

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

---

FRECUENCIA

DE LA

TRIQUINOSIS EN MÉXICO

---

PRUEBA ESCRITA

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

CRUZ LÓPEZ

Alumno de las Escuelas Nacionales Preparatoria y de Medicina  
de México.

---

MÉXICO

OFICINA TIP. DE LA SECRETARIA DE FOMENTO.

Calle de San Andrés, número 15.

—  
1898



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A LA SAGRADA MEMORIA DE MI PRIMO

EL SEÑOR

INGENIERO NAVAL GODOFREDO SARVIDE.

Perdurable recuerdo de mi gratitud sin límites.

---

A MIS

ADORADOS PADRES Y MUY QUERIDOS HERMANOS.

---

AL HONORABLE PROFESORADO DE LA ESCUELA DE MEDICINA,

---



Al personal científico  
DEL  
Museo Anatómico-Patológico.

---

A la memoria siempre grata  
DEL  
**SR. LIC. FELIX CID DEL PRADO.**

---

A mi fraternal amigo y constante compañero de estudio  
ANTONIO SANCHEZ REBOLLEDO.

---

---

---

**E**S un hecho fuera de duda que la triquina fué importada á nuestro suelo, pues mientras que en Europa causaba estragos ya en 1860, se necesita llegar hasta 1881 para tener las primeras noticias acerca de su existencia en México. En efecto en el curso de ese año el periódico político *La República*, denunciaba un caso de jamón triquinoso, y llamando muy seriamente la atención de la autoridad, la exhortaba “para que tomase las medidas que fueran de su resorte, á fin de prevenir se propagara entre nosotros tan terrible plaga.”

Aunque la triquina fuera descubierta desde 1828 por Peacock, prosector del Hospital Guy de Londres, á Zenker pertenece el mérito de haber demostrado desde 1860 que la presencia de este nematoide en el cuerpo humano, provoca una enfermedad de las más graves, frecuentemente mortal, y que suele presentarse bajo la forma epidémica.

Era grande el pánico que la nueva enfermedad había sembrado en Europa, y lo pinta bien el siguiente pasaje tomado á un autor de aquella época: “Este parásito (la triquina) es mil veces más terrible que el cólera morbus, el tifo, la peste de Oriente y algunas

epidemias consignadas en la historia (Owen)." El terror se acrecentaba con la aparición de una nueva epidemia. Así sucedió en la de Moscow, referida por el Dr. Veh, y en la cual, más que la mortalidad misma, alarmaron los síntomas raros, como: caída completa del pelo, sobreviniendo sólo en las mujeres, erupción generalizada de diviesos, diarrea tenaz, disminución persistente de la memoria, etc. Es digno de mencionarse el caso relatado por el Dr. Müller en la epidemia de Minden Wetsfalia: De 3 enfermos miembros de una misma familia, uno de ellos sucumbió en la tercer semana y los restantes todavía en la séptima luchaban entre la vida y la muerte habiendo logrado salvarse. Pocas habrá que hayan producido tal desolación como la de Hoederleben, población de 2,000 habitantes, de los cuales fueron atacados 337, habiendo sucumbido 101. En América se citan también algunas de resultados funestos. Tal es la de Indiana, en la cual se presentaron los síntomas abdominales con tal intensidad, que al principio se creyó en un envenenamiento agudo. Tres casos observados por el Dr. Sutton tuvieron una terminación tan rápida como fatal.

Para algunos autores las epidemias de *sudor de Inglaterra* que en el siglo XVI asolaron primero Inglaterra, después Holanda, Alemania, el Norte de Francia, etc., habrían sido epidemias de triquinosis. Los médicos Kaye y Bacon describen la enfermedad señalando los síntomas siguientes que ellos observaron entonces: dolores y hormigueos en los miembros, prostración completa, calofrío, después agitación, espasmos, basca, cefalalgia, palpitaciones y angustia precordial.

