

## BACTERIOLOGIA.

### Importancia de la investigación bacteriológica en la ciudad de México, para el diagnóstico de la difteria.

Es preciso tener alguna opinión. Hay sacrificios que es necesario saber hacer; la Clínica en este asunto debe ceder el paso á la Bacteriología. Sé que á costa de tristeza solamente se abandonan nociones adquiridas con trabajo; pero, una vez más, es un deber rendirse á la evidencia.

G. Dieulafoy.—Manuel de Pathologie interne.—Tomo III, pág. 88.—Onzième édition.

Estas palabras, que leí desde mis primeros años de Médico, me han hecho pensar que si fueron necesarias para los médicos parisienses, lo serían mucho más para los de la ciudad de México; que si allá la Bacteriología vino á rectificar las afirmaciones de la Clínica, entre nosotros vendría no á rectificar sino á enseñar la Clínica de esta enfermedad. Muchos de nuestros médicos jamás han visto enfermos de esta dolencia, y cuando surgen sospechas en su ánimo, referentes á ella, con frecuencia es bastante tarde para que el tratamiento sea eficaz. Recuerdo á este propósito el caso, que se me presentó hace algunos años, de tener que tomar productos del cadáver de una niña y de otra niña atacada ya del mal, para diagnosticar el padecimiento.

No me parece necesario ni conveniente citar casos concretos, que pudieran lastimar susceptibilidades; no es este mi objeto. En la mente de los Señores Académicos existirá indudablemente el recuerdo de más de un caso desgraciado, y no debemos olvidar para justificar la importancia de estos fracasos que se dice, en mi concepto con razón, que en la ciudad de México por lo general no es grave la difteria.

Si en París, en donde la enfermedad es endémica y con frecuencia epidémica, en donde los estudiantes ven muchos enfer-

mos de esta dolencia desde su práctica en el hospital, se ha hecho necesaria la autorizada voz de uno de los mejores clínicos para convencer á los médicos prácticos de que todo lo que habían aprendido á la cabecera de los enfermos, es con mucha frecuencia engañoso, y que siempre se debe acudir á la Bacteriología; me parece que entre nosotros es completamente infundado y excesivamente expuesto para la vida de los niños, atenernos á nuestros conocimientos clínicos, los que por razón natural de la escasez de estos enfermos, no podemos tener.

Me ha parecido conveniente llamar la atención acerca de este asunto, porque todavía en la actualidad, en estos días, se oyen en nuestras conversaciones de cofradés, ideas completamente erróneas á este respecto. Se argumenta muchas veces, para disculpar el retardo del diagnóstico bacteriológico ó la inoportunidad del tratamiento, en ésta ó semejantes formas: "si este niño no tenía fiebre alta, tan sólo una calenturita insignificante, no había membranas, no había infartos, etc." Si reflexionamos en la verdadera significación de las palabras de Dieulafoy y en la idea dominante de todo el artículo relativo, comprenderemos que para él ninguno de esos síntomas es patognómico, ni todos juntos, y que la falta de todos ellos no disculpa de que no se mande hacer el examen bacteriológico. En verdad, por lo que respecta á nuestras aptitudes clínicas, no hay de que disculparnos, no existe culpa cuando no podamos diagnosticar difteria sin la Bacteriología: si Dieulafoy con vasta práctica no se considera competente para diagnosticar muchos casos, ¿cuánto menos reprochable será cualquiera de nosotros porque no los sepa reconocer!

¿De qué modo podrá la Bacteriología enseñar la Clínica? Anotando los síntomas más culminantes de los enfermos sospechosos, haciendo el examen bacteriológico en todos esos casos, y sacando después el promedio de la frecuencia con que se hubiera presentado tal ó cual síntoma en todos los casos que resultaron positivos. Esto es lo que me he propuesto realizar, coleccionando los datos clínicos principales, encontrados por los distintos médicos de la Capital, en todos aquellos casos que les han parecido sospechosos, y cuyos exámenes bacteriológicos, practicados en el Laboratorio de Bacteriología del Consejo Superior de Salubridad, dieron resultado positivo.

No sé si estas condiciones sean las más favorables para obte-

ner enseñanzas estadísticas de valor, si el hecho de ser datos recogidos por diferentes personas acerca del mismo síntoma aumente ó disminuya el valor de las cifras encontradas; me inclino á creer que, cuando menos para el objeto del servicio gratuito de diagnósticos bacteriológicos, esto constituye una circunstancia favorable: pues si todos los casos examinados lo hubieran sido por una sola persona, las cifras encontradas tendrían aplicación solamente para los modos de apreciar de esa persona, y carecerían de utilidad para la mayoría. No pretendo ni haberme aproximado á conseguir un buen trabajo estadístico; espero de la benevolencia de los Señores Académicos no vean en este escrito sino la tentativa de rectificar algunas ideas dominantes en cuanto al aspecto clínico de la difteria y, al demostrar nuestro error, prevenirnos una vez más de la indicación urgente de mandar hacer el examen bacteriológico en cualquiera padecimiento faríngeo ó de garganta de los niños, por ligero que parezca, cuando no se le encuentre la causa clara y muy ostensiblemente.

