

En el pulmón izquierdo se encontraba, inmediatamente debajo de la pleura, un nódulo esférico, blanquecino, algo compacto, como de tres milímetros de diámetro. Las preparaciones microscópicas de este nódulo demuestran que es un foquito de supuración alveolar, un pequeño absceso quizá de origen metastático. Se ven en él los alveolos distendidos por un exudado compuesto principalmente de leucocitos polinucleares, en medio del cual se ven vacilos análogos á los del foco hemorrágico y que también se encuentran en los capilares. Hacia el centro de este foco, los tabiques alveolares están medio destruidos.

Bazo.—Enteramente comparable al del primer caso; la congestión en el tejido que rodea á los folículos de Malpighi, es muy notable, se encuentran partículas de hemosiderina, generalmente libres, así como uno que otro cristalito de hematoidina y también algunos bacilos muy escasos, análogos á los que he descrito.

Estómago.—Las diversas paredes del órgano están engrosadas, particularmente la mucosa. En ésta se ven á veces las glándulas medio borradas; la superficie cubierta por un exudado mucoso y hemorrágico; el retículo interglandular infiltrado de pequeñas celdillas redondas, las que en la parte profunda de la mucosa forman pequeñas aglomeraciones irregulares. Entre las glándulas hay numerosos capilares sanguíneos de formación nueva, de paredes delgadas y calibre relativamente grande. Vasitos é infiltraciones semejantes se encuentran en la sub-mucosa. Estas alteraciones que son de fecha antigua, constituyen una gastritis catarral crónica.

Hígado.—Los lobulitos hepáticos están crecidos, aparecen divididos en dos zonas: una periférica, que comprende como la tercera parte ó más de las celdillas, en la que estos elementos están convertidos en grandes vesículas de grasa, con el núcleo rechazado hacia la periferia, lo que dá á esta zona un aspecto areolar; en la zona central se encuentra una degeneración semejante á la de los casos anteriores, pero menos avanzada; las celdillas aunque hinchadas, turbias, con su contorno perdido, y con pequeñas granulaciones grasosas en su protoplasma, conservan todavía, la mayor parte, sus núcleos no alterados. Los capilares del órgano están algo más llenos de sangre que lo normal. El aspecto de estas preparaciones es notable, porque permite distinguir dos especies de alteraciones en el hígado: una, la infiltración grasosa y el aumento de volumen del órgano, que es antigua y debida, seguramente al alcoholismo, prueba de ello es también la acumulación de elementos embrionarios que se ve en los espacios de Kiernan, indicio de una cirrosis incipiente se ve, por otra parte la degeneración grasosa en la zona central de los lobulillos, poco avanzada, reciente, y debida á la septicemia que determinó la muerte de este individuo.

OBSERVACION 4ª.—J. R., de San Luis Potosí, 21 años, soldado, ingresó al Hospital Militar el 13 de Octubre, sufriendo de hemorragia y bubones, los que le fueron operados. El día 20 se encontraba bien, había desaparecido el proceso inflamatorio agudo, no había calentura; desde esa fecha hasta fines del mes no tuvo accidente. El 31 de Octubre se enfermó bruscamente presentando calofrío inicial, dolor de cabeza y de cintura, y fiebre. Hubo una ligera remisión hacia el tercer día. Fué trasladado al Lazareto en Noviembre 3, y presentó entonces 39° de temperatura, pulso 84, cara inyectada, y ligero tinte sub-ictérico en las conjuntivas; hígado algo aumentado, bazo normal; orina albuminosa y escasa. Noviembre 4, a. m. Convulsiones, sub-delirio, inquietud é insomnio desde la noche anterior, temperatura 39.4, pulso 70, orina muy albuminosa. El mismo día en la tarde, hipo, vómitos melánicos y excrementos melánicos, temperatura, 38.6, pulso 72. Noviembre 5, a. m. Insomnio y convulsiones frecuentes durante la noche anterior; pulso 70, tem-

peratura 37.4, orina oscura y muy albuminosa; continúan los vómitos melánicos; ansiedad epigástrica. En la tarde los mismos fenómenos acompañados de estado comatoso; aumenta el tinte sub-ictérico, temperatura 36.8, pulso 66, incontinencia de orina, retención fecal, hipo; muerte á las 7½ p. m.

Datos anatómicos.—Practiqué la necropsia el día 6 de Noviembre á las 9, a. m.—*Examen exterior.*—Individuo joven, robusto, muy rígido; tinte sub-ictérico poco marcado, algo más acentuado en las conjuntivas y en la cara. Grandes manchas lívidas en el cuello, en el dorso, y algunas en los miembros. En ambas regiones inguinales, ulceraciones de la piel, oblicuas, siguiendo la dirección del arco Poupard, profundas, de bordes regulares, de fondo rosado, granuloso y purulento. Exprimiendo la uretra, sale por el meato pus cremoso. Por la boca sale líquido negruzco sanguinolento.

Inspección del abdomen.—Panículo adiposo, abundante. Asas intestinales medianamente dilatadas por gases, de color verde negruzco. Estómago medianamente dilatado. Vejiga muy dilatada, llenando la excavación pelviana. Altura del diafragma en la 4ª costilla, á la derecha y en la 5ª á la izquierda.