En medio de estos síntomas sobrevénia una sensación de calor ardiente en todo el cuerpo, sed inextinguible y sudores extremadamente abundantes. El tercer período se anunciaba por delirio unas veces sombrío, otras locuaz, y se caracterizaba por un sudor fétido generalizado á todo el cuerpo, por la desigualdad del pulso y un estado soporoso en el que sucumbían los enfermos. Duraba la enfermedad lo más á menudo algunas horas y raras veces pasaba de un día cualquiera que fuese la terminación, fatal ó favorable.

La convalecencia fué siempre larga y solía complicarse de diarrea y edemas. Ni en ella, ni durante la enfermedad se observó erupción alguna.

Sin dificultad se comprende cual sería la alarma que en Mexico originó el hecho denunciado á que antes hacemos referencia: pues inmediatamente el Gobierno se vió obligado á intervenir, nombrando una Comisión del Consejo Superior de Salubridad, para que estudiara detenidamente el caso y rindiera un dictamen á la mayor brevedad posible. Éste no se hizo esperar mucho y sirvió para tranquilizar á la sociedad; porque en él se asentó que hasta esa época (1881) no existía la triquina en México, *pero que quizá más tarde se descubriera.*

Esta idea de la no existencia de la triquina entre nosotros, persistió y persiste todavía, pues personas hay, ilustradas por cierto, que juzgan, si llegan á admitirlo, como raro algún caso de triquinosis. Desgraciadamente los hechos han venido probando lo contrario. El Dr. Barragán en su tesis inaugural afirma que: “durante el año de 1891, observó cuatro cadáveres con

puntilleo blanquizco, y según muy autorizadas referencias hechas por el Dr. D. Miguel Zúñiga, se había podido observar que desde hacía tiempo, tres ó cuatro cadáveres por año presentaban el mismo aspecto que se explicaba, asignándole por causa la degeneración *cirrosa* de los músculos ó concreciones calcáreas. El mismo Dr. Zúñiga tomó un fragmento de músculo y reconocido en el microscopio por el Dr. Toussaint, encontró triquinas encapsuladas y clasificadas." Igual descubrimiento hicieron en esa época en la carne de cerdo los señores veterinarios Francisco López Vallejo y Emilio Fernández, porque hasta entonces se estableció debidamente la inspección microscópica en la Casa Empacadora Mexicana.

Posteriormente (1896) el Dr. Olvera en un trabajo presentado á la Academia de Medicina, daba cuenta de algunos casos clínicos, que por su rareza llamaban la atención, pues no podían explicarse algunos de los síntomas que los enfermos presentaban; entre otros había observado diarreas tenaces que no cedían á los medicamentos puestos en práctica. La autopsia vino á resolver el problema, demostrando se trataba de verdadera infección triquinosa.

Así es que nadie podrá dudar que por desgracia se encuentra ya en México tan terrible mal, y lo que es todavía de lamentarse más, suele presentarse relativamente con alguna frecuencia. Esto, justo es decirlo, ha llegado á demostrarse debido á la fundación del Museo Anatómico Patológico Nacional, donde se dispone de todo lo necesario para las investigaciones y estudio del parásito. De allí hemos tomado una estadística que



comprende 520 autopsias, contándose entre ellas 20 con triquinas, lo cual da un promedio de 4 por ciento aproximadamente. Nos apresuramos á establecer que no debe tomarse dicho promedio como refiriéndose á la mortalidad en general, porque sólo hemos tenido en cuenta los casos presentados en el Hospital General de San Andrés y no los de otros hospitales, ni los de personas cuyos cadáveres no se autopsian, como v. g.: los de la clase acomodada, no exenta, por cierto, de contraer la afección.

Creemos que para llegar á determinar con mayor precisión el grado de frecuencia, se necesita además de los elementos indispensables para este género de trabajos, la observación cuidadosa de varios años. Sólo así, y con aptitudes de que carecemos, llegará á hacerse un estudio completo de la enfermedad, sin las deficiencias y lagunas que abundan en el presente.