Para realizarlo con cualquier enfermo, rico ó pobre, en el Consejo Superior de Salubridad se hacen completamente gratuitos estos exámenes, sin más requisitos que la anotación en unas hojas—esqueletos de los síntomas principales, que á cada médico lo hagan sospechar la enfermedad.

Las razones principales con que algunos piensan justificarse de no mandar hacer el examen, son las siguientes:

1ª Si en faringes sanas existe el bacilo, algunas veces, de nada sirve el examen bacteriológico;

2ª Cuando se trata de un niño de la última clase social ó de padres muy pobres, ¿de qué sirve el diagnóstico si no pueden pagar el suero?

3ª En el Consejo piden muchos datos.

Lo primero, que corre, entre pocos médicos afortunadamente, apoyado en la opinión de personas autorizadas, es una idea que carece de fundamento; no es regla general en las enfermedades bacterianas hacer el diagnóstico por la simple presencia de algunas bacterias, sino también por la abundancia de ellas, por los caracteres de los cultivos, sus condiciones de desarrollo, temperatura, medio de cultivo; por su coexistencia con algunos síntomas, etc.

La penuria ó absoluta falta de dinero de los padres tampoco

es una razón para no mandar hacer el diagnóstico, pues en el Hospital General se aplica el suero gratuitamente.

Para demostrar lo infundado de la tercera argumentación, basta decir que se piden solamente aquellos síntomas principales que precisamente hacen sospechar la enfermedad, y cuya anotación está sumamente simplificada en las hojas. No debemos suponer que la sospecha derive del simple "ojo médico."

Los casos positivos, anotados en el libro correspondiente, hacen la suma de 98, comprendiendo del 2 de Marzo de 1903 al 21 de Mayo próximo pasado. Coleccioné todos los datos clínicos referentes á estos casos y puse el resumen en forma de cuadro gráfico que adjunto. Con la esperanza de reunir 100 casos, retardé la presentación de estas notas; el ser 98 nos permite considerar las cifras encontradas, poco más ó menos, como los tantos por ciento. Haciendo los resúmenes de cada parte del cuadro, tenemos las siguientes cifras:

## SEXO.

Masculino.....	50
Femenino.....	48
	98

## EIDADES.

de 0 á 2 años.....	27	Al 3º.....	14
„ 2 „ 5 „ .....	43	„ 4º.....	19
„ 5 „ 10 „ .....	16	„ 5º.....	5
„ 10 „ 20 „ .....	7	„ 6º.....	10
„ 20 „ 30 „ .....	2	„ 7º.....	4
„ 30 „ 50 „ .....	1	„ 8º.....	4
No anotada.....	2	„ 10º.....	4
	98	„ 15º.....	5
		No anotado.....	9
			98

## DÍA DE LA ENFERMEDAD EN QUE SE MANDÓ HACER EL DIAGNÓSTICO.

Al 1º.....	12
„ 2º.....	12

## MEMBRANAS.

Fosas nasales.....	6
Faringe.....	50
Laringe.....	19
Amígdalas.....	69

ORIGEN DEL PRODUCTO		ORINA.	
SOSPECHOSO.		Abundante.....	40
Fosas nasales.....	2	Escasa.....	21
Faringe.....	54	No anotada.....	37
Laringe.....	5		98
Amígdalas.....	1		
No anotado.....	36		
	98		
TEMPERATURA.			
36° á 37°.....	16		
37° á 38°.....	27		
38° á 39°.....	32		
Más de 39°.....	13		
No anotada.....	10		
	98		
		ALBÚMINA.	
		Existía.....	7
		No anotada.....	91
			98
		INFARTOS GANGLIONARES.	
		Existían .....	65
		No anotado.....	33
			98

De la inspección del cuadro y el estudio de los resúmenes parciales que acabo de hacer, se pueden obtener, en relación con las ideas erróneas dominantes de que hablé al principio, las siguientes enseñanzas:

La temperatura fué menor de 38° en el 43% y menor de 37° en el 16%. Si consideramos que para niños de 0 á 5 años una temperatura menor de 39 no puede considerarse como fiebre elevada, obtendremos las cifra de 75% en que los enfermitos no han presentado gran fiebre, y sin hacer apreciaciones de problemática exactitud, quedaría en pie que no es este síntoma el que debemos buscar para apoyar el diagnóstico de difteria: en la sexta parte del total, los enfermos no sólo no tuvieron fiebre elevada, sino que estaban apiréticos.

