

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD NACIONAL DE MEDICINA.

EPIDEMIA
DE
ICTERICIA INFECCIOSA
EN LA FABRICA DE RIO BLANCO.

PRUEBA ESCRITA QUE PARA SU EXAMEN PROFESIONAL
DE MEDICO CIRUJANO Y PARTERO PRESENTA
ERNESTO BARQUET MAJLUF.

MEXICO. D. F.

1939.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Para mi querida madre
Rosa M. de Kuri
Con eterna gratitud.

A mi hermano
Alvaro Barquet.
Con todo mi cariño.

A mi segundo padre
José B. Kuri
Con el mejor cariño.

A la memoria de mi padre
Miguel Barquet.

A mis abuelos.

Josè Barquet

Margarita Id de Barquet

Matilde B. Vda. de Majluf.

Cariñosamente

Para mis inolvidables tíos
Antonio Barquet
y
Alberto Barquet
Cariñosamente.

A los señores Doctores
Rafael Bustos L.
y
Antonio Pimentel G.
Amigos inolvidables

Al señor Doctor
Teófilo Nicolás.
Estimado primo y excelente amigo

Al señor Doctor

Luis Fuentes C.

Desinteresado consejero
de vasta cultura,

A mi Maestro señor Doctor.

Jose Aguilar Alvarez

por sus sabios consejos.

A mis maestros.

Dr. Gonzalo Castañeda.

„ **Raoul Fournier.**

„ **Gustavo Baz.**

„ **Ismael Cosío.**

SUMARIO:

- I. PROLOGO.
- II. LO QUE ENCONTRE EN LA FABRICA DE RIO BLANCO.
- III. HISTORIAS CLINICAS RELATIVAS A LA EPIDEMIA.
- IV. MONOGRAFIA.
- V. CRITICA DE LAS HISTORIAS CLINICAS.
- VI. LABORATORIO.
- VII. CONCLUSIONES.

PROLOGO.

Habiendo concluido los exámenes relativos al último año escolar de la carrera de Médico Cirujano en el mes de septiembre de 1938, fui enviado a la Fábrica de Río Blanco, Ver., merced a la amabilidad del señor Dr. José Aguilar Alvarez, gran Maestro y Director de la Facultad de Medicina, a efecto de realizar en ese lugar mi servicio Médico Social, emprendiendo un estudio que versara sobre las Neumoconiosis y en especial sobre la Bicinosis.

Con el firme deseo de cumplir en la mejor forma posible el último requisito para abordar el examen profesional, tomé con verdadero entusiasmo mi encomienda y es así que ya estando incluido en el ambiente fabril, tracé desde luego mi plan de trabajo.

Pero he aquí que una circunstancia especial destruye mi finalidad hacia las Neumoconiosis, siendo ella la existencia en el medio fabril, de un padecimiento Hepato Biliar Icterígeno

infeccioso, que atacaba en forma cada vez más intensa.

Comprendiendo desde luego la importancia que revistiera este estado epidémico y con el apoyo de los doctores Rafael Bustos L. y Antonio Pimentel G., Médicos de la compañía y amigos inolvidables, me decidí con agrado a emprender su estudio, cualquiera que fueran los elementos de que pudiera disponer. Presento, pues, la suscinta exposición de mi trabajo que descansa, fundamentalmente, en una labor clínica, toda vez que no pude contar sino con escasas investigaciones de laboratorio.

Considero que no tiene un carácter de absoluta originalidad, pero en él queda impreso el resultado de mi esfuerzo y actividad, que fueron siempre gobernados por el rubro de la honradez y la mejor disposición para cumplir con mi deber de universitario.



Lo Que Encontré en la Fábrica de Río Blanco

Ya establecida mi determinación, tracé mi plan de trabajo amparado por la amabilidad y facilidades que me brindara el Administrador General de la Compañía Industrial de Orizaba, S. A., don Juan Lacouture, e inicié desde luego mi labor en el departamento Médico de la Fábrica, donde igualmente experimenté la influencia de la ayuda desinteresada de los Dres. Rafael Bustos L. y Antonio Pimentel G., para quienes conservo mi agradecimiento cordial y vivo.

Situado ya en el terreno de mi nueva fina-

lidad, me interesó desde luego conocer el número de Ictéricos que hasta esa fecha se hubieren presentado a consulta y fui informado que los casos alcanzaban la cifra de ciento diez y ocho. Esto me hizo pensar desde luego en la existencia de un estado epidémico. Resuelto este primer punto, me dispuse a efectuar las historias clínicas relativas a los enfermos. El número de historias fué de noventa, de las cuales consigno únicamente las más importantes.

En el siguiente capítulo, su exposición,

Historias Clínicas Relativas a la Epidemia

M. SALGADO, de 29 años de edad, casado, que trabaja en el Departamento de Tejidos (salón grande), originario de Chietla, Puebla, con facies icterica moderada y sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia, principia el día 5 de diciembre con anorexia, dolor intenso, en la región occipital, aliento descompuesto, náuseas después de los alimentos, sensación de vacuidad en el epigastrio, flatulencia moderada, hipercromia urinaria; 8 días después: Oliguria $\frac{1}{2}$ litro en las 24hs., disuria vesical ligera, astenia física y mental moderadas, adelgazamiento (3 kgs. en 15 días). Conjuntamente aparece la fase icterica, iniciándose en forma ligera por las conjuntivas para intensificarse en unas horas, así como generalizarse, además, prurito intenso y generalizado ardor en los globos oculares; insomnio, Xantopsia y Hemerolapia negativas.

A la Exploración física: Dic. 10/938. Ictericia moderada conjuntival del piso de la boca, paladar blando mucosa bucal frente alas de la nariz, mejillas tórax, abdomen plano de flexión de los miembros superiores e inferiores, regiones palmares y plantares. Dolor epigástrico moderado, maniobra de Murphy moderadamente positiva, hígado a 3 cms. bajo el borde costal, línea medio clavicular, dolor en la cuerda cólica sin ser palpable. Tensiones Mx: 11.-Mn: 7. Pulso: 80 por minuto.

Medicación: vacuna colibacilar, Garcol y Secrobil (tabletas).

Evolución y terapéutica empleada:

Diciembre 19/938. Considerable remisión de las manifestaciones subjetivas, ligera disminución de la pigmentación mucotigumentaria.

Medicación: a) colifagina para ingerir b) secrobil en tabletas.

Dic. 25. Disminución franca de la ictericia que persiste ligeramente.

A) Colifagina b) Secrobil.

Dic. 30. Únicamente estado sub_ictérico.

Medicación: Exto hepático Lilly núm. 343.

J. MONTER OREA, de cuarentitrés años de edad, casado, que trabaja en el Departamento eléctrico originario de Tecamachalco, Pue., con facies icterica moderada con hábito alcohólico ligero (2 o 3 copas de habanero al día) y chancro de caracteres sifilíticos. En sus antecedentes principia su padecimiento el día 9 de julio con dolores articulares en las grandes articulaciones (hombro, codo, cadera, rodilla); inapetencia, náuseas sin relación con los alimentos, flatulencia acentuada con la ingestión de la leche. Por parte del aparato urinario elimina $1\frac{1}{2}$ litros en las 24 horas; ligera disuria vesico-uretral, adelgazamiento ligero que no precisa, astenia física y mental moderadas. El día 15 de julio y con mejoría del estado subjetivo, se inicia la fase icterica con ictericia conjuntival que pronto se intensifica y generaliza. Además, prurito moderado en tórax y miembros superiores. Demás síntomas de la fase negativos.

A la Exploración física.—Ictericia moderada conjuntival del piso de la boca, paladar blando, mucosa bucal, alas de la nariz, mejillas, ligera en tórax abdomen y planos de flexión de los miembros; dolor epigástrico moderado, a la presión dolor vesicular moderado. Maniobra de Enríquez negativa; hígado a 3 cms. bajo el borde costal, línea medio clavicular. Dolor en la cuerda cólica, que

no es palpable. Tensiones: Mx: 11 Mn: 6.5. Pulso, 80 por minuto.

Por parte de los demás aparatos y sistemas, nada importante que consignar.

Medicación a) Zetta Gall. b) Curcuminato.

Julio 28/938. Persistencia en igual forma del cuadro anterior. Medicación a) Secrobil b) Curcuminato.

Agosto 15/938. Ligera disminución de los trastornos subjetivos, así como de la ictericia. Tensiones: Mx: 11-5 Mn: 7.

Medicación a) Colibyl b) Curcuminato.

Septiembre 8/938. Estacionamiento del cuadro anterior. Medicación a) Drenocisto b) Secrobil.

Septiembre 30/938. Ligera atenuación de todas las manifestaciones. Tensiones Mx: 11 Mn: 7.

Octubre 19/938. Persistencia del cuadro anterior. Medicación a) Vacuna colibacilar Garcol b) Secrobil.

Octubre 29/938. Remisión absoluta de todas las manifestaciones subjetivas. Disminución ligera de la ictericia.

Medicación a) Colifagina b) Secrobil.

Noviembre 14/938. Considerable disminución de la ictericia. Tensiones Mx: 11 Mn: 7.

Medicación a) Vacuna colibacilar Garcol b) Drenocisto.

Noviembre 26/938. Únicamente estado subictérico. Medicación Exto hepático "Lilly" 343.

A. CANTELLANO, de 17 años de edad, soltero, que trabaja en el Departamento de Tejidos (sección repaso), originario de Jalapa, Ver., con facies ictérica ligera y sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia. Principia el 25 de septiembre presentando el siguiente cuadro sintomático:

Malestar general, náuseas al levantarse y después de los alimentos, cefalalgia moderada, ptialismo intenso, aliento descompuerto, inapetencia, epigastralgia moderada; a los dos días siguientes flatulencia moderada, evacuaciones en almáciga. Por parte del aparato urinario, Polaquiuria ligera (5 micciones en el día y tres en la noche, 1½ en las 24 horas, disuria moderada e hiperchromia

urinaria intensa. Por parte del estado general, astenia física y mental moderadas, adelgazamiento (3 kg. en 8 días). El día 10. de octubre y con mejoría del estado subjetivo anterior, se inicia la fase ictérica con ictericia conjuntival ligera que pronto se intensifica a la vez que se generaliza; prurito ligero en los miembros superiores. Xantopsia y hemeralopia moderadas.

A la Exploración Física: Ictericia conjuntival del piso de la boca, velo del paladar, mucosa labial, alas de la nariz frente mejillas, tórax, abdomen y planos de flexión de los miembros superiores e inferiores, lengua saburral, ligero dolor epigástrico; maniobra de Murphy moderadamente positiva, dolor en la cuerda cólica sin ser palpable. Tensiones: Mx: 98. Mn: 65. Pulso, 60 por minuto.

Por parte de los demás aparatos y sistemas, nada importante que consignar.

Medicación. Sepbre. 28 a) Secrobil en amp. b) Zetta Gall.

Octubre 10/939. Persistencia en igual forma de todas las manifestaciones subjetivas y objetivas (aumento de la ictericia. Tensiones: Mx: 10 Mn: 6.

Medicación a) Curcuminato de Sodio. b) Zetta Gall.

Octubre 18/939. Persistencia en igual forma de todos los trastornos subjetivos y objetivos. Tensiones: Mx: 10. Mn 6.

Medicación Exto hepático "Lilly" b) Curcuminato de Sodio. c) Zetta Gall.

Octubre 29/939. Ligera disminución de las manifestaciones subjetivas, ligera disminución de la ictericia. Mx: 10-5. Mn: 6.5.

Medicación a) Vacuna colibacilar Garcol inyectable.

Nov. 12/939. Desaparición absoluta de todas las manifestaciones subjetivas, disminución ligera de la ictericia (colifagina).

Nov. 19/939. Considerable disminución de la ictericia.

Medicación a) Vacuna colibacilar Garcol iny. y Drenocisto.

Nov. 26/939. Únicamente estado subictérico generalizado. Med. Exto. hepático Lilly 343.

C. RAMIREZ, de 34 años de edad, soltero, que trabaja en el Departamento de hilados (sección veloces), originario de Sta Rosa, Ver., sin más antecedente importante que hábito alcohólico ligero, con facies icterica ligera. Se inicia su padecimiento el día 20 de noviembre con quebrantamiento general; inestabilidad del carácter, pujos de cuando en cuando, dolor retroesternal, para seguir con inapetencia; aliento descompuesto, náuseas de vez en cuando, epigastralgia moderada, dolor en la zona lomar, dolor ligero en el hipocondrio izquierdo. Por parte del aparato urinario, 1 litro de eliminación urinaria en las 24 horas. Polaquiuria moderada (6 a 7 veces en el día, 4 o 5 en la noche). Disuria ligera, uretral Hiperchromia urinaria intensa. Por parte del estado general, astenia física y mental moderada, adelgazamiento ligero. El 27 de noviembre y con atenuación del cuadro subjetivo anterior, se inicia la fase icterica con pigmentación conjuntival que pronto se generaliza. Además, insomnio moderado, agitación ligera.

A la exploración física. Ictericia ligera conjuntival del velo del paladar, piso de la boca mucosa labial, frente alas de la nariz, tórax, abdomen y plano de flexión de los miembros. Lengua saburral moderada. dolor epigástrico moderado vesicular, ligero dolor en el codo izquierdo del C6lon. Tensiones. Mx: 10-5 Mn: 6. Pulso 84 por minuto.

Medicación Secrobil y vacuna colibacilar Garcol.

Diciembre 17. Retorno del apetito, desaparición de las náuseas, disminución de la hiperchromia-urinaria. evacuaciones pigmentadas, disminución acentuada de los dolores del vientre, mareos ligeros, hemeralopia ligera. A la exploración física ligero dolor epigástrico vesicular y mesogástrico. Disminución de la Ictericia. Tensiones Mx: 9 Mn: 5-5. Pulso, 60 por minuto.

Medicación a) vacuna colibacilar Garcol b) Colibil.

Diciembre 23. Ausencia de toda manifestación subjetiva considerable, disminución de la Ictericia, ligero dolor cístico y epigástrico.

Tensiones Mx: 100 Mn: 60. Pulso. 60 por minuto.

Medicación a). Curcuminato de Sodio b) Zetta Gall c) Colifagina.

Enero 3/1939. Sub ictericia conjuntival, remisión absoluta de las manifestaciones objetivas y subjetivas.

Medicación. Exto hepático Lilly 343.

E. OLAVARRIA, de treinta años de edad, soltera, dedicada a quehaceres domésticos, originaria de Nogales, Ver., con facies icterica moderada y sin antecedentes personales ni hereditarios de importancia, a excepción de bocio exoftálmico que padeca. Se inicia su padecimiento el día 12 de diciembre, presentando el siguiente cuadro: náuseas después de los alimentos, vómitos mucobiliares, aliento descompuesto. epigastralgia intensa, pesantez en el hipocondrio izquierdo. flatulencia moderada. Por parte del aparato urinario elimina 1 litro de orina en las 24 horas, hiperchromia urinaria intensa. Por parte del estado general, astenia física moderada, astenia mental moderada, adelgazamiento moderado (2 kgs. en 10 días). Después de 8 días y con persistencia del cuadro anterior, se inicia la fase icterica con ictericia, que, siendo conjuntival en su principio, se generaliza en breve tiempo. Además, prurito de intensidad media y generalizado. Xantopsia y Hemeralopia ligera y fotofobia.