Trazamos en seguida un cuadro de la triquinosis, tan magistralmente descrita por los médicos extranjeros, por los alemanes y norte-americanos sobretodo.

#### ETIOLOGÍA.

Es ciertamente muy reducida. Por la observación, unida á la experimentación, se ha comprobado ya hasta la evidencia, que la ingestión de carne de cerdo, cruda ó imperfectamente cocida, es la causa más frecuente de la triquinosis. Experimentalmente se ha logrado producir en el caballo, el buey, el becerro y en algunas aves, notándose, que si bien es cierto crecen y pululan en el intestino de éstas últimas, son, sin embargo, arrastradas por las evacuaciones.

El cerdo mexicano parece ser poco propenso al desarrollo de la triquina, según se desprende del siguiente párrafo que copio de un trabajo publicado por el señor veterinario Eutimio López Vallejo, en la *Revista Médica*:

“De las observaciones hechas por los señores veterinarios inspectores de cerdos, se puede deducir, de una manera aproximada, que la triquina en México existe en una proporción de  $4\frac{1}{2}$  por millar en el ganado americano, de 3 en el cruzado y de  $1\frac{3}{4}$  en el del país.”

Notablemente mayor es la proporción en los Estados Unidos y en Europa. Según Billings en Boston sería como 5.7 y 4 por ciento. En la Alemania del Norte era en 1871 de 0.10 á 0.13 por mil. Por regla general varía mucho según los países y según los diversos distritos de un mismo país: así, se cita que en 1884 en el de Egnessen existía como 1 es á 101, en el de Schimm como 1 es á 86, mientras que en Schorda como 1 es á 68.

De las estadísticas europeas se infiere que es rara la triquina en Francia, Italia, Suiza y España, frecuente en Rusia, Alemania, etc.; *pero más que en ningún otro país en los Estados Unidos.*

Debe tenerse en cuenta en la etiología de esta enfermedad, como en la de todas las enfermedades parasitarias, la predisposición á adquirirla y el hecho digno de mención, de que en ciertos países y entre ciertas razas, la ingestión de carne infestada no sea tan peligrosa en determinadas circunstancias. Indudablemente que en la producción de este fenómeno influye, sobretudo, la manera de condimentar las carnes de puerco, *la costumbre culinaria* como la llama Brouardel.

Sólo á falta de predisposición podemos atribuir lo que se observa en México, donde sin dejar de ser rara la triquina, hasta ahora no se ha observado ninguna epidemia, no obstante lo común que es en la clase proletaria comer la carne de cerdo sin someterla á un calor suficiente para destruir el parásito.

Según las observaciones y experimentos hechos por los especialistas en las ratas y en los cerdos, contribuye en gran manera á la propagación de la triquinosis, la pésima costumbre seguida en algunos rastros y casas particulares, de no destruir los restos de los animales sacrificados, y lo que es peor todavía, alimentar á los cerdos supervivientes con los desechos de los que han muerto ó han sido sacrificados, y con toda clase de substancias animales.

#### ANATOMÍA PATOLÓGICA.

La triquina es un nematoide, de la familia de los tetracolídeos, de dimensiones tan pequeñas que sólo en el microscopio es posible observarla. El macho tiene una longitud de 1.50 milímetros y la hembra de 1 á 3. Esta es ovípara, no llegando á adquirir los huevos fecundados su desarrollo completo, sino cuando llegan al útero.

