

CLINICA INTERNA.

Algunos datos para el estudio entre nosotros, de las gastro-enteritis y enteritis infectivas, ocasionadas por la ingestión de carne en mal estado de conservación.

Hace algunos meses, en el curso de Diciembre último, fuí solicitado para atender a una señora que hacía pocas horas había comenzado a sentirse enferma y que en aquellos momentos presentaba síntomas alarmantes para la familia. La enferma era una señora de 45 años de edad, bien constituída, algo obesa y que ordinariamente goza de buena salud, siendo madre de 6 hijos. Me refirió que en el curso de aquel día (a la hora en que la ví, eran como las once de la noche), ningún trastorno le hizo sospechar su próxima enfermedad: comió como de costumbre, y por la tarde salió a dar un paseo con algunos de sus hijos. Al anochecer comenzó a sentirse enferma, con cefalea frontal intensa, notable abatimiento de sus fuerzas y dolores musculares; poco después, náuseas, vómitos alimenticios, vértigos, y sobre todo, un dolor abdominal que la obligó á meterse en cama, porque hasta la presión de las ropas le molestaban. Los síntomas fueron en aumento, sobreviniendo fiebre, precedida por calosfrío intenso y prolongado. Pocos momentos después que hubie llegado tuvo una evacuación abundante, de mal olor notable y acompañada de cólicos. La señora se sintió después un tanto mejor.

Exploré a la enferma y le encontré: lengua seca, sucia, ligero meteorismo, vientre doloroso espontáneamente y a la presión, localizándose el dolor sobre todo hacia el hipogastrio. La enferma se hallaba cubierta de sudor y la temperatura axilar era de 39 grados y décimos; pulso en relación con la elevación térmica. El exámen del tórax, no reveló algo anormal. La paciente sentía repugnancia para los alimentos y se quejaba de sed. Ordené un purgante de aceite de ricino; (los vómitos habían desaparecido después de la evacuación) y como paliativo del dolor abdominal, la aplicación de compresas calientes, empapadas en un

cocimiento de hojas de belladona, lo que le calmó notablemente el síntoma; dieta absoluta.

El cuadro descrito revelaba desde luego, un trastorno de origen alimenticio. En efecto, inquirí acerca de los alimentos que había ingerido aquel día o los anteriores próximos, indicándoseme que en la comida del día tomó cierta cantidad de unas salchichas, de las nombradas "tripas a la moda de Caen" que el esposo llevara, y de las que quedaban todavía algunas que me fueron mostradas y que examiné desde luego, cuidadosamente por los antecedentes que sobre esta clase de preparados de carne tenía ya hace tiempo. En una de las salchichas que seleccioné hallé un carácter que no me dejó duda acerca de su mal estado de conservación: desde luego, exteriormente no presentaban su color normal, éste no era uniforme y había porciones de tinte notablemente más pálido que otras. La superficie de sección transversal presentaba, en varios fragmentos, un carácter parecido, y constituido por la falta de uniformidad en el color: había partes de un tinte rosa sucio, centrales, cuya consistencia contrastaba con la que tenían las porciones periféricas; en otros cortes notábanse manchas de color vinoso sucio. Si a estos detalles agregamos que el olor que despedían las dichas salchichas era francamente de putrefacción, ya se comprenderá que el alimento estaba en descomposición. Al indicar a la familia, cómo no se fijaron cuando menos en el mal olor, me contestaron que no le dieron importancia, porque ya otras ocasiones sucedió igual cosa y creían no tuviera algo de particular, supuesto que las salchichas tendrían que cocerse para comerlas.

Los datos que preceden son interesantes, y para el caso, me parecieron dignos de tenerse en cuenta, cuando menos, para explicarse la causa ocasional muy probable, de la enfermedad de la señora.

Cuando al día siguiente a medio día, volví a ver a la enferma, continuaba mala, había tenido varias evacuaciones, debidas al purgante, y de un olor insoportable; los vértigos habían casi desaparecido, así como el estado nauseoso que no volvió a molestarla desde la noche; pero todos los otros síntomas persistían casi con la misma intensidad: la temperatura era de 38 y medio, pulso de 100, conjuntivas inyectadas, fotofobia; el apetito nulo, con repugnancia para todo alimento. Había tenido su-

dores profusos. Continuaba el dolor abdominal; el hígado y bazo, no revelaban aumento de volumen. Para no fatigar la atención de mis oyentes, diré que la enferma continuó con un cuadro semejante todavía 5 días. Durante el curso de la enfermedad la temperatura descendía por las mañanas algunos décimos, para elevarse por las tardes, hasta 39 y fracción; el pulso no presentó signo alarmante. Las evacuaciones continuaron, 5 a 6 al día, de mal olor, semilíquidas, mucosas y precedidas por cólicos; el dolor abdominal no desapareció hasta el fin de la enfermedad. Al cuarto día examiné la orina encontrando 0.25 centigramos de albúmina por mil, orina 450 por 24 horas, cargada de fosfatos y de color anaranjado oscuro. Por último, la temperatura descendió rápidamente, por lisis, hasta desaparecer por completo al séptimo día de enfermedad, quedando la señora en un estado acentuado de debilidad, que la obligó a permanecer en su casa algunos días más. Pero hay un detalle, las evacuaciones semifluidas, 2 o 3 al día, duraron como 8 días después del descenso térmico.

Como se ve por los síntomas que presentó la enferma, el cuadro no corresponde, en rigor, a alguna de las formas del embarazo gástrico; este estado patológico se acompaña, por lo general, de constipación y fiebre de tipo intermitente, etc. La observación del caso me habría pasado inadvertida y quedado en mi memoria, como uno de tantos hechos que van formando la experiencia del médico, si algunas circunstancias particulares no me hubieran llamado la atención.

Dos o tres días después de enfermar la señora, una de las hijas, joven de 18 años, presentó síntomas parecidos, aunque menos intensos, y duró enferma solamente 4 días. Al día siguiente de enfermarse esta señorita, una de las hermanas, niña de 15 años, presentó un cuadro semejante que le duró más de 15 días, aunque no revistió seriedad alguna.

