



UNIVERSITAT_{DE}
BARCELONA

Estudio clínico de la fiebre tifoidea

Juan Montrós Perelló

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

820-7-12

C 2713

EN
~~(2916)~~

UNIVERSIDAD CENTRAL 1915.

=====

FACULTAD DE MEDICINA.

TESIS PARA LA MEMORIA DE DOCTORADO.

-----+*****+-----

"Estudio clínico de la fiebre tifoidea" por

Don JUAN MONTRÓS PERELLÓ.

de la Facultad de Barcelona.

=====

618624522



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5316695666

ESTUDIO CLINICO DE LA FIEBRE TIFOIDEA.

=====

ESTUDIO CLINICO DE LA FIEBRE TIFOIDEA.

=====

Iltes. Sres.

El día que llegamos por vez primera á las regiones inmensas de la Medicina, entramos por ellas con la distracción de un niño que, después de haber visitado, uno á uno, los principales alcázares de las ciencias humanas, creía no ser posible recibir impresiones nuevas de asombro y admiración cuando tantas y tantas habia ya sentido en la rápida carrera de sus estudios anteriores. Y, sin embargo, desde entonces hemos ido recorriendo los distintos dominios de nuestra ciencia, y á pesar de haber subido, jadeantes y presurosos, hasta la cima de sus más altos montes en busca de las murallas que circundar deben sus jardines, no hemos divisado más que un horizonte, lejano, indefinido, cuya línea mágica parece sostener, con manos invisibles, un ser misterioso, colocado allí por la soberbia de Juno que para humillar á Minerva no le importa fastidiar

á los hombres alejando cada vez más y más de los mortales esa luz fascinadora de la verdad que todas y cada una de las ciencias persiguen con tanto afán.

Pero, si esto, por una parte, embargaba nuestro espíritu, llenándolo de amargura; por otra, en cambio, sentíamos las más dulces emociones cuando, al recorrer los subterráneos maravillosos de la Medicina, hemos podido contemplar sus tesoros, admirar sus bellezas, encontrar la llave de muchos enigmas, la explicación de sin número de fenómenos y escuchar, extasiados, las enseñanzas de aquellos gnomos, de aquellos magos que allí habitan con mayor fausto del que podría soñar la fantasía más ardiente del mejor poeta oriental.

Pero, ¡ah! también el destino nos deparó sorpresas muy desagradables; porque cuando, enamorados de nuestra ciencia, creíamos que todos sus servidores y vasallos debían acatarla y venerarla, hemos contemplado con pena, hemos visto con dolor que muchos son los que la traicionan, muchos los que la desprecian, muchos los que la ultrajan, algunos con villanía sin igual, inconcebible en quienes precisamente á ella

deben cuanto son, cuanto tienen, y cuanto representan en la sociedad.

Y es que, ciegos y alborotados, han entrado en los jardines de la Medicina, han corrido por ellos á su antojo, no han hecho más que satisfacer su egoísmo, cogiendo las flores lozanas de sus arbustos, sin cuidarse de entrar en los aposentos donde mora, en los salones donde recibe á sus cortesanos la más grande de las ciencias naturales. Por esto no la conocen, por esto, aunque dia y noche no salgan de sus dominios viven en ellos cual personas ajenas, cual gentes extrañas, sin relación, sin trato, sin cariño para ella.

Mas, no es eso no, lo más triste; sino que, fatuos y presuntuosos, al salir por el mundo se creen con derecho á hablar de Medicina como cualquier otro médico; y saben engañar al pueblo; y el vulgo y los profanos en nuestra ciencia los creen porque no pueden discernir, en esta materia, lo falso de lo verdadero; por la sencilla razón de que, conservando la Medicina con toda pureza su antiguo carácter de misterio es incomprensible y lo será siempre á todo aquel que no esté iniciado en sus secretos.

Y como, por una parte, ese carácter de misterio, encierra un encanto y un atractivo sin igual; y por otra, la salud y la enfermedad son, para los hombres, un algo mucho más interesante que el curso de las estrellas, la formación de los mundos, las leyes de la energía, la cristalización de los cuerpos, la reproducción de las especies.... de ahí que nuestros sabios se vean precisados á tratar de sus cosas con el vulgo con mucha más frecuencia que aquéllos que se dedican al estudio de otras ciencias naturales. Si á esto se añade la creencia generalizada de que la Medicina es, tan sólo, un Arte, más ó menos complicado, y la enfermedad, un algo extraño que se interpone en el curso ordinario de la vida normal, como lo prueba el hecho de que todos los dias vemos á personas de ilustración, que no discutirían jamás con el astrónomo, el físico ó el geólogo, como se atreven, no ya á discutir, sino á aconsejar á los médicos, é incluso á interpretar fenómenos que sólo la Medicina puede conocer en su valor intrínseco.....; al considerar todo esto, ilustres señores, se comprenderá nuestra pena cuando vimos con desencanto que á más de ese cúmulo de sinsabores que amargan la vida

del médico, condenado á sufrir perennemente "el tormento de la ignorancia" según feliz expresión del Dr. A. Gimeno, había otras espinas que en nuestro camino se entrecruzaban para hacer más penosa nuestra marcha; cuyas espinas eran, precisamente, esas frases que, por doquiera, dejaban caer médicos sin sentido, á quienes el egoismo, la ignorancia ó la soberbia cerraban los ojos de tal manera que ni se daban cuenta de donde estaban ni á quien servían. Son esos médicos que se forman in mente la imagen de una Medicina que no existe más que en su fantasía; son esos médicos, ya escépticos en su ciencia, á la que desprecian, porque no conocen, ya crédulos en extremo, á la par que teóricos polemistas, ávidos tan sólo de discutir en las academias, pero alejados por completo de las clínicas, de las salas de vivisección y de los laboratorios; son esos que, por el afán de sobresalir, se pasan días y noches hojeando revistas y revistas, cuyos textos mal pueden comprender desde el momento que nunca han sabido interpretar ante el enfermo los signos que en aquéllos se describen; son esos que al especializarse en una rama de las ciencias médicas ni se dignan respetar siquiera en las demás lo que

diríamos el derecho de ciudadanía; esos otros, en fin, que embriagados por los vapores de la política ó sepultados entre los viejos paredones de una aldea de montaña (1) se alejaron para siempre de los centros de cultura, olvidaron el camino de los hospitales, rompieron con sus relaciones científicas y viviendo en un ambiente impregnado de otras doctrinas, respiran un aire que no es el suyo, y en consecuencia, no conservan de la Medicina, en su memoria, mas que un recuerdo difuso, una imagen borrosa que ni es sombra de la realidad ni tiene de Medicina más que el nombre.