Alojado el helminto en su envoltura especial llamada cápsula, y una vez disuelta ésta en el estómago por el jugo gástrico, inmediatamente se pone en libertad. Algunas veces el quiste contiene 2, 3 y aun 5, como se ha observado en México, aunque el hecho sea verdaderamente excepcional,

Libres ya los nematoides pasan al intestino donde

adquieren cierto desarrollo y empiezan á diferenciarse los sexos. La fecundación no tardará en efectuarse, teniendo como resultado la aparición de embriones en número considerable de 200 á 400 y algunas veces más. Terminados los fenómenos de reproducción, los despojos de las viejas triquinas son arrojados con las evacuaciones, y los embriones habiendo llegado al estado adulto, se dirigen á todo el organismo, con predilección á los músculos estriados, exceptuando el corazón en el que rara vez se encuentran.

Una vez allí, ¿dónde se fijan? ¿En el músculo mismo ó en el tejido interfascicular? Merced á los estudios emprendidos en estos últimos años, no tiene ya razón de ser la antigua controversia que había dividido á los histologistas, pues mientras que Conheim, con Virchow Leuckart y Haller, sostenían la primera opinión, militaban en la contraria Blanchard, Chatin, etc. Grancher y Brouardel, después de concienzudas investigaciones hechas en la epidemia de Émersleben, han llegado á demostrar plenamente que el tejido muscular es la última residencia de la triquina, comprobando por consiguiente la hipótesis sostenida por Virchow, etc.

Localizado allí el parásito, se forma un nuevo quiste á expensas del miolema, y éste incrustándose de sales calcáreas, puede dar lugar á la calcificación del contenido (lo cual constituye una curación espontánea de la enfermedad) ó bien puede vivir enquistada algún tiempo, hasta diez años, como lo demostró experimentalmente el Dr. George, de Paris, conservando un fragmento de gran pectoral triquinoso.

A grandes rasgos hemos delineado el camino recorrido por el parásito. Las lesiones que provoca son muy variadas dependiendo del período de la afección.

En el primero la mucosa gastro-intestinal presenta una inflamación catarral más ó menos aguda, según haya sido la infección, pues cuando es intensa, suelen observarse hasta hemorragias. En los dos últimos se encuentran congestión y edema del cerebro, del pulmón, y en términos generales una anasarca acentuada ó no, y cuya explicación satisfactoria no se encuentra ni en la nefritis ni en ninguna lesión cardíaca.

Es probable que investigaciones ulteriores demuestren que la invasión triquinosa se acompaña de la formación de substancias tóxicas análogas á las que producen otras invasiones parasitarias (Brouardel).

Casi todas las lesiones antes citadas han sido observadas ya en México. La mejor prueba que podemos aducir, es transcribir algunas de las autopsias practicadas en el anfiteatro del Hospital de San Andrés, en las cuales constan también los datos clínicos que se pudieron recoger, algunos de ellos son síntomas de la infección triquinosa.

*Observación 522.*—E. B., de 55 años, viuda, cocinera, entró el 9 de Septiembre de 1896 y murió el 17 del mismo. Contó que hacía dos meses, á consecuencia del abuso que hacía del pulque y del aguardiente, había tenido vómitos biliosos que le duraron ocho días; que al mismo tiempo comenzó con deposiciones abundantes, frecuentes, fétidas, de color amarillento, acompañadas de tenesmo y las cuales habían persistido hasta la fecha de su entrada; que había perdido el apetito,

tenía mucha sed y se había adelgazado y debilitado mucho.

*Examen físico.*—Tinte sub-ictérico de la piel y conjuntivas; paredes del vientre muy laxas; ligera ascitis, meteorismo considerable é hígado aumentado de volumen.

*Marcha.*—Tres días antes de morir comenzó con fiebre continua, la que *no pudo interpretarse*, pues no se encontró alteración sensible en ningún órgano ó aparato además de lo indicado. Persistió la diarrea y la enferma entró en colapsus y murió.

*Diagnóstico clínico.*—Cirrosis hepática mixta.

#### AUTOPSIA.

Por el examen exterior nótase desde luego edema de los miembros inferiores y abultamiento considerable del vientre.