A la Exploración Física. Ictericia moderada, conjuntival del piso de la boca, paladar blando, mucosa bucal ligera en la frente alas de la nariz, mejillas y eminencia barbilla. Tórax abdomen y plano de flexión de los miembros, dolor epigástrico moderado, manobra de Murphy francamente positiva, manobra de Enríquez ligeramente positiva, defensa muscular ligera en hipocondrio derecho y epigastrio. Hígado a 5 cms. bajo el borde costal línea medio clavicular, bazo doloroso sin ser palpable. Tensiones Mx: 11 Mn: 7. Pulso, 124 por minuto.

Medicación: a) vacuna colibacilar Garcol b) Drenocisto.

Enero 18. Absoluta remisión de las mani-

festaciones subjetivas, persistencia en igual forma de la Ictericia.

Medicación a) Colifagina b) Secrobil.

Tensión Mx: 11 Mn: 7.

Enero 25. Disminución de la Ictericia.

Medicación a) Exto hepático Lilly 343 b) Drenocisto.

Enero 29. Estado Sub-ictérico generalizado.

Medicación: Exto hepático Lilly 343.

G. G. ARAUJO, de veintiún años de edad, soltero, que trabaja en el almacén de crudo, con facies ictérica ligera y sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia. Se inicia su padecimiento el día 13 de diciembre, presentando el siguiente cuadro: calosfrío, quebrantamiento general, cefalalgia moderada, ligeros dolores articulares, inapetencia, náuseas después de los alimentos, vómitos, en ocasiones sensación de pesantez epigástrica, flatulencia ligera.

Por parte del aparato urinario $\frac{3}{4}$ de litro en las 24 horas, polaquiuria moderada (6 micciones al día, 4 en la noche). Disuria vé-sico uretral ligera. Por parte del estado general astenia física moderada. Ocho días después se inicia la fase ictérica con atenuación del cuadro subjetivo anterior, iniciándose por las conjuntivas para generalizarse posteriormente; prurito moderado y generalizado, Xantopsia y hemeralopia moderadas, tos seca que se acompaña de dolor de espalda.

A la Exploración Física: Ictericia ligera conjuntival del piso de la boca, mucosa labial, paladar blando, estado subictérico en tórax, abdomen y plano de flexión de los miembros. Lengua saburral moderada, dolores vesicular y epigástrico intenso Enríquez, positivo dolor en la cuerda cólica que toda es palpable.

Tensiones: Mx: 11 Mn: 6-5. Pulso, 80 por minuto.

Por parte de los demás aparatos y sistemas, nada importante qué consignar.

Medicación a) Vacuna Colibacilar Garcol inyectable b) Zetta Gall.

Diciembre 23/939. Remisión absoluta de todas las manifestaciones subjetivas, excepción hecha del estado nauseoso. Disminución

de la ictericia. Disminución de la hepatomegalia.

Tensiones: Mx: 10.5 Mn: 6. Pulso, 80 por minuto.

Medicación a) colifagina b) Secrobil.

Enero 2/939. Únicamente estado sub-ictérico.

Medicación. Exto hepático Lilly No. 343.

J. VARELA, de 59 años de edad, soltero, que trabaja en el departamento de baños, originario de San Juan Coscomatepec, Ver., con facies ictérica moderada, sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia. Se inicia su padecimiento el día 13 de septiembre, presentando el siguiente cuadro: inapetencia, aliento descompuesto, náuseas después de los alimentos, epigastralgia ligera, perantez en el hipocondrio derecho, constipación, evacuaciones en almáciga.

Por parte del aparato urinario, elimina $1\frac{1}{2}$ litros en las 24 horas; polaquiuria ligera (5 micciones en el día, 3 en la noche). Por parte del estado general, astenia física y mental ligera, adelgazamiento ligero que no precisa.

El día 20 de septiembre y con persistencia del cuadro anterior, se inicia la fase ictérica con ictericia conjuntival ligera que pronto se intensifica y generaliza. Además, prurito intenso y generalizado, sobre todo durante la noche, hemeralopia ligera e insomnio.

A la Exploración Física: Ictericia franca ocular del piso de la boca, paladar blando, lóbulo nasal frente moderado en plano de flexión de los miembros, lengua saburral ligera, dolor epigástrico moderado, vesicular moderado, defensa muscular ligera en los hipocondrios y epigastrio, hígado a 2 cms. bajo el borde costal, línea medio clavicular.

Tensiones: Mx: 13 Mn: 7.5. Pulso, 80 por minuto. Dolor en la cuerda cólica, sobre todo en el transverso y el descendente.

Medicación a) Zetta Gall b) Secrobil.

Septiembre 18/938. a) Secrobil b) Curcuminato de Sodio. Persistencia en igual forma del cuadro sintomático anterior.

Octubre 10/938. Ligera disminución de las manifestaciones subjetivas y de la Ictericia. Tensiones Mx: 12 Mn: 7.

Medicación a) Vacuna colibacilar Garcol
b) Drenocisto.

Octubre 28/938. Remisión absoluta del cuadro subjetivo, excepción hecha de la pesantez del hipocondrio derecho y del dolor a la presión del cólon ascendente. Tensiones Mx: 12 Mn: 7. Pulso, 80 por minuto. a) Vacuna colibacilar Garcol.

Noviembre 18/938. Ligera Ictericia generalizada. Desaparición de la pesantez del hipocondrio y del dolor colítico. Tensiones: Mx. 11 Mn: 7. Medicación, Colifagina.

Noviembre 27/938. Únicamente estado subictérico y dolor a la presión, en el cólon descendente.

Medicación: Exto hepático Lilly.

R. S. ESTRADA, de 31 años de edad, soltero, que trabaja en el departamento de acabados, originario de Ometepac, Gro., con facies icterica moderada y con el antecedente de haber padecido disenteria amebiana, que deja como secuela el síndrome colítico. Se inicia su padecimiento en agosto 3, presentando el siguiente cuadro: flatulencia, inapetencia, aliento descompuesto, náuseas, después de los alimentos, epigastralgia intensa de cuando en vez, pesantez en el hipocondrio derecho, dolor difuso generalizado al vientre, constipación horaria y cuantitativa, evacuaciones en almáciga. Por parte del aparato urinario, 1 1/2 litros de orina en las 24 horas, ligera disuria, hipercromia urinaria moderada. Por parte del estado general, astenia física y mental moderadas, adelgazamiento acentuado que no precisa. En agosto 6 y con persistencia del cuadro subjetivo anterior, se inicia la fase icterica con ictericia conjuntival ligera, que en 24 horas se generaliza, intensificándose paulatinamente. Además, prurito intenso y generalizado xantopsia y hemeralopia ligeras. Insomnio por prurito.

A la Exploración Física: Ictericia moderada conjuntival del piso de la boca mucosa labial, paladar blando, lóbulo nasal frente ligera en tórax, abdomen y plano de flexión de los miembros. Lengua saburral moderada, dolor epigástrico moderado a la presión, vesicu-

lar ligero. Tensiones Mx. 12 Mn: 7. Pulso, 74 por minuto.

Medicación a) Zetta Gall b) Curcuminato de Sosa.

Agosto 18/938. Persistencia en igual forma de todo el cuadro anterior.

Medicación a) Secrobil b) Zetta Gall.

Agosto 29/938. Ligera disminución del cuadro subjetivo. Persistencia de la ictericia. Tensiones Mx: 10.5 Mn: 6. Pulso, 78 por minuto. Zetta Gall Secrobil.

Septiembre 18/938. Ligera disminución de la ictericia y atenuación mayor del cuadro subjetivo. Medicación a) Colibyl b) Secrobil.

Octubre 10/938. Persistencia del cuadro sintomático anterior. Medicación a) Vacuna colibacilar Garcol. Tensiones Mx: 11 Mn: 7.

Octubre 27/938. Considerable atenuación del cuadro subjetivo. Persistencia de la ictericia. Medicación, Colifagina.

Noviembre 12/938. Remisión absoluta del cuadro subjetivo. Atenuación aún mayor de la ictericia. Medicación a) Vacuna Colibacilar Garcol b) Drenocisto.

Tensiones Mx: 11 Mn: 7.

Noviembre 27/938. Únicamente estado subictérico. Medicación Exto hepático Lilly No. 343.

P. MENDOZA, de veintinueve años de edad, soltero, que trabaja en el departamento de tejidos, salón chico, originario de Río Blanco, encamado con facies icterica moderada y sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia. Se inicia su padecimiento el día 22 de noviembre, con tos, quebrantamiento general, malestar general, cefalalgia moderada para seguir con inapetencia, aliento descompuesto, náuseas después de la tos, que es de principio seca y quintosa, que se hace productiva después, con expectoración espumosa, epigastralgia moderada, sensación de pesantez en el hipocondrio derecho, flatulencia moderada, evacuaciones en almáciga. Por parte del aparato urinario, 1 1/2 litros de orina en las 24 horas. Polaquiuria nocturna (5 micciones en el día, 2 en la noche). Disuria vesicouretral ligera, hipercromia urinaria intensa.

El día 26 de septiembre y con persistencia

del cuadro anterior, se inicia la fase icterica con pigmentación de las conjuntivas, para generalizarse posteriormente. Además, insomnio. Demás síntomas de la fase, negativos.

A la Exploración Física. Ictericia moderada conjuntival, piso de la boca, paladar blando, mucosa labial ligera en la frente alas de la nariz, planos de flexión de los miembros. Lengua saburral franca, dolor epigástrico moderado, maniobra de Murphy positiva, franca, maniobra de Enríquez, positiva ligera. Por parte del aparato respiratorio, vibraciones vocales aumentadas en el hemitórax derecho, estertores subcrepitantes de medianas burbujas en la misma región.

Medicación a) Colifagina b) Medicación antigripal.

Diciembre 16/938. Remisión casi absoluta de todas las manifestaciones subjetivas únicamente persistencia del prurito. Atenuación del cuadro sintomático objetivo. Tensiones Mx: 10-5 Mn. 7. 80 pulsaciones por minuto.

Medicación a) Vacuna colibacilar Garcol.

Diciembre 22/938. Remisión absoluta de todas las manifestaciones subjetivas, a excepción del prurito. A la exploración física: persistencia de hepatomegalia y dolor ligero en las zonas epigástricas y cóstica.

Medicación a) Vacuna colibacilar Garcol b) Secrobil inyectable.

Enero 3/939. Únicamente ligero estado icterico. Medicación a) Drenocisto b) Vacuna colibacilar Garcol.

Enero 8/939. Únicamente estado subictérico. Medicación: Exto hepático Lilly 343.

G. MUÑOZ, de treintiocho años de edad, casada, que trabaja en el departamento de cañoneros, con facies ligeramente icterica, sin antecedentes personales ni hereditarios de importancia. Se inicia su padecimiento en septiembre 13, con cefalea ligera, inapetencia moderada, aliento descompuesto, náuseas seguidas de vómitos biliosos. Después de los alimentos pesantez en el hipocondrio derecho, evacuaciones en almáciga. Por parte del aparato urinario, únicamente hipercremina urinaria discreta. Por parte del estado

general, ligera astenia física y mental, adelgazamiento ligero que no precisa.

En septiembre 18 y con remisión absoluta del cuadro subjetivo anterior, a excepción de la astenia física y mental, se inicia la fase icterica con ictericia conjuntival ligera, estado subictérico de las alas de la nariz y la frente. Lengua saburral ligera, dolor epigástrico ligero, dolor vesicular ligero. Tensiones: Mx: 12 Mn: 7.5. Pulso, 75 pulsaciones por minuto.

Por parte de los demás aparatos y sistemas nada importante que consignar.

Medicación: septiembre 20. a) Zetta Gall b) Curcumintao de Sodio.

Octubre 5/938. Persistencia de todas las manifestaciones objetiva, y subjetivas.

Medicación: Secrobil, Curcuminato.

Octubre 18/938. Ligera disminución de los trastornos subjetivos. Persistencia de la ictericia. Tensiones Mx: 10.5 Mn: 6.5. Medicación a) Vacuna colibacilar Garcol.

Octubre 29/938. Considerable disminución de los trastornos subjetivos. Ligera disminución de la ictericia. Medicación: Colifagina.

Noviembre 12/938. Remisión absoluta del cuadro subjetivo. Disminución aún mayor de de la ictericia. Tensiones Mx: 11 Mn: 6.5.

Medicación: a) Vacuna Colibacilar Garcol b) Drenocisto.

Nov. 27/938. Únicamente estado subictérico generalizado.

Medicación: Exto hepático Lilly 343.

R. GARCIA, de 46 años de edad, casado, maestro de telares, originario de León de los Aldamas, Gto., con facies icterica franca y con antecedente etílico moderado. Se inicia su padecimiento el día 18 de septiembre con dolores de vientre difusos, inapetencia, aliento descompuesto, evacuaciones diarreicas (3 veces al día, líquidas, de color amarillento, olor fétido), náuseas después de los alimentos, dolor en el hipocondrio derecho. Por parte del aparato urinario. 1½ lit. de orina en las 24 horas, hipercremia urinaria imensa. Por parte del estado general, astenia física y mental, moderadas.

Seis días después y con persistencia del

cuadro anterior, se establece la fase icterica, iniciándose la pigmentación por las conjuntivas en forma ligera, para intensificarse y generalizarse días después. Además, xantopsia y hemeralopia moderadas, narcolepsia.

A la Exploración Física: Ictericia franca conjuntival del piso de la boca mucosa bucal, paladar blando. alas de la nariz, mejillas, frente tórax abdomen y plano de flexión de los miembros. Lengua saburral franca, dolor vesicular ligero, dolor epigástrico negativo, hígado a 2 cm. bajo el borde costal, línea medio-clavicular. Tensiones: Mx: 13 Mn: 3. Pulso, 80 por minuto.

Por parte de los demás aparatos y sistemas, nada importante que consignar.

Medicación a) Zetta Gall. b) Curcuminato de Sodio.

Octubre 14/938. Persistencia en igual forma de todos los trastornos objetivos y subjetivos.

Medicación a) Zetta Gall b) Secrobil.

Octubre 30/938. Ligera disminución de los trastornos subjetivos, ligera disminución de la ictericia. Medicación a) Vacuna colibacilar Garcoj b) Secrobil.

Noviembre 11. Remisión absoluta de los trastornos subjetivos. Disminución aún mayor de la ictericia. Hígado rebasa ligeramente el borde costal. Tensiones Mx: 12 Mn: 7.

Medicación a) Colifagina b) Exto hepático Lilly 343.

Noviembre 26/938. Únicamente estado subictérico.

Medicación. Exto hepático Lilly 343.

L. LICONA, de 30 años de edad, soltero, que trabaja en el departamento de acabados, originario de Ocotitlán, Ver., con facies icterica franca, con antecedente de hábito etílico moderado. Se inicia su padecimiento el día 9 de septiembre, presentando el siguiente cuadro: náuseas, malestar general, anorexia, aliento descompuesto, flatulencia, constipación, evacuaciones en almáciga. Por parte del aparato urinario, $\frac{1}{2}$ de litro en las 24 horas, polaquiria moderada (8 micciones en el día, 4 en la noche), disuria moderada, véscico-uretral e hiperchromia intensa.

Por parte del estado general, astenia física y mental moderada. Doce días después y con atenuación del cuadro subjetivo anterior, se inicia la fase icterica con pigmentación desde el principio generalizada. Además, prurito, insomnio, xantopsia y hemeralopia moderadas.

A la exploración física: Ictericia conjuntival franca del velo del paladar, piso de la boca mucosa labial moderada en tórax, abdomen y plano de flexión de los miembros, ligera en regiones palmares y plantares. Lengua saburral ligera, dolor epigástrico ligero. Dolor en la cuerda cólica, que es palpable. Tensiones: Mx: 11.5 Mn: 7.5. Pulso, 80 por minuto.