Cavidad encefálica.—Dura madre ligeramente colorida de amarillo. Líquido céfalo raquidiano abundante. Superficie de sección del encéfalo, húmedo, y con abundante puntillito sanguíneo. Vasos de la pia madre turgentes.

Inspección y sección del tórax.—Pleuras de aspecto normal. En la hoja visceral izquierda, se ven manchitas regulares, de color rojo oscuro, que no desaparecen por el lavado (equimosis). Pericardio con escaso derrame seroso, ligeramente teñido de amarillo. Corazón poco más grande que el puño del cadáver, con sus cavidades casi vacías, conteniendo poca sangre líquida, de color escarlata y de paredes muy flácidas; el orificio tricúspide deja pasar 6 dedos y el mitral 4; sigmoideas suficientes; válvulas y endocardio de aspecto normal. Miocardio muy blando, se aplasta sobre sí mismo, su color es de hoja seca, con manchitas amarillentas más claras, particularmente en las aurículas y en el ventrículo derecho. Pulmón izquierdo de volumen normal, blando, poco crepitante, de color violado exteriormente, rojo oscuro en la superficie de sección, que es húmeda, y da líquido sanguinolento poco aerado. Pulmón derecho con los mismos caracteres.

Sección del abdomen.—Bazo poco menos voluminoso que lo normal, de forma triangular, pesa 130 gramos; el parénquima es algo blando; lo superficie de sección, de color rojo de carne, con finas estrías y puntitos blancos y zonas rojas más oscuras, que le dan un aspecto jaspeado. Riñón izquierdo de volumen normal, de color rojo moreno, exteriormente: la cápsula se desprende con facilidad; en la superficie de sección; la substancia cortical, algo hinchada y turbia, salpicada de puntos y de estrías rojas; al rededor de la base de las pirámides hay una delgada zona de color amarillo pálido, de la que parten estrías dirigidas hacia la periferia. Es notable el contraste entre el laberinto y las pirámides estriadas, y de color rojo oscuro; en las cápsulas suprarrenales se encuentran manchitas equimóticas debajo de su envoltura. El riñón derecho tiene los mismos caracteres que su congénere. Los ureteres son normales. La vejiga contiene cerca de un litro de orina turbia, de color amarillo citrino, sus paredes están distendidas, su mucosa no presenta modificación. La mucosa del estómago, cerca del oardias, lleva pequeñas erosiones superficiales de color rojizo; el órgano contiene unos 300 gramos de líquido rojo negruzco, turbio. Un contenido semejante se encuentra en el intestino delgado, cuya mucosa, lo mismo que la del colon, no presenta modificación apreciable. El hígado pesa 1,350 gramos, es de color de gamuza, de consistencia flácida, muy blanda, dejándose el parénquima penetrar por el

dedo; la superficie de sección es del mismo color, con finas estrias rojas que le dan un aspecto semejante al de la nuez moscada; la vesícula biliar contiene poca bilis, verde oscura, espesa.

Diagnóstico anatómico.—Congestión y edema del encéfalo. Miocarditis aguda y dilatación del corazón. Congestión pulmonar hipostática. Equimosis sub-pleurales. Infarto agudo del bazo. Nefritis epitelial. Hemorragias en las cápsulas suprarrenales. Dilatación de la vejiga. Erosiones de la mucosa del estómago. Degeneración grasosa, y congestión del hígado. Uretritis purulenta. Adenitis inguinalis ulceradas.

DATOS HISTOLOGICOS

Sedimento de la orina, tomada de la vejiga.—Se ven en él celdillas epiteliales del riñón, globulosas y degeneradas, cilindros epiteliales degenerados, grasosos, granulados y muy poco pigmentarios, algunos zoospermas, leucocitos algo abundantes, pocas hemacias, celdillas epiteliales planas y bacterias diversas entre las que se notan gonococos.

Pus de la uretra.—Se compone principalmente de leucocitos polinucleares, muchos de los cuales son eosinófilis, celdillas epiteliales de transición, y abundantes gonococos.

Miocardio.—Presenta lesiones enteramente comparables á las del caso segundo.

Bazo.—Su aspecto es análogo al de la observación primera: se encuentran en los capilares muy escasos bacilos. La congestión es notable y hay pequeñas hemorragias intestinales.

Riñón.—Los glomérulos están poco crecidos, con muchos de sus capilares repletos de sangre, y un exudado albuminoso con restos de elementos celulares en la cápsula de Bowman; el epitelio de los tubuli presenta alteraciones semejantes á las de los casos anteriores, es decir, tumefacción y degeneración grasosa, pero menos avanzadas; los núcleos son perceptibles en la mayor parte de las celdillas. Los capilares intertubulares, y todo el sistema vascular sanguíneo, están distendidos por sangre. Es notable este estado congestivo.