Nada de notable se encontró en el cerebro. Pero al seccionar los músculos de la pared abdominal se dió salida á abundante líquido citrino de la cavidad peritoneal. Tanto estos músculos como los del tórax estaban sembrados de numerosos puntitos blanquecinos, y examinando uno de ellos, resultó ser triquina encapsulada.

El intestino delgado presentaba en su mucosa numerosas ulceraciones pequeñas, y en los intervalos de éstas fina vascularización marcada.

*Diagnóstico anatómico.*—Granulaciones tuberculosas en los pulmones. Cirrosis hipertrófica. Enteritis ulcerosa. Triquinosis.

*Observación 203.*—P. T., de 32 años, soltero, agua-

dor, entró el 15 de Mayo de 1895 y murió el 14 de Agosto del mismo año.

Hacia 8 meses que se encontraba enfermo de diarrea; pero lo que motivó su entrada al hospital, fué un chanero blando que había contraído un mes antes y que marchó á la curación sin ningún accidente. La diarrea continuó acompañada de un gran enflaquecimiento. Desde su ingreso se notó una gran palidez en su semblante y un estado de postración que fué aumentando de día en día, conduciéndolo á la caquexia y que se marcó más por la aparición de edemas y la depresión de su inteligencia.

*Examen.*—Por la palpación del vientre se provocan ruidos intestinales y se perciben los latidos de la aorta. No se siente el hígado y por la percusión se encuentra muy disminuído de volumen, y las asas intestinales revelan desigualdades de tonalidad que varían de un momento á otro. La diarrea continuó hasta llevarlo á un estado de agotamiento profundo al que sucumbió.

*Diagnóstico clínico.*—Entero-colitis crónica de origen alcohólico.

#### AUTOPSIA.

Edema de la cara, manos y miembros inferiores.

El encéfalo de aspecto normal.

Al seccionar los músculos de la pared torácica, llama la atención la atrofia marcada de ellos y el abundante puntilleo blanquecino. Llevando un fragmento de músculo al microscopio, se descubren triquinas provistas de su cápsula.

Los riñones disminuídos de volumen, son duros, y en la superficie de sección presentan un color amarillento. La mucosa del intestino grueso está abultada, inyectada, con manchas rojizas y cubierta de moco espeso adherente.

*Diagnóstico anatómico.*—Colitis catarral. Triquinosis.

*Observación 504.*—J. O., de 60 años, soltero, albañil, entró el 23 de Agosto de 1896 y murió el 26 del mismo. Este enfermo se encontraba en un estado de entorpecimiento intelectual tan marcado, que no fué posible obtener de él dato alguno relativo á sus padecimientos.

La exploración enseñó ligero edema en los miembros inferiores; obscuridad en diversos puntos de ambos pulmones, y estertores de diversos calibres diseminados en ellos; vientre sensible á la presión, sobre todo al nivel del colon descendente; área hepática disminuída de volumen.

Se observó que tenía tos frecuente, casi siempre seca, diarrea abundante de color amarillo verdoso y que estaba constantemente en un estado soporoso que no desapareció ni un momento. Murió tres días después de haber ingresado al hospital.

*Diagnóstico clínico.*—Tuberculosis pulmonar é intestinal (?)

#### AUTOPSIA.

Existe edema que se marca sobre todo en los miembros inferiores.

Se encontró abundante derrame de líquido seroso sub-aracnoideo. Los ventrículos cerebrales estaban lle-



nos del mismo líquido. Al seccionar la substancia cerebral, la superficie era muy húmeda.

En la cavidad peritoneal había también mediano derrame de líquido citrino que escurrió al cortar los músculos de la pared abdominal. Éstos y los de la región torácica presentaban puntitos blancos que por el examen microscópico se descubrió eran triquinas.

El estómago presentaba su mucosa con numerosos pliegues que resistían á la distensión y con abundantes manchitas rojas diseminadas en toda ella. Los mismos caracteres tenía la mucosa intestinal.

*Diagnóstico anatómico.*—Edema cerebral. Catarro-gastro-intestinal. Triquinosis.