Medicación a) Zetta Gall. b) Curcuminato de Sodio.

Septiembre 13/938. Persistencia en igual forma del cuadro anterior. Tensiones Mx: 11 Mn: 7.

Medicación a) Secrobil b) Zetta Gall.

Septiembre 28/938. Ligera disminución de los trastornos subjetivos, así como de la ictericia. Además, dolor en la nuca, línea media, a nivel de la sexta con la séptima articulaciones cervicales. Disminución del dolor de espalda. a) Curcuminato b) Zetta Gall.

Octubre 7/938. Ligera atenuación del cuadro anterior, acentuación del estado nauseoso. Tensión Mx: 11.5 Mn: 7.

Medicación a) Colibyl b) Secrobil.

Octubre 30/938. Disminución de los dolores del vientre, a excepción del cólon, descendente, disminución de la ictericia. Medicación a) Vacuna colibacilar Garcoj b) Secrobil.

Noviembre 15/938. Remisión absoluta del cuadro subjetivo. Únicamente dolor a la presión en el cólon, descendente. Tensiones Mx: 11 Mn: 7.

Medicación a) colifagina b) Drenocisto.

Noviembre 23/938. Únicamente estado subictérico y dolor ligero a la presión en el cólon, especialmente en el descendente.

A. MONTIEL R., de 37 años de edad, casado, que trabaja en el departamento de acabados (sección de engrasadores), originario de Sta. Cruz Tlacotepec, Pue., con ic-

tericia moderada y sin antecedentes personales ni hereditarios de importancia. Principia el día 18 de noviembre con calosfríos ligeros y constantes, aliento descompuesto, inapetencia, epigastralgia ligera, pesantez en el hipocondrio derecho, que se intensifica inmediatamente después de los alimentos, flatulencia ligera, constipación. Por parte del aparato urinario 1½ lit. de orina en las 24 horas, polaquiuria ligera (5 micciones al día, 3 en la noche). Disuria moderada, véscico uretral, hiperchromia intensa. Además, astenia física intensa, astenia mental moderada, adelgazamiento ligero. Tres días después se establece la pigmentación, principiando por las conjuntivas. Demás datos de la fase icterica, negativos. Atenuación del cuadro subjetivo de la fase pre-ictérico.

A la exploración física: Ictericia moderada conjuntival del piso de la boca, paladar blando, alas de la nariz, frente, tórax, vientre y plano de flexión de los miembros. Lengua saburral ligera, dolor epigástrico moderado, vesicular moderado, defensa muscular ligera en epigastrio e hipocondrios. Hígado a 7 cms. bajo el borde costal, línea medio-clavicular.

Tensiones Mx: 7.5 Mn: 5.5. Pulso, 60 por minuto.

Por parte de los demás aparatos y sistemas, nada importantes que consignar.

Medicación: Colifagina.

Noviembre 21/938. Remisión casi absoluta de todas las manifestaciones subjetivas. Persistencia del cuadro sintomático objetivo. Mx: 10.5 Mn: 5.5.

Noviembre 25/938. Desaparición absoluta de todas las manifestaciones subjetivas. Disminución ligera de la ictericia. Medicación: Vacuna colibacilar Garcol iny. Disminución aún mayor de la ictericia.

Noviembre 30/938. Nuevamente aparecen las manifestaciones subjetivas. Ictericia intensa de las mucosas y tegumentos cefalalgia parietal derecha, algias precordiales, ligeras con sensación de constricción. A la exploración física: "el cuadro sintomático del principio". Medicación a) Vacuna colibacilar Garcol iny. b) Secrobil, tabletas.

Diciembre 16/938. Disminución de la icte-

ricia mucotegumentaria, desaparición de todos los trastornos subjetivos, a excepción de la epigastralgia que, aunque moderada, persiste. Hepatomegalia ligera (2 cms. bajo el borde costal, línea medio-clavicular). Dolor epigástrico cístico y colítico ligeros. Tensiones Mx: 11 Mn: 7. 80 pulsaciones por minuto.

Medicación a) Vacuna colibacilar Garcol b) Zetta Gal.

Enero 3/939. Únicamente subictericia conjuntival, lengua ligeramente saburral. Remisión absoluta de todas las manifestaciones subjetivas. Tensiones Mx: 10.5 Mn: 6 Exto. hepático Lilly.

G. SANCHEZ, de 30 años de edad, soltero, que trabaja en el departamento apresto, color, originario de Quecholac, Pue., con facies icterica moderada y sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia. Se inicia su padecimiento el día 5 de diciembre, presentando el siguiente cuadro sintomático: quebrantamiento general, náuseas, aliento descompuesto, náuseas al levantarse en las mañana y después de los alimentos, epigastralgia intensa que se acentúa al evacuar. Por parte del aparato urinario, 1½ litros en las 24 horas. Polaquiuria moderada (7 micciones en el día y 5 en la noche). Disuria moderada vesico-uretral, hiperchromia intensa. Por parte del estado general, astenia física y mental moderadas.

El día 14 de diciembre y con persistencia del cuadro anterior, se inicia la fase icterica con ictericia conjuntival ligera que en 24 horas se intensifica y generaliza. Además, prurito moderado y generalizado, hemeralopia ligera, debilitamiento de la vista durante el día, ardor en los globos oculares.

A la exploración física: Ictericia moderada conjuntival del piso de la boca, paladar blando, mucosa labial frente alas de la nariz, ligera en tórax abdomen y plano de flexión de los miembros superiores e inferiores. Lengua saburral moderada, dolor epigástrico y vesicular moderados, hígado a 3 cms. bajo el borde costal, línea medio-clavicular.

Tensiones Mx: 10-5 Mn. 6-5. Pulso, 72 por minuto.

Por parte de los demás aparatos y sistemas, nada importante que consignar.

Medicación a) Vacuna Colibacilar Garcol lny. b) Drenocisto.

Diciembre 25/938. Remisión absoluta de todas las manifestaciones subjetivas. Considerable disminución de la pigmentación mucotegumentaria. Tensiones Mx: 11 Mn: 6. Pulso, 80 por minuto.

Enero 2/939. Ictericia ligera en las regiones anotadas. Tensiones Mx: 11 Mn: 6. Pulso, 80 por minuto.

Enero 8/939. Estado subictérico.

Medicación. Exto hepático Lilly 343.

L. G. MORENO, de veintiséis años de edad, soltero, que trabaja como engrasador, originario de Puebla, Pue., con facies icterica moderada, sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia, a excepción de hábito alcohólico moderado. Empezó el 3 de septiembre del 38, con inapetencia, calofrío intenso, cefalalgia intensa, aliento descompuesto, náuseas, epigastralgia intensa, evacuaciones en almáciga. Por parte del aparato urinario ligera disuria véscouretral, hiperchromia intensa (2 litros en las 24 horas). Astenia física y mental moderadas, adelgazamiento (3 kgs.) Este estado preictérico se mantiene durante 15 días, para atenuarse las manifestaciones subjetivas con la aparición de la ictericia el día 20 de septiembre, que se inicia por las conjuntivas oculares para generalizarse rápidamente. Además, prurito generalizado y más intenso en el tercio inferior de las piernas y dorso del pie, xantopsia moderada, hemeralopia ligera, insomnio intenso, agitación ligera.

A la exploración física: Ictericia franca conjuntival del piso de la boca, paladar blanco, mucosa bucal, ligera ictericia en las regiones palmares y plantares, moderado en el tórax y en el abdomen. Lengua saburral franca, dolor epigástrico intenso, a la presión dolor vesicular moderado; a la presión, hígado a 12 cms. abajo del borde costal, línea medio-clavicular, dolor en la cuerda cólica que no es palpable. Bazo normal. Tensiones Mx: 12 Mn: 7. Pulso, 70 por minuto.

Septiembre 10/938.

Se presenta a consulta y se le instituye a) Zetta Gal b) Secrobil en inyecciones.

Septiembre 26/938.

Persistencia en igual forma del cuadro anterior. a) Zetta Gal b) Secrobil.

Octubre 7/938.

Ligera disminución de las manifestaciones subjetivas y de la ictericia. Tensiones Mx: 100 Mn: 55. Pulso, 76 por minuto.

Octubre 20/938.

Persistencia del cuadro anterior a) Bileyl b) Drenocisto Fustery.

Noviembre 8/938.

Ligera atenuación del cuadro anterior a) Vacuna colibacilar Garcol.

Noviembre 22/938.

Desaparición de todas las manifestaciones subjetivas. Disminución considerable de la pigmentación mucotegumentaria.

Tensiones Mx: 105 Mn: 6. Pulso, 80 por minuto.

Noviembre 28/938.

Únicamente estado subictérico generalizado a) extracto hepático Lilly No. 343.

R. L. MENDEZ, de treinta y dos años de edad, casado, que trabaja en el almacén de ventas, originario de San Andrés Chalchicomula, Pue., con facies icterica franca, sin más antecedente personal que una endocarditis reumática. Se inicia su padecimiento el día 10 de noviembre, con cefalalgia moderada, dolores articulares, calofrío, para seguir con inapetencia, aliento descompuesto, náuseas después de los alimentos, epigastralgia intensa, pesantez en el hipocondrio derecho, flatulencia moderada, constipación. Por parte del aparato urinario 1 1/2 litros en las 24 horas, polaquiuria ligera (6 veces en el día, 1 en la noche). Disuria vesical moderada, hiperchromia intensa, sobre todo nocturna. Por parte del estado general, únicamente astenia física y mental moderadas. El día 16 de septiembre se inicia la fase icterica, dentro de la que existe únicamente pigmentación mucotegumentaria.

A la exploración física: Ictericia franca conjuntival del piso de la boca, paladar blan-

do, moderada en la frente alas de la nariz ligera en el tórax, abdomen planos de flexión de los miembros y regiones palmar y plantar. Lengua saburral moderada, dolor epigástrico, ligero dolor vesicular moderado, hígado a 2 centímetros bajo el borde costal, línea medio-clavicular, Dolor a la presión en el colon ascendente y descendente, sin ser palpable. Tensiones Mx: 100 Mn: 6. Pulso, 68 por minuto.

Por parte de los demás aparatos y sistemas, nada importante que consignar.

Medicación a) Colifagina b) Secrobil.

Evolución y Terapéutica empleada.

Persistencia de la epigastralgia del calofrío del quebrantamiento del cuerpo, boca desabrida, constipación. Persistencia del prurito, desaparición de la disuria. Ictericia ligeramente disminuída. A la exploración física: dolor cóstico y epigástrico y colítico moderado. Tensiones, Mx: 9.5 Mn: 6.5. Pulso, 68 por minuto.

Medicación a) Vacuna colibacilar Garcol inyectable b) Drenocisto.

Diciembre 18. Desaparición de todas las manifestaciones subjetivas, disminución de la ictericia. Medicación a) Colifagina b) Drenocisto.

Diciembre 25. Unicamente estado subictérico.

Medicación: Exto. hepático Lilly 343.

E. ZARATE, de 31 años de edad, soltero, que trabaja en el departamento de acabados, originario de Tepozcolula, Oaxaca, con facies ictérica moderada y con antecedentes de calculosis vesicular por parte del padre, sin otro antecedente hereditario ni personal de importancia. Empieza el 25 de enero con quebrantamiento general, anorexia, dolor epigástrico intenso, aliento descompuesto, náuseas después de los alimentos. Por parte del aparato urinario. disuria uretral, ligera oliguria ($\frac{1}{2}$ litro en las 24 horas), hiper-cromia urinaria acentuada.

Por parte del estado general: Astenia física ligera después de los alimentos, astenia mental ligera, adelgazamiento (3 kgs. en 10 días), ligera hipertermia que no precisa en el termómetro.

Esta fase preictérica se mantiene hasta el día 3 de febrero, en que aparece la pigmentación por las conjuntivas frente alas de la nariz, para generalizarse posteriormente; además, insomnio. Demás síntomas, negativos.

A la exploración física: ictericia conjuntival moderada, mucosa labial, piso de la boca mucosa labial, paladar blando. alas de la nariz frente barba tórax, abdomen plano de flexión de los miembros, lengua saburral ligera, dolor epigástrico moderado, borde inferior del hígado a 2 centímetros bajo el borde costal en la línea medio-clavicular. Bazo normal, dolor en la cuerda cólica que no es palpable.

Tensiones Mx: 11 Mn: 7. Pulso, 60 por minuto.

Evolución y terapéutica empleada:

En febrero 11 se presenta a consulta y se le instituye: a) Colifagina b) Drenocisto Fusterg.

Febrero 18. Remisión absoluta de todas las manifestaciones subjetivas con persistencia de la pigmentación muco-tegumentaria, aunque más atenuada. Vacuna colibacilar Garcol inyectable.

Febrero 25. Unicamente estado subictérico generalizado. Extracto hepático Lilly No. 343.

V. GARCIA, de 62 años de edad, casado, que trabaja en la carpintería, departamento de acabados, originario de Ciudad Serdán, Pue., con facies ictérica ligera, sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia, a excepción de Síndrome Hipertensivo. Principia el día 10 de enero con malestar general, quebrantamiento general, cefalalgia moderada, náuseas, aliento descompuesto, inapetencia, diarreas, epigastralgia intensa, dolor moderado en el hipocondrio derecho, flatulencia intensa.

Por parte del aparato urinario: disuria vesical uretral, ligera hiper-cromia urinaria intensa, eliminando 1 litro en las 24 horas. Por parte del estado general, astenia física muy acentuada, astenia mental moderada, adelgazamiento ligero con hipertermia que no registra con el termómetro.

Esta fase preictérica se mantiene hasta el día 28 del mismo enero, en que con persistencia del cuadro sintomático anterior, se

inicia la fase icterica con pigmentación conjuntival ligera alas de la nariz frente, para generalizarse después; además, hemeralopia ligera, insomnio, xantopsia y prurito negativos.

A la exploración física: ictericia ligera conjuntival, del piso de la boca, paladar blando frente alas de la nariz plano de flexión de los miembros tórax y abdomen. Lengua saburral franca, dolor epigástrico intenso, signo de Murphy positivo franco, Enríquez negativo; defensa muscular ligera, borde inferior hepático palpable y percutible a 3 cms. bajo el borde costal, línea medio clavicular. Bazo normal.

Tensiones Mx: 11 Mn: 6. Pulso, 60 por minuto.

Por parte de los demás aparatos y sistemas, nada importante que consignar.

Evolución y terapéutica empleada.

El 28 de enero se presenta a consulta y se le instituye: a) Septiyodina b) Fuku, emol en tabletas c) Secrobil inyectable.

Febrero 3. Persistencia del cuadro sintomático mencionado, con excepción de las náuseas que se atenúan un poco. a) Glycoby, tabletas; b) Vacuna colibacilar Garcol, Iny.

Febrero 11. Remisión absoluta de todas las manifestaciones subjetivas. Considerable atenuación de la ictericia. a) Drenocisto Fustery, b) Colifagina.

Febrero 19. Únicamente estado conjuntival sub-ictérico. Extracto hepático Lilly No. 343.

F. O. REYES, de treinta años de edad, soltero, que trabaja en el departamento de vaporización, originario de Puebla, con facies icterica moderada y sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia; Principia el 28 de enero con calor frío moderado, inapetencia, náuseas y vómitos después de tomar los alimentos; epigastria intensa, dolor en el hipocondrio izquierdo, aliento descompuesto, flatulencia moderada y constipación.

