de Junio por la mañana. El día 17 presenta un exudado en ambas amígdalas y la úvula; ligero infarto glanglionar; en vista de esto se traslada á la sala de diftéricos y se le hace una inyección de 0.20 centímetros cúbicos.

5 p. m. T 38.2—P 126—R 42. Los exudados han aumentado en estensión.

Dia 18—8 a. m. T 37.8—P 116—R 28. Nariz y garganta completamente cubiertas de exudados; orina normal.

5 p. m. T 37.8—P 120—R 32. Mismo estado que por la mañana.

Dia 19—8 a. m. T 38.2—P 112—R 32. La garganta algo mejorada.

5 p. m. T 38—P 120—R 36.

Dia 20—8 a. m. T 37.8—P 118—R 32. Sigue la mejoria de la garganta y empieza á alimentarse.

5 p. m. T 38—P 112—R 32.

Dia 21—8 a. m. T 37.5—P 132—R 40. La garganta mejor, tiene mucha tós.

5 p. m. T 37.2—P 100—R 28.

Dia 22—8 a. m. T 37.5—P 100—R 32. Solo quedan en la garganta pequeños exudados que se desprenden fácilmente.

5 p. m. T 37.6—P 108—R 37.

Dia 23—8 a. m. T 36.7—P 108—R 40. Mismo estado que el día anterior.

5 p. m. T 37.4—P 116—R 32

Dia 24—8 a. m. T 36.6—P 120—R 36. Empieza á supurar el ojo derecho.

Dia 25—8 a. m. T 37—P 88—R 28. Mismo estado que el dia anterior.

Dia 26—8 a. m. T 37—P 112—R 28. Tiene mucha tós. (Coqueluche) pulso algo debil.

Dia 27—8 a. m. T 36.5—P 100—R. 28. La supuración de los ojos continúa.

Dias 28 y 29—Pasa sin novedad, se le dá de alta de difteria.

El día 25 de Julio muere, se practica la auptosia y dá bronco-neumonia doble, pleuresia seca del lado derecho, corazón aumentado, hígado grande, bazo grande, meningitis, riñones congestionados.

XXV

Tomás, expósito número 2815 de 2 años 6 meses de edad, convaleciente de una bronco neumonia sarampionosa, pasa á la sala de sospechosos el 19 de Junio con exudados en la amígdala derecha, faringe y rubicundez en ambos pilares y la campanilla. Por la tarde estas placas se estienden á toda la garganta, tiene T 38.4 -P 130—R 36. Se sacan placas para su análisis se le inyectan 0.20 c. c. de anti-toxina.

Dia 20—8 a. m. T 38.7—P 120—R 32. Garganta cubierta de placas, tiene 4 deposiciones diarréicas, se alimenta poco, el exámen de la placa dá bacilos Löffler.

5 p. m. T 39—P 120—R 34. Sigue la diarrea, el niño está postrado.

Dia 21—8 a. m. T 37.3—P 140—R 24. La postración á aumentado, la garganta en el mismo estado, se hace una inyeccion de 0.10 c. c.

5 p. m. T 38.4—P 160—R 28.

Dia 22—8. m. T 37.7—P 140—R 28. Se nota una ligera mejoria en el estado de la garganta.

Dia 23—8 a. m. T 38.2—P 130—R 32. Continúa la mejoria de la garganta.

Dia 24—8 a. m. T 38.7—P 104—R 36. La garganta mejora, empieza á alimentarse. La temperatura y la respiración siguen sin variación notable hasta el 30 de Junio en que la temperatura llega á 39, y los dias 2 y 4 de Julio alcanza al mismo punto sin que se encuentre la causa de este ascenso. El día 8 de Julio presenta una erupción que se localiza de preferencia en las piernas y los brazos; desde el día 9 de

Julio en que se localiza la enfermedad la temperatura no pasa de la normal, la placa empieza á tocarse en esa fecha con tópico de Löffler.

Las placas desde esta fecha empiezan á disminuir de tamaño, pero de una manera tan lenta que solo el día 7 de Agosto es dado de alta, después de haber tenido varicela.

XXVI

Ana, expósita número 3407 de 2 años de edad atacada de bronco neumonia sarampionosa fué pasada al departamento de sospechosos el día 17 de Junio, notándose tos ronca, rubicundez de la garganta y ligera rinitis.