*Observación 196.*—P. C., de 65 años, soltero, carbonero, entró el 29 de Junio de 1895 y murió el 15 de Agosto del mismo año. Refirió que en la fecha indicada, había comenzado á sentir debilidad en las piernas y en las manos; tenía suma dificultad para moverse y para hacer la prehensión de los objetos; á veces ligeros edemas en la cara y muy fugaces en los miembros inferiores; que había notado se iba poniendo muy pálido hasta el grado de tener un tinte amarillento. A la exploración se notaban todos los ganglios superficiales perceptibles, el bazo grande, en el corazón soplo en la punta y en el primer tiempo; en el pulmón solamente debilidad del murmullo vesicular.

Se hizo el examen de la sangre y se encontró el número de glóbulos rojos disminuído así como el de los blancos.

*Diagnóstico clínico.*—Leucocitemia.

## AUTOPSIA.

Al hacer el examen exterior se notaba desde luego el edema, que aunque ligero en la cara y en las manos, era marcado en los miembros inferiores.

En el cerebro se encontraron los ventrículos llenos de abundante líquido incoloro y la substancia encefálica muy húmeda.

Al seccionar los músculos del pecho y del abdomen, se notó en ellos un puntilleo blanquizco bastante abundante, sobre todo en los pectorales. Se tomó una pequeña porción de músculos y llevados al microscopio se encontraron triquinas encapsuladas. En la cavidad del peritoneo existía abundante derrame de líquido citrino.

El pulmón izquierdo algo voluminoso, crepitante, dió por la sección abundante líquido blanquizco. El derecho sembrado de granulaciones amarillas en su lóbulo superior, dejaba escurrir de la superficie de sección, líquido incoloro en abundancia. El diafragma presentaba el mismo puntilleo señalado en los músculos del pecho y abdomen.

Los riñones eran pequeños, duros, con su cápsula propia algo adherida. Haciéndoles el corte habitual, se vió la superficie de sección, sobre todo en la substancia cortical, de color gris amarillento.

El estómago al parecer presentaba su aspecto normal. En el intestino delgado nada se encontró digno de mención. Haciendo el examen microscópico del contenido, no se hallaron en él las triquinas. La mucosa del grueso estaba abultada, inflamada y con inyección de sus vasos.

*Diagnóstico anatómico.*—Edema cerebral. Edema pulmonar. Nefritis intersticial. Triquinosis.

### SINTOMATOLOGÍA.

La evolución de la enfermedad comprende 3 períodos, correspondiendo muy exactamente al desarrollo y emigración del parásito. Se les ha llamado: 1º período intestinal, 2º reumatismal y 3º caquéctico. En ciertas ocasiones según la cantidad de triquinas ingeridas, y quizá otras disposiciones, la intensidad de los síntomas es tal, que en lugar de períodos se describen formas.

1<sup>er</sup>. período. Falta en los casos ligeros ó pasa inadvertido. Los síntomas iniciales son calofrío único ó varios repetidos, mal sabor de boca, anorexia, sed excesiva, náuseas y vómitos, pulso acelerado. En México difícilmente se atribuyen estos síntomas á un principio de triquinosis, siendo como son tan frecuentes las gastro-enteritis, sobre todo en la clase proletaria que come mal y bebe demasiado.

A estas primeras perturbaciones suceden evacuaciones abundantes, acuosas, de color blanquizco que muchas veces han hecho creer en accidentes coléricos. Al fin de la primera semana aparece el edema localizándose esencialmente en la cabeza, por lo cual en Alemania se designa á la afección con el nombre de "Dickkopf" (cabeza gorda).