Por parte del aparato urinario, polaquiuria ligera (5 micciones en el día y 4 en la noche) eliminando 1½ litros en las 24 horas y con intensa hiperchromia de la misma.

Por parte del estado general presenta astenia física moderada, astenia mental ligera, adelgazamiento e hipotermias ligeras, que no precisa.

Esta fase preictérica se mantiene durante seis días, para iniciarse el día 4 de febrero, y con persistencia del cuadro anterior la fase icterica, con pigmentación ocular ligera, así como de las alas de la nariz, mejillas, frente, para generalizarse en forma rápida. Además, prurito moderado y generalizado e insomnio.

A la exploración física: ictericia moderadamente conjuntival del piso de la boca, paladar blando, cara mucosa de los labios, frente alas de la nariz, tórax, abdomen plano de flexión de los miembros superiores e inferiores. Lengua saburral ligera. Por parte del vientre dolor epigástrico intenso Murphy, francamente positivo; Enríquez, negativo; borde inferior del hígado a 2 cms. abajo del borde costal en la línea medio clavicular, bazo percutible, sin ser palpable.

Tensiones Mx: 105 Mn. 60. Pulsaciones, 60 por minuto.

Por parte de los demás aparatos y sistemas, nada importante que consignar.

Evolución y terapéutica empleada: en febrero 10. se presentó a consulta y se le instituye: a) Vacuna colibacilar Garcol, Iny. b) Drenocisto Fustery c) Extracto hepático Lilly No. 343.

Febrero 6. Atenuación considerable de todas las manifestaciones subjetivas. Disminución ostensible de la ictericia mucotegumentaria. a) Colifagina para ingerir.

Febrero 14. Desaparición absoluta de los trastornos subjetivos. Ligera ictericia de las regiones arriba anotadas. a) Colifagina para ingerir. b) Secrobil inyectable. c) Extracto hepático Lilly No. 343.

Febrero 20. Únicamente sub-ictericia en las regiones consignadas. Ext. hepático Lilly 343.

I. ROSAS M., de 39 años de edad, soltero, que trabaja en el departamento de telares (salón chico), originario de Tepeji. Pue., con facies icterica moderada, sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia. Empieza el día 28 de noviembre con quebrantamiento general, calofríos, inape-

tencia, epigastralgia moderada, con ardor a la vez, dolor bilateral en la región lumbar, algias articulares, cefalalgia intensa. Por parte del aparato urinario, hiperchromia intensa, disuria uretral y vesical nocturna, un litro en las 24 horas.

Por parte del estado general, astenia física moderada y astenia mental moderada.

Esta fase pre-ictérica se mantiene con sus mismos caracteres hasta el día 30 de noviembre, en que se inicia la fase ictérica con ictericia conjuntival moderada de la frente alas de la nariz, para generalizarse posteriormente. Además, insomnio por la cefalalgia. Los otros síntomas de la fase ictérica, negativos.

A la exploración física: Ictericia moderada conjuntival del piso de la boca, paladar blando. Ictericia ligera en los planos de flexión de los miembros tórax abdomen. Lengua saburral moderada, epigastralgia intensa. Signo de Murphy francamente positivo, defensa muscular ligera. Hígado y bazo, normales.

Tensiones Mx: 12 Mn: 7. Pulso, 80 por minuto.

Demás aparatos y sistemas sin importancia.

Evolución y terapéutica empleada:

Noviembre 39. a) Vacuna colibacilar Garcol, inyecciones.

Diciembre 12. Remisión casi absoluta de todas las manifestaciones subjetivas. Ictericia mantenida en igual intensidad. Hepatomegalia 2 centímetros abajo del borde costal, línea medio-clavicular, epigastrio moderadamente doloroso a la presión. Maniobra de Murphy, francamente positiva; Enríquez, negativa. Tensiones: Mx: 105 Mn: 65. Pulso, 80 por minuto.

a) Zetta Gall. b) Vacuna colibacilar Garcol, ingerible.

Diciembre 17. Remisión absoluta de todas las manifestaciones subjetivas. Hiperchromia urinaria persistente. A la exploración física: Ictericia moderada en las regiones anotadas. Maniobra de Murphy, ligeramente positiva, ligero dolor epigástrico a la presión.

a) Colibyl.

Diciembre 23. Remisión absoluta de todas las manifestaciones subjetivas, con excepción de los calosfríos que vuelven en las tardes, así como del prurito. A la exploración física:

persistencia de la ictericia en las regiones consignadas. Tensiones Mx: 100 Mn: 4. Pulso, 60 por minuto.

a) Vacuna colibacilar Garcol. Iny. b) Zetta Gall.

Enero 2/1939. Remisión absoluta de todas las manifestaciones subjetivas. Ligero estado subictérico generalizado. a) Exto. hepático Lilly 343.

A. BERNAL JUAREZ, de 42 años de edad, casado, que trabaja en el departamento de telares (salón grande), originario de Orizaba, Ver., con facies ictérica franca y sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia, a excepción de hábito estilico moderado. Empieza el día 5 de noviembre con diarrea, flatulencia, náuseas después de los alimentos, para seguir en 24 horas más con inapetencia, aliento descompuesto, epigastralgia ligera, diarrea con los siguientes caracteres: ocho evacuaciones al día, pastosas, amarillentas, fétidas.

Por parte del aparato urinario, ligera disuria, véscico uretral, hiperchromia urinaria intensa, un litro en las 24 horas.

Este estado pre-ictérico se sostiene durante cuatro días para iniciarse el 4 de noviembre la fase ictérica con mejoría de las manifestaciones subjetivas, y aparición de la ictericia conjuntival franca que se generaliza rápidamente. Además, prurito en los miembros superiores, ligero insomnio por prurito, agitación ligera.

A la exploración física. Ictericia franca conjuntival del paladar blando, piso de la boca mucosa labial, tórax, abdomen plano de flexión de los miembros superiores e inferiores. Lengua saburral franca, dolor epigástrico moderado a la presión, dolor vesicular moderado a la presión, defensa muscular ligera, borde inferior del hígado a 8 centímetros abajo del borde costal, línea medio clavicular, bazo normal.

Tensiones: Mx: 13 Mn: 7. Pulso, 72 por minuto.

Por parte de los demás aparatos y sistemas, nada importante que consignar.

Evolución terapéutica empleada:

I Secrobil. II Zetta Gall.

Noviembre 12/938. Aumento de la pigmentación muco-cutánea y persistencia de las manifestaciones anteriores.

Tensiones Mx: 100 Mn: 7. Pulso. 80 por minuto.

Medicación: colibacilar Garcol, Iny.

Noviembre 24/938. Remisión absoluta de todas las manifestaciones subjetivas. Hígado a 3 centímetros bajo el borde costal, línea medio-clavicular. Ligero dolor epigástrico y vesicular a la presión. Considerable disminución de la ictericia, ya que se presenta únicamente estado sub-ictérico de las mucosas y tegumentos.

Tensiones Mx: 11 Mn: 7. Pulso, 80.

Medicación: Vacuna colibacilar Garcol, inyectable.

Noviembre 22/938. Únicamente persistencia del estado subictérico.

Medicación: Ext. hepático Lilly 343.

F. OREA, de 27 años de edad, soltero, que trabaja en el departamento de ramas, apretador de color, originario de Tehuacán, Pue., con facies ictérica franca y encamado, sin antecedentes personales ni hereditarios de importancia. Se inicia su padecimiento el 14 de septiembre con intensos dolores de espalda y región lumbal, ligeros dolores en las pequeñas articulaciones, vómitos biliosos, aliento descompuesto, anorexia, posteriormente epigastralgia intensa, dolor en el hipocondrio derecho, precedido de pesantez en la misma región, que presenta remisiones al efectuar evacuación sin irradiación alguna, flatulencia ligera, evacuaciones en almáciga.

Por parte del aparato urinario, 1½ litros de orina en las 24 horas. Polaquiuria moderada (6 micciones en el día y 3 o 4 en la noche). Hipererromia urinaria intensa, disuria uretral ligera. Por parte del estado general, astenia física y mental muy acentuadas que le obliga a recluírse en cama, adelgazamiento intenso (14 kgs. en un mes). El día 12 de octubre y con persistencia del cuadro anterior que se mantiene durante 28 días, se inicia la fase ictérica con la pigmentación ocular que, principiando ligeramente, pronto se

generaliza y acentúa. Además, insomnio. Los demás datos de fase ictérica, negativos.

A la exploración física: Ictericia franca conjuntival del piso de la boca, paladar blanco, mucosa labial, nariz, mejillas, frente, tórax, abdomen y plano de flexión de los miembros superiores e inferiores. Lengua saburral franca, dolor epigástrico y vesicular intensos; maniobra de Enríquez, negativa, defensa muscular moderada en hipocondrio derecho y epigastrio, hígado a 4 centímetros bajo el borde costal, línea medio-clavicular, meteorismo acentuado sub-umbilical, colon doloroso y palpable a la presión. Tensiones Mx: 9 Mn: 4.5. Pulso, 62 por minuto.

Por parte de los demás aparatos y sistemas, nada importante que consignar.

Medicación a) Zetta Gall b) Curcuminato de Sodio.

Septiembre 28. Persistencia del cuadro anterior.

Tensiones Mx: 10.5 Mn: 6. Medicación: a) Secrobil b) Curcuminato.

Octubre 17/938. Aumento del prurito, persistencia del dolor en la región lumbal, desaparición de los bochornos, disminución ligera de los demás trastornos subjetivos. Persistencia de la ictericia en general, persistencia del dolor colítico y vesical a la presión.

Medicación: a) Secrobil b) Curcuminato.

Noviembre 4/938. Vuelta del apetito, persistencia de las demás manifestaciones. Tensiones Mx: 11 Mn: 7. Medicación: a) Drenocisto. Persistencia de la ictericia.

Noviembre 8/938. Persistencia del cuadro sintomático anterior.

Medicación: a) Vacuna colibacilar Garcol. Tensiones Mx: 10 Mn: 55.

Noviembre 12. Remisión absoluta del cuadro subjetivo. Disminución más acentuada de la ictericia. Medicación: a) Colifagina.

Noviembre 18. Disminución aún mayor de la ictericia.

Medicación: a) Colifagina b) Drenocisto.

Noviembre 25. Únicamente estado subictérico. Tensiones Mx: 11 Mn: 7. Ext. hepático Lilly 343.

B. GALINDO, de 39 años de edad, soltero, que trabaja en el departamento de electricidad, originario de San Andrés Ticha, Oax., con facies Ictérica moderada y sin antecedentes personales ni hereditarios de importancia. Principia el día 12 de agosto del 38 con Ptialismo intenso, sabor cúprico, para presentar pronto el cuadro que sigue: Inapetencia, aliento descompuesto, epigastralgia ligera, dolor en el hipocondrio izquierdo, que padece desde hace dos años, pero que últimamente se acentúa. Flatulencia ligera, constipación. Por parte del aparato urinario: 1 litro de orina en las 24 horas; 4 o 5 micciones en el día, 3 en la noche, disuria vesico-uretral moderada, hiperchromia urinaria intensa. Por parte del estado general: Astenia física moderada, mental ligera, adelgazamiento intenso que no precisa.

En agosto 18 y con persistencia del cuadro anterior, se inicia la fase icterica por pigmentación de las conjuntivas que pronto se generaliza; además, xantopsia moderada, agitación nocturna ligera.

A la exploración física. Ictericia moderada conjuntival del piso de la boca, paladar blando, mucosa labial, frente, alas de la nariz, tórax, abdomen y plano de flexión de los miembros superiores e inferiores. Lengua saburral ligera, dolor epigástrico y vesicular ligeros a la presión. maniobra de Enriquez negativa, dolor en la cuerda cólica.

Tensión arterial: Mx: 11 Mn: 7. Pulso, 80 por minuto.

Medicación: a) Zetta Gall. b) Curcuminato de Sodio.

Septiembre 5/38. Atenuación de las manifestaciones anteriores.

Medicación: a) Secrobil. b) Curcuminato de Sodio.

Septiembre 18/938. Persistencia del cuadro anterior.

Tensión arterial: Mx: 11 Mn: 7. Pulso, 80 por minuto.

Medicación: a) Drenocisto. b) Zetta Gall. Octubre 5/938. Atenuación aún mayor de las manifestaciones anteriores.

Medicación: a) Vacuna colibacilar Garcol. b) Drenocisto.

Octubre 18/938. Considerable disminución de la Ictericia. Remisión absoluta del aspecto subjetivo. Tensión arterial: Mx: 11 Mn: 7. Pulso, 80 por minuto. Medicación: a) Colifagina. b) Drenocisto.

Octubre 27/983. Únicamente estado subictérico.

Medicación: Exto. hepático Lilly 343.

R. BRITO, de 45 años de edad, casado, que trabaja en el departamento "Apresto Color", originario de Orizaba, Ver., con facies icterica moderada y antecedente de padecer Úlcera Redonda del Duodeno. Empieza el día 11 de noviembre con calosfríos y malestar general, para seguir con inapetencia, aliento descompuesto, ligera pesantez en el hipocondrio derecho, evacuaciones en almáciga. Por parte del aparato urinario, elimina 1½ litros de orina en las 24 horas; 4 micciones en el día, 2 o 3 en la noche; ligera disuria uretral, hiperchromia urinaria intensa.

El día 16 de noviembre, con persistencia del cuadro anterior, se inicia la fase icterica con pigmentación generalizada, prurito moderado en la base del hemitórax derecho, hemeralopia moderada.

A la exploración física: Ictericia moderada conjuntival del piso de la boca, paladar blando, cara, tórax, vientre y plano de flexión de los miembros superiores e inferiores. Lengua saburral franca, dolor epigástrico y vesicular ligeros, defensa muscular ligera en el mesogastrio; hígado a 4 centímetros bajo el borde costal, línea medioclavicular, esplenomegalia ligera.

Tensión arterial: Mx: 11 Mn: 6. 72 pulsaciones por minuto.

Evolución y terapéutica:

Noviembre 28/38. Considerable atenuación de la pigmentación. Remisión absoluta de los trastornos subjetivos.

Medicación: a) Colifagina. b) Drenocisto.

Diciembre 14/38. Únicamente estado subictérico y ligera astenia.

Tensión arterial: Mx: 11 Mn: 7. Pulso, 80 por minuto.

Medicación: Exto. hepático Lilly 343.

A. QUINTERO, de 45 años de edad, casado, que trabaja en telares (salón grande), originario de Orizaba, Ver., con facies icterica franca y con antecedente estilico moderado (1 litro de pulque al día). Se inicia su padecimiento el día 28 de diciembre del 38 con calosfrío general y quebrantamiento el cuerpo, para presentar después el siguiente cuadro: Náuseas al levantarse, vómitos mucosos y amargos, después de las náuseas, aliento descompuesto, epigastralgia intensa después de los alimentos, flatulencia después de los alimentos. Por parte del aparato urinario: Elimina 2 litros de orina en las 24 horas; 3 o 4 micciones en el día, 2 o 3 en la noche; ligera disuria uretral, hipercromia urinaria intensa. Por parte del estado general: Astenia física y mental moderadas, adelgazamiento (3 kilos en 8 días).

El día 10 de enero y con persistencia del cuadro sintomático anterior, se inicia la fase icterica con pigmentación generalizada; además, hemeralopia ligera, insomnio.

A la exploración física: Ictericia franca generalizada; lengua saburral franca, dolor epigástrico intenso; maniobras de Murphy y Enriquez, positivas; hígado a 3 centímetros bajo el borde costal en línea medio-clavicular, acentuado dolor en toda la cuerda cólica.

