

BACTERIOLOGIA.

DOS OBSERVACIONES DE PSEUDO-DIFTERIA.—INFECCION POR EL SACHAROMICES ALBICANS.—ESTUDIO BACTERIOLOGICO.

No es raro encontrarse en la práctica con afecciones infecciosas que á primera vista parecen claras y cuyo diagnóstico si no seguro, se creé muy probable. Un grupo de signos y síntomas que parecen corresponder á una ejecución determinada, nos inducen á establecer un tratamiento supuesto eficaz ó á intervenir por medios especiales, esperando obtener un éxito en la curación del enfermo.

Si no contentos, ni menos, satisfechos, por lo que la observación clínica nos enseña, nos preocupamos por establecer un diagnóstico bacteriológico, tenemos algunas veces grandes sorpresas, despues de aclarar el punto por la observación y la experimentación bacteriológica.

Este nos enseña cuán delicado es el fiarse solo de la Clínica; que si suficiente y segura es en muchas enfermedades; apenas basta en otras para guiarnos como incierto Mentor, en el diagnóstico, pronóstico, régimen higiénico y tratamiento de ciertos procesos infecciosos.

A uno de estos casos se refieren las observaciones siguientes:

Hace precisamente un mes, fuí consultado por mi ilustrado compañero el Dr. A. López Hermosa, respecto de la naturaleza de una infección faringéa, que presentaba un niño de cinco años y que por su aspecto hacía temer la difteria. Este niño, robusto, vigoroso y lleno de vida, estaba en plena escarlatina, presentando la erupción clásica, su angina específica y una rubicundez vivísima de toda la faringe. En el velo del paladar, en la úvula y en un punto de la pared posterior de la faringe presentaba unas scudo-membranas blanquecinas, uniformes, de aspecto nacarado y con bordes rojizos; antes de la consulta ya había arrojado pequeñas membranas, segun la información de sus padres; en el lado izquierdo del cuello y abajo del maxilar, tenía dos ó tres ganglios infartados y una secreción mucosa abundante por los agujeros nasales. No hago mención de la fiebre, como tampoco llamaba la atención del Dr. López Hermosa, por estar el enfermo en plena evolución escarlati-

nosa como ya referí, y puesto que tanto á una ú otra infección pudiera referirse en ese momento.

Era tal el cuadro clínico de la afección faringéa, uniéndose á esto cierta dificultad para deglutir, que con razón bastante el Dr. López Hermosa temió la existencia de la difteria.

Una vez estudiado el caso clínico, procedí á recoger unos fragmentos de las membranas, con un escobillón de algodón esterilizado que dentro de un tubo de ensaye, tapado llevaba; con la mucosidad y la membrana sembré dos tubos de gelosa-glucosada y glicerizada é hice unos frotis en láminas porta-objeto. No sembré en suero desde luego, por no haber tenido á mano ese medio que es el más conveniente para el pronto diagnóstico de la difteria.

Inmediatamente me dirigí al Laboratorio del Instituto Patológico y procedí á buscar en los productos recogidos el B. de Laëffler, siguiendo el procedimiento de coloración del Prof. Roux del Instituto Pasteur.

Por más que repetí las preparaciones, no encontré el B. de la difteria y lo que ví en esas preparaciones fué lo siguiente:

Una cantidad ligeramente abundante de epitilio de la mucosa; algunos micelios del *Sacharomices albicans* y sus esporos y una grandísima cantidad de pneumococcus de Fraenckel Talamon, con sus cápsulas bien demostrables por el reactivo acético [Zichel y lavado al ácido acético diluido]. Por los métodos de Gram y Nicolle se coloró, siendo esta una de las reacciones que lo caracterizan.

No se encontró B. de Loëffler.

Ya dispuesto á enviar un informe de mi estudio bacterioscópico al Sr. Prof. López Hermosa, recibí despues del medio día, del mismo día, un llamado de la familia para que me reuniera con el citado Profesor y ver en consulta de nuevo al niño en la noche.

Al llegar, á la hora de la cita, tuve la sorpresa de saber que el niño había muerto á las 7 de la noche.

Averigüé con sumo cuidado, euáles habían sido los síntomas que precedieron á la muerte y el que me señalaban como más notable fué la dispnéa y una notable elevación térmica, 40,° 3.

Esto iba de acuerdo con lo que el exámen bacterioscópico había enseñado, pues aquél abundantísimo cultivo de *pneumococcus* de "Fraenkel Talamón;" era probablemente el causante del fatal resultado, que tan rápidamente se presentó.

Seguí el estudio de los cultivos é hice ya entonces, con el producto que estaba adherido al escobillón, siembras en suero sin que á las 36 horas se hubiera presentado ninguna colonia de *Bac. diftérico* y solo algunos muy pequeños, que estudiados al microscopio resultaron ser *streptococcus piógenus*.

En los tubos de gelosa habían aparecido unas colonias (en la estufa á 37°) de color blanco nacarado, de forma circular, extendidas de superficie lisa y húmeda. En siembra en estría en un tubo, aparecieron colonias que poco á poco, se reunieron formando un rastro y con el aspecto descrito. En el tubo que presento, se ven las colonias libres en la parte superior y en la inferior una gran colonia continúa en pleno desarrollo. Al microscopio se observaron las celdillas del Sacharomiceto y algunos fragmentos del micelio. Cultivos en medio líquido azucarado permitieron el desarrollo de los micelios, que en la preparación microscópica y coloridos por el Licor yodado, se presentaron con sus caracteres.

