

nable; la superficie de sección ofrece un aspecto uniforme, ó finamente variado de amarillo y rojo; al examen microscópico los lobulillos son mucho más pequeños que lo normal, á veces faltan por completo y están substituídos por tejido conjuntivo, compuesto de elementos jóvenes en activa proliferación, en medio del cual se ven formaciones epiteliales tubulares, como canalillos biliares de generación nueva, indicio de un esfuerzo del organismo por la *restitutio ad integrum* que no se puede lograr. La degeneración que sufren las celdillas hepáticas, es distinta de la que es peculiar de la fiebre amarilla: ciertamente hay degeneración grasosa, pero sobre todo, necrosis, tanto del protoplasma como del núcleo, y licuación de los elementos que desaparecen rápidamente y dan así lugar así á la atrofia.

Concluyo acentuando que los casos que he observado de la enfermedad reinante aquí, no pueden atribuirse á la ictericia grave, ni á forma alguna de infección malárica acompañada de ictericia, y que sí caben perfectamente desde el punto de vista de la anatomía é histología patológicas, en el cuadro conocido de la fiebre amarilla.

En cuanto á la otra cuestión que Ud. se sirvió proponernos, de las modificaciones que haya podido sufrir en esta ciudad, la fiebre amarilla, en caso de ser ésta la enfermedad, mis observaciones en el orden epidemiológico y en el climatológico, han sido las mismas que expone en su informe el Sr. Dr. Prieto, y que omito aquí por no repetir las.

A continuación expongo la descripción de las láminas que acompañan á mi estudio. Han sido tomadas de dibujos hechos por el Sr. A. Ramos, copiando directamente mis preparaciones microscópicas.

La lámina núm. XXI representa la lesión renal observada en la primera necropsia: G, es la porción de un glomerulo hinchado y degenerado; aparece compuesto de una masa casi homogénea, con relativamente pocos núcleos endoteliales; no se distinguen asas capilares, ni se ve sangre en su interior; el espacio de la cápsula de Bowman no subsiste. V. s. son vasitos sanguíneos, capilares, vistos en sección oblicua, dilatados por sangre. En todo el resto de la figura se notan cortes de tubillos (T) renales contorneados: están tumefactos, con su epitelio totalmente degenerado, llenando el calibre del tubo en forma de masa homogénea, turbia ó finamente granulosa, en medio de la cual se ve una que otra sombra de núcleo. En los tubos de la derecha, que representan más bien ramas de Henle, la degeneración no es tan avanzada; varios de los núcleos parecen íntegros.

Lámina núm. XXII. Representa la miocarditis fragmentaria de la observación segunda. Todas las fibras musculares están disociadas; la substancia cementaria ha desaparecido por licuación, dejando entre las fibras espacios claros, irregulares, más ó menos amplios (E). No sólo están despedados unos de otros los elementos, sino que varios de ellos están rotos (R); hacia la solución de continuidad la fibra parece desflecada ú ondulada. En el espesor de algunas fibras se ven porciones irregulares, hialinas, mal teñidas, (H) en donde está perdida la extriación. En otras se ve, cerca del núcleo, ó dispersas en el protoplasma, granulaciones de pigmento amarillo rojizo (P). Los núcleos ovoides, propios de los elementos musculares, no presentan alteración; algunos, sin embargo, se ven mal teñidos (N). El delicado estroma conjuntivo del miocardio, es perceptible en varios puntos en forma de madejitas disociadas, con núcleos alargados ó irregulares. Hacia la parte media de la izquierda, se ve un resto de fibra muscular especie de vaina de sarcolemma, retraída, con núcleos pálidos [S]. A la derecha, cerca del centro, se encuentra un capilar con su revestimiento endotelial, aislado en medio de un espacio grande (C).

Lámina núm. XXIII. Está tomada de una preparación del hígado del

primer caso, colorida con azul de Unna. Las celdillas hepáticas están totalmente degeneradas; se ven como pequeñas masas turbias de contorno mal definido, con vesículas muy pequeñas: en la mayor parte de ellas los núcleos han desaparecido; en algunas son perceptibles todavía y están hinchados y pálidos; una que otra conserva su núcleo normal. La disposición normal en columnas se ha perdido. En el centro de la figura se ve un capilar flexuoso ocupado por una colonia de bacterias, teñidas de azul intenso (C); dichas bacterias son coccus dispuestos por pares ó en cadenas. Cerca de la colonia se ven algunas bacterias aisladas, diseminadas entre las celdillas.