Todos los miembros de la familia, que son 8 con los padres, hicieron uso, ese mismo día, de las salchichas, en la comida de medio día, y sin embargo, no todos se enfermaron; esto tiene su explicación en un hecho perfectamente averiguado y que demuestra por qué, haciendo uso un número de personas, de carnes descompuestas, del mismo lote, por ejemplo, no todas se infectan. Está demostrado que ciertos gérmenes existen en las

familia.—Conforme a mi manera de ver, no me queda duda que fueron las salchichas la causa ocasional de los trastornos digestivos, infecciosos.—La familia, por los informes que me proporcionó, no había comido en los días anteriores, algún platillo extraordinario y LAS SALCHICHAS formaron parte de la comida de aquel día en que la señora enfermó por la noche.—En muchos casos el médico sospecha el origen de los casos infecciosos gastro-intestinales que se le presentan; pero no siempre tiene la oportunidad de examinar, aunque sea macroscópicamente, los alimentos incriminados.—De aquí ha nacido la importancia que a mi modo de ver parece tener la observación que he señalado a la consideración de Uds; en esta, pude darme perfecta cuenta del estado de descomposición en que se hallaban las dichas salchichas, y comparando el cuadro y las circunstancias que en él obraron, me vinieron a la imaginación otros casos que he tenido oportunidad de ver en mi práctica y en los cuales no me fué posible demostrar el mal estado de los alimentos a los que yo atribuí la causa de la enfermedad.

Por el medio en que el ejercicio de mi profesión me ha colocado, he tenido oportunidad, como decía, de ver ya bastantes casos de estados infectivos gastro-intestinales, ocasionados, como se va a ver por una observación que paso a mencionar, por la ingestión de carne en mal estado de conservación.—Así por ejemplo, en los jóvenes extranjeros que llegan al país deseosos de conocer y gustar de ciertos preparados nacionales, que no se distinguen los que ellos eligen precisamente por su buena calidad, es relativamente frecuente observar casos de infecciones intestinales que revisten más o menos gravedad.—Haré mención solamente de un joven alemán que, paseando un domingo por el mercado de La Merced, tuvo deseos de probar de esa carne seca al aire y al sol, nombrada "cecina" y que se expende en tantos comercios del rumbo.—Al comprar cierta cantidad, preguntó al vendedor cómo se acostumbraba comerla y éste, de buena o mala fe, le indicó que se comía tal como estaba, acompañada de alguna salza especial.—Aunque con repugnancia, pudo más el deseo, e ingirió la cecina cruda, sobreviniéndole una infección intestinal que revistió el cuadro de lo que comúnmente clasificamos de fiebre tifoidea de forma anómala.

La importancia que para mí habían tenido estas observaciones la consideraba bajo el punto de vista higiénico-profiláctico y siempre que puedo, aprovecho la ocasión para recomendar muy especialmente un cuidado sumo al comprar y comer alguna carne conservada o conserva de carne, insistiendo en que se deseche a la menor sospecha de su mal estado de conservación y se procure comerla, en todo caso, perfectamente cocida. He ido más lejos en mis recomendaciones, como por ejemplo, nunca pedir o aceptar a un comerciante carnes conservadas, salchichas, etc., etc., que hubieran permanecido exhibidas un día o más, en los aparadores, expuestas al calor, dentro de esos recintos cerrados por cristales y en muchas ocasiones, a los rayos directos del sol, como he podido convencerme en algunas casas de comercio, tanto del centro como de las colonias de la Capital.—Y precisamente hago esta recomendación porque no se necesita ser buen observador para notar que los comerciantes del ramo, procuran salir de preferencia, de las carnes que exhiben en sus aparadores, acaso porque ellos saben bien que se alteran más rápidamente.—No hace mucho tiempo que en el aparador de una carnicería de la Colonia Juárez se hallaban exhibidos un hígado y un cerebro, que por los caracteres que ofrecían a la vista, dejaban ver desde luego su mal estado de conservación. El hígado, órgano tan delicado para conservar y obtener en estado normal y conveniente, se hallaba seco en la superficie, manchado de zonas violeta oscuro y cubierto materialmente de moscas, y cosa igual sucedía con el cerebro; ambos órganos dejaban escurrir un líquido sanguinolento, que manchaba el esmalte de la tabla en donde se hallaban colocados.—Quien tenga una poca de práctica en ver los órganos de un cadáver en general, puede fácilmente conocer a la simple vista el estado de conservación en que se hallan las vísceras y carnes del comercio.—Si continuáramos bordando en este terreno, diríamos que precisamente los dos órganos mencionados son de aquellos que necesitan elegirse cuidadosamente para la alimentación, tanto por la facilidad con que entran en descomposición, como porque en la mayoría de las veces no se les sujeta a cocimientos prolongados al preparar con ellos algún platillo. Ya me proponía hablar de este asunto ante la Academia, seguro de que tendría interés para los señores socios, cuando

llegó a mis manos un importantísimo trabajo relativo a las colitis catarrales y las infecciones intestinales paratifoideas, publicado en los primeros días de Febrero de este año, por el Dr. Bofinger, Cirujano Mayor y Médico Militar de la Guarnición de Stuttgart, en el "Deutsche Medizinische Wochenschrift," cuyo trabajo consigna observaciones y estudios de verdadero interés entre nosotros. Este trabajo debemos conocerlo, aunque fuera únicamente por la luz que da sobre ciertas infecciones frecuentes en el medio en que ejercemos, lo que sería ya digno de llamar la atención si no indicará además el camino para llevar a cabo ciertas investigaciones relativas a los procesos que menciono y cuyos resultados, me atrevo a decir, tendrían una grande importancia para nuestra patología. Me voy a permitir resumir los estudios de Bofinger, en aquellas partes que tienen para nosotros mayor interés.

El autor ha tenido la oportunidad de observar y estudiar un número respetable de casos de infecciones causadas por la ingestión de carne y preparados de carnes en mal estado de conservación. Sabido es que en Stuttgart, así como en Alemania en general, se usan mucho las conservas de carne, jamones, salchichas, etc., etc., y los casos de intoxicación e infecciones, en extremo frecuentes, suelen venir bajo la forma de pequeñas epidemias, tanto en los civiles como en el gremio militar.—El uso de la carne ordinaria, cuando su estado de conservación no es perfecto, da también lugar a infecciones graves del tubo digestivo.—El autor no solamente ha logrado comprobar la causa ocasional de dichas infecciones, sino que, llevando sus investigaciones al terreno bacteriológico, ha obtenido resultados en extremo interesantes en lo que se refiere a la causa determinante del mal y a definir de este modo su naturaleza, sentando las bases del tratamiento y de una profilaxis racional y efectiva.

