

## Observación de un caso de angina diftérica

---

Triste es tener que confesar que la medicina quiteña que se ha gloriado de contar entre sus representantes más venerables a los Egas, los Barahona y los Casares, es casi completamente empírica. Nuestros maestros por escuela y por desidia quizás, no se han preocupado de reclamar con insistencia la creación de todas aquellas dependencias de las que tiene urgente necesidad una buena escuela de medicina. Y nos hemos formado así: sin hábitos de laboratorio y viendo con ojos de sorpresa y casi de susto el microscopio, si por rara casualidad hacía su aparición en una de nuestras clases. El laboratorio, en todas sus manifestaciones, es una cosa ignorada, casi por completo, para los médicos quiteños con muy raras excepciones, a pesar de que todos estamos plenamente convencidos de su utilidad, ya que, es él quien soluciona o ayuda a solucionar las graves dificultades de la clínica y quien guía y endereza al médico práctico en el tratamiento de las enfermedades poniendo de manifiesto aquellos datos que sólo el examen clínico, es incapaz de suministrar o explicando muchos fenómenos que parecían inexplicables. No son reproches los que quiero hacer; lo que me propongo con esta confesión, es poner de manifiesto un gran vacío que existe en nuestra enseñanza contra el que debemos reclamar tenazmente, para que nuestros

alumnos, a su vez, no puedan con derecho, quejarse de que la enseñanza es deficiente, porque no es práctica.

Nuestra medicina seguramente es nuestra y debemos estudiarla y la ignoramos; contentos con la lectura o el estudio de libros extranjeros, vivimos satisfechos ignorando lo nuestro y vamos de sorpresa en sorpresa, sin hacer lo posible para explicarnos los hechos y conocer sus causas. Se han estudiado las causas por ejemplo; para no citar si no algo verdaderamente sorprendente, por las que no hemos tenido peste bubónica en Quito, habiéndola tenido, según parece, aún en Ambato? No. El germen, las ratas, casas y gentes sucias, y bien sucias, todo tenemos. Por qué no tenemos pues, peste? Seguramente, por la misericordia de Dios; pero Dios también, para ejercer su misericordia, se ha de valer de medios naturales. Cuáles serán éstos en el ejemplo citado? Ni los médicos, ni la Sanidad, nadie lo sabe. Y como éste, hay cantidad de problemas por dilucidar, sin número de hechos por explicar; para cuándo la explicación?

Vivíamos también convencidos de que la difteria, esá terrible enfermedad que, de no ser oportunamente tratada, de un modo adecuado, es una sentencia de muerte, no existía entre nosotros; así nos lo enseñaron nuestros maestros! Ciertó que, con relativa frecuencia, había niños que morían con angina estridulosa, con falso crup, y eso en horas; cierto que un hermano, contagiaba a otro hermano el falso crup del que ambos morían; pero los maestros habían dicho que no había difteria, además no había ni microscopios menos laboratorios para comprobarlo. Y santas pascuas; vivíamos viendo al desfile hacia el cementerio de un número cada vez más creciente de niños muertos a consecuencia de la difteria negada por los maestros. Es, pues, necesario reaccionar y ojalá las presentes generaciones tan activas cuando se trata de dar conferencias más o menos bien copiadas, dediquen parte de esa actividad a estudios prácticos, de utilidad verdadera y originales,

Para probar que sí hay problemas cuya solución se impone urgentemente, presento la siguiente observa-

