

200



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

*Memorias*



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL





Señores:

La memoria que tengo el honor de presentar a vuestro criterio es, a mi juicio, de una importancia práctica muy grande: ella versa sobre el empleo del percloruro de fierro en la afección diftérica. Muchos son los medicamentos preconizados i los que he visto emplear contra esta terrible enfermedad que parece se ha hecho endémica entre nosotros (el clorato de potasa, bromuro de potasio, bicarbonato de soda, borax, ácido fénico, ácido salicílico, salicilato de soda, los balsámicos, copahiba, cubeba; los vomitivos, ipecacuana, emético; los ácidos cáusticos, el clorhídrico, nítrico; el alumbre, la flor de azufre, etc., etc.); pero, de todos ellos, ninguno parece tan eficaz como el percloruro. Este medicamento ha sido empleado entre nosotros por muchos doctores i siempre con muy buen éxito. Uno de los médicos que se encontraron en Copiapó en la penúltima epidemia, me ha dicho que de todos los medicamentos que empleó, ninguno le dio tan buenos resultados como el percloruro.

He dividido la presente memoria en tres partes: en la pri-



mura me ocupo del percloruro; en la segunda hayo una lijera descripcion de la difteria; i en la tercera he colocado unas tres observaciones, estando convencido de que estas solas bastarán para que vosotros juzguis sobre la utilidad e importancia del medicamento citado.

### 1.º Percloruro de fierro.

El percloruro de fierro es un cuerpo sólido, de color amarillo oscuro o rojizo, sin olor, de un sabor sumamente estíptico, deliquescente, soluble en el agua, alcohol i éter, volátil, se funde a  $+50^{\circ}$  i vuelve a solidificarse a  $+25^{\circ}$ , coagula la albumina, se descompone muy fácilmente en presencia de las sustancias orgánicas i se reduce a protocloruro. Se emplea generalmente en una solución acuosa a  $30^{\circ}$  B. llamada solución normal, i una alcohólica llamada tintura muriática, ambas de color amarillo rojizo mas o menos oscuro, que se precipitan por la luz i se enturbian, razon por la cual es necesario guardarlas en frascos oscuros.

Accion fisiológica. Este cuerpo es muy astringente, talvez el mas astringente de todos i aun llega a ser cáustico en solución concentrada, a  $45^{\circ}$  por ejemplo. Tomado a gran



dosis produce desórdenes inflamatorios gastro-intestinales: a pequeñas dosis se une a las materias albuminoides del mucus de las primeras vias i de esta manera penetra en la circulación. Posee propiedades antiplojísticas i antipepticas porque aprieta los tejidos, contrae los vasos i disminuye por consiguiente las hiperhemias. Sobre la sangre: plástica i coagulable, aumenta su coagulabilidad i el número de glóbulos rojos, contrae i aprieta las fibras orgánicas, impidiendo de esta manera la imbibición por los líquidos blancos: contrae las arteriolas e impide por una doble causa las hemorragias capilares.

Aplicado sobre la piel, toma esta un color amarillento, la arruga, la pone como apergamizada i con grietas por dos o tres días.

Sobre la mucosa produce una sensación como de quemadura, sequedad i produce una abundante secreción de mucosidades i sabia la mucosa se arruga, se seca, i luego cambia de color, pues de roja se pone pálida i después amarillenta. Su parte cauterizada se presenta como una delgada película adherida al resto de la mucosa i no se separa hasta diez o quince horas, dejándola intacta i con un poco de subcuidad.

Aplicado sobre las falsas mem



branas, notamos que el enfermo experimenta una sensacion de quemadura mas o menos dolorosa, e inmediatamente una abundante secrecion de saliva i de mucosidades: el dolor cesa muy pronto. Contrae los tejidos subyacentes i puede impedir asi que se formen nuevas exudaciones. La falsa membrana cambia de coloracion, pues passa del blanco sucio al amarillo i se arruga. A las cuatro o seis horas, las partes cauterizadas principian a desprenderse poco a poco; pero en los casos graves se necesitan muchas tocaciones i dejan de ser pues grandes pérdidas de sustancia. Las falsas membranas disminuyen de estension i de grosor, se dividen en trozos, se despegan mas fácilmente i concluyen por dividirse en verdaderos islotes que van desapareciendo poco a poco.

2.<sup>a</sup> — Difteria: breves consideraciones acerca de su naturaleza, causa, etc.

Definicion. La difteria es una enfermedad jeneral, del orden de las afecciones catarrales, especifica i contagiosa, manifestándose jeneralmente por el fenómeno falsa membrana.