Por regla general el sitio de predilección en que buscamos las membranas es en las amígdalas, por ser el sitio en que más frecuentemente se presentan todas las falsas membranas y exudados no diftéricos de la región. De aquí resulta que cuando en una hoja aparecen anotadas membranas en otra parte, generalmente constan también anotadas en las amígdalas. Teniendo esto en cuenta, se ve que solamente en el 69% hubo membranas ostensibles, y si los Señores Doctores no hubieran tenido la

precaución del diagnóstico bacteriológico, el 31<sup>0</sup>/<sub>0</sub> de sus enfermos hubiera pasado desapercibido, originando tal vez pérdidas de vidas y el contagio de los demás. La importancia del diagnóstico, como sabemos, es capital en el sentido de la profilaxis, aun cuando el caso presente sea excesivamente benigno; pues bacilos poco virulentos (sin contar con las diferentes resistencias) en un niño, pueden ser excesivamente virulentos y peligrosos al germinar en otra faringe.

Los infartos existieron solamenté en el 65<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; en la tercera parte no se presentaron.

La tardanza para ordenar el diagnóstico, también se confirma en el cuadro: en el 27<sup>0</sup>/<sub>0</sub> de los casos, el diagnóstico se hizo del 6<sup>o</sup> al 15<sup>o</sup> día de enfermedad. Esto indica con qué benignidad aparente evoluciona en México la difteria; lo que, por mi parte, he visto en la inmensa mayoría de casos.

En unos diez ó doce últimos casos, en que he visto á los enfermos en la clientela particular, he podido apreciar la constancia con que la orina es albuminosa, confirmando con ello la importancia de esta investigación. James M. Anders, en su "Practice of Medecine," al tratar del diagnóstico diferencial de la enfermedad que nos ocupa, aconseja como único adyuvante de algún valor esta investigación, y se expresa así: "La albuminuria existe generalmente en la difteria, mientras que excepcionalmente se presenta en casos de tonsilitis folicular." En el cuadro aparece solamente en 7 casos, queda la duda de si en los 91 restantes no existía ó no se buscó; probablemente fué esto último, pues si los Señores Doctores la hubieran buscado sin encontrarla, es casi seguro que hubieran anotado el resultado negativo.

Voy para terminar á referir brevemente dos historias, una de una pequeña epidemia en la casa del Sr. Dr. Vásquez-Gómez y otra de una de mis hijas. Creo que ellas corroboran perfectamente las ideas enunciadas y que nos será útil conocerlas, convencido como estoy de que son más instructivos los relatos de los errores que los de los éxitos. Tienen importancia en mi concepto: la primera, por la indiscutible y reconocida competencia en su especialidad de nuestro estimable consocio, que es seguramente el que haya examinado más, ó uno de los que hayan examinado más gargantas entre nosotros; la segunda, la mía, por algu-

nos detalles con que se presentó. Concreto en estos dos casos, porque sé perfectamente que mi buen amigo no presume de infalible y porque la segunda me pertenece:

1<sup>o</sup> En una familia de siete niños enfermó la niña mayor, de edad como de 11 años, de ligero mal de garganta, y fué examinada por su papá, quien le prescribe algo insignificante y le practica uno ó dos aseos. A los dos ó tres días enferma un niño, como de 4 años de edad, con semejante mal de garganta, algo más marcado, pero sin que se pudiera calificar de intenso. Por ser el niño pequeño é inquieto, casi ni caso se le hizo. Cuando le llamaba la atención al Sr. Dr. que la niña mayor no estuviera ya completamente sana, cayó enferma una niña, de 1½ á 2 años de edad, con tos, fiebre alta y una pequeña falsa membrana en una amígdala. Relaciona el Dr. este caso con los anteriores, se hace el examen de la última enfermita y resulta Difteria sin asociación. La investigación de la albúmina dió resultados positivos, tanto en la orina de la enfermita como en las de los convalecientes. Se inyectó con dosis curativa á la pequeña, y con dosis profiláctica á las demás niñas, excepto á las convalecientes. El resultado de estas inyecciones, así como el no haberse infectado los convalecientes, mientras que un niño de la casa contigua sí se infectó, confirma la naturaleza diftérica del padecimiento de los dos primeros niños. La albuminuria persistió mucho más en la niña mayor, que no fué inyectada, que en la pequeña, que fué convenientemente tratada. Esta historia, como vemos, demuestra que puede existir la difteria sin manifestaciones locales aparentes.