Tensión arterial: Mx: 10 Mn: 6. Pulso, 68 por minuto.

Medicación: a) Vacuna colibacilar Garcol. b) Drenocisto.

Enero 25/39. Considerable mejoría de todos los trastornos.

Medicación: La anterior.

Febrero 12/39. Absoluta remisión de los trastornos subjetivos: considerable atenuación de la ictericia. Medicación: a) Colifagina. b) Drenocisto.

Febrero 27/39. Unicamente estado subictérico. Medicación: Exto. hepático Lilly 343.

A. M. OSORIO, de 35 años de edad, soltero, que trabaja en el departamento de crudo, originario de Tejupan, Oax., con facies icterica moderada y sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia. Principia el día 28 de diciembre con quebrantamiento general, calosfrío, algias articulares de las

manos para presentar posteriormente: inapetencia, epigastralgia intensa, pesantez en el hipocondrio derecho, constipación. Por parte del aparato urinario: Acentuada oliguria (150 gramos en las 24 horas). Ligera disuria uretral, hipercromia urinaria intensa. Por parte del estado general: Astenia física y mental moderadas, adelgazamiento moderado (2 kilos en 8 días).

El día 10. y con atenuación de los trastornos subjetivos, se inicia la fase icterica con pigmentación mucosa y cutánea generalizada; además, agitación ligera.

A la exploración física: Ictericia moderada conjuntival del piso de la boca, paladar blando, mucosa labial, frente, mejillas, tórax, abdomen; ligera en plano de flexión de los miembros superiores e inferiores; dolor epigástrico y vesicular moderados, defensa muscular ligera en región mesogástrica; hígado a 2 centímetros bajo el borde costal, línea medio clavicular; dolor en la cuerda cólica.

Tensión arterial: Mx: 12 Mn: 7. Pulso, 80 por minuto.

Medicación: a) Vacuna colibacilar inyectable. b) Zetta Gall. c) Colibil.

Enero 18/39. Remisión absoluta de los trastornos subjetivos. Atenuación del cuadro sintomático objetivo. Medicación: a) Colifagina. b) Drenocisto.

Febrero 10./39. Unicamente estado subictérico y ligera astenia.

Medicación: a) Exto. hepático Lilly 343. b) Hepatydol.

R. MACEDONIO, de 38 años de edad, soltero, que trabaja en el departamento de engomados, originario de Huiluapam, Río Blanco, sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia. Principia su padecimiento el día 28 de octubre, con cefalalgia intensa, algias en las grandes articulaciones, dolor en la región alta de la espalda, para presentar posteriormente: Náuseas al levantarse y después de los alimentos, aliento descompuesto, inapetencia, evacuaciones en Mastic. Por parte del aparato urinario: 1½ litros de orina en las 24 horas, disuria ligera vesico-uretral, hipercromia urinaria intensa. El día 30 de oc-

tubre y con persistencia del cuadro anterior, se inicia la fase icterica con pigmentación conjuntival que pronto se generaliza. Xantopsia y hemeralopia francas.

A la exploración física: Ictericia moderada conjuntival del piso de la boca, paladar blanco, alas de la nariz, frente, tórax, abdomen y plano de flexión de los miembros superiores e inferiores. Además, lengua saburral franca, dolor epigástrico ligero a la presión. Maniobra de Murphy positiva ligero; maniobra de Enriquez negativa. Hígado a 2 centímetros bajo el borde costal, línea medio clavicular; zurridos a la presión en el colon, descendente, dolor generalizado en la cuerda cólica.

Tensión arterial. Mx: 10.5 Mn: 6. Pulso, 72 por minuto.

Medicación: Colifagina.

Noviembre 5/38. Atenuación de los trastornos subjetivos, consignados; persistencia en igual forma de la pigmentación y demás fenómenos objetivos.

Medicación: Vacuna colibacilar Garcol.

Noviembre 14/38. Remisión absoluta de los trastornos subjetivos. Disminución de la pigmentación.

Medicación: a) Vacuna colibacilar Garcol.
b) Drenocistò.

Noviembre 30/39. Unicamente estado subictérico. Medicación: Exto. hepático Lilly 343.

A. CANTELLAN, de 32 años de edad, soltero, que trabaja en el departamento de artillería, originario de Ajojuca, Pue., con facie icterica franca y con antecedente etílico moderado (1½ litros de pulque al día). Principia el 9 de octubre con malestar general, estado nauseoso, para presentar posteriormente las siguientes manifestaciones: Inapetencia, aliento descompuesto, vómitos mucosos en una ocasión, pesantez de vientre con intensidad mayor en Hipocondrio derecho. flatulencia intensa, constipación desde hace un año, pero acentuada últimamente. Por parte del aparato urinario: ¾ de litro en las 24 horas. Polaouria ligera (5 veces en el día, 3 en la noche), disuria uretral ligera, adelgazamiento ligero que no precisa. El día 18 y

con persistencia del cuadro anterior, se inicia la fase icterica con Ictericia conjuntival, pronto generalizada; prurito generalizado de mediana intensidad.

A la exploración física: Ictericia franca conjuntival, del piso de la boca, paladar blanco, mucosa labial, alas de la nariz y frente, moderada en tórax, abdomen, planos de flexión de los miembros superiores e inferiores, así como en regiones palmares y plantares. Lengua saburral ligera, dolor epigástrico y vasicular ligeros a la presión.

Tensión arterial: Mx: 9.5 Mn: 6. 72 pulsaciones por minuto.

Medicación: a) Curcuminato de Sodio. b) Secrobil.

Evolución y terapéutica:

Octubre 30/38. Ligera disminución de las manifestaciones anteriores.

Medicación: a) Vacuna Colibacilar Garcol.
b) Secrobil.

Noviembre 9/38. Absoluta remisión del cuadro subjetivo del enfermo; disminución acentuada de la ictericia y demás trastornos objetivos. Tensión arterial: Mx: 11 Mn: 7.

Noviembre 23/38. Unicamente estado subictérico y hepatomegalia.

Medicación: Exto. hepático Lilly 343.

M. G. LOPEZ, de 52 años de edad, casado, que trabaja en el departamento de veloces, originario de Santa María Techicalco, Pue., con facies icterica franca, sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia, a excepción de hábito alcohólico moderado (¾ de litro de pulque al día). Principia el 13 de septiembre con malestar general, cefalalgia moderada para presentar seguidamente el cuadro sintomático siguiente: inapetencia, aliento descompuesto, náuseas después de los alimentos, vómitos mucobiliosos en ocasiones, epigastralgia intensa, pesantez en el hipocondrio derecho, flatulencia moderada, evacuaciones en almáciga. Por parte del aparato urinario, 1½ litros de orina en las 24 horas; disuria ligera véscico-uretral; hipercromia urinaria intensa. Por parte del estado general: Astenia física y mental moderadas, adelgazamiento ligero que no precisa.

El día 20 de septiembre y con ligera atenuación del aspecto subjetivo del cuadro anterior, se inicia la fase icterica por la pigmentación conjuntival que pronto se generaliza; además, prurito palpebral y ocular moderado; prurito generalizado ligero; xantopsia y hemeralopia moderadas; fotofobia, insomnio.

A la exploración física: Ictericia moderada conjuntival del piso de la boca, paladar blanco, mucosa labial, alas de la nariz, frente, cara, ántero externa de los miembros interiores, cara interna de los superiores. Lengua saburral moderada, dolor epigástrico y vesicular moderados, defensa muscular ligera, hígado a 2 centímetros bajo el borde costal, línea medio-clavicular.

Tensión arterial: Mx: 15.5 Mn: 8. Pulso, 80 por minuto.

Por parte de los demás aparatos y sistemas, nada importante que consignar.

Septiembre 18/38. a) Zetta Gall. b) Curcuminato de Sodio.

Evolución y terapéutica:

Septiembre 29/38. Persistencia en igual forma del cuadro sintomático anterior. Medicación: a) Secrobil. b) Zetta Gall.

Tensión arterial: Mx: 15 Mn: 8. Pulso, 80 por minuto.

Octubre 14/38. Ligera disminución de la ictericia y del cuadro subjetivo. A la exploración física: dolor epigástrico y vesicular ligeros a la presión; dolor en la cuerda cólica en la misma forma. Medicación: a) Curcuminato. b) Secrobil.

Noviembre 3/938. Persistencia del cuadro anterior. Tensión arterial: Mx: 15.5 Mn: 8. Pulso, 84 por minuto. Medicación: a) Vacuna colibacilar Garcol.

Noviembre 15/38. Remisión absoluta del cuadro subjetivo, disminución aún mayor de la pigmentación, nuco_tegumentaria. a) Vacuna colibacilar Garcol. b) Drenocisto.

Noviembre 28/938. Únicamente estado sub-ictérico. a) Exto. hepático Lilly No. 343.

P. SORIANO, de 48 años de edad, casado, que trabaja en el departamento de hilados, originario de Tejupan, Oax., con facies icterica franca y sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia, principia el 17 de octubre con calosfríos, quebrantamiento general, para presentar posteriormente: Inapetencia, náusea, después de las comidas, epigastralgia moderada, dolor moderado en el hipocondrio derecho, así como en el cólon descendente, tos con epistaxis por el poro nasal derecho, dolor lumbar bilateral. flatulencia moderada después de los alimentos, constipación. Por parte del aparato urinario, 1 litro de orina en las 24 horas, disuria ligera uretral, hiperchromia urinaria intensa. Por parte del estado general. Astenia física y mental moderadas, adelgazamiento ligero.

El día 26 de noviembre, con persistencia del cuadro anterior se inicia la fase icterica con pigmentación conjuntival que pronto se generaliza; además, prurito intenso generalizado, hemeralopia y marcos.

A la exploración física: Ictericia intensa conjuntival del piso de la boca, paladar blanco, moderada en la cara, tórax, abdomen y plano de flexión de los miembros superiores e inferiores. Lengua saburral moderada, dolor epigástrico intenso a la presión, maniobra de Murphy positiva; Enríquez, negativa; hígado, a 4 centímetros bajo el borde costal, línea medio-clavicular.

Tensión arterial: Mx: 14.5 Mn: 8. Pulso, 88 por minuto.

Medicación: a) Vacuna colibacilar Garcol. b) Drenocisto.

Octubre 28/939. Considerable mejoría del cuadro anterior. Medicación: a) Colifagina. b) Drenocisto.

Noviembre 10/939. Remisión absoluta de las manifestaciones subjetivas. Considerable disminución de la ictericia.

Tensión arterial: Mx: 12 Mn: 8. Pulso, 80 por minuto.

Medicación: a) Vacuna colibacilar Garcol. b) Exto. hepático Lilly 343.

Noviembre 26/939. Únicamente estado sub-ictérico. Medicación: Exto. hepático Lilly 343.

C. R. MORENO, de 34 años de edad, soltero, que trabaja en el departamento de tejidos, originario de Río Blanco, Ver., con facies icterica moderada y sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia. Principia su padecimiento el día 22 de noviembre con hipertermia, que no precisa con el termómetro; quebrantamiento general para presentar posteriormente: Náuseas al levantarse y después de los alimentos, pesantez en el hipocondrio derecho, dolor lombar bilateral. Por parte del aparato urinario: 1½ litros de orina en las 24 horas; disuria ligera véscico-uretral. Por parte del estado general. astenia física y mental moderadas, adelgazamiento moderado que no precisa.

El día 28 de noviembre con persistencia del cuadro anterior sintomático, se inicia la fase icterica con pigmentación conjuntival que pronto se generaliza. Además, prurito moderado en el pecho, en la espalda y miembros inferiores; hemeralopia ligera.

A la exploración física: Ictericia conjuntival moderada; ligera en frente, alas de la nariz, tórax, abdomen y plano; de flexión de los miembros superiores e inferiores. Lengua saburral franca, dolor epigástrico ligero a la presión; hígado a 3 centímetros bajo el borde costal, línea medio-clavicular.

Tensión arterial: Mx. 10.5 Mn: 6.5. Pulso. 60 por minuto.

Medicación: a) Vacuna colibacilar Garcol. b) Bileyl.

Evolución y terapéutica:

Diciembre 10/939. Remisión absoluta de los trastornos subjetivos; considerable disminución de la Ictericia.

Diciembre 23/39. Unicamente estado sub-ictérico.

Tensión arterial: Mx: 11 Mn: 7. Pulso, 80 por minuto.

Medicación: Exto. hepático Lilly 343.

F. DE LA CRUZ, de 18 años de edad, soltero, que trabaja en el departamento de caraderos, originario de Río Blanco, Ver., con facies icterica franca y sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia. Empieza el día 28 de octubre con quebrantamiento

general, cefalalgia ligera fronto-parietal, para presentar posteriormente: Anapetencia, aliento descompuesto, náuseas después de los alimentos, dolor en el hipocondrio izquierdo, evacuaciones en almáciga. Por parte del aparato urinario: disuria ligera véscico-uretral, hipercromia urinaria intensa; además, adelgazamiento ligero.

El día 2 de noviembre se inicia la fase icterica con pigmentación conjuntival que pronto se generaliza; además, prurito generalizado ligero (sólo intenso en cara anterior del tórax).

A la exploración física: Ictericia franca conjuntival del piso de la boca, paladar blando, moderada en la nariz, frente y mejillas. Lengua saburral franca, dolor epigástrico intenso a la presión, maniobra de Murphy ligeramente positiva; maniobra de Enríquez, negativa; defensa muscular ligera, hígado a 5 centímetros bajo el borde costal, línea medio-clavicular, dolor en el codo izquierdo del colon, sin ser palpable.

Tensión arterial: Mx: 10.5. Mn: 6.5. Pulso. 72 por minuto.

Medicación: a) Vacuna colibacilar Garcol. b) Curcuminato de Sodio.

Evolución y terapéutica:

Noviembre 7/38. Remisión absoluta de los trastornos subjetivos. Disminución acentuada de la pigmentación.

Tensión arterial: Mx: 11 Mn: 7. Pulso, 72 por minuto.

Medicación: a) Colifagina. b) Drenocisto.

Noviembre 18/38. Considerable disminución de la ictericia. Medicación: a) Exto. hepático Lilly 343. b) Vacuna colibacilar Garcol.

Noviembre 29/38. Unicamente estado sub-ictérico.

Medicación: Exto. hepático Lilly 343.

A. LOPEZ, de 36 años de edad, casado, que trabaja en el departamento de baños, originario de Maltrata, Ver., con facies icterica moderada, sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia. Empieza el 3 de octubre con flatulencia, dolor bilateral en la

región lómbar, para presentar posteriormente y en breve tiempo, el cuadro que sigue: alien- to descompuesto, flatulencia intensa, consti- pación y evacuaciones en almáciga; los de- más trastornos propios de la fase icterica re- sultan negativos. Por parte del aparato urina- rio: 1 1/2 litros de orina en las 24 horas, hiper- cromia urinaria intensa. Por parte del es- tado general, únicamente adelgazamiento li- gero.

Después de seis días y con persistencia del cuadro anterior, se presenta la fase icterica que a la exploración física arroja los siguien- tes trastornos. Ictericia moderada conjunti- val del piso de la boca, paladar blando, mu- cosa labial, tórax y abdómen, ligera en plano de flexión de los miembros superiores e in- feriores. Lengua saburral moderada, dolor epigástrico moderado, vesicular ligero; híga- do a 2 centímetros bajo el borde costal, línea medio-clavicular.

Tensión arterial: Mx: 12 Mn: 6. 80 pulsa- ciones por minuto.

Medicación: a) Zetta Gall. b) Curcuminato de Sodio.