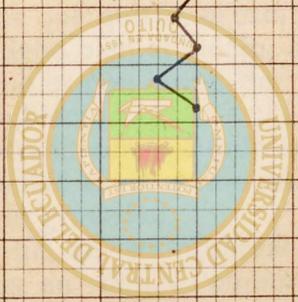
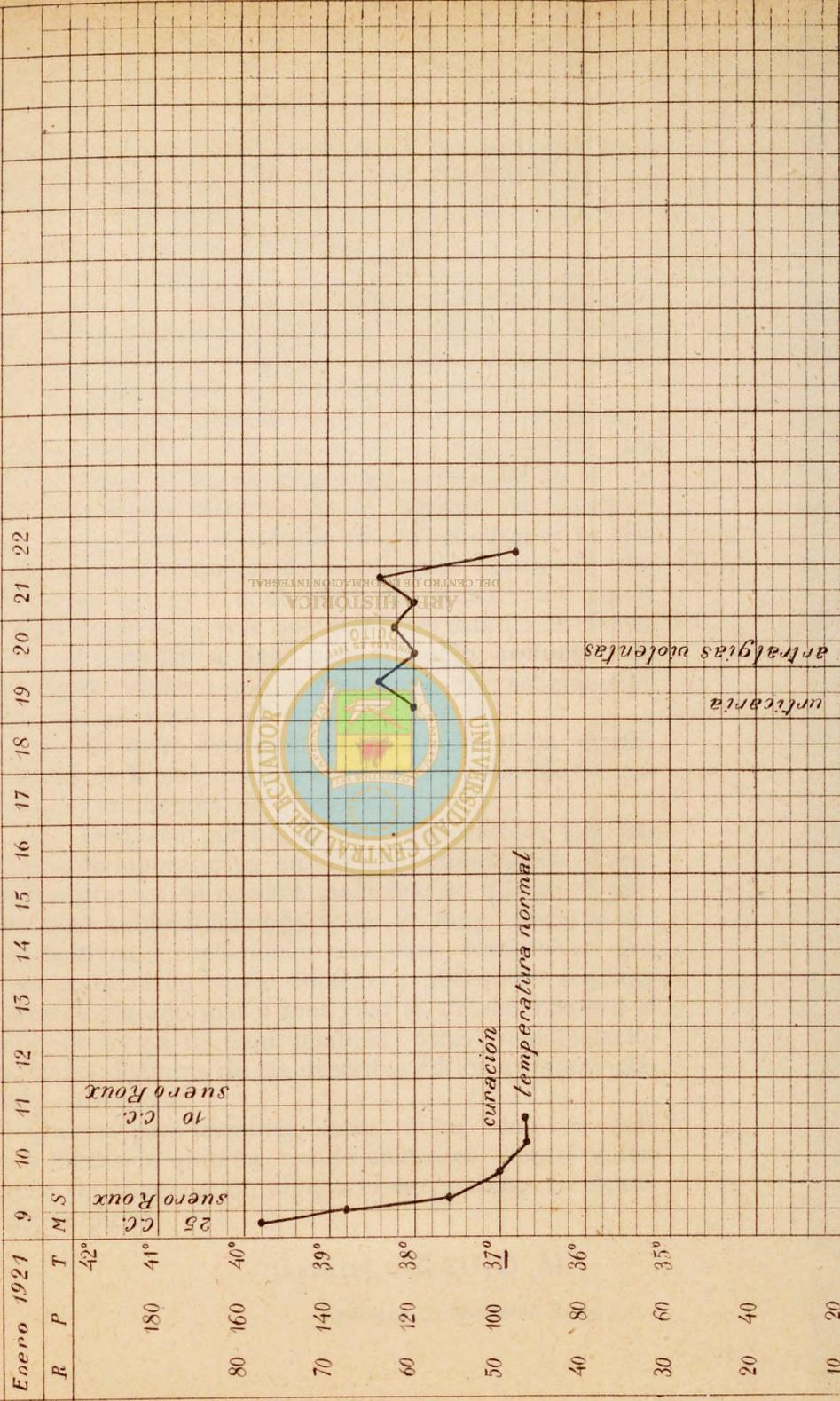
ción sobre un caso de angina diftérica, que es muy interesante por muchos conceptos y porque corrobora mis aseveraciones. Héla aquí:

El 9 de enero próximo pasado, fuí llamado a atender a niño de seis años más o menos; bien constituido y fuerte. El niño se acostó la víspera en buen estado de salud; al despertar el día indicado, la madre notó que su hijo tenía calentura; pero no se quejaba de ningún dolor, ni sintió malestar alguno. A mi llegada, comprobé la realidad de la existencia de fuerte calentura: 39.8 a las 10 y media a. m. reacción, sin embargo que no causaba postración en el niño, que estaba bastante tranquilo y completamente consciente; ni el aparato digestivo, ni el respiratorio torácico, ofrecían al examen nada capaz de explicar tan alta temperatura; examiné en consecuencia la garganta y pude constatar la presencia de una amígdala enorme y tumefacta provista de una magnífica membrana densa y fuertemente adherida. Exteriormente, había un infarto ganglionar muy grande, retromaxilar, del mismo lado que la amígdala diftérica.