Nosotros, y como nosotros, muchos, educados por fortuna, bajo la dirección y vigilancia de profesores zelosos del honor de nuestra Ciencia, á la que consagran sus energias con grande fé y mayor entusiasmo, hemos podido, á su lado, darnos cuenta exacta de la situación especial de la Medicina en el momento histórico presente; y si, por torpeza ó negligencia no hemos conseguido acumular en nuestro cerebro el caudal enorme de conocimientos que tal vez otros en nuestra situación hubieran logrado, si no hemos sabido recoger de las preciosas arcas que nos

(1) No se tomen estas frases en sentido demasiado general.

han mostrado los ricos tesoros de una gran experiencia, si á pesar de haber recorrido con tan sabios maestros distintos departamentos del gran Palacio Médico, nos hemos presentado siempre pobres de conocimientos, faltos de ilustración..... cuando menos, hemos visto de cerca á la Medicina, y al contemplarla tan bella, siempre, ante su esplendor nos hemos sentido subyugados, ante su majestad, hemos doblado instintivamente las rodillas, ante su hermosura sobrehumana, hemos olvidado los azares y fatigas que nos costó conocerla.

Por esto, al jurarle fidelidad de vasallo, prometimos defenderla de sus enemigos; y creemos un deber de nobleza, salir por sus fueros, amenazados por muchos de esos mismos que se llaman sus fieles servidores. Hé ahí por que, al oír sus quejas, al advertir sus lamentos, referentes á que, en la lucha magna que con la enfermedad, con la ighorancia y con el vicio sostienen sus ejércitos, muchos de sus soldados, faltando á la disciplina, y desobedeciendo los mandatos de la Historia se lanzan á empresas temerarias, de esas que si no comprometen la victoria, cuando menos la retrasan y siempre ponen en ridículo, ante los

ojos de los hombres, el prestigio de los jefes y la táctica de los generales, al oír, repetimos, sus quejas por esto, hemos sentido teñirse nuestro rostro de viva indignación, y llenos de entusiasmo, hemos ido presurosos á presentarle nuestras armas para ofrecernos á pelear en el sitio de mayor peligro, allí donde las circunstancias actuales demandan mayor número de combatientes.

Y ese lugar, esa fortaleza, casi abandonada, pero que es el punto estratégico que sirve de base á todo el campo de operaciones en las circunstancias actuales, en los tiempos presentes, en este momento histórico, momento de transición, del cual depende el porvenir de nuestra ciencia, es, señores, la Clínica; porque, la Clínica es, precisamente, el sostén de la Medicina; sin ella de nada nos servirían los demás conocimientos; sin ella, es imposible recoger y ordenar los síntomas, y sin síntomas no hay diagnóstico, y sin diagnóstico no hay tratamiento.

Y al decir Clínica queremos significar el arte de leer en los enfermos, el arte de conocer, á través de la piel, el estado y el dinamismo de sus órganos y aparatos; sin lo que, no podríamos jamás actuar

de una manera racional y científica en la marcha de las enfermedades. Bien sabemos que el plan terapéutico instituido sin base fisiopatológica no tendrá nunca la eficacia y hermosura del que se funda en dicha base.

Y decimos hermosura porque, verdaderamente, nuestro espíritu, como el de muchos compañeros que asistieron á las lecciones de algunos de nuestros maestros, ha sentido, más de una vez, conmoverse las fibras del sentimiento por la mágica impresión de lo bello cuando, ante un enfermo, el profesor se remontaba á las sublimes alturas de la ciencia, para recoger de allí los rayos misteriosos del razonamiento con el auxilio de los cuales aparecian á la vista signos y síntomas completamente ocultos para nosotros momentos antes de esas explicaciones magistrales que nos recordaban siempre aquella expresión tan gráfica y tan exacta, lo que llamaban los antiguos: EL SAOR CLINICO.

Y por ello, nos hemos convencido de dos cosas, á saber: que la clínica es imposible aprenderla por sí solo; y que es el fundamento de la Medicina.

Si: ella es el alfabeto de nuestra ciencia. Sin buenos maestros que nos la enseñaran jamás podríamos llegar á ser buenos médicos; como no podría estudiar ninguna ciencia el niño que nunca hubiera aprendido el significado de los signos del abecedario.

que es el fundamento de la Medicina, no hay, que demostrarlo. Está en la conciencia de todos; pues, bien sabemos que de nada le serviría conocer toda la Patología á quien no supiese ir recogiendo del enfermo más que los síntomas esos que de por sí ya se muestran, y fuera incapaz de sorprender los ocultos trastornos de los tejidos y de combinar dichos síntomas para la formación de un conjunto ordenado que le orientase hacia la solución del problema, objetivo de sus investigaciones.

Considerando todo esto, al ir á escoger un tema para la Memoria del doctorado pensamos en seguida en el que tenemos el honor de proponer á este Ilustre. Tribunal, á saber: el ESTUDIO CLINICO DE LA FIEBRE TIFOIDEA.