Octubre 22/38. Ligera disminución de las manifestaciones consignadas. Medición: a) Sereobil. b) Curcuminato de Sodio.

Noviembre 5/38. Persistencia del cuadro subjetivo. Ictericia ligera. recuperación del apetito, desaparición casi absoluta de la as- tenia; disminución del dolor lómbar.

Tensión arterial: Mx: 12 1/2 Mn: 6. Pulso, 92 por minuto.

Medicación: a) Vacuna colibacilar Garcol. b) Drenocisto.

Noviembre 17/38. Únicamente estado sub- icterico.

Medicación: Exto. hepático Lilly No. 343.

A. OSORIO, de 22 años de edad, soltero, que trabaja en el departamento de acabados, originario de Santa Catarina, Oaxaca, con fac- ies icterica moderada y sin antecedentes he- reditarios ni personales de importancia. Prin- cipia en octubre 15, bruscamente por pigmen- tación conjuntival, alas de la nariz, frente, tó-

rax, abdómen, planos de flexión de los miem- bros superiores e inferiores y regiones pal- mar y plantar, sin fase preictérica. Además, lengua saburral moderada. Por parte de la orina, 1 1/2 litros en las 24 horas, hipercomia urinaria intensa polaquiria hipercomia (5 micciones en el día y 3 en la noche); disuria uretral ligera.

A la exploración física: Ictericia modera- da conjuntival del piso de la boca, paladar blando, mucosa bucal, alas de la nariz frente tórax, abdómen planos de flexión de los miembros superiores e inferiores. Lengua sa- burral franca, dolor epigástrico y vesicular ligero. Dolor a la presión en la cuerda cólica. Tensiones Mx: 12 Mn: 7. Pulso, 80 por mi- nuto.

Por parte de los demás aparatos y sistemas, nada importante que consignar.

Medicación: a) Vacuna colibacilar Garcol.

Octubre 24/38. Desaparición de la inape- tencia de las náuseas de la epigastralgia y de la pesantez del hipocondrio derecho, desapa- rición casi absoluta de la astenia física y mental, orina aún hipercrónica (5 a 7 veces al día, con disuria vesicouretral, no precisa la cantidad); evacuaciones con caracteres nor- males.

Exploración física: Ictericia moderada con- juntival del piso de la boca mucosa, labial velo del paladar.

Tensiones Mx: 12 Mn: 7.

Medicación: a) Colifagina.

Noviembre 4/38. Remisión absoluta de to- das las manifestaciones subjetivas. A la ex- ploración física, considerable atenuación del cuadro sintomático objetivo, a excepción de icterica que persiste en igual forma.

Medicación: a) Vacuna colibacilar Garcol. b) Sereobil.

Noviembre 12/38. Disminución de la pig- mentación mucotegumentaria. Medición: Exto. hepático Lilly. Vacuna colibacilar Gar- col y Drenocisto.

Noviembre 22/38. Únicamente estado sub- icterico generalizado.

Medicación: Exto. hepático Lilly 343.

J. M. GONZALEZ, de 62 años de edad, casado, que trabaja en el departamento de tejedores, originario de San Agustín, Tlálpam, D. F., con facies icterica moderada, encamado y sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia, a excepción del hábito etílico moderado (1 litro de pulque al día). Se inicia su padecimiento el 18 de octubre, presentando el cuadro siguiente: Anorexia, aliento descompuesto, náuseas que van seguidas de vómitos, que al principio se presentan sin motivos de alimentación que se presentan después de los alimentos, y van seguidos de hipo epigastralgia, ligeras evacuaciones incontables durante dos días, líquidas, amarillentas, en ocasiones negruzcas, con rasgos de sangre; en ocasiones acompañadas de pujos intensos y dolores en el bajo vientre, con irradiación hacia las piernas. Por parte del aparato urinario, elimina 1 litro en las 24 horas, polaquiuria moderada (9 micciones en las 24 horas). Ligera disuria véscico-uretral, hipercromia intensa. Por parte del estado general, astenia física muy acentuada, que le recluye en cama, astenia mental moderada, adelgazamiento ligero que no precisa.

Después de esta fase preictérica, se inicia la fase icterica el día 24 de octubre (6 días después), con pigmentación ocular ligera que pronto se intensifica y generaliza, y con

la circunstancia de desaparecer el estado nauseoso y los vómitos, así como las evacuaciones frecuentes. Además, prurito ligero y generalizado, insomnio bastante acentuado, postración moderada.

A la exploración física. Ictericia conjuntival moderada del piso de la boca, paladar blando, mucosa labial ligera en las alas de la nariz, frente y plano de flexión de los miembros superiores e inferiores, dolor epigástrico ligero a la presión, dolor vesicular ligero, hígado, a 2 centímetros bajo el borde costal, línea medio clavicular. Pulso, 68 por minuto.

Tensiones: Mx: 10 Mn: 6.

Por parte de los demás aparatos y sistemas, nada importante que consignar.

Medicación: a) Vacuna colibacilar Garcol.

Octubre 30/938. Atenuación ligera del cuadro subjetivo. Persistencia de la ictericia.

Medicación: a) Colifagina.

Noviembre 9/938. Considerable atenuación del cuadro subjetivo, ligera disminución de la ictericia. Tensiones: Mx: 10.5 Mn: 7.

Medicación: a) Vacuna colibacilar Garcol.

Noviembre 16/938. Remisión absoluta de todos los trastornos subjetivos. Medicación: a) Colifagina. b) Drenocisto.

Noviembre 28. Ictericia sumamente ligera generalizada. Medicación: Exto. hepático Lilly 343.

Monografía

EVOLUCION HISTORICA.

“Antaño se consideraba la Ictericia sólo como el síntoma de un impedimento mecánico a la excreción de la bilis. Si un obstáculo (cálculo, tumor, cicatriz) ocluye la luz de los conductos excretores, se desarrolla rápidamente una Ictericia intensa y la bilis, que se sigue elaborando a pesar del cálculo, busca un nuevo camino ya que los residuos del metabolismo tienen que ser imprescindiblemente expulsados; la bilis que se encuentra en los conductos biliares hace saltar los conductillos capilares, pasa a las vías linfáticas y penetra, por último, en la sangre, para salir del cuerpo por la orina. Durante este transporte atípico de la orina, apenas se producen síntomas que se pueden calificar de tóxicos; aunque la bilis siga durante varios meses este camino retrógrado, casi no se producen fenómenos tóxicos generales más que excepcionalmente; creemos que si la bilis no llevase al mismo tiempo bilirrubina, los médicos apenas podríamos reconocer fácilmente la obstrucción de las vías biliares.

La patogenia de esta forma de Ictericia—estamo, refiriéndonos a la Mecánica—es tan convincente, que muchos atribuyeron todas las formas de Ictericia a este sencillo mecanismo, y nada era tan lógico como achacar también esta patogenia a la forma más frecuente de Ictericia, es decir, a la catarral. Generalmente a continuación de un estado dispeptico, que se inicia con vómitos, diarrea, algunas veces fiebre, inapetencia y malestar, y en el que el paciente sabe a menudo a qué alimentos debe echar la culpa, pueda presentarse una Ictericia de más o menor duración; en los casos en que sólo había los síntomas gastrointestinales, se creía justificado suponer la existencia de una gastroenteritis, pero si al mismo tiempo se desarrollaba una Ictericia,

se hacía responsable de ella a una Duodenitis, pensando que el catarro se hubiera propagado a la mucosa de los conductos biliares grandes. Parece que fueron sobre todo, autores ingleses (Virchow cita a Stokes y Graves) los que consideraron probable esta patogenia de la Ictericia, y a la autoridad de Virchow, que se adhirió a esta opinión, hay que atribuir principalmente el que esta teoría se sostuviera por varios decenios y el que hiciese prosélitos en tiempos posteriores; en este sentido se interpretaba también la Ictericia de los defectos valvulares del corazón, de la Neumonía y de las Septicemias.

Este criterio se ha abandonado hace ya bastante tiempo, habiéndose explicado de otro modo la Ictericia de las distintas Intoxicaciones y enfermedades infecciosas, porque las lesiones del parénquima hepático son demasiado visibles para que pudieran pasar inadvertidas; pero, a la mayor parte de los médicos les parecía casi imposible que en una forma de Ictericia al parecer tan leve como la llamada catarral en la que muchas veces los enfermos se dedican a sus ocupaciones, hubiera una lesión parenquimatosora grave del hígado como la que sólo se encuentra en la atrofia aguda, que es la enfermedad de esta glándula más grave de todas, y ésta fué la causa de que la mayoría de los médicos se aferrara a la hipótesis de que la Ictericia catarral era debida a un catarro propagado desde el duodeno hasta el colédoco, a sabiendas quizás de que seguían un camino falso, pero a falta de una teoría mejor.

En algunas de estas formas de Ictericia puede ser bien palpable el bazo aumentado de volumen, de modo que no hay que excluir tampoco la posibilidad de una infección; a veces la Ictericia va precedida de un proceso

infeccioso intenso unas veces y menos marcado otras (angina, Paratífus); se decía entonces que quizás el catarro gástrico desempeñase un papel accesorio en esta forma de Ictericia, poseyendo, en cambio, importancia decisiva la infección o una intoxicación.

A los médicos que pensaban en la intervención de un agente infeccioso en parte de los casos de Ictericia benigna en apariencia, pareció darles la razón Well al señalar la existencia de una Ictericia epidémica, y ahora que conocemos la naturaleza infecciosa de estas enfermedades, vemos, lo exacta que era esta suposición suya; pero numerosos estudios histológicos han demostrado que seguramente no se trata en estos casos de una colangitis, sino de un proceso degenerativo difuso del hígado con necrosis celular grave. Con esto no nos hemos aproximado mucho a la patogenia verdadera de la Ictericia típica llamada catarral, que es la que más interesa a los médicos; todo lo más que se logró fué una distinción nominal: aquellos casos en que era muy evidente el factor tóxico o infeccioso se calificaban de Ictericia Tóxica o Infecciosa, mas en la forma de Ictericia que se observa a diario no se podría prescindir del adjetivo catarral, aunque había algunas que decían que era muy improbable la existencia en estos casos de sólo en catarro de las vías biliares.

El problema únicamente podría ser resuelto si se lograra hacer el estudio anatómico de los casos adecuados, y realizado esto se pudo observar que en algunos casos que tenían Ictericia muy intensa, el análisis histológico exacto de las vías biliares grandes, y, principalmente, de la región papilar no permitió encontrar ningún síntoma de catarro del cólecodo, pero, en cambio, era innegable la presencia en el interior del parénquima hepático de una degeneración celular difusa grave; sin que se aprecie una degeneración gravosa intensa de las células hepáticas, los elementos epiteliales empiezan a desprenderse de sus conexiones y a ser destruidos; se establecen comunicaciones amplias entre los capilares de la bilis y los espacios que les rodean, de tal modo que podemos imaginarnos bien cómo pasa la bilis a la sangre.

Revisada con detenimiento toda la sinto-

matología de la Ictericia catarral, se ha llegado al convencimiento de que entre algunas formas de Ictericia de esta clase y el síndrome de la atrofia aguda no existe muchas veces más que transición, sin límites precisos. Esto ha sido confirmado por muchos autores de tal modo, que la mayoría de los patólogos sustentan actualmente este punto de vista y considera a la Ictericia catarral como una afección parenquimatosa del hígado, leve en unos casos y grave en otros, por lo que no debe sorprender que alguno que otro de ellos degeneren y se transformen en atrofia aguda.

DESCRIPCION GENERAL DE LA ICTERICIA

Podemos definir la Ictericia como un síndrome caracterizado esencialmente por la coloración que en realidad es debida a la presencia, en cantidad anormal, en los tejidos y los humores, de elementos de la bilis y fundamentalmente por los pigmentos.

ETIOLOGIA: De acuerdo con la definición de Ictericia enunciada, comprendemos desde luego que, desde el punto de vista etiológico múltiples y variadas causas pueden desencadenar dicho síndrome. Así, pues, las causas de la Ictericia más indudables y otras hipotéticas, todas aquellas capaces de determinar la Hiperbilirrubinemia:

a).—El resultado de una derivación en el curso de la bilis de tal manera, que en vez de seguir las vías habituales se difunde hacia la circulación general sin que exista trastorno alguno de la biligenesis.

b).—Por otra parte puede ser consecutiva a una Hiperbilirrubinemia, pues la producción de pigmentos en cantidad anormal da por resultado su retención.

Considerando el primer caso, pueden intervenir en el mismo dos procesos diferentes que asientan bien en las vías biliares extrahepáticas, bien en el propio hígado. En el primer caso se trata de un obstáculo mecánico acaecido en un punto cualquiera de dichas vías de excreción biliar desde su origen hasta su terminación, que impide el flujo de la bilis por su camino habitual y ésta, en cierto modo, vuelve hacia atrás e invade la circulación ge-

neral y, por ende, los diversos órganos y tejidos de la economía.

En cuanto al segundo mecanismo, se realiza en la misma célula hepática; hay viciación funcional de esta célula que determina por un proceso aún no bien dilucidado, la derivación de la bilis y la Hipercolemia.

En cuanto a la Hiperbiligénesis, igualmente son dos los procesos capaces de actuar. O bien se trata de un trastorno funcional del Hígado que a favor de un Hiperfuncionamiento elabora los pigmentos en exceso, habiendo entonces Hiperbiligénesis por Hiperhepatía o bien la Hiperbiligénesis es consecutiva a la liberación de un exceso de materiales pigmentarios, es decir, de detritos de Hemoglobina por Hiperhemólisis, sea usándose esta Hiperbiligénesis sin que sea necesaria la intervención de un trastorno funcional hepático.

Héchas las anteriores consideraciones, vamos a estudiar las causas de la retención pigmentaria de acuerdo con la clasificación expuesta.

A.—*Abst Ictericia por obstáculo mecánico al flujo de la bilis.*

Dicho obstáculo puede asentarse en las vías biliares extrahepáticas o en las Intrahepáticas.

I.—*Vías Biliares extrahepáticas:* A éstas son realmente a quienes debe reservarse el nombre de Ictericias por obstrucción.

En ellas encontramos lesiones macroscópicas fácilmente identificables en el curso de una Necropsia o de una intervención quirúrgica. El obstáculo puede residir en el mismo interior de las vías biliares. Se trata casi siempre en este caso, de un cálculo enclavado en el colédoco, y únicamente como recuerdo puede citarse el caso de un hueso de cereza, de distomas, ascárides, a vesículas Hidatídicas. El obstáculo puede ser el resultado de una alteración de las mismas paredes de los conductos excretorios. Así es como actúan las neoplasias de las vías biliares. Por último, puede ser el hecho de una compresión ejercida en las vías biliares por lesiones de proximidad. En este orden de hechos, es el cáncer de la cabeza del Páncreas la causa más habitual de las Ictericias mecánicas. Pero hay que tener en cuenta que cualquiera que

fuere la causa que intervenga para oponerse al curso habitual de la bilis, es verosímil que a menudo la oclusión de las vías biliares es completada, bien por el edema inflamatorio de sus paredes, bien por fenómenos espasmódicos.

En otro tiempo se ha preguntado si esos fenómenos inflamatorios y espasmódicos no eran suficientes por sí solos, para determinar la oclusión completa o incompleta del colédoco. En esta forma, se ha creído encontrar una explicación lo que se ha denominado Ictericia emotiva por espasmo del esfínger de Odds y la Ictericia catarral por un tapón inflamatorio musculopitelial que expresa la coledocitis.