Persistiendo en dicho estado y habiéndose acentuado los fenómenos crupales es pasado al departamento de diftéricos el 21 de Junio á las 10 y 1/2 a. m. siendo su estado el siguiente: T 38.3—P 170—R 52; Difteria nasal, garganta roja pero sin exudados, bronco neumonia, no hay infarto ganglionar pero si tiraje y un tinte cianotico de las extremidades, órbitas y labios; tiene tendencia al enfriamiento; el pulso sumamente débil siendo dificil apreciar sus caractéres; se inyectan 0.20 c. c. de anti-toxina.

5 p. m. T 38.7—P 160—R 50. El pulso algo mejor.

Dia 22—8 a. m. Pasa la noche sumamente agitada, con mucho tirage y muere á las 4 a. m.

Se practica la autopsia que dá el siguiente resultado: Crup diftérico, bronco neumonia doble.

XXVII

Casilda, expósita número 1618, de 4 años de edad, atacada de coqueluche y de gingivitis gangrenosa; se notan en la garganta placas clinicamente diftéricas por cuyo motivo es pasada á este servicio; presenta además pústulas de varicela de aspecto gangrenoso, tiene infarto ganglionar y un poco de rinitis T 38.5—P 150—R 60, se inyectan 0 20 c. c. de anti-toxina.

5 p. m. T 39.1—P 160—R 48.

Dia 25—8 a. m. T 38.4—P 140—R 40. Exudados en el mismo estado, tiene diarrea, se alimenta poco. Tiene bacilos de Löffler.

Dia 26—8 a. m. T 38.1—P 124—R 44. Exudados con mejor aspecto, sigue la diarrea, pulso débil é intermitente.

4 p. m. Tiene un ataque convulsivo muy intenso; las pupilas no reaccionan; está sin pulso, muere á esta hora.

AUTOPSIA

Congestión cerebral.
Gangrena de la boca.
Exudados en la garganta.
Ulceraciones gangrenosas inguino-vulvares.

XXVIII

Teresa, expósita núm. 3928, de 1 año 3 meses de edad. Convaleciente de sarampión, presenta en la garganta (en la úvula) una placa que se diagnóstica

clinicamente de difteria; tiene deposiciones diarréicas y bronco-neumonia doble. T 37—P 148—R 36.

5 p. m. T 37.8—P 148—R 60. El pulso sumamente débil; se prescribe Cafeina y se hace una inyección de 0.10 c. c.

Dia 29—8 a. m. T 37.3—P 140—R 55. El mismo estado que el día anterior. Se hace una inyección de 0.10 c. c.

5 p. m. Ha seguido durante el día deprimiéndose más y más y muere á esta hora.

AUTOPSIA

Bronco-neumonia doble.
Gangrena de la boca.
Idem ano-vulvar.

XXIX

Adela, expósita núm. 1813, de 4 años y 1 mes, entra al servicio el día 11 de Julio de 1895 á las 11 a. m. y presenta los sintomas siguientes: garganta muy roja cubierta de un exudado que ocupa toda la amigdala derecha. Examinado este exudado se encuentran bacilos de Löffler, tiene infarto ganglionar en ambos lados, tos ronca; á la auscultación la respiración es algo ruda; tiene coqueluche. T 37.1—P 120—R 32. Se hace una inyección de 0.20 c. c. de antitoxina.

Día 12—8 a. m. T 37.3—P 104—R 28. Aparece un exudado en la amigdala izquierda.

Día 13—8 a. m. T 37—P 108—R 28. El infarto disminuye; las placas han desaparecido.

La enferma desde este día sigue sin presentar novedad digna de mención, hasta el 26 de Julio, que es dada de alta.

XXX

Emilia, expósita núm. 4757, de 6 años de edad, entra á la casa el 11 de Julio á la noche; se le aisla, pues presenta en la garganta un exudado que se extiende de una amígdala á la otra, pasando por detrás del velo del paladar y de la úvula. Hecho el exámen al microscopio el día 12 por la mañana, se encuentran bacilos de Löeffler y por esto se le manda al servicio de diftéricos. Tiene ligero infarto ganglionar, T 37.7—P 108—R 32. Se inyectan 0.20 c. c. de anti-toxina.

Día 13—8 a. m. T 37.5—P 108—R 30. La garganta tiene mejor aspecto; el infarto persiste.

Día 14—8 a. m. T 37—P 100—R 28. La garganta notablemente mejorada; el infarto muy disminuido.