Y nos limitamos al estudio clínico para confirmar lo antedicho, la importancia capital de la clínica sobre todo lo demás, para dejar ver que el tratamiento será tanto más eficaz cuanto más se funde en la fisiopatología clínica, y para demostrar que el laboratorio y los libros de texto, auxilios preciosísimos del médico, que nunca los agradecerá bastante á las ciencias que se los prestaron, son inútiles por completo cuando no se colocan y estudian junto á las camas de un hospital.

Tal vez alguien pueda sentir en estas frases algún dejo de sabor rancio. Nosotros no lo creemos así, porque estamos persuadidos de que el edificio de nuestra ciencia está todavía en construcción, y que, como dijimos en otro lugar, lo que debemos hoy, es "construir el palacio de la Medicina; los antiguos formaron los andamios, el siglo XIX "echó los cimientos; nosotros debemos colocar una á una las piedras " del edificio; de la decoración, y del confort, ya cuidarán las generaciones futuras. Si no lo hacemos así no adelantará la Medicina ordenada y metódicamente, como un ejército bien organizado, sino que se"

"dispersará en grupos heterogéneos, perdiendo un tiempo lamentable," que luego costará recuperar. Por esto, en nuestros días debemos aún "ser experimentadores, observadores, prácticos, clínicos. Si, clínica-nica, clínica hace falta todavía: ella es la base de nuestra ciencia"; "ella y solo ella forma buenos médicos; ella y solo ella marcará nuestro progreso, pues si éste sigue, en todo tiempo, los caminos que le trazan los grandes principios de las síntesis, estos principios no pueden apoyarse más que en hechos de observación lo suficientemente numerosos para no caer en el sofisma, como cayeron tantas veces nuestros antepasados cuando aplicaban á fenómenos poco conocidos los principios de la Filosofía: digáudo, sinó, Hannemam y sus escuelas" (2).

Y dicho esto, vamos á entrar en materia, para lo cual, ante todo, hemos de dividir nuestro trabajo en capítulos, que serán 8, correspondientes á: Etiología y patogenia; fisiología patológica; sintomatología; evolución; diagnóstico; tratamiento y profilaxia; todo ello desde

(2) TRATAMIENTO DE LA FIEBRE TIFOIDEA.- Por D. J. Montrós Perelló. (Conferencia, leída en el Ateneo de médicos del Hospital Clínico y la Facultad de Medicina de Barcelona).

el punto de vista clínico, suponiendo, siempre que estamos no en la mesa del despacho preparando una disertación académica, sino ante la cama del enfermo para instituir un plan terapéutico.

Y así, vamos á prescindir de todo lo que sea como artículo de lujo, y nos limitaremos á lo necesario, á lo que de la fiebre tifoidea ha de recordar el médico, dejando aparte lo referente á hipótesis, teorías consideraciones, detalles de experimentación, etc. etc. excelentes é imprescindibles para el progreso de la Medicina, lo reconocemos, si; pero que debieran quedar tan sólo en manos de los investigadores, pues al práctico, á la mayoría de los médicos lo que conviene son extractos, resúmenes, esquemas de todo lo conocido, aprobado y refrendado por la Ciencia, y precisamente es lo que no tenemos, ya que los textos y revistas profesionales vienen siempre llenos de trabajos analíticos que sólo sirven para dificultar, cada vez más y más, nuestra labor.

¡Cuántas veces, á consecuencia de esto último, hemos visto con pena la manera de ser tratados los tifódicos por médicos que se limitaban, unos á seguir en todos los casos, sistemática y empíricamente,

un mismo tratamiento, más ó menos rutinario; otros, á ensayar una serie interminable de medicamentos, administrados á ciegas; y los más, á dejar abandonado á sus fuerzas al paciente infeliz que caía en sus manos! ¡que sensación tan dolorosa experimentábamos al ver obrar así á médicos inteligentes y cultos, pero faltos de sabor clínico; y comparar su acción misérrima con la terapéutica altamente científica puesta en uso, empleada por nuestros maestros en el Hospital Clínico de la Facultad de Medicina, donde prestamos nuestros servicios, primero como Alumno Interno, despues como médicos ayudantes!

Y como creemos que la división del trabajo se impone aquí más que nunca; y, en consecuencia, deseamos que, tanto los que cual solícitos obreros se dedican á explotar las minas de la Medicina, como los que, una vez recogidos, de manos de aquéllos, los productos de su industria, los distribuyan convenientemente, puedan actuar con éxito en sus respectivas esferas de acción, y sentimos la necesidad de poseer lo que no poseemos, es decir, libros de síntesis en los que, en el menor espacio posible, se condensarán los conocimientos médicos, á la luz de

la Clínica, para servirnos de guía eficaz en los casos prácticos, fué por esto por lo que nos determinamos á adoptar en esta Memoria el método que anhelamos adoptar otros, para ver si de entre los esfuerzos de muchos podría salir, con el tiempo, un libro didáctico á la moderna que llenara este vacío de que hablamos. ¡Ojalá que con este trabajo pudiéramos formar una página siquiera de uno de esos grandes tomos!, Único ideal que nos guía al escribir esta Memoria, á pesar de que sentimos profundo desaliento cuando consideramos que nuestras pocas fuerzas ni eso tan sólo habrán podido lograr.

Dicho esto, vamos á entrar de lleno en el asunto, no sin antes suplicar al digno Tribunal que nos perdone la extensión excesiva de este prólogo. Pero lo hemos creído necesario, para explicar el porqué nos apartamos nosotros de lo que suele hacerse en estos casos; sencillamente, porque creemos cumplir mejor la finalidad de las Memorias de doctorado con trabajos como el presente, cuando tengan el valor que éste no tiene, que con esos en que se analizan detenidamente, v. gr. las propiedades de un medicamento destinado á desaparecer un día de

la Terapéutica, ó la naturaleza de una enfermedad, exótica y rara, ó los detalles minuciosos de una serie de procedimientos quirúrgicos, ya perfectos y generalizados.

=====

FIEBRE TIFOIDEA: ESTUDIO CLINICO.

1

E T I O L O G I A.

CAUSA EFICIENTE.