II.—*Vías biliares Intrahepáticas.* — Podemos decir que la misma dificultad aportada al flujo de la bilis en las vías biliares Intrahepáticas puede depender sea del estado de las paredes de estos conductos, sea el estado de la misma bilis.

a).—Los procesos flegmáticos ocurridos en los conductos biliares, tanto por el engrosamiento de sus paredes como por el depósito mucopitelcal que se realiza en la superficie, es susceptible de modificar y de disminuir su luz y en consecuencia su permeabilidad; dificultad así en su progresión la bilis, es en totalidad o en parte reabsorbida y de ahí la Ictericia. Según los casos, se tratará de una Angiocolitis o de una perinangiocolitis y desde otro punto de vista ora de lesiones agudas, ora de lesiones crónicas.

Dicha noción de las Ictericias por Angiocolitis, es la noción clásica que explica la Ictericia en gran número de afecciones: "Ictericias Infecciosas. Angiocolitis Agudas. Colemia Familiar. Ictericia de las Cirrosis biliares del tipo de la enfermedad de Hanot, Ictericias que complican las Cirrosis Venosas, etc. Concebidas en esta forma estas Ictericias, son comparadas a las que se observan cuando el obstáculo se asienta en el colédoco; la única diferencia es la altura a la que se encuentra el obstáculo en las vías biliares por la misma razón merecen el nombre de Ictericias mecánicas.

Hay otra variedad de Ictericias que Hanot refería no a lesiones angiocolíticas, sino a lesiones del lóbulo Hepático, siendo también

de orden mecánico. El obstáculo se asienta en el mismo lóbulo cuyas lesiones determinan una verdadera dislocación de las Trabéculas, de tal manera que la bilis, no encontrando su camino habitual, es retenida y absorbida.

En el curso de las Cirrosis, tanto venosas como biliares, se ha preguntado si la Ictericia podría explicarse de un modo mecánico de la manera siguiente: La aparición de la Ictericia estaría en relación con la extensión de la esclerosis en el lóbulo a lo largo de las trabéculas, lo que produciría una dificultad al flujo biliar hacia los conductos.

b).—Por otra parte, la progresión de la bilis podría dificultarse, no ya a causa de la insuficiencia de la permeabilidad de los conductos, sino a causa de un estado anormal de la bilis misma. Puede ser un trastorno de la cantidad; la bilis es secretada en abundancia exagerada; se dice que hay policolia; esta misma abundancia dificulta la progresión de la bilis que en parte es resorbida. Puede ser un trastorno de la calidad. Se ha observado así que a continuación de las grandes destrucciones hemáticas la bilis es anormalmente abundante en pigmento, al mismo tiempo que espesa y viscosa, se dice que hay pleyocromia; esta bilis que no tiene su fluidez habitual, progresa difícilmente y sólo es eliminada incompletamente. Así, estas Ictericias policólicas y estas Ictericias Pleyocromicas, son igualmente Ictericias mecánicas.

Ahora bien, estos diferentes mecanismos que pretenden explicar la retención biliar por la dificultad aportada al flujo de la bilis al mismo interior de los conductos Intrahepáticos, son muy discutibles. Estudiando la angiocolitis, se ve que, en realidad, no parece que pueda ser generadora de Ictericia, y en la mayoría de los casos, si no en todos, en los que en otro tiempo era acusada, vemos actualmente que la Hepatitis, está más bien en juego.

B.—*Viciación funcional de la célula Hepática.* La siguiente concepción según la cual la retención biliar puede ser la consecuencia de una Insuficiencia funcional de la célula Hepática; se opone a la concepción que no busca para explicar la Ictericia, sino las cau-

sas mecánicas susceptibles de dificultar el curso de la bilis a lo largo de las vías de excreción, pues vé, por el contrario, en la Ictericia, la manifestación de un trastorno funcional del elemento noble del órgano.

10.—Así es que a continuación de Widal y Abrami se tiende a imputar a una Hepatitis numerosas Ictericias hasta entonces atribuidas a la Angiocoliti, y consideradas como verdaderas Ictericias mecánicas. Esta concepción es susceptible de gran extensión; explicaría la génesis de la Ictericia no solamente en las Ictericias agudas, Infecciones o Tóxicas, benignas o graves, sino también en gran número de otras Ictericias, por ejemplo, las que acompañan las Cirrosis, de tipo biliar o no.

En cuanto al mecanismo según el cual una lesión de la célula hepática da por resultado la retención biliar, puede ser concebida de diferentes modos, según la concepción que nos hacemos de la biligenia normal.

a).—Se ha visto que actualmente la tendencia de ciertos autores es la de considerar la biligénesis como un fenómeno extra-hepático; la bilis, preformada en la sangre llega a la célula hepática que, no interviniendo para nada en su elaboración, tiene por único papel el de eliminarla. La Ictericia aparece cuando la célula hepática es incapaz de eliminar los pigmentos que le lleva la sangre; la Hiperbilirrubinemia expresa un trastorno de la permeabilidad del hígado como la hiperazoemia o la hipercloruremia expresan un trastorno de la permeabilidad de los riñones.

No es dudosa que esta concepción explica de un modo muy simple y seductor las Ictericias por Hepatitis. Pero se ha visto que la cuestión de la biligenia, a pesar de los argumentos recientemente acumulados a favor de la Teoría extrahepática, queda como un oscuro problema de Fisiología y que no es posible en la actualidad, rechazar formalmente la concepción clásica de la biligénesis hepática.

b).—La Ictericia por lesiones de la célula del hígado puede, por lo demás, concebirse permaneciendo en el cuadro de las concepciones clásicas, es decir, admitiendo el asien-

to hepático de la biligénesis. Existe una co-
lema fisiológica; en estado normal, pues,
los pigmentos elaborados por el hígado no se
eliminan en totalidad por la bilis y una parte
pasa a la circulación general; la Ictericia ex-
presaría un trastorno funcional de la célula
tal, que se exagera este modo de eliminación
de los pigmentos hacia la sangre; habría así
una especie de derivación intracelular de la
bilis.

2o.—En ciertos casos la Ictericia podría ser
la consecuencia de una hiperbiligénesis de
origen hepático. Se ha admitido, en efecto,
que la biligénesis hepática está exaltada en
el curso de estos estados de la célula, deno-
minados de hiperhepatía. El trastorno funci-
onal se traduciría por un hiperfunciona-
miento. Así es que Garnier cree que en el
caso particular de las Ictericias debidas al
Espiroqueto Icterohemorrágico, la Ictericia, es
debida a la Hiperhepatía, que expresa tam-
bién, clínicamente, la hipergénesis ureica, y,
anatómicamente, el tipo de las lesiones que
son de orden hiperplásico. El mismo meca-
nismo ha sido invocado para explicar la Icte-
ricia de la enfermedad de Hanot.

Esta concepción de una hiperbiligénesis por
una exaltación funcional de la célula hepática
no puede ser admitida sin salvedades. En estas
Ictericias, son numerosas; las pruebas funcio-
nales que demuestran un trastorno profundo y
permiten hablar, no de Hiperhepatía, sino de
Insuficiencia hepática. El argumento que hace
intervenir el tipo anatómico de la lesión, no
es satisfactorio; no porque una lesión sea his-
tológicamente de un tipo denominado hiper-
plástico, implica necesariamente una exalta-
ción de las funciones. Por último, esta hiper-
biligénesis sólo puede hacerse a expensas de
los materiales pigmentarios de origen hemo-
globínico; debería, pues, acompañarse de una
citólisis considerable y de anemia manifiesta,
como se observa en el curso de las Ictericias
hemolíticas; en realidad, la anemia de estas
Ictericias hemolíticas, es ordinariamente míni-
ma, a menudo nula.

c). — *Hiperbiligénesis por hiperhemólisis:*

Cuando, experimentalmente, se provoca una
citólisis abundante de los glóbulos rojos, se
ven aparecer la Coluria y la Ictericia. Asi-
mismo en patología humana, cuando se produ-
ce una destrucción anormal de hematíes, apa-
rece la Ictericia; es el caso de las Ictericias
que acompañan a ciertos grandes procesos
anémicos.

La Ictericia se halla entonces en relación
con una hiperbiligénesis consecutiva a su vez
a la transformación en bilirrubina de los
abundantes materiales pigmentarios puestos
en libertad por la destrucción de los hematíes.
El único problema es aquí precisar el papel de
la célula hepática en estas biligénesis. A este
problema se han propuesto soluciones muy
diferentes, de las cuales unas eliminan toda
intervención hepática y otras, por el contra-
rio; conceden al hígado un papel más o me-
nos importante. Las estudiaremos larga-
mente en el capítulo, que trata de las Icteri-
cias hemolíticas.

De este modo, esta clasificación fisiopatoló-
gica de las Ictericias, que es el modo de clasi-
ficación más racional y más seductor aquél al
que tienden todas las investigaciones moder-
nas, se funda en el análisis de los diferentes
mecanismos que pueden invocarse para ex-
plicar la hiperbilirrubinemia y distingue:

1o.—Las Ictericias por obstáculo mecánico
al flujo de la bilis, pudiendo asentarse el obs-
táculo en un punto cualquiera de las vías bi-
liarias (Ictericias mecánicas).

2o.—Las Ictericias por viciación, funcional
de la célula hepática (Ictericias Hepáticas).

3o.—Las Ictericias por hiperhemólisis (Ic-
tericias Hemolíticas).

Pero la dificultad consiste en incluir legíti-
mamente cada una de las Ictericias conoci-
das en tal o cual de estos grupos. Si en mu-
chos casos el mecanismo de la Ictericia es tan
evidente que la clasificación prejuzga enton-
ces teorías como fundamento, no está defi-
nitivamente demostrado. Recordemos con
qué dificultades se tropieza cuando se quiere
penetrar el mecanismo patológico de gran nú-
mero de Ictericias.

Esta clasificación de las Ictericias puede resumirse en el cuadro siguiente:

I.—ICTERICIAS MECANICAS.	}	1o.—Ictericias por obstrucción de las grandes vías biliares.	}	1o.—Obstrucción calcúlosa.	}	1o.—Lesiones Neoplásicas.
		2o.—Ictericias por Angiocolitis.		2o.—Lesiones de las Paredes.		2o.—Coledocitis.
				3o.—Compresión Parista] (Neoplasmas del Páncreas, etc.)		
II.—ICTERICIAS HEPATICAS.						
		{ 1.—Ictericias Infecciosas e Ictericias Tóxicas. 2o.—Ictericias de las Cirrosis denominadas biliares. 3o.—Ictericias de las Cirrosis denominadas venenosas.				
III.—ICTERICIAS HEMOLITICAS.						

SINTOMATOLOGIA

Es preciso distinguir en la evolución de la Ictericia catarral una fase preictérica y un período ictérico. Durante el primer período, el cuadro clínico está dominado por las manifestaciones gastrointestinales. El enfermo está inapetente y tiene mal sabor de boca, molestias de estómago, incluso dolor perfectamente llamativo y diarrea ligera, o estado nauseoso y vómitos muy frecuentemente, extrínseco; en resumen, el cuadro del empacho gástrico o Gastrosis. La temperatura puede estar ligeramente elevada durante este período sin superar, 38.5. Las molestias durante este estado son notables y estos síntomas locales, así como los generales que les acompañan—dolor de cabeza, cansancio, mal humor, etc.—Se mantienen por espacio de 2 a 4 días.

A la terminación de este período, unas veces inmediatamente y otras algún día después, cuando todo parece ir camino de la normalidad, aparece el síntoma que ha dado nombre a la enfermedad y que caracteriza el 2o. estadio: "La Ictericia". Lo más frecuentemente se manifiesta con toda brusquedad, de a noche a la mañana y sin que nada haya

hecho presumirla si no es el conocimiento de este cuadro; en alguna ocasión el tinte subictélico conjuntival permite sospechar la inminencia del brote ictérico. Esta Ictericia es rápidamente muy marcada y en unos días—dos a cuatro—se ha generalizado, alcanzando el máximo de intensidad. El sujeto suele revestir el aspecto de un amarillo, llegando a semejar el tinte de su piel al de las correas de la guardia civil, con que de vez en cuando se comparen. Tan pronto como aparece la Ictericia, las orinas aparecen de un color subido y pronto adquieren el aspecto de la cerveza negra de Munich, y los métodos de investigación habituales permiten demostrar la existencia, en gran proporción, de pigmentos biliares, no modificados, Urobilina y ácido biliares; en cambio, las heces pierden rápidamente de color, haciéndose muy clara, y llegando en ocasiones a descolorarse completamente, semejando por su aspecto y consistencia a las masas de mastic. La ausencia total de pigmentos biliares se demuestra por la falta de color tras de la visión de sustancias oxidantes, tales como el ácido nítrico, fumante o el sublimado de Schmitz; cuando las heces no son totalmente acólicas, la proporción de Urobilina en ellas contenida es muy grande; en cambio,

durante el bloqueo biliar total, que suele existir por espacio de unas horas hasta un par de días, la Urobilina desaparece radicalmente tanto de las heces como de la orina; el sondaje duodenal proporciona una bilis excepcionalmente clara, diacólica y en el acmé Ictérico, un producto absolutamente decolorado: "Bilis Blanca".

Corrientemente, con la aparición de la Ictericia desaparecen todas las molestias subjetivas del enfermo, relacionadas, en parte, con la intoxicación causante de la enfermedad y en parte a título de signos hepatológicos: consecuencia de la Insuficiencia Hepática. Sólo en algunos enfermos hacen acto de presencia otras molestias, relacionadas fundamentalmente con la estasis de las sales biliares. Subjetivamente el prurito que a veces puede ser insoportable, pero casi siempre es muy discreto o nulo; objetivamente la Bradicardia. La desproporción entre la apariencia excepcional del enfermo y la mesquindad de sus trastornos subjetivos les sorprende. Es por lo que Hetemji piensa que la Ictericia bruscamente aparecida, es expresión de un choque anafiláctico, motivado por la intoxicación causada en un sujeto portador de una susceptibilidad reaccional particular por parte del Hígado. La verdadera enfermedad discurre durante el período pre-ictérico, en ocasiones de manera abortiva—*Yctero catarralis sine Icterus*—y la fase Ictérica es, en parte, secuela, y en parte estadio reparador de la lesión hepatoalérgica.

El hígado suele aumentar de volumen, palpándose un par de traveses de dedo bajo el borde costal, tenso y ligeramente coloroso a la presión; el Bazo es normal; en pocas ocasiones puede encontrarse esplenomegalia. No existe fiebre, o a lo más una insignificante febrícula.

La duración de la Ictericia es variable sin que dependa de la intensidad del bloqueo biliar; corrientemente se prolonga de dos a cuatro semanas; rara vez sólo unos días, en ocasiones hasta más de tres meses. La desaparición de la Urobilinuria que debe investigarse diariamente. La convalecencia no es demasiado prolongada en las formas habitua-

les y el enfermo puede realizar sus ocupaciones incluso durante el período Ictérico.

La exploración funcional, es sobre manera importante: La reacción de Van Den Bergh, es positiva, directa e inmediata en el fastiguim de la Ictericia y la cifra de bilirrubina en el plasma puede alcanzar hasta 1 gramo por 1,000. Las pruebas de la Galactosuria y Leovolusuria alimenticia, pueden considerarse como constantes, valiendo para Eppinger la proposición. "Sin galactosuria no hay Ictericia Catarral". Mucho menos frecuente es la aparición de la acetonuria y si la reacción de Millon es positiva en la orina, indicando el aumento de la excreción renal de ácidos amínicos, hay que admitir el tránsito a una atrofia sub-aguda del hígado que describiremos más adelante, cuando la Ictericia ha desaparecido, antes de volver a la normalidad, y como expresión del trastorno funcional que pasó, existe una fase de Ictericia latente, demostrable mediante la prueba de V. Bergmann y Eilbott. Este hecho es de suma importancia terapéutica.