El autor consigna en su trabajo numerosas observaciones, cuya transcripción sería muy dilatada; me limitaré a mencionar las conclusiones. Bofinger distingue dos formas clínicas principales bajo las que se puede presentar la infección: la forma aguda y la que él nombra forma subaguda.

Forma aguda.—Está caracterizada por el cuadro siguiente: La enfermedad se inicia una hora, un día y hasta cuatro, después de la ingestión del alimento en descomposición.—Los sín-

tomas iniciales son cefalea intensa, dolor abdominal, diarrea; todo acompañado por un quebranto general, que en ocasiones es bastante acentuado. Frecuentemente sobrevienen vértigos, así como vómitos alimenticios.—La temperatura sube por lo general hasta 38 grados centígrados y en ocasiones llega a 39 y más; persiste hasta el cuarto día, y excepcionalmente después del quinto, en que generalmente desciende a la normal.—El quebranto general persiste hasta el fin de la enfermedad.—El bazo no aumenta de volumen, tampoco el hígado.—La diarrea continúa, constituida por evacuaciones, 4 a 5 al día, enteramente líquidas o mezcladas con partes semiblandas, de color amarillo y con algo de moco.—El aliento del enfermo es francamente feculento (este es un detalle que he tenido la oportunidad de observar en algunos casos).—En pocos enfermos las evacuaciones son bastante mucosas, sanguinolentas o mezcladas con partes de aspecto lientérico.—La lengua, generalmente sucia, saburrosa; el abdomen blando o ligeramente meteorizado, principalmente en la región del colon descendente; a este nivel, existe dolor a la palpación que se extiende a un lado y otro, siempre en el trayecto conocido de esta porción del intestino.—Con el descenso de la temperatura, que se verifica en el transcurso de los últimos días, desaparecen todos los síntomas, la convalecencia es franca y el enfermo recupera rápidamente sus fuerzas.—Con frecuencia, en el transcurso de la enfermedad, los pacientes se quejan de sed intensa y tos seca; este último signo obliga á hacer una exploración del aparato respiratorio, en donde se encuentra una congestión intensa de la mucosa accesible a la exploración.—En un caso, el autor observó herpes labial; en otros, albuminuria, la que duró hasta pasados los 18 días del fin de la infección.

En las evacuaciones de los enfermos, así como excepcionalmente en la sangre, el autor ha encontrado el bacilo paratifoideo, solo o asociado al de Gärtner; pero en un 75 por 100 de los casos, es el primero de estos microorganismos el único que el examen ha revelado, ya se comprende que en medio de las bacterias banales u ordinarias del intestino.—En la sangre, en los muy contados casos que se ha podido encontrar el paratifoideo, ha estado siempre solo y nunca se ha logrado hallar el de Gärtner.—El examen bacteriológico de los alimentos de carne

incurrimados, ha revelado los mismos gérmenes, más abundantes en las porciones en donde la descomposición se halla más avanzada.

La forma que Bofinger llama sub-aguda, por su mayor duración, la describe como sigue:

El principio de la enfermedad es igual al mencionado en la forma aguda. La curva térmica es típica: a una elevación rápida, sigue una alta continua, después de la cual, el trazo desciende por lisis rápida o en muchos casos por descenso crítico.—En la mayoría, la duración ha sido de 14 a 16 días, pero no son raras las observaciones en que la infección es de mayor duración, 3, 4 semanas, y excepcionalmente mayor.—En la marcha de la temperatura, llama la atención el autor acerca de las frecuentes y rápidas remisiones, seguidas de una elevación igualmente rápida, acompañada de pulso lento, pero fuerte y lleno.—La curva térmica tiene parecido, en muchas ocasiones, con la de la fiebre tifoidea.

Los síntomas iniciales, como ya se indicó, no difieren de los de la forma aguda, pero en muchos casos se manifiesta desde un principio cierta molestia en la región del colon, como pesadez, dolor espontáneo y a la palpación, el que va a terminar, según manifiestan los enfermos, hasta el ano; sienten, dicen, como si el recto estuviera ocupado por algo pesado que comprimiese el esfínter de dentro hacia afuera.—Las evacuaciones no tienen, por lo regular, caracteres fijos; son líquidas, biliosas, semiblandas o parecidas a las del cólera nostras; pero frecuentemente contienen moco y en ocasiones sangre.—El bazo excepcionalmente aumenta de volumen.—En el décimo de los casos, observados por el autor, hubo roseola en el pecho y abdomen, que solamente en uno se generalizó.—Un enfermo fué atacado de urticaria generalizada.—La lengua, roja en sus bordes, seca, es bastante saburrosa; el apetito nulo.—El abdomen blando, doloroso a la palpación, hacia el epigastrio; dolor que se extiende a veces al hipogastrio o existe únicamente en esta región; pero siendo más frecuente el dolor en el trayecto del colon, como antes se dijo.—Algunos enfermos se quejan de irradiaciones del dolor hacia la región renal de ambos lados.—La sangre que suelen contener las evacuaciones es roja, sin alteración, y tiene por origen, muy probablemente, ulceraciones pe-

queñas del colon, porque en las necropsias que se han logrado practicar se han hallado estas lesiones en dicha región, aunque no en todos los casos.

En un enfermo hubo bronquitis, y en otro apareció un absceso en la fosa ilíaca derecha, al fin de la enfermedad. A menudo, los enfermos caen en un estado tifoideo, haciendo difícil el diagnóstico diferencial con la fiebre tifoidea, si no se llevan a cabo las investigaciones bacteriológicas y serológicas adecuadas.

En una inmensa mayoría se encontró en las evacuaciones el bacilo paratifoideo, que puede hallarse y evidenciarse en la sangre de los enfermos pero con la misma poca frecuencia, mejor dicho, rareza, que en los casos de infección de forma aguda.— Los alimentos incriminados, revelaron en todos los casos, que sirvieron al autor para formar el cuadro clínico descrito, el bacilo paratifoideo.

Respecto a la mortalidad en las dos formas mencionadas, se observa: como desenlace excepcional en la primera; con cierta frecuencia en la segunda.