Desde este día la garganta mejora sensiblemente hasta el día 18 en que es dada de alta.

XXXI

Ruperto, expósito núm. 2291, de 3 años y 3 meses; el día 18 de Julio entra al pabellón de sospechosos por presentar un exudado en la garganta que se diagnostica clínicamente de difteria; examinado al microscopio se encuentran bacilos de Löeffler. En ambas amígdalas, por detrás de la úvula se ven las falsas membranas que se desprenden fácilmente y se reproducen con mucha rapidez; hay un poco de infarto

ganglionar. T 36.7—P 146—R 40. Se inyectan 0.20 c. c. de anti-toxina.

5 p. m. T 36.7—P 140—R 40. Se descubre una placa de gangrena en la encía inferior, del lado izquierdo.

Día 19—8 a. m. T 37.2—P 140—R 25. Las placas tienen mejor aspecto; el infarto lo mismo.

5 p. m. T 37.5—P 140—R 24.

Desde el día 20 de Julio, el enfermo entra en una franca mejoría, las placas disminuyen poco á poco y es dado de alta el día 1º de Agosto, con la garganta completamente limpia.

XXXII

Patricio, expósito núm. 1846, de 2 años 9 meses de edad, entra al servicio el día 23 de Julio; viene del servicio de ojos, donde estuvo asistiéndose de una conjuntivitis purulenta aguda, por haber aparecido en ambas conjuntivas palpebrales, exudados espesos que se diagnostican de diftéricos; tiene infarto ganglionar del cuello; diarrea catarral. Se axamina el exudado al microscopio y se encuentran bacilos de Löffler; se inyectan 0.20 c. c. de suero y sigue tratándose enérgicamente la conjuntivitis purulenta. T 36.8 P 120—R 26.

Día 24—8 a. m. T 37—P 132—R 32. Los exudados empiezan á desprenderse.

Día 25—8 a. m. T 37—P 128—R 36. Vuelve á tomar incremento el exudado; el enfermo se alimenta poco. Se inyectan 0.10 c. c. de suero.

Día 26—8 a. m. T 37.6—P 128—R 32. El exudado con mejor aspecto; pierde el ojo izquierdo por los progresos de la conjuntivitis purulenta.

Día 27—8 a. m. T 38.3—P 126—R 33. El exudado sigue mejorando.

Día 28—8 a. m. T 37—P 120—R 30. Persiste el exudado.

Día 29—8 a. m. T 36.6—P 128 - R 28. El mismo estado que el día anterior; tiene diarrea sanguínea.

Día 30—8 a. m. T 37—P 128—R 32.

Día 31—8 a. m. T 37—P 120—R 30. Recrudece el exudado; hay supuración en los oídos.

Día 1º de Agosto—8 a. m. T 36—P 100—R 32. Pierde el ojo derecho.

Día 2—8 a. m. T 36.8—P 124—R 20. Por la tarde la temperatura asciende á 38º.

Día 3—8 a. m. T. 36—P 128—R 24.

Día 4—8 a. m. T 36—P 144—R 30. Desaparece el infarto y los exudados; desde el día 5 hasta el día 10, la marcha de la temperatura, pulso y respiración, no presentan irregularidad alguna. Sale de alta el día 11.

XXXIII

Eulogia N.—20 años, casada, entra al servicio el día 29 de Julio á las 5 p. m. Dice la enferma que desde tres días antes sentía dolores en la garganta, no dandole importancia hasta el día 29 en que este se hizo muy intenso; examinada, se encontró una placa de aspecto gangrenoso que ocupaba ambas amígdalas y en la que se encontraron bacilos de Löffler, por cuya razón se le inyectaron 0.20 c. c. de anti-toxina. Presenta además un poco de infarto ganglionar y se queja de cefalalgia y de inapetencia; tiene T 39.4—P 90—R 28.

Día 30—8 a. m. T 38.6—P 90—R 22. La placa en el mismo estado.

Día 31 - 8 a. m. T 37—P 72—R 20. Las placas han disminuido en estensión y espesor; vuelve el apetito, desaparece la cefalalgia.

Desde este dia, la temperatura no pasa de la normal; la garganta mejora ràpidamente y es dada de alta el día 9 de Agosto.