DIAGNOSTICO

El cuadro de la Ictericia catarral puede ser fielmente reproducido hasta el punto de conducir a un error diagnóstico, por distintos procesos, cuyo denominador común es la Ictericia. La atrofia sub-aguda del hígado, permite descubrir junto a los signos clínicos más llamativos, de Insuficiencia funcional hepática (Torpidez o coma hepática, hemorragias, etc.) datos exploratorios tales como la aminoaciduria. Los resultados positivos de las pruebas de exploración funcional y el comienzo con manifestaciones tóxicas, distinguen la Ictericia catarral de las Ictericias Mecánicas de iniciación: cáncer de la cabeza del Páncreas, Oclusión calculosa. En este último proceso la Ictericia suele ir precedido de cólico hepático muy inter o. Más difícil es establecer su separación frente al complejo problema clínico: Sífilis—Salvarsán—Ictericia, ya que tanto puede tratarse de una hepatosis tóxica como de un Icterus catarralis legítimo en el curso de una terapéutica salvarsánica. Co.

rientemente, la ictericia del salvarsán no llega a ser completa, pero por otro lado nuestra concepción uniforme de la llamada ictericia catarral como reacción anómala de hígado frente a tóxicos diversos, permite incluir el Icterus salvarsanicus en la misma categoría. Y nuestros recursos terapéuticos actuales, nos permiten no renunciar a la Terapia antilúética en caso de afección del hígado, cuando la juzguemos indicada.

PRONOSTICO

La evolución de la ictericia catarral es muy benigna, y en la inmensa mayoría de los casos se termina por la reparación íntegra de la

capacidad funcional del hígado. A esta razón se debe a la designación de Icterus Simple. No obstante, los escasos pacientes que evolucionan en forma desfavorable, nos prohíben el uso de una nomenclatura tan optimista. En poquísimos casos, afortunadamente, la ictericia catarral evoluciona en el sentido de la atrofia del hígado con su desagradable pronóstico inmediato. En otras circunstancias le sigue la Cirrosis tan de cerca, que nos vemos forzados a admitir que es su consecuencia, como los cuadros crónicos de riñón surgen ocasionalmente de los agudos. Pero en conjunto, la ictericia catarral conserva su favorable pronóstico".

Crítica de las Historias Clínicas

Al hacer la crítica de las Historias Clínicas consideré que la mejor conducta sería aquella que procediera a analizarlas, buscando, por una parte, todos los elementos comunes a las mismas, y, por otra, sus elementos propios.

Dentro de este concepto se aprecia desde luego los grandes puntos de contacto que presentan los enfermos al grado de que los cuadros sintomáticos parecen copiados de uno solo.

En el estudio de los antecedentes en sus diversos órdenes, no se aprecia tampoco nada especial en cada enfermo. Entre los antecedentes no patológicos, reviste enorme importancia el etilismo crónico, que resulta positivo contra la confesión falsa de los enfermos. No se encuentra otro punto importante que tomar en consideración dentro de los hábitos y costumbres de los enfermos. En cuanto a la edad y a sexo, no revisten importancia en el caso, ya que una inmensa mayoría pertenecen al masculino, siendo adultos en lo general.

En cuanto a la higiene, tiene una gran importancia el caso, ya que pude observar que las condiciones higiénicas del obrero son pésimas desde el punto de vista personal y familiar, y en ello juega papel importante la aglomeración de familias en pequeños recintos. La higiene alimenticia es igualmente mala, incluso el agua que ingieren, que no está sometida a la acción de los filtros ni a ninguna otra acción depuradora.

Por tanto, podemos afirmar que en los antecedentes no patológicos de los enfermos son de apreciarse dos aspectos muy importantes: Etilismo Crónico e Higiene defectuosa.

Los antecedentes patológicos carecen realmente de importancia, como puede observarse en las historias; resultan negativos: Lúes, Tuberculosis, Enfermedades de la Nutrición, Infecciones, Intoxicaciones, Hepatopatías y Cistopatías anteriores, padecimientos Hemáti-

cos y Neoplásicos que tuvieran relación con la génesis del Síndrome Ictérica. Solamente observamos en algunas historias antecedentes Colíticos y Hepáticos, que en alguna forma pudieran intervenir como factores predisponentes, con más razón si pensamos en los procesos amibióticos Hepato-intestinales que resultan endémicos en esta región.

Estudiando los cuadros sintomáticos apreciamos lo siguiente: Desde luego un proceso de los mismos, limitado perfectamente por dos fases: a) Pre-ictérica. b) Ictérica.

La fase Pre-ictérica la caracterizan elementos sintomáticos asociados en tal forma, que tienen gran semejanza con el período de invasión de una enfermedad de tipo infeccioso, con su consiguiente evolución.

En la fase ictérica podemos definir perfectamente bien dos síndromes: a) Síndrome de retención de Pigmentos biliares. b) Síndrome de retención de Sales biliares. No se aprecia clínicamente Síndrome de retención colestérica.

Así es que podemos resumir desde el punto de vista etiológico que en el padecimiento intervienen: Como causa eficiente un factor posiblemente microbiano no precisado hasta este momento; un factor determinante tampoco precisado hasta el momento, pero que por fundada sospecha clínica lo atribuimos al agua ingerida, así como a los alimentos contaminados con la misma y un tercer factor predisponente representado por el Etilismo Crónico e Higiene defectuosa.

Hasta este momento no podía llegar a más.

Por las razones anotadas antes, no fué posible efectuar todas las investigaciones de laboratorio, interesantes en el caso. Solamente fué posible realizar análisis bacteriológicos de las aguas que se destinan a fines ingeribles en la fábrica de Río Blanco. Dichos análisis estuvieron a cargo de la señora Esperanza L. de Castañeda.

A continuación su exposición:

Laboratorio

ANALISIS BACTERIOLOGICO DE AGUA.

Procedente de "PIEDRA GACHA" recogida en uno de los bebederos del Departamento de "Acabados".

Ordenado por el Sr. Dr. D. Rafael Bustos Leal.

Orizaba, Ver., octubre 27 de 1939.

RESULTADO.

INVESTIGACION DE GERMENES DEL GRUPO COLI.

Siembra en caldo lactosado 3%.—Ph. 6 8.—Tubos de fermentación.

PRUEBA PRESUNTIVA.

Desarrollo en volumen de 0.1. c.c. a las 24 horas Negativa.
Desarrollo en volumen de 1. c.c. a las 24 horas Negativa.
Desarrollo en volumen de 5. c.c. a las 24 horas Positiva, con gas.
Desarrollo en volumen 10. c.c. a las 24 horas Positiva, con gas.
Desarrollo en volumen 20. c.c. a las 24 horas Positiva, con gas.

Resiembra en placa de agar-eosina-azul de metileno.

PRUEBA DE CONFIRMACION

Del primer tubo Negativa
Del segundo tubo Negativa
Del tercer tubo Colonias de Coli-bacilo.
Del cuarto tubo Numerosas colonias de Coli-bacilo
Del quinto tubo Numerosas colonias de Coli-bacilo

INVESTIGACION DE GERMENES GRUPO TIFICO-PARATIFICO.

Resiembras en medio de subacetato de plomo Negativas.

NUMERACION TOTAL DE GERMENES.

Media de colonias obtenidas en placas de gelosa por c.c. de agua 38
Tiempo de incubación y temperatura: 24 horas a 37° C.
Resiembra en placas de gelatina: Ausencia de gérmenes delicuescentes.
Tiempo de incubación y temperatura: 48 horas a 20° C.

CONCLUSIONES:

Agua impropia para bebida por exceso de Coli-bacilos

Esperanza Labardini de Castañeda.

ANALISIS BACTERIOLOGICO DE AGUA

Procedente de "LAGUNA DE NOGALES" recogida en la llave de uno de los lavaderos del Departamento de "Acabados".

Ordenado por el Sr. Dr. D. Rafael Bustos Leal.

Orizaba, Ver., octubre 27 de 1939.

RESULTADO.

INVESTIGACION DE GERMENES DEL GRUPO COLI.

Siembra en caldo lactosado 3% - Ph. 6.8.- Tubos de Fermentación.

PRUEBA PRESUNTIVA

Desarrollo en volumen de 0.1 c.c. a las 24 horas Positiva con gas
Desarrollo en volumen de 1. c.c. a las 24 horas Positiva con gas
Desarrollo en volumen de 5. c.c. a las 24 horas Positiva con gas
Desarrollo en volumen de 10. c.c. a las 24 horas Positiva con gas
Desarrollo en volumen 20. c.c. a las 24 horas Positiva con gas

Resiembra en placa de agar-eosina-azul de metileno

PRUEBA DE CONFIRMACION

Del primer tubo Positiva: colonias de coli-bacilo
Del segundo tubo Positiva: colonias de coli-bacilo
Del tercer tubo Positiva: colonias de coli-bacilo
Del cuarto tubo Positiva: colonias de coli-bacilo
Del quinto tubo Positiva: colonias de coli-bacilo

INVESTIGACION DE GERMENES DEL GRUPO TIFICO-PARATIFICO.

Resiembras en medio de subacetato de plomo Negativas.

NUMERACION TOTAL DE GERMENES.

Medias de colonias obtenidas en placas de gelosa por c.c. de agua 180
Tiempo de incubación y temperatura: 24 horas a 37° C.
Resiembra en placas de gelatina: Ausencia de gérmenes delicuescentes
Tiempo de incubación y temperatura: 48 horas a 20° C.

CONCLUSIONES:

Agua profundamente contaminada e impropia para la bebida.

Esperanza Labardini de Castañeda.

Conclusiones

En las conclusiones debo tratar los siguientes puntos que resultan fundamentales para resumir la tesis basado en consideraciones patológicas y terapéuticas:

1o.—Demostrar que se trata de un padecimiento Hepato-biliar icterígeno.

2o.—Afirmar hasta donde fuere posible su naturaleza infecciosa.

3o.—Realizar un esfuerzo clínico que pruebe o suponga una individualidad o especificidad infecciosa.

I

Asumo las siguientes razones clínicas que sirven para afirmar este concepto: "Existencia de Hepatalgia espontánea y provocada en diversos grados de acentuación existente en la inmensa mayoría de los enfermos; Hepatomegalia moderada en la inmensa mayoría de los casos; Cistalgia en gran número de las historias sin ser palpable la vesícula biliar con maniobra de Murphy, positiva en buen número de casos; en algunos, igualmente respuesta positiva a la maniobra de Enriquez. Trastornos digestivos en la digestión de los diversos órdenes de alimentos y, sobre todo, déficit acentuado en la digestión de las grasas: sensación de amargor bucal con sequedad concomitante; inapetencia, anorexia en algunos, estado náuseo y vómitos de carácter biliar en buen número de enfermos.

Fundan el aspecto icterígeno del padecimiento: los síndromes de retención de sales biliares y Síndrome de retención de pigmentos biliares con los caracteres clínicos con- signados en las historias.

II

Los siguientes elementos de diagnósticos sirven para invocar una etiología infecciosa en la epidemia descrito.

a).—Desde luego se aprecia en la fase pre-ictérica de los enfermos, el cuadro sintomático relativo a las enfermedades infecciosas en el periodo de inovación; es así que se inicia el padecimiento con calosfrío de variable intensidad, pero siempre apreciable, quebrantamiento general, algias articulares, cefalalgia, en algunos, enfermos hipertermia moderada. Además, agitación, sub-delirio en algunos; en otros, ligera postración o acen- tuada adinamia.

Como datos menos importantes para fundar el concepto, tenemos el estado nauseoso existente en todos los enfermos, acompañado de vómitos en algunos de ellos; los estados diarreicos presentado, por algunos enfermos con los caracteres de las evacuaciones, en las que florecen acciones microbianas; los caracteres de la orina en cuanto a ritmo de eliminación y aspecto macroscópico que hacen fundar alguna acción microbiana.

Además, tenemos el hecho de que, con motivo de las lluvias, se presentan sistemáticamente brotes del padecimiento.

Existen algunos datos más de menor importancia que considero innecesarios ennumerar.

III

Las razones de orden clínico, terapéutico y

de laboratorio me hacen llegar a la conclusión de una individualidad microbiana responsable del padecimiento; he encontrado que es el colibacilo el agente que juega un eficiente papel en la epidemia.

Aunque son muchas las razones que puedo invocar para apoyar el concepto, a continuación menciono las que me parecen más importantes:

a).—El hecho de que en esta región las aguas destinadas a fines ingeribles se encuentran contaminadas de cuándo en cuándo por el colibacilo y, sobre todo, con motivo de la estación lluviosa.

b).—En un gran porcentaje de padecimientos endémicos de la región determinados por la ingestión del agua, he observado cuadros sintomáticos que corresponden a la intervención colibacilar; sin negar las asociaciones microbianas o micro-parasitarias que igualmente son muy frecuentes.

c).—El cuadro de Cistitis con su triada sintomática presentado por la inmensa mayoría de los enfermos, ya que el colibacilo presenta gran avidez por la mucosa vesical.

d).—El cuadro de colecistitis obligado en todos los enfermos, y tan acentuado en algunos de ellos, ya que el colibacilo presenta igualmente gran avidez por la localización vesicular.

e).—La ausencia de movimientos febriles de consideración, toda vez que la toxina colibacilar generalmente hipotermizante en diversos grados presenta solamente determinadas pirexias de consideración en un restringido número de circunstancias.

f).—La acentuada hipotensión máxima y mínima presentada por los enfermos, y que no guarda relación con los síndromes de retención de Sales y Pigmento biliares; esto va en favor de Colibacilo, recordando que las toxinas colibacilares son hipotensoras.

g).—Los estados diarreicos y pseudo-diarreicos consignados en algunas historias clínicas que hacen pensar en la intervención del germen en cuestión.

h).—La ausencia de trastornos nerviosos y cardiovasculares que corresponderían en las ictericias, más bien a acciones espirilares, como ocurre con la enfermedad de Weill.

i).—La falta de predilección por algún departamento de la fábrica ya que la existencia y frecuencia del padecimiento no guarda ninguna relación con algún sector en especial, lo que quiere decir que la causa no se encuentra sino en el exterior de los mismos.

j).—He aquí una razón de fundamental importancia: Haciendo una experimentación terapéutica, dividimos los enfermos en tres lotes: un lote sometido a medicación exenta de acción colibacilar; un segundo lote sometido a vacunación colibacilar puramente y un tercer y último lote bajo la influencia de una medicación asociada. Los resultados en los tres casos fueron totalmente distintos, evolucionando en la forma más benigna en el último lote.

k).—Por último, encontramos en el laboratorio un último retoque para afirmar el concepto, como puede observarse en el capítulo anterior, relativo a laboratorio en que se pone de manifiesto la contaminación colibacilar de las dos fuentes que surten de agua a la fábrica, con fines ingeribles.

.....

Con todo lo anterior, creo que puedo condensar con dos palabras mi estudio, considerando la existencia de un padecimiento Hepato-biliar Icterígeno, cuya causa eficiente es el colibacilo, cuya causa determinante está representada por el agua y en el que intervienen como factores predisponentes: Estilismo crónico e Higiene defectuosa.

Bibliografía:

ENRIQUEZ PATOLOGIA MEDICA.

BAÑUELOS PATOLOGIA MEDICA.

KLEMPERER TRATADO DE CLINICA GENERAL.