El autor señala, al lado de la forma aguda, una forma que podría nombrarse sobreaguda, que por sus síntomas y gravedad, tiene mucho parecido y puede decirse identidad, a la colerina, y que determina la muerte con mucha frecuencia.

El autor señala también otras formas a la infección, que se distinguen por su gravedad y por las dificultades a que dan lugar para el diagnóstico; esta es por ejemplo la forma reumatisma, que se presenta con el cuadro del reumatismo infectivo articular o cerebral, etc.

Al lado de las formas mencionadas, existen casos que se distinguen por su benignidad; hay observaciones que demuestran la existencia de formas infecciosas tan ligeras, que se manifiestan simplemente por una ligera indisposición con síntomas de embarazo gástrico y que ceden sin necesidad de medicamentos, y cuando mucho, después de la administración de un purgante.

Respecto a complicaciones, ya hemos visto que Bofinger hace mención únicamente de algunas que suelen aparecer en el curso de la infección, y aunque por otra parte, es fácil de suponer que, en tratándose de un proceso infectivo, las complicaciones pueden ser múltiples y atacar órganos nobles que comprometan la

vida o agraven el pronóstico, es indudable que hay gérmenes que tienen cierta predilección a lesionar ciertos órganos de preferencia a otros, lo que hace que ciertas infecciones revistan un pronóstico de mayor gravedad que otras.

Basta dar una ojeada a la descripción de las formas clínicas citadas por Bofinger, para darse cuenta inmediatamente de la grande analogía que existe entre ellas y los cuadros infectivos que observamos cada día entre nosotros; cuadros clínicos que clasificamos en la categoría de ciertas infecciones bien definidas, como por ejemplo, el tifo o la fiebre tifoidea, o como formas anómalas de estas enfermedades, o bien, les damos el nombre vago general, de infecciones intestinales, cuando carecemos de datos suficientes para sospechar su verdadera naturaleza.—Pero no debe negarse que en lo relativo a la etiología de muchos de esos casos, muy particularmente de los últimos, la idea de su origen alimenticio se nos presenta amenudo a nuestra imaginación por ciertos antecedentes del conmemorativo, que me atrevo a pensar, podrían encontrarse con más frecuencia, ahondando algunos puntos del interrogatorio y fundándonos en la mala calidad de los alimentos que a cada paso encontramos y que en abundancia indudable, se consumen en la Ciudad.—A pesar de la analogía a que me refiero, carecemos en verdad, de investigaciones y estudios que nos permitieran afirmar la presencia en los casos señalados, y en los alimentos, del *B. Paratifoideo*; pero es precisamente para llamar la atención acerca de la importancia que tendría para nosotros llevar a cabo esas investigaciones, por lo que he querido traer a esta Corporación, las presentes notas.—Un estudio sobre la materia dirá si tengo razón para pensar, dada la analogía indudable entre lo descrito por Bofinger y lo que observamos diariamente entre nosotros, que muy probablemente las infecciones por el *B. paratifoideo*, existen entre nosotros y este germen puede desarrollarse en nuestras carnes y preparados, etc., y es una causa de aquellas.—Quizás al estudiar el asunto, encontremos divergencias con los cuadros clínicos de Bofinger, debidas al medio, la raza, costumbres, etc., etc., que nos proporcionen datos verdaderamente criollos de la mayor importancia.

Aunque me exponga a pecar por lo largo, no estará por demás, ya que trato del punto, consignar algunos datos iniciales,

del terreno anatómico, producto de mi práctica de Anfiteatro durante 7 años, y que he tenido oportunidad de recoger en aquellos cadáveres cuyo diagnóstico clínico se inclinaba a clasificar la enfermedad con el nombre genérico de infección intestinal.—Los datos que me permitiré apantar son simplemente un bosquejo anatómico de las lesiones microscópicas que revela el cadáver, en los casos mencionados, y comprendo desde luego que su utilidad consiste únicamente en que dan una idea del estado de los órganos y de las localizaciones que con mayor frecuencia se observan en dichos procesos.

Pero antes debo hacer algunas consideraciones indispensables.—En el estado actual de nuestros conocimientos, acerca del agente productor del tifo exantemático, germen que desconocemos por completo, sería imposible distinguir de entre los cuadros clínicos y anatómicos, con manifestaciones difusas generalizadas y con ausencia de signos característicos de determinada infección conocida, distinguirlos decía, de aquellos que nombramos, por carecer de datos casuales, infección intestinal. Es posible que en algunos entre en juego el germen o agente causal del Tabardillo: el tifo sin petequias, admitido por nuestros clínicos, se puede confundir anatómicamente y también en la clínica, con algunas formas indefinidas y ya tantas veces citadas, de infección intestinal y viceversa; se necesita un ojo muy experimentado y cuidadoso para hacer surgir la idea de tifo, ante un cadáver que presente lesiones infecciosas generalizadas, sin localización conocida y sin petequias.—En alguna ocasión he dicho, que aunque el cuadro anatómico del tifoso no presenta en rigor, caracteres de especificidad que pudieran servir para caracterizar la enfermedad, sin embargo, la práctica, este factor invaluable de la correcta apreciación, nos enseña por una asociación de imágenes grabadas en nuestra imaginación, un conjunto tal de caracteres infectivos en el cadáver del tifoso, que nos permite sospechar y, atreviéndonos un poco, asegurar la existencia de la enfermedad, sin mucho riesgo de equivocarnos. Pero si se nos preguntara cuáles son los fundamentos de nuestra creencia no podríamos contestar científicamente y, sin embargo, el hecho es indudable: es que hay en las lesiones del tifoso un conjunto de caracteres que hiere nuestra mirada impresionándonos y sugiriendo en la imaginación, en el espíritu,

una idea concreta, que al analizarla, desmenuzarla, se diluye, cambia de forma y sus elementos se confunden con otras imágenes, aunque el conjunto guarde su individualidad indiscutible.—Más adelante cuando estudios anatómicos completos, apoyados en la presencia del agente causal, en cada caso particular, permitan diferenciar en el terreno anatómico el tifo de otros estados infectivos, tendremos elementos suficientes para declarar a ciencia cierta la existencia de formas anómalas de tifo que la clínica ha creído reconocer o sospechar cuando menos; encontraremos quizás que las anomalías en el cuadro clínico de esta enfermedad son más frecuentes que lo que suponemos, y acaso lleguemos a descubrir que muchos de los casos que ahora clasificamos como infecciones intestinales son simplemente formas de la misma infección tifosa.—Y desde luego tenemos un dato que no carece de interés: en las épocas del año en que el tifo se exagera, en tiempos de epidemia, en la clínica, pero notablemente en el anfiteatro, aumentan los casos de infecciones de difícil diagnóstico y que englobamos con el nombre tantas veces repetido de infección intestinal.—Sin embargo, de adelantos y descubrimientos venideros, siempre tendremos a la infección tifosa, presentándose en el cadáver sin caracteres propios, suficientes para reconocerla de un modo científico, con solo el examen macroscópico, a pesar de la experiencia a que hice antes alusión.