Naturaleza. Mucho se ha escrito sobre la naturaleza de la dif-



teria i hasta el presente es un asunto que no está bien resuelto. Cuestión es esta de mucho interés para el tratamiento, pues, según se adopte tal o cual teoría, así debe ser su tratamiento. Hai dos teorías: unos, como Frousscaup, por ejemplo, creen que primero es una afección local i que en seguida, por una reabsorción putrida o septicémica, se infecta el organismo i hace general. Dice que se puede comparar la difteria con la pustula maligna i cree que el mejor tratamiento consiste en la medicación tópica, como la amputación o la cauterización, a fin de destruir in situ el veneno morbífico. Otros, como Bonchut, creen que primero es una afección general i que las manifestaciones locales son secundarias. Suponen que es un principio séptico, un miasma desconocido (micrococcus, esporos) que penetra en la sangre. La teoría de una afección primitivamente general es la que tiene mas partidarios i es tambien la que yo adopto, fundándome en que después de la amputación de las <sup>anijadas</sup> partes vuelve a aparecer la falsa membrana en el mismo lugar, como lo hace notar Sanné; tambien sería muy común en el esófago, el estómago i los intestinos. Por otra parte, hai muchos casos bien comprobados, citados por Noiret, en que no ha



aparecido la falsa membrana, sin embargo de que por los síntomas no podía dudarse de que se trataba de una difteria: también hai casos en que la lesión local aparece cuando la enfermedad está en un estado bastante avanzado.

Causas. Siendo la difteria una afección catarral, es natural que el frío sea una causa predisponente muy poderosa en tiempo de epidemia. Las estaciones frías i húmedas son las mas favorables para su desarrollo. Las personas que padecen anginas están mas predispuestas por que conservan una hiperemia habitual que puede ser el punto de partida de la difteria. Los vapores irritantes, los cáusticos, en las personas débiles, linfáticas, obran como causas ocasionales; pero como consecuencia de una perturbación del organismo cuyas causas permanecen desconocidas. Se desarrolla o espontáneamente o por contagio: este puede ser o por contacto directo de los conductos patológicos, o por el aire espirado. La naturaleza de estos elementos de contagio no está bien determinada: unos creen que sean restos epiteliales o purulentos; otros, como Gueter, han encontrado en la sangre i en las falsas membranas organismos muy pequeños; otros, como Letzerich, los esporos de un hongo, el Zigadiceus furcus.



Anatomía patológica. Las alteraciones más notables residen en las amígdalas, en la úvula o en la farinje, o bien en todas estas partes al mismo tiempo, i consisten en la presencia de un exudado especial, la falsa membrana. Este exudado se presenta ya aislado en forma de placas o ya como una membrana continua que tapija las amígdalas, el velo del paladar, etc. Su color es blanco agrisado o amarillento a veces teñido de rojo o negro por pequeños derrames sanguíneos de la mucosa; su grosor varía, pues puede alcanzar hasta 4 milímetros; su adherencia está en relación con la consistencia i el espesor; es insoluble en el agua i se encoje por la acción de los ácidos sulfúricos, nítricos o clorhídricos; el ácido acético i los álcalis la disuelven como igualmente el clorato de potasa i la cal. Mucho se ha discutido acerca de la composición de las falsas membranas, creyendo algunos que no estaría compuesta sino de fibrina coagulada; pero no es así porque es debida a una alteración del epitelio debida a los hongos: éste toma una disposición reticulada que encierra los restos del primitivo epitelio alterado i glóbulos blancos. Al microscopio se encuentran en la red: fibrina, leucocitos, glóbulos rojos más o menos deformados, granitaciones grasosas, elementos epiteliales, los hongos (micrococos) que pueden



invadir el tejido submucoso, los vasos linfáticos i sanguíneos. La sangre tiene un color moreno, mancha los dedos casi como la sepia, i da a los órganos un tinte sucio característico. Hueber i Formasi han encontrado a veces organismos inferiores. Frecuentemente se encuentra pericarditis, endocarditis o una degeneración grasosa del corazón. Hai una disminución de los glóbulos rojos i de los cloruros.