2º período. Caracterizado por los dolores reumatoides en los músculos del cuello, de los miembros, ojos, laringe, etc. En determinados casos, raros por cierto, el *trismus*, originado por la contractura de los masete-

ros ha simulado el tétanos. Generalmente los músculos sólo son sensibles á la presión, dolorosos los movimientos, imposibilitando ó haciendo penosa, cuando menos, la marcha. Es de suma importancia tener en cuenta que en estos casos las articulaciones no están inflamadas ni son dolorosas á la palpación, como sucede en el reumatismo articular agudo.

Si el diafragma ha llegado á ser invadido por el parásito, existirá dificultad en la respiración; fijeza de la mirada si se encuentra en los músculos del ojo, y afonía, ronquera, etc., cuando se localice en los de la laringe.

La temperatura que puede elevarse desde el primer período alcanzando la cifra de 40° ó 41°, persiste en éste, siguiendo en algunos casos una curva térmica muy variable y afectando en otros una marcha típica, “semejando la del tifo abdominal” (Eichorst).

3<sup>er.</sup> período. Se marca en él la adinamia y se exagera el estado tifoideo. Los enfermos inmóviles en su lecho, presentan un aspecto repugnante, pues el edema generalizado hace marcado contraste con la demacración notable de la cara. Aparecen después escaras, sea en los puntos más declives ó en aquellos en que se ejerce una presión continua. La fiebre desaparece.

El edema pulmonar ó cerebral, las neumonías secundarias, las infecciones por las úlceras á consecuencia de las escaras, son las causas más comunes de la muerte.

#### DIAGNÓSTICO.

Fácilmente se llegará á él cuando se asista al principio de una epidemia y siempre ayudado por los anam-

nésticos; pero en los casos aislados, muchas veces será difícil y no pocas imposible. Es lo que amenudo ha sucedido en nuestra capital, donde además de creerse rara la afección, suele confundirse en su principio, ya lo dijimos, con las gastro-enteritis.

En el primer período y en la forma gastro-intestinal del padecimiento, los anamnésticos, el examen de la carne de puerco, si esto es posible, el examen de los vómitos y de las evacuaciones, la calentura, la sudación exagerada, la paresia muscular y al final de este primer período como el 7º ú 8º día, los edemas insólitos serán síntomas que en algunos casos podrán permitir el diagnóstico.

En el 2º y en las formas reumatismales, algunos de los signos antes indicados, la falta de lesión en las articulaciones y el abatimiento general, servirán para no confundir la triquinosis con el reumatismo.

Se desechará la idea del tifo exantemático ó de la dotieneria al recordar cuán diferente es el principio de estas enfermedades del de la afección que nos ocupa.

En las formas lentas, los síntomas tan variados y característicos, hasta cierto punto, que han sido descritos, podrán interpretarse con facilidad si se tiene en cuenta que están en relación con el músculo invadido por el parásito; tales son las perturbaciones respiratorias que dependen, de la invasión del diafragma y los músculos del tórax.

Pero el único signo inequívoco es la presencia del nematoide en las deyecciones gástricas ó intestinales y en los músculos.

Con facilidad puede hacerse el examen microscópico de un fragmento muscular. A pesar de que los autores extranjeros aconsejen tomar este fragmento indiferentemente de cualquier músculo, creemos debe preferirse el gran pectoral por dos razones: 1º por ser muy accesible, y 2º por encontrarse allí el parásito en abundancia. Bastaría, en efecto, previas asepsia y antisepsia rigurosas, una incisión como de 3 centímetros, procurando caer en las cercanías de las inserciones musculares y tendinosas. Seccionadas piel, tejido celular, etc., aparece el músculo sembrado de puntitos blanquicos muy semejantes á una *liendre* (permítasenos lo vulgar de la analogía en cambio de su exactitud). Se toma en seguida un pequeño fragmento del músculo, y colocado entre dos porta-objetos, se lleva al microscopio. Se ve al nematoide enrollado en espiral, libre unas veces, otras envuelto en su cápsula en vía de calcificación.