Teniendo presentes las consideraciones que preceden, en la parte conducente, al fijarme en el cuadro anatómico de las nombradas infecciones intestinales, he procurado tomar, como hechos comparables, los que pertenecen a individuos que en vida no presentaron algún signo que hiciera sospechar siquiera la infección tifosa, ni por los síntomas y marcha de la enfermedad; conforme con este proceder, he recogido los datos siguientes que consigno rápidamente, para no salirme enteramente de la cuestión, dejando para otra oportunidad los detalles consiguientes.

En los casos diagnosticados como infección intestinal, el cuadro anatómico se nos presenta bajo diferentes aspectos, como era de suponerse, dada la diversidad de agentes microbianos que muy probablemente entran en juego en cada uno de ellos; pero en general puede decirse que todos ellos tienen algo que les distingue desde luego del tifo perfectamente caracterizado clí-

nicamente.—Ese algo consiste en la localización infectiva, acentuada, que se revela en el tubo intestinal, hecho que en la generalidad de los casos no observamos en el tifo. Las asas intestinales, principalmente el intestino delgado, encuéntrase más o menos distendidas por gases; de color amarillo rojizo o rojo vinoso sucio; el peritoneo un poco humedecido, notablemente congestionado, deja ver perfectamente hasta las finas ramificaciones vasculares, en su hojilla visceral.—Si levantamos el paquete intestinal, vemos los vasos mesentéricos inyectados, carácter bien apreciable cuando la cantidad de grasa no es muy abundante; pero la poca humedad, ese aspecto de sequedad relativa, que se observa en estos estados como en algunas otras infecciones, nunca llega a ser tan acentuada como la observamos en el tifo.—No es raro que la congestión de la serosa sea reveladora de un principio de inflamación, de peritonitis incipiente, cuando se acompaña de un escasísimo exudado fibrinoso que cubre la hojilla visceral y exige una atención cuidadosa para poderlo descubrir en ciertos casos.—Así, por ejemplo, si se examina la hoja visceral que cubre las asas, bajo una luz intensa, nótase que la superficie no es completamente lisa y pulida, sino que se encuentra cubierta irregularmente por un delgado barniz opaco, de aspecto ligeramente afelpado, sobre todo en los lugares en que las asas se hallan en contacto unas con las otras; en algunos casos, apesar del examen cuidadoso, el exudado es tan delgado, en tan corta cantidad, que su existencia nos parece dudosa, haciéndose indispensable el examen histológico.—Sin embargo, a reserva de que completemos nuestra observación por el microscopio, podemos recurrir en el momento de la autopsia al recurso que sigue, para descubrir la existencia de mínimo exudado: extendemos una asa intestinal sobre el dorso de la mano, sujetando sus extremos en la palma por medio de los dedos en flexión, de manera de mantenerla con cierta tensión, en seguida la agitamos en agua limpia para quitarle la sangre que pueda tener; nos cubrimos el dedo índice de la mano izquierda, como con dedo de guante, con un lienzo blanco y lo pasamos varias veces con suavidad sobre la hoja serosa o superficie de la asa, notando, cuando existe algún exudado, que adquiere mayor brillo después del frotado, pudiendo quedar el lienzo no sólo manchado en rosa por un resto de sangre, sino con

pequeñísimos fragmentos del exudado, que afectan el aspecto de masitas de tinte rosado sucio, más o menos abundantes. Haciendo frotos sobre porta-objetos y examinando al microscopio, veremos en medio de elementos del endotelio desprendidos, los caracteres de la fibrina.—Pero hay un hecho que da valor a la simple investigación macroscópica: haciendo la misma operación en asas sanas no se obtienen los mismos depósitos en el lienzo, el que únicamente queda manchado por un líquido sanguinolento; el microscopio no revela la existencia de la fibrina. Es evidente que en estos casos dudosos el microscopio decidirá la cuestión; pero de todos modos, el procedimiento descrito es útil cuando se practica la autopsia, porque muchas ocasiones basta por sí solo para poder asegurar la existencia de un exudado mínimo.

Continuaré describiendo los caracteres macroscópicos: La mucosa intestinal, delgada, congestionada, impregnada frecuentemente por bilis, presenta manchas vinosas diseminadas; es más frágil que en su estado normal, los folículos y placas de Peyer no revelan alteración alguna, y si existe, debe ser tan lijera, desde el momento que no es apreciable a la vista: una lesión de importancia en la placas y folículos, sienpre se muestra de alguna manera, al examen visual.—La única modificación en su aspecto depende del estado congestivo de la mucosa, ya mencionado.—Moco escaso, fecales líquidas, generalmente de color amarillo y de exagerado mal olor, forman el contenido del intestino.—En los casos en que existe un catarro crónico, los caracteres varían en relación, pero los fenómenos congestivos, las manchas equimóticas, la fragilidad de la mucosa y aun de la pared intestinal, hacen pensar, desde luego, en un proceso infeccioso agudo, sobreañadido al crónico intestinal. La pneumatosis intestinal no es rara en los casos de enteritis infectivas y se radica, particularmente, en la última porción del yeyuno y en el colon descendente.

Se podría decir que muchos de los caracteres descritos pertenecen a las enteritis agudas; es verdad, pero en los casos de enteritis infectivas, el cuadro es más exagerado y sobre todo, reunido al estado septicémico general, se distingue desde luego.