2<sup>a</sup> Una de mis hijas, de dos años de edad poco más ó menos, sale á paseo una mañana algo fría, caminando en un tren eléctrico; á su regreso llegó un poco ronca, tosió unas cuantas ocasiones en la tarde y no presentó ya en ese día ninguna otra manifestación morbosa. Al día siguiente tuvo fiebre de 38° y décimos, inapetencia y gran decaimiento; su voz estaba perfectamente bien y no se la volvió á oír toser; le examiné la garganta y no encontré ni ligera rubicundez. Aun cuando parecía estar bien de su aparato digestivo, tomó un purgante y se vigió más escrupulosamente su alimentación. Al otro día la fiebre se hizo muy intensa, cerca de 40°, el decaimiento y la palidez sumamente acentuados; busqué de nuevo y repetidas ocasiones

algo en la garganta, sin encontrar absolutamente nada; temía yo que fuera la invasión de una fiebre eruptiva de forma grave, principalmente la escarlatina. No obstante no encontrar ningún indicio de difteria (de contado que busqué infartos), hice la siembra de lo poco que pudo tomar un hisopo de algodón, por haberme hecho la siguiente reflexión: es muy común que, entre nosotros los médicos, que con especialidad trabajan en determinado ramo de la medicina, pierdan á algunos de su familia ó padezcan en sus personas precisamente de alguno de los padecimientos con que se ejercitan más comunmente (los oculistas necesitan anteojos, los dermatologistas son calvos, los parteros pierden á sus esposas de accidentes de parto ó del puerperio), ¿tendrá mi hija difteria? Esto y no otra cosa me indujo á hacer el examen. Hice la siembra nada más por "si acaso," como se dice, tomando para ella, además de lo que barrió el hisopo, una cantidad insignificante de exudado que salió en la punta del talón de la cuchara. Quizá el exudado ó falsa membrana se encontraba en la base de la lengua y por eso no pudimos ver nada, ni yo ni mis apreciables amigos los Sres. Dres Rafael Carrillo y José Saloma, que examinaron con especial cuidado á la niña 24 horas después de esta sesión, cuando ya el diagnóstico bacteriológico estaba hecho.

Tan no me figuraba yo la naturaleza del padecimiento, que al día siguiente (probablemente 3º de la enfermedad) estuve haciendo mis trabajos de costumbre en el Laboratorio y al terminarlos, como de una cosa completamente olvidada, recordé la siembra que había yo hecho. Al examinarla encontré completamente cubiertas las rayas de la siembra de colonias, macroscópicamente iguales á las del bacilo de la Difteria y cuyo examen microscópico bacteriano confirmó su naturaleza. Abandoné el Laboratorio inmediatamente, fuí á poner la 1ª inyección cuanto antes y, á indicación del Dr. Saloma, para corroborar el diagnóstico, buscamos la albúmina en la orina, encontrándola en regular cantidad. Este caso ha sido el más grave de los que he visto evolucionar, por la hiperpirexia tan persistente, que comenzó á ceder hasta después de la 2ª inyección y desapareció hasta la 4ª, y por la depresión, la palidez y el estado del pulso. La albuminuria persistió más de una semana.

¿Por qué no hicimos el Sr. Dr. Vázquez Gómez y yo los exá-

menes bacteriológicos desde el principio, cuando ellos pudieron haber evitado la infección de los dos últimos niños y yo hubiera dominado muy probablemente con facilidad la infección? Precisamente por haber olvidado el precepto de Dieulafoy, que sirve de epígrafe á estas notas, y todo lo que á propósito de las membranas dice en otro pasaje de su artículo: "hay muchas anginas diftéricas (creo que debió haber dicho difteroides) con falsas membranas que no son diftéricas, y un gran número de anginas de apariencia folicular, lagunar, pultácea, son diftéricas." En el caso que he relatado, ni siquiera la angina, de aspecto muy benigno, se presentó: una ligera ronquera y tos insignificante, que completamente desaparecieron cuando la fiebre y el abatimiento se presentaron. Si hubiera yo esperado simplemente las manifestaciones claras de alguna fiebre eruptiva, probablemente el desenlace hubiera sido fatal.

---

Acaso parezca trivialidad insistir en esto en la actualidad y tal vez lo sea; de cualquier modo, será entonces una trivialidad sobre la cual hay que llamar la atención, porque no llevamos á la práctica el mejor camino conocido, (por trivial olvidado), de salvar la vida de muchos niños, cumplir concienzudamente con los deberes profesionales y evitar los reproches más ó menos justificados de algunos padres de familia.

---

De todo lo dicho anteriormente, creo que se pueden sacar las siguientes conclusiones prácticas:

1ª En la ciudad de México no existe cuadro clínico bien delineado que permita diagnosticar la Difteria.

2ª En cualquiera angina, y aun en un mal de garganta ligero, que no tenga causa bien aparente y científicamente fundada, debe hacerse el examen bacteriológico.

México, Julio 31 de 1907.

O. GONZÁLEZ FABELA.