La causa eficiente es el bacilo de Eberth-Gaffky. Este bacilo tiene la forma de un bastoncillo, con flagelos, en los cultivos puros. Se estudian sus caracteres morfológicos, con relativa facilidad, en el laboratorio.

CAUSAS PREDISPONENTES.

Las ordinarias; aunque se ceba en los jóvenes y robustos, con preferencia.

BIOLOGIA:

Resiste media hora á la solución de sublimado al 1/000, y á la de formol al 5/00. Vive en el hielo, donde conserva su virulencia al ca-

bo de muchos meses. Muere pronto en el agua corriente; pero no, en la de los pozos y estanques. La luz y la falta de humedad le son desfavorables.

VEHICULO:

¿Cómo llega á nosotros el b. de Eberth? Se admite hoy, sin discusión la teoría hídrica que Budd estableció en 1856. Según él, el vehículo es el agua, á donde van á parar desde los campos, los bacilos procedentes de las deyecciones contaminadas, estableciéndose un círculo vicioso: del hombre, al campo; del campo, al agua; del agua, al hombre.

No hay que decir que el agua contamina cuanto ella toca: utensilios domésticos, leche, verduras, frutas, ostras, etc.

Formando un foco de epidemia, los insectos y las personas poco cuidadosas que están en contacto más ó menos directo con los enfermos constituyen otros tantos elementos de propagación.

El estudio de las epidemias, llevado á cabo con toda escrupulosidad por quienes se dedican á estas investigaciones, confirma más y más

la teoría de Budd en contra las de Bühl y Pettenkoffer, que creían en la transmisión por el aire.

Esto, como regla general, pero hay que tener en cuenta que es posible, en ciertas condiciones, la transmisión por la atmósfera; pero son muy raros los hechos de esta clase que se describen, como el que refiere Enriquez en su Tratado de Medicina (pag 361 T. I). Dice que "según una observación de Fernet, en un pensionado de señoritas, atacado por la enfermedad, la sola causa que pudo ser invocada fué el desprencimiento de miasmas que se produjo en el momento de la limpia de una letrina, donde, un año antes, habian sido arrojadas las deyecciones de una tífica".

Lo repetimos, son tan raras estas observaciones, y tan difíciles de comprobar que de ordinario, en la práctica corriente, basta atenerse á la teoría hídrica de Budd.

PUERTA DE ENTRADA:

En genral, es la via digestiva, donde llega el microbio por el

agua, los alimentos, las manos sucias, etc.

=====

II.

P A T O G E N I A .

=====

Se había creído, hasta hace poco, que el bacilo de Eberth, á ejemplo del bacilo vírgula del cólera, llegaba á la mucosa intestinal, colonizaba allí, y segregaba entonces sus toxinas.

Pero, desde los trabajos de Schottmüller, Drigalsky, Widal, Courmont, Lesieur, Saquepée, Perquis, Castellani, Wenfeld, etc. se sabe que la fiebre tifoidea es una bacilemia, con entrada de los microbios en la sangre por los folículos linfáticos del tubo digestivo (amígdalas, placas de Peyer....), y eliminación de ellos por otras vías.

Se sabe asimismo que el bacilo Eberth casi nunca vá solo, sino que le acompañan varios microbios, principalmente el colibacilo, streptococos, stafilococos y el bacilo perfringens. Parece ser que el primero se encuentra de preferencia en las formas abdomina-

les; los streptococos y stafilococos, en las septicémicas, y que el bacilo perfringens es el causante de las enterorragias que no se presentan cuando él falta.

=====

III

F I S I O L O G I A P A T O L O G I C A .

=====

LOCALIZACION DEL MICROBIO:

Tratándose de una bañilemia, no hay que decir que, al principio se halla en la sangre, pero dadas las dificultades de reproducción que ésta le ofrece coloniza y se fija principalmente en las placas de Peyer, y se le encuentra en gran cantidad en los órganos hematopoyéticos. Téngase en cuenta que se fija, á menudo, en los lugares de menor resistencia: por esto son de temer las endocarditis tíficas en los reumáticos, las bronco-neumonias, en los tuberculosos; las cistitis, en los prostáticos, etc. etc.

ACCION DE SUS TOXINAS:

Es la general de todas las endotoxinas, como son las del bacilo Eberth. Si, aparte de la acción termógena, hematopoyética, leuco y

hemolítica, etc. parea de un modo preferente los nervios vasomotores. Consecuencia de esto, es la vaso-dilatación periférica permanente, que determina una pequeña asistolia, como se comprende, recordando la fisiología cardio-vascular; por cuya asistolia, hay re-mansos sanguíneos diversos que determinan trastornos variables, según los órganos; y así, v. gr. en los capilares del cerebro hay trasudación, y en consecuencia el líquido céfalo-raquídeo aumenta en cantidad, y por tanto, en tensión, tensión que al obrar sobre los centros del bulbo determina diversos fenómenos, cuya patogenia no debemos olvidar, pues nos servirá de base en algunas ocasiones para librar v. gr. de accidentes ó trastornos graves mediante una punción lumbar y la excitación de los vaso-motores.

Señalamos esto, como ejemplo de la importancia capital que en todos casos adquiere la fisiopatología, para base de tratamiento.

Asimismo, no debemos olvidar que hemos siempre de tener en cuenta no sólo la parte biológica, sino también la mecánica de nuestra organización. ¡Cuántas veces, solo con influir sobre ésta, se

salva una situación crítica, de fatales consecuencias, á lo mejor! Los ejemplos que más adelante presentamos, de enfermos curados, por una sangría oportuna son una prueba palpable y evidente de ello.

Y ahora no queremos terminar este capítulo sin señalar una curiosa propiedad descubierta por Chantemesse en la toxina tífica, y que se presta á algunas reflexiones, ó aún mejor, ensayos experimentales. Dice aquél: que "se forma en los cultivos una sustancia tóxica que tiene una afinidad muy marcada para con el oxígeno, y á la cual el simple contacto con el aire hace perder toda su toxicidad" (3).