El bazo en las observaciones a que aludo rara vez se halla aumentado de tamaño; lo mismo sucede con el hígado; pero am-

los órganos tienen los caracteres infecciosos bien acentuados.— El aumento de estos órganos, preexistente a la infección, con una poca de experiencia, puede reconocerse y no confundirlo como de origen infeccioso.— Así, en nuestros cadáveres de hospital, el aumento de tamaño del hígado en particular es tan frecuente, que constituye una rareza hallar el órgano en su estado normal; sin embargo, las infecciones agudas se reconocen en medio de otros caracteres patológicos preexistentes.—

En medio del cuadro infeccioso difuso, general, que acompaña a las enteritis infecciosas, existen, conforme los resultados de la observación, ciertas localizaciones infecciosas que indudablemente complican el cuadro clínico, agravando el pronóstico y contribuyendo de seguro a determinar la muerte de los enfermos, vista la frecuencia con que se les encuentra en las autopsias.— Me quiero referir a la miocarditis aguda total y al edema meningeo, que en muchas ocasiones es difícil diferenciar, macroscópicamente, de la meningitis aguda de forma serosa, en sus principios.— Pero sobre lo que deseo llamar la atención, es acerca de la frecuencia de esas dos localizaciones en los casos de enteritis a que me refiero y que se observan en el curso de una epidemia de tifo, como la que tuvimos hace tres años, por ej.— Recuerdo perfectamente, por las circunstancias favorables en que me colocó el programa de labores del Instituto Patológico Nacional, que durante esa epidemia, (1908-1909) llamó nuestra atención la frecuencia de la meningitis cerebral y en ocasiones cerebro-espinal, en nuestras autopsias de tifos; no exagerando al afirmar que en casi todos los cadáveres hallábamos, cuando menos, un edema meningeo, pia-mariano, más o menos exagerado y entre esta lesión hasta la meningitis fibrino-purulenta, hubo todos los grados.— Ahora bien, en los casos de enteritis infecciosas que entonces fueron numerosos, se anotó igualmente la frecuencia de las localizaciones meningeas.— Hago incapié en este dato, porque no sería remoto que en ese grupo de infecciones mal definidas, en donde predominan o cuando menos atraen la atención ciertos trastornos intestinales, el agente causal del tabardillo desempeñara algún papel importante, en muchos casos.— Esta creencia, apoyada en las observaciones clínicas que todos conocemos y en las analogías anatómicas que acabo de mencionar, complica entre noso-

tros el problema de la patogenia de las nombradas enteritis infectivas, desde que tenemos al frente un factor posible, desconocido hasta la fecha, como lo es el agente causal del tifo exantemático:

Haciendo a un lado las observaciones que nos hacen pensar en un parentesco consanguíneo entre el tifo y ciertos casos de infecciones mal definidas, es indudable que hay otros, como antes lo he dicho, en que anatómicamente existe una notable diferencia y que tampoco se parecen a otra infección perfectamente definida por su localización y el agente causal, etc., como lo es la fiebre tifoidea, relativamente rara entre nosotros, aunque su existencia está definitivamente comprobada, como lo atestiguan la clínica y la anatomía patológica, esta última con sus testimonios materiales indiscutibles. Así como hay casos en que en ausencia de exantema petequial, la marcha clínica es bastante para diagnosticar el tifo, y otros en que pensamos en una forma anómala de esta infección, tenemos observaciones de estados infectivos acentuados del lado del intestino, que por su curva térmica, el estado general, clasificamos como fiebre tifoidea sin manchas rosadas y sin modificaciones tangibles de ciertos órganos; este concepto se afirma en ocasiones y gana terreno cuando aparecen en el enfermo enterorragias más o menos abundantes, aunque por lo general de poca duración y en muchas ocasiones constituidas simplemente por estrías sanguíneas que tñen las evacuaciones durante algunos períodos de la infección.

No pretendería negar la existencia de ciertas formas anómalas de fiebre tifoidea, que se presentan en clínica con un cuadro de trabajosa definición; pero entre nosotros, hasta nueva orden, (estudios bacteriológicos y serológicos completos) tenemos derecho a pensar que probablemente no son tan frecuentes como en los lugares en que la enfermedad es endémica, con caracteres de verdadero azote, como lo es el tifo en nuestro medio. Por otra parte, y según lo que he podido observar en las Sociedades Médicas y en conversaciones, son entre nosotros más frecuentes los casos de fiebre tifoidea que se presentan con un cuadro anómalo, que aquellos en que la infección se revela por su cortejo habitual. Este hecho, bien lo comprendo, no debe tenerse como extraordinario dadas nuestras condiciones diferentes á las europeas (medio, raza, costumbres, etc.) que

naturalmente son susceptibles de modificar por adaptación la actividad y virulencia del gérmen y sus efectos y manifestaciones en nuestra economía. Pero sin engolfarme en estos problemas de nuestra patología, bueno será señalar, aunque sólo fuera para despertar la atención a estos estudios y mostrar los aspectos múltiples que presenta el problema de las nombradas infecciones intestinales, señalar decía, algunos datos recogidos en las autopsias.

Esporádicamente, y en épocas en que los procesos infectivos septicémicos con manifestaciones intestinales primitivas son frecuentes, se reciben cadáveres en el anfiteatro, cuyo diagnóstico clínico ha sido difícil o en los cuales se ha presumido una fiebre tifoidea. La autopsia revela en medio de las lesiones infectivas difusas en los órganos, alteraciones infectivas localizadas en el intestino, más acentuadas en el delgado y hacia la región del íleon; dichas alteraciones se presentan a ocasiones, exageradas, con los caracteres ya mencionados en el curso de este escrito; pero acompañadas por lesiones ulcerosas al nivel de los folículos, *respetando siempre* las placas de Peyer, en donde se nota simplemente un estado congestivo con o sin hipertrofia del tejido linfático. Las ulceraciones son múltiples como los folículos, de aspecto crateriforme, ligeramente levantadas en sus bordes, centro cubierto por una masa pultácea o difteroida, bien cubierto únicamente por el moco adherido a la mucosa. Lavando con un chorro de agua el fondo de las ulceraciones aparece limpio, de color rojo más oscuro que el resto. En algunas ulceraciones que nunca adquieren un diámetro mayor que el de una lenteja grande, suele hallarse un depósito fibrinoso adherente, el que teñido por el pigmento sanguíneo, puede disimular la lesión si no se tiene cuidado para buscarla.