XXXIV

Roque, expósito núm. 3772, 1 año 7 meses, entra al servicio el día 31 de Julio de 1895; presenta un exudado que cubre las dos amígdalas, la úvula y los pilares; infarto ganglionar de ambos lados, mucho más notable en el lado izquierdo. Examinado el exudado al microscopio se encuentran bacilos de Löffler; se le hace una inyección de 0.10 c. c. de anti-toxina preparada en el Departamento Nacional de Higiene. T 36—P 120—R 28.

Agosto 1º.—8 a. m. T 35—P 88—R 24. El mismo estado que el dia anterior; se inyectan 0.15 c. c. de la misma anti-toxina.

Dia 2—8 a. m. T 37.8—P 100—R 26. El infarto en el mismo estado; las placas han disminuido algo en estensión y espesor; se prescriben fomentos calientes al cuello.

Dia 3—8 a. m. T 36—P 108—R 32. La garganta lo mismo; aparece diarrea.

Dia 4—8 a. m. T 36—P 120—R 60.

Dia 5—8 a. m. Muere con mucha dispnea y pulso acelerado.

AUTOPSIA

Exudados en la garganta; no se encuentra, fuera de las alteraciones que caracterizan á una infección intensa, lesiones que expliquen los síntomas que el enfermo ha presentado.

XXXV

Ernesto, expósito núm. 3743, 1 año 8 meses de edad, entra al servicio el día 1º de Agosto. Este enfermo convalesciente de sarampión presentaba síntomas de crup, cuya especificidad no pudo determinarse si no después de cinco exámenes negativos—no presenta en la garganta sinó una intensa rubicundez, está afónico, presenta tiraje y cornaje; tiene bronco-neumonía; examinado con mucha detención se vé en la garganta un exudado apenas perceptible en el que se encuentran bacilos de Löffler. Tiene T 37.7—P 148—R 53. Se inyectan 0.30 c. c. de anti-toxina del Departamento Nacional de Higiene.

Dia 2—8 a. m. T 38.8—P 160—R 80. Pulso irregular é intermitente—más acentuados los síntomas del día anterior—se hacen vaporizaciones y fomentaciones calientes al cuello.

5 p. m.—T 40—P 160—R 78. Sigue en el mismo estado que por la mañana.

Dia 3—8 a. m. T 43—P 136—R 80. Es de notar que la temperatura sólo permaneció á esta altura durante unos veinte minutos, pues se prescribió un baño al enfermo que la hizo bajar más de un grado y medio.

5 p. m.—T 40—P 136—R 72. Se ha hecho tubaje; muere á la 1 y 25 a. m. del día 4 de Agosto.

AUTOPSIA

Falsas membranas en la laringe y en la tráquea.
Bronco-neumonia doble.
Bazo é hígado aumentados de volúmen.

XXXVI

Ubalda, expósita núm. 9040, de 11 años de edad, entra al servicio el día 2 de Agosto. Manifiesta por medio de señas, pues es muda, sentir dolor en la garganta. Examinada ésta, se encuentra que las amigdalas y la faringe están cubiertas por un exudado casi inperceptible, donde se encuentran bacilos de Löffle; tiene infarto ganglionar.—T 37.4—P 80—R 24. Se inyectan 0 15 c. c. de anti-toxina del Departamento Nacional de Higiene.

Dia 3—8 a. m. T 37—P 72—R 24. Aparecen en la amigdala izquierda exudados más espesos.

Dia 4—8 a. m. T 36.7—P 66—R 20. El infarto se acentúa un poco más.

Dia 5—8 a. m. T 36 -P 80—R 20. La garganta sigue en el mismo estado.

Desde este día, la garganta se limpia rápidamente siendo dada de alta el dia 10, debiendo hacer notar que, habiendo quedado las amigdalas muy grandes, se hizo la amigdalotomía doble, de la que curó sin consecuencias.

XXXVII

Juan, expósito num. 3338, de un año y 11 meses de edad, entra al servicio el día 8 de Agosto á las 5 p. m. Presenta en la garganta un exudado que cubre la amigdala derecha y parte del pilar anterior; tiene gran infarto ganglionar. El exámen de los pulmones revela una bronco-neumonia; examinado el exudado se encuentra bacilos de Löffler. T 39.3—P 128—R. 60. Se hace una inyección de 0.20 c. c. de anti-toxina.

Dia 9—8 a. m. T 39—P 128—R 32. La garganta bastante mejor; menos infarto ganglionar y menos dispnea.