Clínicamente, se trataba, para mí, de una angina diftérica verdadera y así expresé a la familia, a la que alarmé, lo que creí necesario para que se tomaran todas las medidas terapéuticas y profilácticas que el caso requería ya que el niño tenía una hermanita y otra parientita que, como es natural, habían estado en relaciones íntimas con él. Se envió, pues, en busca de suero de Roux y entre tanto con don Carlos Bustamante que me ayudó hice dos frotis con un pincel de algodón pasado, bien que con dificultad, por la superficie de la membrana sospechosa. Una de las láminas, fue coloreada con un color básico de anilina y la otra por el método de Gram. En la primera encontramos una buena cantidad de cocos, en especial estafilococos y sobre todo una cantidad colosal de bacilos sumamente largos que formaban cadenas, que, a decir verdad, en nada se parecían a los bacilos diftéricos ni del tipo más largo; tanto así, que el señor profesor de bacteriología cuando los vió más tarde, opinó que no eran bacilos de Loe-

fífler, sino leptotrix. En la segunda placa, coloreada por el método de Gram, sólo hallamos estos mismos leptotrix y nada más. Confirmada, por estos resultados, para mí, la opinión de que eran bacilos diftéricos, inyecté inmediatamente 25 c. c. de suero de Roux, preparado en el Instituto Pasteur de París, es decir, en todo algo más de 6.200 unidades; a las 5 p. m. cinco horas después de la inyección el estado del niño era mejor, pues, la temperatura había bajado a 38.8 y a la noche no tenía sino 37.6, sin otra medicación que el suero, pues, el enfermito, con la inconsciencia propia de la edad, se negó a hacer las prescripciones adecuadas al caso. Al día siguiente, a las 9 a. m. el niño tenía 37° de temperatura y se sentía perfectamente bien, aunque había orinado poco, porque al tratar de hacerlo, le dolía según él explicaba el flanco que recibió la inyección. En el mismo momento, al tratar de examinar la garganta, como le viniera un movimiento de náusea, se desprendió, por sí mismo, una preciosa membrana de unos dos centímetros de largo, por algo más de uno de ancho, aproximadamente, membrana que fue, por precaución, recibida en una vasija con un líquido antiséptico, subsiguientemente, el niño toma algún alimento y pasa tranquilo y apirético, aunque se niega como el día anterior a la medicación aún a la que se había prescrito con antisépticos para la boca. El día 11, para completar la curación, juzgo conveniente administrarle 10 c. c. más de suero, que se le inyectan en el flanco izquierdo; en los días subsiguientes el niño entra definitivamente en estado de salud y se levantó, Dos días después de la segunda inyección hicimos con el mismo señor Bustamante otros frotis completamente negativos, ya que los bacilos que encontramos en las primeras preparaciones y que creo que con razón los juzgamos como bacilos diftéricos, habían desaparecido totalmente. A las dos parientitas del enfermo, se les inyectó profilácticamente 10 c. c. de suero a cada una y hasta aquí no han presentado ningún accidente de alteración en su salud. El enfermito presentó a los diez días más o menos de la primera inyección accidentes

M Niño A. B. M. seis años / angina diftérica



séricos, como urticaria generalizada y artralgias muy intensas acompañadas de calentura; accidentes que, en tres días desaparecieron, con un tratamiento adecuado.

De esta observación deduzco que:

1º La existencia de la difteria en Quito es innegable, cosa, por lo demás ya reconocida generalmente, pues aún se registran pequeñas epidemias periódicas de preferencia entre los meses de noviembre y enero, según me indican mis cuadros de temperatura:

2º El bacilo diftérico no presentó su aspecto morfológico ordinario, tanto que en el valioso concepto del señor profesor de bacteriología, no se trataba en el caso de la presente observación de bacilos de Loeffler; cosa, por lo demás, indudable en mi concepto, ya que el niño se curó en menos de veinticuatro horas, sin otra medicación que 35 c. c. de suero de Roux. Se puede en consecuencia pensar que quizás, el cambio de forma del bacilo diftérico se debe bien al medio ambiente en que vegeta o bien a que es una forma de aclimatación a este mismo medio ambiente.

3º El suero de Roux, administrado en las primeras horas de la enfermedad es un medio infalible de curación sin accidentes de gravedad.

4º Deduzco, por fin, de esta observación, que carecemos de laboratorios en donde pudiéramos hacer estudios propios de nuestra medicina, ya que en el presente caso hubiera sido oportuno y muy interesante, hacer cultivos, inoculaciones, etc., para comprobar que era en realidad un bacilo diftérico y podernos explicar su morfología anormal y averiguar si, de acuerdo con el cambio de forma, no tiene también otras manifestaciones vitales distintas de las descritas en los tratados clásicos y corrientes.

Quiero, para terminar, hacer notar una vez más que la medicina quiteña, siendo como es actualmente, merece sin exageración alguna el vergonzoso calificativo de empírica.

GABRIEL ARAUJO M.

Profesor de Medicina Legal.