No es raro que alrededor de las ulceraciones mencionadas, la mucosa presente algún cambio de coloración y caracteres, lo que reunido a la forma redondeada o ligeramente ovalar de las pérdidas de substancia, así como al ligero relieve de su contorno, las hace aparecer como pequeñas cavidades hechas con *saca-bocado*. Los folículos que no llegaron a ulcerarse, se ven hipertrofiados, de color rojo vinoso oscuro, que resalta sobre el de la mucosa.

En resumen, nos encontramos en presencia de una forma

de enteritis aguda foliculosa ulcerosa, muy diferente por su localización y sobre todo por sus caracteres de la enteritis ulcerosa de la fiebre tifoidea. Sin embargo, podría indicarse y con razón que lesiones semejantes las encontramos en la dotieneria; que aquí también hallamos la ulceración de los folículos, con caracteres parecidos a los descritos; pero en esta infección, las pequeñas ulceraciones mencionadas van acompañadas por las grandes ulceraciones clásicas de las placas de Peyer y aun en los casos menos graves de esta enfermedad, las alteraciones de estas son predominantes. La misma consideración podría recordarse respecto a las formas de entero-colitis ulceromembranosa, difterioide (esta última relativamente frecuente en nuestros anfiteatros), en las que hay al lado de las grandes ulceraciones características, las pequeñas correspondientes a los folículos.

Las pequeñas ulceraciones que he mencionado, en las enteritis infectivas tienen mucho parecido con las ulceraciones foliculares de los urémicos; sin embargo, no sería posible confundirlas en los casos a que hago referencia. He visto clasificar como de naturaleza tuberculosa las ulceraciones foliculares de ciertas infecciones intestinales: este error no se cometería si se tuvieran siquiera presentes los datos elementales de la anatomía patológica de la tuberculosis intestinal.

Por último, el bazo, en los casos de enteritis infectivas a que me he referido últimamente, no presenta aumento de tamaño. En el riñón encontramos la nefritis aguda parcelar, determinada, entre otras causas, por la formación de embolias bacterianas que en algunas ocasiones pueden descubrirse al examen visual, debido a las alteraciones que a su alrededor producen apareciendo bajo la forma de pequeños puntitos amarillentos, alargados, paralelos a la dirección de los canalículos o tubos rectos, y diseminados en medio de los focos de nefritis, cuyos caracteres son bien conocidos.

Por el rápido bosquejo de las lesiones que se observan en ciertos casos de enteritis infectivas diagnosticadas en la Clínica y en las que por comparación podemos alejar, hasta nueva orden, la idea del tifo, se comprenderá que el cuadro anatomo-macroscópico tiene algo de especial o cuando menos ofrece datos hasta cierto punto suficientes para diferenciarlas de aquel con

que generalmente se presentan otros estados infectivos de causa conocida y lesiones definidas.

No dejaré de repetir que la descripción que antecede, que es producto de la inspección cadavérica, macroscópica, está lejos de constituir en su conjunto un estudio completo acerca de la cuestión; sin embargo, tiene su interés como hechos de observación indiscutibles, que tendrán su utilidad tanto en la clínica como en la anatomía patológica de las enteritis infectivas de causa desconocida.

Volviendo al trabajo de Bofinger, este autor señala en sus numerosas observaciones la rareza del contagio en las formas agudas de la infección, en tanto que en las formas sub-agudas, los casos de contagio son numerosos. Este hecho, que desde luego podría causar extrañeza, pudiera explicarse de la siguiente manera. En las formas agudas de la infección, la evolución del germen es rápida y su virulencia se extingue en relación; en las evacuaciones de los enfermos, la abundancia de los *B. paratifoideos* disminuye a medida que la enfermedad toca a su término, de la misma manera su virulencia. En tanto que en las formas sub-agudas, los gérmenes, menos numerosos, evolucionarían en un plazo más largo, debido entre otras causas a ciertas modificaciones biológicas del medio en que se hallan colocados, conservando su virulencia durante un período más largo. Además, sucede conforme a las observaciones de Bofinger, Friedmann y otros autores, que los enfermos que han tenido la forma sub-aguda o prolongada de la infección paratifoidea, quedan más comunmente portadores de bacilos durante un tiempo más o menos largo, hecho que es raro en aquellos pacientes que han sufrido un ataque agudo de la infección.

Bofinger ha observado igualmente que en la guarnición, los individuos que más ordinariamente enferman son los remplazos, los del primer año de servicio militar, en tanto que la infección es mucho menos frecuente en aquellos que llevan dos años en el ejército, aunque hubieran hecho uso de los mismos alimentos, el mismo lote de carne, por ejemplo, que los remplazos. En la clientela civil, el autor ha observado que los sujetos que han sufrido un ataque de la infección por el parati-

foideo, permanecen indemnes durante dos años aproximadamente. Deduce de estos hechos que un ataque de la infección confiere cierta inmunidad que puede durar un tiempo más o menos largo; que estudios subsecuentes podrían decir si es mayor a dos años, período hasta donde lo ha observado el autor.

El trabajo de Bofinger está concienzudamente apoyado en investigaciones bacteriológicas, las que han demostrado la existencia del *B. paratifoideo*, del *B. de Gärtner*, tanto en las evacuaciones de los enfermos como en la carne de que usaron los pacientes. Ha encontrado el mencionado microorganismo en las carnes que han sufrido un principio de descomposición, como en los jamones, salchichas, etc., etc. Examinando cuidadosamente diversas porciones de un pedazo de carne, ha visto que la contaminación suele invadir únicamente algunas regiones, en tanto que otras permanecen indemnes o revelan una proporción mínima de dichos gérmenes. Esto explicaría, en parte, por qué no todos los que hacen uso de una misma carne, enferman por igual. Además, en el ejército, el autor ha notado, como era de esperarse, que las fatigas, los retardos de las horas normales de las comidas, en fin, todo factor de agotamiento, crean cierta receptividad que hace más fácil la infección. Los reemplazos que hacen ejercicios fatigantes enferman en notable mayor número que los que se hallan en descanso. En las grandes maniobras, los casos de infecciones intestinales, son más numerosos que en la vida normal del soldado.