Esta toxina es probablemente esa que produce parálisis y astenia en los animales en que se inyecta, á causa de la acción del grupo etílico que en sus cadenas se observa como constante, el cual se fija en la fibra lisa, parestiándola, mejor dicho, anestesiándola como lo haría el éter sulfúrico.

(3). Tratado de Medicina - Enriquez, Laffite, etc. pag. 366. Tomo I.

LESIONES MAS FRECUENTES:

En las placas de Peyer: Infiltración, ó sea gran congestión y acúmulo de lencocitos, con fenómenos de endarteritis obliterante, al principio; ulceración más tarde; y perforación intestinal, ó cicatrización fibrosa, despues.

Se ha de anotar que las cicatrices estas "jamás determinan estrechez intestinal", según Enriquez (4), y que la separación de las úlceras, la cicatrización, dura 15 días, desde que empieza hasta que termina.

En el tejido linfoide del estómago, esófago, faringe, amígdalas, mucosa bucal, etc. se forman á veces lesiones análogas, que ora pasan desapercibidas, ora se traducen por síntomas locales, tales como disfagia, espasmos, hematemesis, etc. cuya significación nonoce el clínico sobradamente.

Bazo y ganglios mesentéricos.- Suelen estar aumentados de vo-

(4). Tratado de Medicina - Enriquez, Laffite, etc. pag.270. Tomo I.

lumen y congestionados en gran manera.

Sangre: Es obscura y pegajosa. El número de hematies y de hemoglobina es menor que de ordinario. Su coeficiente de toxicidad es siempre muy elevado. Se han encontrado en ella los bacilos causantes de la enfermedad.

Riñones: Cuando menos, congestionados constantemente.

Las demás lesiones descritas en los tratados clásicos ni son constantes, ni ofrecen nada de particular cuando se observan en la fiebre tifoidea. Son numerosas, eso sí, y pueden observarse las más variadas en la inmensa mayoría de órganos y en todos los aparatos.

DEFENSAS ORGANICAS: Las generales.

=====

IV

S I N T O M A T O L O G I A .

=====

He ahí uno de los capítulos en que la necesidad de un extracto razonado se hace sentir más.

Todos los días vemos como el médico registra su biblioteca para encajar, en alguna dolencia, el cuadro nosológico por él observado en la última visita; y se cansa inutilmente, y se abandona en brazos del desaliento al ver que para dar una rápida ojeada á la sintomatología de las distintas enfermedades cuyo recuerdo evoca en su memoria el enfermo que acaba de explorar, necesita mucho tiempo; y el tiempo falta, á menudo, bien lo sabemos, á los que ejercen en las grandes poblaciones.

Y no sólo esto, sino que, dado el grán número de síntomas que describen los tratados, aún suponiendo que se disponga de horas su-

ficientes para dedicarlas al estudio y la lectura, siempre nos queda el que, apenas si sabemos vislumbrar, á través de las frases de los autores, cuales son los síntomas predominantes, y, lo que es más, en que forma se presentan, de ordinario, á nuestra observación.

Por esto, vamos á ser en este capítulo tan concisos como nos sea posible.

En la evolución clínica de la fiebre tifoidea hemos de tener en cuenta los siguientes periodos: invasión, estado, descenso y convalecencia.

PERIODO DE INVASION:

Tras unos días de incubación (1-2 semanas, por término medio), el enfermo empieza á experimentar ligeras molestias subjetivas, tales como: cansancio al menor esfuerzo, escalofrios, vértigos, insomnio, ensueños, anorexia, etc. síntomas que en intensidad, lejos de disminuir, aumentan paulatinamente de día en día. Suele enton-

ces llamar al médico, quien se encuentra ante un enfermo con: fiebre alta, lengua saburral, dolor ó gorgoteo en la fosa iliaca; el pulso, natural; no suele haber bradicardia, al principio. Por el interrogatorio viene en conocimiento de los síntomas subjetivos indicados y se dá cuenta de la invasión lenta, característica, en la inmensa mayoría de casos.

Este es el cuadro típico inicial, ante el que, en ausencia de otros síntomas, como veremos al hablar del diagnóstico, cabe afirmar que se trata de una fiebre tifoidea.

En este cuadro debemos pensar y hemos de buscarlo, también, en el enfermo que se nos presente con epistaxis ó vómitos ó diarrea, sin otro síntoma ~~ya~~ aparente ya que este es, á veces, el modo de manifestarse la invasión.

PERIODO DE ESTADO:

En este periodo el enfermo presenta ya, á primera vista, un aspecto tífico, sui generis, que solo puede confundirse con alguno

que otro, que estudiaremos en el capítulo de diagnóstico. Está abatido, postrado, pero sin aquejar intensos dolores; apenas habla; aparece surtido en el estupor del coma.

La fiebre, característica, se mantiene alrededor de 40°. pero con remisiones matinales de un grado ó poco menos; esto es peculiar de la fiebre tifoidea: la regularidad de la curva térmica. El caso número uno, de los que presentamos, puede servir de modelo. La lengua está saburrosa, como en todas las pirexias; pero presenta, como especial de esta enfermedad, los bordes y la punta de color rojo intenso; toma, además, una forma afilada particular; en los casos graves está seca, parece una lengua tostada, quemada.

Del 8º. al 9º. día aparecen las manchas rosadas. Son pequeñas, del tamaño y forma de una lenteja, aún más pequeñas; se las observa en la piel del abdomen, pero pueden generalizarse, é incluso simular la erupción de una escarlatina. Aunque á veces faltan, son, sin embargo, muy frecuentes, y poseen carácter específico de tal modo que si se presentan no cabe titubear en el diagnóstico, ya

que sólo excepcionalmente se las ha observado en otras afecciones, tales como la tuberculosis pulmonar y la endocarditis maligna, afecciones que, por otra parte, ofrecen de por sí síntomas tan particulares que ningún clínico las puede confundir con la fiebre tifoidea. Un detalle práctico de gran valor es el recordar que dichas manchas pueden confundirse de visu con las picaduras de pulga ó con manchas de púrpura; confusión que no será posible si se tiene cuidado de explorar debidamente con el dedo, pues las manchas rosadas lenticulares de la fiebre tifoidea desaparecen á la presión ligera, y las otras nó: á más, las picaduras de pulga presentan un punto equimótico en el centro, y las de púrpura son de color de tono más subido.