Hígado.—Las celdillas están hinchadas, con sus contornos borrados, turbias y con pequeñas granulaciones grasosas y pequeñas vesículas en su protoplasma. Los núcleos, en muchas de ellas, se conservan; en otras están medio borrados ó perdidos por completo. La disposición en lobulillos es perceptible, gracias, sobre todo, á una zona congestiva bastante ancha que se observa en la periferia de ellos; en esta zona las celdillas están igualmente degeneradas; en algunos espacios de Kierman se nota infiltración de pequeñas celdillas redondas, y leucocitos; hay en algunos capilares muy escasos bacilos, análogos á los descritos anteriormente.

En resumen, en los cuatro cadáveres cuya necropsia practiqué, he observado dos órdenes de lesiones: unas anteriores á la enfermedad última que causó la muerte, é independientes de ella, y otras que por el contrario forman un grupo que caracteriza á dicha enfermedad.

En el primer caso está la uretritis blenorragica y los bubones en vía de curación, de la observación última; y el ateroma, la gastritis catarral crónica y la hipertrofia é infiltración del hígado, reveladoras del alcoholismo, en la tercera observación: todas las demás lesiones corresponden al segundo grupo. El conjunto de dichas lesiones se puede resumir así; aspecto especial de los cadáveres que eran todos de individuos robustos, es decir, que gracias á agudeza de la enfermedad, la nutrición de sus sistemas muscular y adiposo, no habia tenido tiempo de sufrir: rigidez prematura y acentuada; tinte sub-

ictérico poco marcado; manchas lívidas, indicios de una putrefacción temprana; salida por la boca de líquido sanguinolento, negruzco, resto de los últimos vómitos; y en la autopsia propiamente dicha, las modificaciones siguientes: tinte amarillo de la dura madre, á veces del tejido celular del mediastino, y de escasos derrames serosos; ligera congestión y edema del encéfalo, constante en todos; miocarditis aguda, es decir, fragmentación y degeneración grasosa del miocardio, también constante y más ó menos avanzada; congestión hipogástrica y edema de los pulmones, que presentaban además, en un caso, infartos hemorrágicos sub-pleurales, bien caracterizados, y, en otros dos, focos hemorrágicos irregulares en el espesor del parénquima; equimosis sub-pleurales en dos casos; un estado particular del bazo que ha sido designado con los nombres de «congestión aguda, infarto agudo, esplenitis aguda» acompañado ó no de crecimiento del órgano, y que es característico de las septicemias. En todos los casos una nefritis epitelial más ó menos extensa y avanzada, pero caracterizada siempre por la degeneración grasosa de las estructuras epiteliales y acompañada de un estado congestivo; en un caso, pequeñas hemorragias en las cápsulas suprarrenales; en tres de los individuos, dilatación de la vejiga por orina, seguramente á causa de la parálisis del órgano; y en otro, por el contrario, retracción y vacuidad de este receptáculo, probablemente por anuria de origen renal; en tres de los cadáveres el estómago presentaba pequeñas erosiones rojizas, superficiales en su mucosa; en uno de ellos esta viscera estaba modificada anteriormente por un estado catarral crónico, lo que hace imposible la distinción entre las lesiones antiguas, y las dependientes de la última enfermedad; en todos, el estómago y el intestino contenían líquido sanguinolento negruzco; en uno de ellos la mucosa del intestino delgado, presentaba un estado catarral ligero y tumefacción de las placas de Peyer; en todos, la canal colédoco era permeable y la vesícula biliar contenía poca bilis espesa, de color verde oscuro, más ó menos cargada de moco; el hígado en tres de los individuos, se puede considerar como de tamaño normal y presentaba alteraciones muy avanzadas en los dos primeros, y caracterizadas principalmente por la degeneración grasosa de las celdillas hepáticas, degeneración acompañada en el cuarto caso de un estado congestivo notable; en el tercer caso, aparte de las lesiones atribuibles á una intoxicación crónica anterior, el alcoholismo, y que son la hipertrofia, la infiltración grasosa y la cirrosis incipiente del órgano, se encuentran las mismas alteraciones que en los otros tres ejemplares, pero poco avanzadas; por último, en todos los casos he encontrado, en uno ó en varios órganos, hígado, bazo y pulmón, micro-organismos, unos, vulgares de la putrefacción, y otros que quizá tengan importancia: bacilos semejantes á los descritos por Sanarelli, y diplococos parecidos á los de Cornil y Babés y á los descritos por el Dr. Matienzo.

El conjunto de lesiones que acabo de describir, me conduce á establecer la siguiente conclusión, á reserva de las definitivas con que terminará nuestro dictamen.

Cada una de las lesiones anatómicas é histológicas que he observado en los cuatro cadáveres cuya necropsia practiqué, particularmente si se las considera agrupadas en el conjunto armonioso que forman, corresponden á las que se encuentran en los cadáveres de atacados de fiebre amarilla, y no corresponden á las de ninguna otra enfermedad.

Tócame, para terminar, trazar siquiera brevemente las particularidades en que se funda el diagnóstico diferencial entre las lesiones que caracterizan á la fiebre amarilla, las de la remitente biliosa y las de la ictericia grave.

El diagnóstico anatómico con la 1ª de estas afecciones es fácil y se funda principalmente en la ausencia de hematozoarios y de su pigmento espe-