Pero hay algo más de importancia higiénica en el asunto de que trato. Desde hace tiempo se sabe que la ingestión de carne en mal estado de conservación o proveniente de animales enfermos, es causa de trastornos, en ocasiones graves. Estudios de Bollinger, que datan de treinta años, señalan casos de envenenamiento producidos por el uso de la carne de animales enfermos. En fechas más recientes, Drigalsky, buscando la causa de ciertas enfermedades infectivas en los animales de matanza, encontró en numerosos casos, el *B. paratifoideo*. Dieudonné, veterinario inspector de rastros, ha podido caracterizar bacteriológicamente el paratifoideo en los órganos de los animales matados en los rastros, así como en la carne entregada al consumo encontró este germen, particularmente en el intestino de los animales perfectamente sanos en vida; hecho importante

por el gran uso que se hace de él para la fabricación de las salchichas, etc., etc. Uhlenhuth y Hübener hicieron parecidas determinaciones, hallando el paratifoideo en las glándulas de animales que en vida no habían presentado signo alguno de enfermedad. Por último, Mayer, en una nota especial, consigna los resultados obtenidos por el examen cuidadoso de carnes que provenían de animales en los que se sospechaba la infección paratifoidea, pero que en vida no fué posible encontrar este microorganismo. El mencionado autor, después de pacientes estudios bacteriológicos cuyos resultados no fueron suficientemente concluyentes, sujetó algunos pedazos de carne en estudio a la temperatura del laboratorio y durante 24-48 horas, logrando hallar por bacterioscopía y bacteriología, el B. paratifoideo, no solamente en la superficie de dichos pedazos de carne, sino profundamente, a 11-14 centímetros en medio de su masa. El germen se había desarrollado durante el transcurso de tiempo y a favor de la temperatura ambiente, con extremada rapidez y abundancia. Bajo el punto de vista de la Higiene y la Patogénia, estas observaciones hablan por sí mismas y no necesitan de comentarios.

Sin embargo, por grande que sea la importancia que tiene la investigación del B. paratifoideo, como factor patogénico de las nombradas infecciones intestinales, es indudable que el problema de estos procesos infectivos es de los más complicados, dada la diversidad de gérmenes que en un momento dado pueden hallarse asociados en el intestino para determinar el cuadro clínico de estas enfermedades, y no debemos olvidar que entre nosotros el asunto patogénico no podría resolverse en tanto que desconocemos el agente causal del tifo exantemático, el que bien pudiera estar presente, con acción más o menos predominante, en un buen número de casos infecciosos intestinales, de la misma manera que en Europa lo está el B. de Eberth.

Pero no obstante estas consideraciones, no obstante que la solución del problema de esos cuadros infecciosos nos es todavía en detalle, desconocida, es indudable que el trabajo de Bofinger, por su precisión y la cifra de casos que consigna, como las investigaciones a que este autor se ha entregado, tiene una grande importancia general, en el caso. Para nosotros, y fundado en lo que precede, es indiscutible que tiene un interés

particular, porque desde luego nos pone en camino de una investigación que estoy seguro no se ha llevado a cabo y menos en la forma que lo amerita.

Si llegamos a demostrar la presencia del paratifoideo en algunos de nuestros enfermos de infecciones intestinales y en los alimentos de carne, habremos dado un gran paso en la higiene y profilaxis de estas enfermedades, y de seguro también en su terapéutica, porque sea dicho en este momento, que Bofinger menciona los buenos resultados obtenidos por la administración de suero anti-paratifoideo, obtenido con cultivos, etc., etc., de este gérmen, y de las mismas variedades que los que se hallan en los enfermos y en la carne.

He alargado la presente nota, más de lo que hubiera deseado, por haber consignado, al mismo tiempo que los estudios de Bofinger, mis observaciones acerca de las nombradas infecciones intestinales; no obstante, creo haber logrado poner de relieve la analogía entre lo descrito por el autor y lo que nosotros observamos, lo que es bastante para asegurar, que sean cuales fueren los resultados que se obtuvieran por una investigación en este terreno, todos serían fecundos para nuestra Higiene.

Haciendo a un lado todo lo que el empeño particular y los establecimientos científicos de investigación pudieran emprender en este sentido, creo, que dado el problema de higiene general que entraña el punto que he tratado, corresponde a las autoridades sanitarias llevar a cabo las investigaciones, tanto en las carnes de consumo, etc., etc., como en los productos de los enfermos de infecciones intestinales, en los que hubiera una sospecha del origen alimenticio de la infección.—Este último estudio, el de las evacuaciones de los enfermos, bien podría confiarse a los Institutos Oficiales, para que en relación con la autoridad sanitaria, emprendieran el trabajo.—Siempre he creído que bajo el punto de vista del bien social, las instituciones científicas oficiales, deben ayudarse mutuamente, coaligarse, cuando se trate de definir o resolver algún problema que de alguna manera atañe al progreso de la medicina y a la salud de la colectividad.

La Academia de Medicina, con el carácter que ahora tiene, bien pudiera sugerir al Gobierno la necesidad de que un estudio de esta naturaleza fuera emprendido por los establecimientos oficiales y conforme a sus atribuciones.

En nuestra capital, como en todos los grandes centros de población, el afán de lucro desmedido burla en muchísimos casos las disposiciones sanitarias, entregando al consumo alimentos alterados y hasta en períodos avanzados de descomposición; a estos comerciantes los ayuda eficazmente la miseria de nuestras clases populares, que nunca buscan la calidad en sus alimentos con tal que sean abundantes.—Bastaría visitar una sola ocasión alguno de los mercados de la capital, el de la Merced por ejemplo, pasar un momento delante de las mesas en donde se expenden todos cuantos desperdicios é inmundicias quedan en los rastros, para convencerse que si el B. Paratifoideo existe en las carnes descompuestas, conforme lo han demostrado los autores señalados, aquí debe hallarse en cantidad exagerada, vistas las pésimas condiciones de conservación en que se consumen dichos productos exhibidos en las mencionadas mesas de la Merced.—Testimonios en este sentido sobrarían si intentáramos referir todos los casos en que la carne del consumo, los productos de matanza, en general, se expenden en malas condiciones de higiene y conservación, pero como esto está en la conciencia de mis oyentes, haré gracia de ello, por razón de brevedad.

A la H. Academia toca, en vista de la presente nota, dar la importancia que creyere conveniente, al asunto en ella tratado

México, marzo de 1909.

ERNESTO ULRICH.