#### PRONÓSTICO.

Enfermedad que no respeta ni sexo ni edad, es quizá menos grave en el niño. Pero lo que da al pronóstico un carácter de gravedad todavía mayor que la abundancia de parásitos, es lo FRESCO de la carne, es decir, que el pronóstico será tanto más serio, cuanto menor sea el tiempo transcurrido entre el sacrificio del animal y la ingestión de su carne infestada. Este hecho ha sido de observación vulgar en todas las epidemias, pero sobre todo en la de Emersleben.

Como signos de un pronóstico fatal señala Niemyer la aceleración, irregularidad y pequeñez del pulso, así como la presencia de estertores húmedos, percibi-

dos por la auscultación y que anuncian un principio de edema pulmonar.

### PROFILAXIA Y TRATAMIENTO.

Si se hiciera necesaria una prueba del principio evidente de Higiene: "es mil veces preferible prevenir una enfermedad que tener que combatirla," ninguna la suministraría mejor que la triquinosis. Efectivamente son tan sencillos, tan seguros los medios de evitar la infección, como difíciles é ineficaces los empleados en el tratamiento de la misma.

No nos vamos á ocupar, porque estaría fuera de nuestro objeto, de la discusión que dividió á los veterinarios de la metrópoli, sobre si el cerdo mexicano es ó no apto para el desarrollo de la triquina. La juzgamos resuelta desde que se ha encontrado tanto en él como en el americano y en el cruzado. Pero no radica allí precisamente el peligro, sino en el uso inmoderado, en el abuso, para decirlo de una vez, que se hace de la carne de cerdo mal cocida y Á FORTIORI cruda, ya sea en los tocinos, salchichas ó en algunas de las múltiples formas de jamones que nos vienen de allende el Bravo.

Así es que las medidas prohibitivas en la importación de carnes extranjeras, sin dejar de ser buenas, no darían el resultado apetecido, como no lo han dado en Francia las que se tomaron en contra de las carnes alemanas y americanas. Creemos que para cortar el mal de raíz, el mejor medio sería, no sólo propagar por cuantos medios estén á nuestro alcance, lo nociva que es la carne cruda, sino hacer penetrar á todas las cla-

ses sociales de esta idea, demostrándoles palpablemente el inminente peligro á que se hallan expuestas con su uso.

Haciendo el cocimiento perfecto de la carne, nada habrá ya que temer, aunque ésta pertenezca á cerdos americanos más propicios para el desarrollo del parásito, pues basta una temperatura de 70° para destruirlo. Y para que no exista ningún temor, es necesario que la carne permanezca á esa temperatura hasta que tome un color blanco en todo su espesor y no deje escurrir jugo sanguinolento cuando se le corta.

Lo repetimos, es el mejor medio y el de más fácil ejecución. Sólo falta llevarlo al terreno de la práctica. Ya se hace, pero hágase con empeño, con nuevo brío, que es en cumplimiento de un sagrado deber.

Para evitar las epidemias y como medidas profilácticas, se establecerán en los rastros las inspecciones sanitarias que darán magníficos resultados siempre que al número de exámenes por practicar, corresponda un personal de veterinarios suficientes é idóneos. De lo contrario las investigaciones se harán mal ó no se harán, casos por desgracia frecuentes.

Una vez declarada la enfermedad y aunque no haya un tratamiento eficaz, se recurrirá á los evacuantes, á los antihelmínticos, el helecho macho de preferencia, sobre todo en los primeros días con objeto de desalojar el parásito del intestino. A juzgar por las observaciones cuidadosas del Dr. Müller, es de recomendarse el uso de la tintura de nuez vómica á la dosis de un gramo por día. Catorce enfermos sometidos á este tratamiento han sanado en 10 días aun cuando la enfer-



medad dure generalmente de 5 á 7 semanas en los casos graves.

Se les administró la nuez vómica más de 8 días después de la ingestión de carne triquinada cuando los parásitos estaban todavía en emigración. Otros medicamentos han sido aconsejados pero sin éxito seguro.

---