Lámina núm. XXIV. Es relativa á un caso de nefritis por ictericia, de una de mis observaciones del Museo Anatomopatológico. Representa un corte de riñón, comprendiendo la región medular y parte del laberinto, colorido con hematoxilina y eosina. Está un poco difusa la figura, de manera que no se notan bien los contornos de los tubos. Pero se ve que en muchos de ellos el revestimiento epitelial con sus núcleos redondos ú ovoides, se conserva íntegro (F). Lo más saliente son tubos, la mayor parte rectos, ocupados por masas amorfas, compactas, de una substancia de color verde olivo, masas que se amoldan al tubo, cuyo epitelio ha desaparecido ó está aplastado. Son cilindros pigmentados por materia biliar (C). A la derecha y abajo (C) se ve en uno de ellos, enteramente recto, que parecen formarse á expensas de celdillas degeneradas y cargadas de pigmento.

Con lo expuesto creo llenado el objeto de la comisión con que se sirvió honrarme el Sr. Presidente del Consejo Superior de Salubridad, á pedimento de Ud.

Las conclusiones últimas á que he llegado, según lo dicho al principio, son las mismas del Dr. Prieto, é irán expuestas al fin.

Monterrey, Noviembre 17 de 1898.

SECCION SEGUNDA.

BACTERIOLOGIA.

(DR. ISMAEL PRIETO).

En el presente informe voy á referir mis investigaciones acerca de dicha enfermedad; pero antes creo oportuno exponer algunas ideas, que en mi concepto deben tenerse presentes, para dar á aquellas el valor que les corresponde, si es que alguno tienen, y para que con mayor claridad se desprendan las conclusiones que sostengo.

Llamado aquí como bacteriólogo, surge desde luego esta cuestión: ¿Puede de la bacteriología dar á conocer la naturaleza de una enfermedad determinada?

En general, conocida la causa de una entidad morbosa, se conoce su naturaleza, porque las lesiones, los síntomas y la evolución de la enfermedad, que son los atributos esenciales ó *sine qua non* de ésta, suelen tener con aquella relaciones constantes y casi invariables.

Si esto es cierto de un modo general, lo es todavía cuando se circunscribe á las enfermedades que poseen caracteres específicos, como es el caso respecto de las infecciosas.

Producidas éstas por bacterias ú otros micro-parásitos, presentan en su fisonomía clínica, en su anatomía patológica, en el agrupamiento y sucesión de los síntomas y de las lesiones, y por otra parte, en su origen, condiciones de desarrollo y modo de propagación, caracteres que, á cada una de ellas las distinguen de sus congéneres.

Son afecciones propiamente específicas, cuya especificidad corresponde á la de su agente causal, de tal manera, que conocido éste, se conoce la naturaleza de la enfermedad.

Algunas de ellas son idénticas en su anatomía y fisiología patológicas, aunque producidas por agentes diversos; pero suele observarse entonces que la evolución varía, según las causas que las producen. La angina pseudo-membranosa, por ejemplo, puede presentar los mismos síntomas y las mismas lesiones, ya sea producida por el bacilo de Loeffler, ya por otras bacterias; pero su tendencia á producir la intoxicación general, en el primer caso, y su tendencia á quedar como afección localizada, en los demás, constituye una diferencia que trae su origen de las propiedades toxigenicas del bacilo de Loeffler, que distinguen á éste de las otras bacterias, capaces, como él, de producir pseudo-membranas.

La semejanza entre dos ó más enfermedades infecciosas es á veces perfecta, sobre todo, si en vez de considerar la cuestión desde el punto de vista de la patología, que estudia los hechos en conjunto, se la coloca en el terreno de la práctica, en el cual hay que estudiarlos uno por uno, y en sus menores detalles. Así, el cólera morbus y el cólera nostras, ofrecen perfecta similitud cuando se estudian hechos aislados, por ejemplo: los primeros casos de una epidemia de aquél, y no obstante, los agentes que los producen son diversos: el bacilo vírgulo de Koch, para el cólera morbus, coli-bacilo ó en espirilo de Finckler y Priot, para el cólera nostras.

En tales casos, el conocimiento de la bacteria protógena reviste una importancia decisiva, hasta en el terreno de la práctica, porque da á conocer la naturaleza de la enfermedad. En los casos que he supuesto, bastará descubrir el bacilo de Loeffler ó el bacilo vírgulo de Koch, para afirmar que se trata de difteria genuina, en el uno, y de cólera asiático en el otro.

Si la semejanza entre enfermedades infecciosas de distinto origen parece opuesta á su especificidad, hay todavía otros casos en que ésta parece aún más discutible. Tal sucede con las formas variadas y numerosas que reviste la infección palúdica, con las afecciones diversamente localizadas que engendra el neumococo, y con los múltiples accidentes y complicaciones provocados por coli-bacilo.

En tales casos, lo que establece y afianza la especificidad, lo que da á conocer los estrechos vínculos que reúnen en un sólo grupo las afecciones, al parecer más disímolas, es el conocimiento del agente específico; en lo que toca á los ejemplos que he propuesto, el del hematozoario, ó bien el de alguna de las bacterias mencionadas.