El meteorismo, la diarrea abundante y fétida, el dolor en la fosa iliaca derecha, son casi constantes. La diarrea, en este periodo ó en el anterior, existe siempre. Hay que desconfiar del diagnóstico de una fiebre tifoidea con constipación.

En cuanto al aparato circulatorio, solo hay que anotar, como

característico, la relativa bradicardia que se observa en todo tífico cuyo corazón se mantiene bien, y en ausencia de lesiones nerviosas, por lo demás raras. Es éste un signo de gran valor, pero solo de valor positivo.

La bronquitis catarral es frecuente.

En resumen, como peculiares de este período, tenemos: el esturpor, la lengua afilada y de bordes rojos, la fiebre con oscilaciones de 39°. á 40°, las manchas rosadas, el meteorismo y la diarrea abundante y fétida, á lo cual puede juntarse, con cierta reserva, la bradicardia.

PERIODO DE DECLINACION:

Empieza, generalmente, de los 15 á los 20 dias, á veces más tarde. La defervescencia viene en lisis, salvo casos excepcionalísimos. No se observa, en este periodo nada de particular en los casos benignos; en los demás se ha de temer graves complicaciones aún. Los sín-

tomas van disminuyendo paulatinamente, dia en dia, de intensidad y el enfermo va mejorando. Suelen ser características sus grandes oscilaciones térmicas.

CONVALESCENCIA:

Esta se marca cuando la temperatura se mantiene más de 24 horas debajo 37º, con buen estado general. Sin embargo, no debe afirmarse que el enfermo va entrando en franca convalecencia más que cuando ligeramente oscila la curva térmica alrededor de 36º, y el pulso no pasa de 80 pulsaciones por minuto, en el supuesto de un corazón normal. Sólo así tienen valor pronóstico la hipotermia y la bradicardia, entre los síntomas objetivos. Ahora bien, hay otro signo, y es de importancia, á saber : la vuelta del apetito, si es que renace fuerte é imperioso.

Nunca se ha de olvidar que hay falsas convalecencias, precursoras de recaídas ó complicaciones tardías más ó menos graves.

FORMAS CLINICAS:

En todo este capítulo nos hemos referido á la forma ordinaria, corriente; pero, la fiebre tifoidea, principalmente en grandes ciudades donde está endémicamente, reviste un polimorfismo tan variado que se observa toda una gama de formas clínicas, desde las levisimas y ambulatorias, hasta las septicémicas, pasando por las ataxo-adinámicas; éstas son las más frecuentes, despues de la descrita; si bien se observan, á lo mejor, formas raras, con predominio exagerado de uno ó varios síntomas resaltando en modo tal sobre los demás, que pueden desorientar al médico cuando busca el diagnóstico. Por esto, siempre, ante un enfermo con fiebre hemos de pensar en la tifoidea y buscar sus síntomas característicos.

=====

V.

D I A G N O S T I C O.

=====

Diagnosticar una fiebre tifoidea parece cosa fácil; y lo es sin duda cuando se ve al enfermo en el segundo ó tercer septenario. Pero el médico debe aspirar á más, debe aspirar á establecer un diagnóstico firme y precoz, ya que, por, desgracia, son bastantes las enfermedades que en sus comienzos simulan el cuadro clínico de la fiebre tifoidea, y que, sin embargo, exigen un tratamiento muy distinto, á veces específico, que de no instituirse prontamente puede perder la ocasión de salvar á un enfermo.

Y decimos esto, aleccionados por triste experiencia, pues en una de las Clínicas Médicas del Hospital de la Facultad de Medicina de Barcelona hemos visto seis casos de meningitis cerebro-espinal epidémica aguda, que ingresaron con diagnóstico de fiebre tifoidea, y

de los cuales sólo se pudo salvar á tres, con el suero antimeningocócico, porque los otros estaban en periodo ya muy avanzado y no reaccionaron siquiera á las inyecciones intra-raquideas del suero antedicho.

Y la causa de estos errores de diagnóstico es siempre la misma; que las obras de consulta, faltas, por lo general, de sabor clínico, en los capítulos de diagnóstico no hablan más que de enfermedades cuyos síntomas se diferencian ya en teoría, pero nada dicen de esas otras que en la práctica, y solo en la práctica, se confunden. Porque, verdaderamente, si no hubieramos pasado tantas y tantas horas en las Clínicas del Hospital, por donde la experiencia se pasea de continuo mostrando esos detalles ocultos que sólo ella con su mágica varilla sabe revelar, nosotros mismos, lo confesamos, nos hubiesemos sonreído al oír hablar de que puede confundirse el aspecto clínico de una meningitis con el de una tifoidea. Y es que, leyendo sólo los libros, se imagina uno que el signo de Koernig, la rigidez de la nuca, el opistótonos y la cefalea intensa han de resaltar á grandes rasgos en

el cuadro morboso, sin darse cuenta de que la imagen real es muy distinta, á veces, de la que nos forma nuestra fantasía: y así, hemos visto como el signo de Kernig y la rigidez de la nuca no se observan, á veces, á primera vista, si se deja al enfermo en su posición y no se cuida el médico, de explorarlo debidamente, como el opistótonos falta ó es muy ligero, y la cefalea viene enmascarada por el coma. Si, es muy posible, entonces, confundir este aspecto con el estupor de un tífico.

Por lo dicho, los capítulos de diagnóstico diferencial son de aquellos que no pueden escribirse más que á la luz de la Clínica.