Dia 10—8 a. m. 39.2—P 120—R 28. La garganta completamente limpia.

Dia 15—Exantema generalizado.

Setiembre 12—á las 6 p. m. presenta un temblor que empieza en el brazo izquierdo pasa al derecho y se generaliza; presenta convulsiones hasta la 1 1/2 a, m. del día 13, en que muere.

AUTOPSIA

Bronco-neumonia doble.
Pleuresia purulenta, lado derecho.
Sinfisis cardíaca.
Pericarditis fibrinosa
Miocarditis.
Esclerosis hepática.

XXXVIII

Angel, expósito núm. 4334, de 9 1/2 meses de edad, entra al servicio el día 18 de Agosto á las 4 p. m. Garganta de aspecto fiegmonoso; exudado muy espeso que cubre ambas amigdalas, la faringe, la úvula y los pilares; tiene tos ronca y está afónico; hay tiraje, infarto ganglionar de ambos lados. T 37.5—P 136—R 56. Se prescriben fomentos calientes á la garganta; se hace una inyección de 0.20 c. c. de anti-toxina.

Dia 19—8 a. m. T 37—P 138—R 55. Se encuentran bacilos de Löffler en las falsas membranas. Desde esta fecha sigue mejorando hasta el día 23 en que desaparecen las placas, saliendo de alta el día 25.

XXXIX

Balbina, expósita núm. 2993 de 2 años y cinco meses de edad, entra al servicio el 26 de Agosto. Infarto ganglionar en ambos lados, exudados en las dos amigdalas, en las que se encuentran bacilos de Löffler. T 36—P 80—R 22.

5 p. m.—T 36.5—P 80—R 20. Se inyectan 0.10 c. c. de anti-toxina.

Dia 27—8 a. m. T 36—P 88—R 22. Garganta de mejor aspecto; desde este día, la enfermita mejora rápidamente y es dada de alta el 12 de Setiembre.

XL

Estanislao, expósito núm 1167, de 4 años y 9 meses de edad, entra al servicio el día 27 de Agosto á las 9 a. m. Presenta un exudado en las dos amigdalas en las que se encuentra el bacilo de Löffler; tiene gran infarto ganglionar. T 37.1—P 100—R 32. Se inyectan 0.20 c. c. de anti-toxina.

Dia 28—8 a. m. T 36.5 - P 100—R 32. Siguen en el mismo estado.

Dia 29—8 a. m. T 36.1—P 108 - R 28. En este estado sigue hasta el 2 de Setiembre, en que todavía persisten las placas, reproduciéndose rápidamente.

Setiembre 3—8 a. m. T 36 5—P 72—R 28. El pulso está irregular, hay un pequeño exudado en el lado derecho; tiene infarto del mismo lado.

Setiembre 7—No hay placas; se levanta.

Setiembre 12—Aparecen placas de urticaria con dolores en ambas rodillas, el niño quiere estar en la

cama; se prescribe un baño tibio general. T 38.3-P 128—R 30.

5 p. m.—T 40—P 140 – R 30.

Setiembre 13—8 a. m. La erupción es mucho menos visible; los dolores de las rodillas persisten; la garganta presenta una coloración muy roja y está algo flegmonoso. T 39.2—P 152—R 28.

Setiembre 14—Desaparece la fiebre y con ella la erupción; el niño se levanta.

Setiembre 16 – El niño sale de alta.

Octubre de 1895.

ILDEFONSO A. BALLESTERO.

Buenos Aires, Octubre 1° de 1895.

Sírvanse dictaminar respecto de la admisibilidad de este trabajo los señores Académicos Dr. José Penna y Profesores Suplentes Dres. Facundo T. Larguía y Cárlos Malbran.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
Luis M. Acuña.

—

Esta Tésis se halla comprendida en las condiciones prescriptas por el Reglamento.

J. J. PENNA.
F. T. Larguía—C. Malbran.

—

Buenos Aires, Octubre 7 de 1895.

En vista del informe que antecede, entréguese al interesado esta tésis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida en acto público.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.
Luis M. Acuña.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La lactancia artificial es preferible á la natural practicada por una nodriza fuera del domicilio.

II

En el crup diftérico, la anti-toxina y la intubación de la laringe, tienden á hacer desaparecer, la traqueotomia.

III

El mejor tratamiento de la gangrena de la boca es el termo-cauterio.