No se presentarón en las siembras primitivas de gelosa, otros gérmenes.

El neumococcus no se desarrolló.

Daba por terminado aquí mi estudio, cuando nueve días después, se me llamaba de la misma casa á las 7 de la noche, para atender á una niña de 6 á 7 años que había comenzado á tener fiebre de 38°5 en la mañana. Cuando la ví tenía la cara pálida, pulso frecuente y depresible; temperatura de 39°2, en la faringe una placa siendo membranosa de cinco á seis milímetros, otra más pequeña sobre la amígdala izquierda y una más grande, que como capuchón cubría en su totalidad la úvula.

Las membranas delgadas, de aspecto cremoso implantadas en una mucosa muy enrojecida; los ganglios submaxilares del lado izquierdo presentando un infarto ligero pero perceptible, sobre todo, comparándolo con dos del lado derecho.

La enfermita acusaba dolor á la deglución y su voz se encontraba enronquecida notablemente y á la inspiración había un ligero ruido de "tirage."

En esos momentos, enfrente de una afección membranosa que afectaba la laringe y que en tan pocas horas había traído perturbaciones por el estado de la voz y la respiración y sin querer perder el tiempo

en un estudio bacterioscópico, pues lo avanzado de la hora me hacía temer el intervenir al día siguiente, tal vez sin éxito, envié por un frasco de Suero antitóxico de Bertring, de 1.500 unidades y le hice una inyección de media dosis. Creo que fué justificado mi proceder, pues aunque podía suponer que se tratase de un caso semejante al anterior observado en el hermano de la enfermita, temí que por el grupo sintomático y los signos clínicos que observé, se trataba de una verdadera difteria.

Al siguiente día, la voz era completamente opaca, había aún ligero "tiraje;" la temperatura de 38.°8, gran palidez de la cara; algó de disfagia. Entónces procedí á un estudio bacteriológico para el que iba preparado. Sembré tubos de suero; otros de *gelosa glucosa glicerizada*; hice frotis en láminas con un pequeño fragmento de la membrana y ordené la desinfección horaria con Peroxido de Hidrógeno en la faringe y la nariz, por donde escurría un moco fluido y salían pequeñas membranas.

El estudio microscópico mostró al *Sacharomices albicans*, ántes señalado y bacterias vanales de la boca.

No había Bac. de Loëffler

Con estos datos, me abstuve de volver á inyectar suero antitónico, en espera del diagnóstico bacteriológico en las siembras de suero. A las 23 horas no se habían presentado colonias de Bac. diftérico, ni los siguientes días apareció ninguna. En los de gelosa, el *sach. albicans*, se desarrolló como en el primer caso.

El tratamiento continuado con todo rigor, no bastaba para destruir las placas, que se regeneraban después de caídas las anteriores; la temperatura seguía oscilando entre 38 y 39 y al 5.º día el infarto ganglionar era más notable y era doloroso (adenítis.) Se le combatió con pomada yodo-yodurada. Al 6.º día la faringe comenzó á limpiarse, la secreción nasal disminuyó y la voz comenzó á perder el tono ronco; pero ese día se presentó algo de parálisis del velo del paladar, lo que hacía difícil la deglución de los líquidos, que salieron algunas veces por la nariz.

La enferma, más dispuesta á tomar medicamentos, se le sujetó á un régimen tónico, que la condujo á una rápida mejoría, pues la faringe se limpió, desapareció la adenítis, y la fiebre el octavo día había desaparecido.

Si he creído de interés el comunicar á esta Academia las dos observaciones clínicas reforzadas con el estudio bacteriológico, es porque siendo la difteria una tan temible infección, vemos que hay casos en los que el diagnóstico bacteriológico, nos quita los temores que justamente debemos abrigar, ó nos arrastra á seguir un tratamiento adecuado.

Bien sabido es que no sólo el Bac. de Loëffler puede producir exudados pseudo-membranosos en las mucosas. Lesiones semejantes á la difteria se pueden presentar, porque adquieran virulencia en casos no determinados aún; en las anginas de streptococcus se presentan algunas veces estos exudados, que en una ocasión hicieron diagnosticar la difteria á algunos de nuestros colegas y que el estudio bacteriológico aclaró el punto.

Un microbio muy notable por su morfología y por los exudados pseudo-membranosos que produce, unidos á la adenitis y los otros signos diftéricos es el descrito por el Dr. Vincent de Val de Grace con el nombre de *bacillus fusiforme*, cuyos caracteres y modo de colorarse son bien conocidos y que no encontré en los casos referidos.

México, Diciembre 13 de 1899.

A. GAVIÑO.

Exposition Universelle de 1900.

CONGRES INTERNATIONAUX.

1^{er} Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale.

Le Comité du Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, qui se tiendra à Paris, du 23 au 28 juillet, a l'honneur de porter à la connaissance du corps médical ce qui suit:

Une réduction de 50 p. 100 sur les Chemins de fer français et de 30 p. 100 sur la Compagnie Transatlantique sera accordée à tous les adhérents au Congrès, qui auront versé leur cotisation *avant le 20 juin 1900*.

Les pièces nécessaires pour obtenir cette réduction seront dressés en même temps que la carte de Membre du Congrès, etc., etc.