Dicho esto, veamos cuales enfermedades pueden simular la fiebre tifoidea: Muchas son; pero el diagnóstico diferencial es relativamente fácil, si el médico se fija con atención en los síntomas culminantes de cada especie nosológica.

Vamos á pasar revista ligeramente de las principales; y sólo nos detendremos en algunas que merecen un estudio especial, ya por

la frecuencia con que se observan, ya porque de un error de diagnóstico, en tales casos, pueden derivarse consecuencias fatalísimas.

Se han señalado, pues, como posibles de confundirse con la fiebre tifoidea: la psitacosis, el muermo agudo, parótidas, intoxicaciones alimenticias, triquinosis, cólera, enfermedades eruptivas, granulia, tifo-bacilosis de Landouzy, infecciones agudas localizadas (tales como flemones, trombo-flebitis de los senos cavernosos de la dura-madre, osteomielitis, mielitis, abscesos internos), ginecopatías diversas (metritis, anexitis etc.), grippe, púrpuras, paludismo, septicemias, endocarditis malignas, meningitis (tuberculosas, cerebro-espinales epidémicas); neumonías ataxo-adinámicas, pleuresías, rabia, tétanos, apendicitis, sífilides varioloides y difteria, aparte alguna otra sin importancia.

Al oír nombrar algunas de éstas en el capítulo de diagnóstico diferencial de la fiebre tifoidea, el médico teórico se sonreiría con sonrisa de escepticismo; pero el práctico experimentado puede que sintiera teñirse su rostro de ligero rubor, recordando algún ca-

so de su carrera profesional.

Algunas hay, entre las antedichas, que para diferenciarlas de la fiebre tifoidea basta con que uno se acuerde de ellas, y sepa que la confusión es posible, para ir en busca de sus síntomas característicos, siempre y cuando ante sus ojos se le presente un enfermo con aspecto tífico.

Recordemos el conjunto de síntomas más salientes y constantes, el esquema del cuadro clínico del tifus abdominal, para tenerlo presente como á piedra de toque ante eñ enfermo; y así nos será fácil el diagnóstico clínico, siguiendo el método que á continuación exponemos.

Estamos ante un enfermo con fiebre alta, lengua sucia, malestar general, sin otro síntoma aparente. Analicemos el caso, explorando con orden el individuo.

Sabemos que los síntomas culminantes de la fiebre tifoidea son: lengua afilada y roja en bordes y puntas, estupor, invasión lenta,

fiebre alta con remisiones matinales de un grado, bradicardia relati-
va, diarrea abundante y fétida y dolor á la presión en la fosa ilia-
ca derecha. Las manchas y enterorragias, cuando se presentan, tienen
valor patognomónico.

Con este cuadro bien impreso en la memoria, y explorando orde-
nadamente al enfermo, tal como vamos á decir, se eliminan ya, sin
gran esfuerzo, la mayor parte de las dolencias antedichas.

Ante todo, se averigua la temperatura, se toma el pulso y se ob-
serva la cara del enfermo, fijándose en las pupilas de modo parti-
cular; á continuación se examina la lengua y el istmo de las fauces.
Se procede, luego, á la exploración del corazón y en seguida á la del
aparato respiratorio, que debe ser atenta y minuciosa para darse cuen-
ta del estado de las pleuras, los pulmones y los bronquios. A la vez,
estando sentado el enfermo, se debe investigar, sin olvidarse de ello
jamás, si hay ó nó rigidez de la nuca y signo de Kernig, síntomas
latentes muchas veces. Del aparato digestivo, se averigua si hay ó
ha habido diarrea ó constipación, si los intestinos están distendi-

dos, si hay dolor en el abdomen, localizándolo para ver si está limitado en la rosa iliaca ó en otras regiones: esa exploración debe ser atenta y detallada; á la vez, se va observando la piel, buscando las manchas rosadas lenticulares; se puede asimismo limitar las zonas hepática y esplénica, si bien esto no reviste gran interés desde el momento que son muchas las infecciones agudas con hígado y bazo grandes.

Después de pasar así revista á los aparatos circulatorio, respiratorio y digestivo, que para el caso son los más interesantes, daremos una rápida ojeada al nervioso, sensorial, loco-motor y genito-urinario. Del primero nos interesa saber si hay impregnación tóxica ó irritación meníngea, lo cual se traduce en fenómenos los más variados, tales como hipo, transtornos esfinterianos, taquicardia ó bradicardia extremas, según sea el neumogástrico ó el simpático el lesionado, miosis o midriasis fijas, anisocor~~dia~~dia, carfologia, etc. etc. todo lo cual ya lo habremos notado en los reconocimientos que acabamos de indicar, así como la rigidez de la nuca, ó el signo de

Koernig, si los hubiere; de modo que no hemos de preocuparnos en buscar de un modo especial estos síntomas que ya se nos presentarán espontáneamente, si, como debemos, exploramos siempre á los enfermos con un plan metódico, preconcebido. Del segundo, ó sea el sensorial basta fijarnos en el oído, por si hubieran fenómenos de infección localizada. Del locomotor, nos conviene explorar los huesos, principalmente las epifisis, fijándonos si son dolorosas. Y por último, en cuanto al género genito-urinario, además del estado del riñón que, como sabemos, jamás debe el médico descuidar su examen, antes de instituir un plan terapéutico, se ha de atender á los órganos de la generación, principalmente al útero y los anexos que se explorarán debidamente ó, cuando menos, se procederá á un interrogatorio adecuado si el diagnóstico todavía ofreciere alguna duda al llegar á esta parte de la exploración.

Este proceder es sencillo y práctico, pues es fácil recordar que, despues del examen del hábito exterior, son siete los aparatos que hay que ir explorando con atención. Por otra parte, no molesta al

enfermo ni exige mucho tiempo, pues en poco más de un cuarto de hora, en los casos ordinarios, queda terminado.