Desgraciadamente, en todas las enfermedades infecciosas nos han dejado descubrir el micro-organismo que las engendra, sino que hay muchas cuyo agente causal nos es desconocido, lo cual impide que el examen bacteriológico dé resultados terminantes en todos los casos en que se le aplica, con el fin de averiguar si existe una infección y cuál es la naturaleza de ésta.

Sin embargo, aun cuando la bacteria patógena de una enfermedad sea desconocida, dicho examen puede ser útil, dándose recursos para hacer el diagnóstico por exclusión. Supongamos, como ya se ha dado el caso en Europa, una ciudad en comunicación con algún foco del cólera, y en la cual se presentan, en el transcurso de pocos días, varios casos mortales de accidentes coleriforme. Las autoridades se alarman, el pánico se apodera de los habitantes, que se creen atacados por la terrible epidemia asiática; pero el examen bacteriológico demuestra que no existe en las deyecciones ni en los cadáveres de los pacientes el bacilo vírgulo, y el temor desaparece, la confianza renace, y medidas habilmente escogidas y enérgicamente aplicadas, hacen desaparecer la pequeña plaga.

Otros casos en los cuales, aun sin ser conocida la bacteria específica, el examen bacteriológico puede dar á conocer la naturaleza de la enfermedad, son aquellos en que una bacteria bien caracterizada, se encuentra constantemente en el organismo de los enfermos. En esos casos, el descubrimiento de la refeida bacteria basta para revelar la naturaleza del padecimiento, á pesar de que aquélla no sea la causa de éste, ó por lo menos no esté demostrado que lo sea. Por ejemplo, el bacilo del chancro blando, que aún no está demostrado sea la causa de este padecimiento; basta, sin embargo, para caracterizar como de naturaleza venérea, una ulceración en la cual se le encuentre.

De las someras consideraciones que proceden, resulta que en las enfermedades infecciosas puede la bacteriología, descubriendo la causa de la enfermedad, dar á conocer la naturaleza de ésta; que este resultado se obtiene más seguramente en aquellas enfermedades infecciosas, cuyo agente causal ya es conocido, pero que también puede obtenerse de un modo indirecto en algunos de los casos en que se trata de enfermedades infecciosas, cuyo agente aun no ha sido descubierto.

Una vez precisados el alcance y la utilidad del examen bacteriológico, había que averiguar si la enfermedad sometida á nuestro estudio era infecciosa, y si era de aquellas cuyo agente patógeno ya está bien determinado. Para dilucidar este punto, así como pare dar principio á nuestras investigaciones, en la tarde del mismo día en que llegamos, procedimos al examen clínico de los enfermos del Lazareto, y de otros cuatro enfermos que visitamos en sus domicilios respectivos.

Estos enfermos y algunos otros que en compañía del Sr. Meza ó sólo, visité posteriormente, así como los datos y observaciones que me fueron comunicados por muchos de los médicos más eminentes de Monterrey, me permitieron conocer las formas clínicas del padecimiento.

Llamado éste ictericia grave por médicos muy respetables de la capital de Nuevo-León, y fiebre amarilla, por otros médicos igualmente respetables, presentaba una sintomatología tanto más equívoca, cuanto que la acepción del término «ictericia grave» no es aquí específica y bien definida, sino genérica y mal precisada.

Consultando sobre el particular con uno de los médicos más inteligentes y experimentados, me manifestó que dan aquí ese nombre á la atrofia amarilla aguda del hígado, á las icterias infecciosas y la remitente biliosa.

Desde luego se comprende que dando una acepción tan lata al término en cuestión, se le hace aplicable á una multitud de estados morbosos diferentes. Pues todavía más; aquí, para muchos de nuestros colegas, la remitente biliosa no es la entidad cuya naturaleza palúdica está en discusión desde hace varios años, y que muchos patólogos consideran como una de las formas de la fiebre amarilla, sino que es una de las manifestaciones del impaludismo.

Los síntomas y marcha de la enfermedad que pudimos observar, brevemente compendiados, han sido los siguientes: invasión brusca con calosfrío, calentura, cefalalgia frontal, dolor en los globos oculares, raquialgia y dolores en los miembros. En algunos casos, epistaxis, á menudo, náuseas y todavía con más frecuencia estreñimiento. Inyección de la cara y de las conjuntivas, ojos brillantes, lengua blanco-amarillenta en el dorso, y roja en las punta y en los bordes. El hígado y el baso normales, pero algunas veces ligeramente crecido este último. Dolor en el epigastrio, espontáneo ó provocado por la presión.

La temperatura ha subido desde el primer día á 39° ó 40°. En los días siguientes ha presentado igual elevación, con remisiones matinales irregula-