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Síntomas. La difteria puede principiar ya con el cortejo de síntomas propios de las anginas agudas, como ser escalofríos, fiebre, malestar, anorexia, cefalalgia; ya se manifiesta simplemente por una pequeña incomodidad o dolor en la garganta, sobre todo en el momento de la deglución, i un poco de malestar, de tal modo que el enfermo no se ve obligado a guardar cama. Al principio se nota solamente una rubicundez en la mucosa; pero luego aparecen en las amígdalas, en la úvula o en el velo del paladar las falsas membranas: primeramente es una mancha blanquiza, circunscrita, lisa, del grosor de 2 a 4 milímetros, más delgada en la circunferencia que en el centro; pero luego avanza con irregularidad hacia la periferia, está más o menos adherida a la mucosa (a veces después de desprendida viene una hemorragia). En los casos graves, los ganglios del cuello están enflaquecidos, la boca desprende un olor

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



bastante fétido; puede haber epistaxis por propagación de las falsas membranas hacia las fosas nasales; la respiración se dificulta; hai postración de fuerzas, diarrea, vómitos; el pulso es pequeño, lento; el rostro se altera, viene la cianosis i el enfermo sucumbe por septicemia, sin que las falsas membranas hayan llegado a la larinje; pero las mas veces el enfermo sucumbe por esta propagación o por otra causa o bien por una bronco-neumonía. En los casos leves, el 3.º o 4.º día desaparece la fiebre, las falsas membranas no se reproducen o disminuyen de grosor i de extensión lo mismo que el infarto ganglionar, i al sexto día el enfermo está bueno o en convalescencia.

### Diagnóstico

La angina diftérica puede confundirse con la angina mucosa de productos concretos, pero en esta última mas de esta última son menos marcados; el depósito mucoso es mas espeso, mas abultado; su superficie es desigual i mas blanda; no es tan adherente, de manera que se puede quitar fácilmente con el dedo i aun por las sacudidas de tos. Tambien el carácter epidémico puede servir para ayudar al diagnóstico.

De la escarlatina se diferencia: 1.º por la temperatura, pues en esta enfermedad hai desde el principio 40.º C, mientras que en la angina solo llega a 39.5. — 2.º En la es-



carlatina hai mucha sed; en la anjina, no.  
 3.<sup>o</sup> En la escarlatina hai abbuminuria cons-  
 tante; en la anjina es pasajera. 4.<sup>o</sup> En  
 la escarlatina la anjina sigue una mar-  
 cha irregular, intermitente; las falsas mem-  
 branas son amarillentas, rara vez se estien-  
 den a la laringe, pero si es comun que se  
 dirijan al esofago: en la anjina difterica  
 las falsas membranas se reproducen cons-  
 tantemente i con tendencia a dirigirse  
 a la laringe. 5.<sup>o</sup> En la escarlatina hai  
 erupcion i descamacion por grandes pla-  
 cas: en la anjina difterica nada.

Prognostico. En jeneral es grave.

Tratamiento. Se hacen dos,  
 tres o cuatro toecaciones al dia con la  
 tintura o con la solucion normal, tenien-  
 do cuidado de comprimir suavemente  
 por algunos segundos las falsas mem-  
 branas para que se impregnen bien  
 del liquido i se cautericen en todo su  
 espesor. Al interior se dan cinco a diez  
 gotas de tintura por dosis, en un poco  
 de agua sin azucar, cada cinco o seis  
 horas o mas a menudo, segun los casos.  
 A esto se agrega una pocion antife-  
 bril, si la temperatura es muy eleva-  
 da; o una pocion con quina para sos-  
 tener las fuerzas del enfermo; caldo con  
 coniac, leche. Es necesario mantener li-  
 bre el vientre por medio de lijeros  
 purgantes o mejor por enemas suaves.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

3.<sup>a</sup> Observaciones. 1.<sup>a</sup> Carlos Ta



Uedor, soltero, de 40 años, temperamento sanguíneo, buena constitución, dice que el 23 de mayo de 1881, de resultas de un enfriamiento, sintió un fuerte dolor de garganta, escalofríos, malestar, cefalalgia, falta de apetito. Lo veo el día siguiente. Examinó la garganta i noto que las dos amígdalas están cubiertas por una mancha blanco gris, la lengua saburral. Hai fiebre (38,5°), los ganglios del cuello están inflados, un poco de edema, dificultad de tragar, salivación, la boca exala un olor desagradable. Prescribo una poción sudorífica, un salino, i 20 gotas de tintura muriática de fierro para el día en tres porciones, i 2 toacciones con la solución normal.

25. El estado del enfermo es más o menos como el día anterior: las manchas no han aumentado de volumen. Se dejó el mismo tratamiento.

26. Los ganglios han disminuido considerablemente de volumen, lo mismo el edema; la boca no despidió mal olor; la fiebre ha disminuido (37,8°); las falsas membranas tienen un color amarillento, están arrugadas i en partes despegadas. El mismo tratamiento, mas un enema laxante.

27. El enfermo está muy mejor: las falsas membranas han desaparecido casi totalmente; la temperatura normal, el infarto ganglionar, el edema i en general casi todos los sín-



tomas han desaparecido. Prescribo solo una toccion i 10 gotas de turtura, ademas vino de quina pues el pulso es debil i el enfermo se siente sin fuerzas.

28. Ya las falsas membranas han desaparecido como igualmente todos los otros sintomas. El enfermo esta en convalescencia. Dos dias despues lo veo i no encuentro nada de nuevo: este mismo dia se fue al campo.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

2<sup>a</sup> Observacion. Timoteo Gonzalez, de 20 años, soltero, ganano, de temperamento linfático, mala salud anterior, pues dice que continuamente sufre de la garganta i se resfria por causas insignificantes, fue el 3 de julio de 1880 a ver a un amigo enfermo de membrana, i de vuelta a su casa sintió dolor a la garganta, escalofrios, dolor de cabeza, malestar i falta de apetito: dos dias despues vi al enfermo. Por la simple inspeccion note que habia un grande edema; por la palpacion, que era bastante dolorosa, que los ganglios del cuello estaban sumamente hinflatados. El pulso frecuente (120 puls.); la temperatura  $39\frac{1}{2}^{\circ}$ . El enfermo estaba desasosegado i se quejaba de mucho dolor a la deglucion. Examinando la garganta, vi que toda la parte posterior de la boca i la farinje estaban cubiertas completamente por una falsa membrana gris sucia; la boca despedia un olor fetido: una abundante secrecion de saliva le obliga

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



ba a permanecer con la boca abierta por serle la deglucion mui dolorosa: habia una gran prostracion de fuerzas. No me quedo la menor duda de que se trataba de una angina difterica grave. Inmediatamente hice una toccion con la solucion normal, i prescribi 30 gotas de tintura para el dia i ademas una toccion en la noche como alimento, leche i dieta mui sencilla.

Dia 6. Ninguna mejoría: por el contrario, el estado jeneral del enfermo era tan alarmante que creí el caso perdido; sin embargo, seguí con el mismo tratamiento i ademas prescribi una pocion con 0.60 centigr. de sulfato de quini na para el dia.

7. Una gran parte de las falsas membranas se ha desprendido i tambien todo los sintomas han disminuido de intensidad. El mismo tratamiento.

8, 9 i 10. La mejoría ha ido haciendo progresos de dia en dia, de tal modo que el 10 por la tarde las falsas membranas habian desaparecido del todo. En estos dias se ha hecho una toccion diaria i 30 gotas de tintura. Continué asistiendo lo hasta el 13 dia en que le recomendé que se fuera al campo.

Observacion 3.<sup>a</sup> El Doctor Villauca ha tenido la amabilidad de facilitarme varias observaciones, una de las cuales copio a continuacion:



La señorita N. N. de 13 años de edad, buena constitución, buena salud anterior, temperamento sanguíneo nervioso, fue acometida en el mes de febrero de un fuerte dolor de garganta a causa de un enfriamiento. En esta época la difteria hacía numerosas víctimas. Fui llamado i comprobé la existencia, en ambas amígdalas, de falsas membranas que se habian formado rápidamente, pues la enferma solo tenía un día de enfermedad. Dichas falsas membranas estaban fuertemente adheridas i enviaban sus irradiaciones hacia el velo del paladar i hacia abajo, teniendo una forma alargada. Toda la faringe estaba rubicunda; los ganglios del cuello tenían un infarto manifiesto; había una reacción febril marcada; su rostro encendido; constipación.

Tratamiento: una tocação con tintura muriática, gárgaras con percloruro i al mismo tiempo un

Día 2. La reacción febril ha disminuido; las falsas membranas se han extendido un poco i tienen un color amarillento; sus bordes son adherentes. Dos tocações al día i 20 gotas de tintura.

Día 3. Las falsas membranas no se extienden; sus bordes principian a desprenderse; no hai fiebre. El mismo tratamiento.

Días 4 i 5. Notable mejoría. Principia la eliminación de las falsas membranas. El mismo tratamiento.





to.

Dias 6 i 7. Mucho mejor. El primer dia un enema. Sigue el mismo tratamiento.

Dia 8. La parinji está limpia. Suspendo las tobecaciones i la pocion con tintura muriática.

Dias 9 i siguientes. La enferma entra en convalescencia. Se prescribió buen alimento i una pocion con quina.

Dia 15 aparecieron sintomas de parálisis: la enferma se cansaba muy pronto cuando estaba de pie; su voz ligeramente gangosa; los líquidos se escapaban en corta cantidad por las fosas nasales. Se la llevó al campo. La quina i un poco de muy vomica auxiliaron las buenas condiciones en que se la colocó."

Gervain

Santiago, marzo de 1882.

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