Veamos ahora lo que dijimos, á saber: como con este método se eliminan de por sí, la mayor parte de las dolencias que podrían inducirnos á error de diagnóstico.

En la observación de la "facies", la ausencia del intenso edema peribucal, de la rinitis fétida y del abultamiento de las parótidas nos hace ya olvidar la psitacosis, el muermo agudo y las parótidas graves.

La lengua afilada y la ausencia de síntomas faringo-laríngeos (afonía, tos especial, membranas), nos permite eliminar la difteria.

Por la auscultación del corazón podremos saber si se trata ó no, de endocarditis maligna; á más de que ésta va acompañada de gran taquicardia. (130-140).

Explorando sistemáticamente el aparato respiratorio no nos pasarán inadvertidas una neumonía ataxo-adinámicas, una gangrena pulmonar inicial, una pleuresía aguda hipertóxica, etc. etc. Hay que re-

cordar, sin embargo, que son posibles los neumo-tifus, evolucionando como una tifoidea con localización especial. Para el diagnóstico con otros procesos pulmonares, nos servirán los otros síntomas del tifus.

Si faltan la rigidez de la nuca, el signo de Koernig, los vómitos, y hay diarreas, desecharemos las meningitis. Al contrario, si se presentan tales síntomas puede suceder que se trate, ya de una meningitis tuberculosa, ya de una meningitis cerebro-espinal epidémica, ya de un simple estado de meningismo. El diagnóstico lo facilita la punción lumbar exploradora: si el líquido céfalo-raquídeo es purulento se trata de una meningitis tuberculosa ó tífica supurada; si es turbio, como agua hervida, de una meningitis cerebro-espinal epidémica; y si es transparente, como agua de roca, de meningismo. La raya meníngea carece de valor específico. En todo caso, es conveniente, si hay posibilidad para ello, confirmar el diagnóstico por el análisis del líquido extraído.

En la piel del abdomen, si hay manchas, basta la presión con el dedo para ver si desaparecen (tifus) ó persisten (púrpura de Henoch, picaduras de pulga, sífilides varioloide febril).

El examen de las deposiciones permitirá diferenciar el cólera, ó mejor dicho, los cóleras; á más de que en éstos la facies es típica y la algidez es constante.

La exploración del oído no se debe olvidar; está hecho en un minuto y se puede así evitar el ridículo de un médico, como vimos nosotros, que envió un día á la Clínica Médica antes aludida, una enferma con otitis media, diagnosticada de fiebre tifoidea, porque no supo ver en ella más que la lengua sucia, la fiebre, la cefalea, y la pérdida de apetito. Y no sólo otitis, sino tromboflebitis y mastoiditis pueden dar origen á lamentables confusiones.

Las anexitis y metritis agudas, muy frecuentes en las grandes capitales donde el vicio impera á sus anchas, son consecutivas muchas veces á un aborto provocado. Las descubriremos con facilidad si al llegarle el turno, para explorarlo, al aparato genital,

no hemos diagnosticado en firme todavía; pues basta para ello la exploración abdominal de las regiones dolorosas, y si es preciso, el tacto combinado. Por lo demás, sabemos que son constantes, casi siempre, entonces, la leucorrea y las metrorragias.

La exploración de los huesos y músculos puede orientarnos hacia las osteomielitis y triquinosis, además de que, en estos casos, el enfermo ya suele quejarse de dolores espontáneos en las regiones afectas, y no presenta el estupor, la lengua tífica, la bradicardia, la diarrea fétida ni los dolores abdominales del tifódico.

Hasta aquí, aparato por aparato, en detalle, nos han servido de elementos de diagnóstico. Ahora veremos como del conjunto de la exploración nos servimos todavía para nuestro objeto.

Así, la granulia no la confundiremos con la fiebre tifoidea, porque en la primera resaltan: la lengua limpia, el apetito, y la taquicardia notable, aparte de la demacración precoz, la facies sin estupor y el brillo sui generis de la piel del tuberculoso. Eso,

en ausencia de síntomas pulmonares, que, en este caso, el diagnóstico es facilísimo. Lo mismo cabe decir de esas formas llamadas por Landonzy, tifo-bacilosis.

En las fiebres eruptivas el comienzo es brusco, la curva térmica asciende en seguida á 40°.; es particular de ellas, y excepcional en la fiebre tifoidea; por otra parte, ofrecen, como sabemos, síntomas precoces, peculiares y exclusivos, tales como la raquialgia, en la viruela; la angina, en la escarlatina; el catarro óculo-nasal, en el sarampión, etc. etc.

De la misma manera, la gripe ofrece otro aspecto: lengua ancha, taquicardia, sensación de apaleado, intsigencia despejada, etc.

Después de todo esto, hay que pensar en el paludismo, cuya curva térmica simular puede, en cierto modo, una fiebre tifoidea en casos atípicos, pero faltan los demás síntomas: lengua afilada, estupor, diarrea, bradicardia, etc, etc.; en la colibacilosis y paratífus, que clínicamente se confunden con la fiebre tifoidea

si bien no suelen determinar estupor muy marcado) por más que sin consecuencias para el tratamiento actual; y en las septicemias, que pueden semejar muy mucho las septicemias tíficas.

Por último, un ligero interrogatorio nos bastará para saber sólo lo que sospechamos tifus es un caso de rabia ó de tétanos esplácnico: en éste nunca faltan las crisis de contracturas, la disfagia, y los accesos de sofocación; y en aquélla, aún á falta de historia clínica, destacan del cuadro sintomático: la disfagia, la fotobia, la hidrofobia y la hiperacustia. Pero, y esto es lo que nos interesa, éstos síntomas, latentes al principio de la enfermedad, hemos de buscarlos para poderlos ver y evitar, entonces, un posible error de diagnóstico con la fiebre tifoidea, error probable y fácil si juzgamos sin reflexión.

Del botulismo, las intoxicaciones alimenticias y los empaños gástricos no hay que hablar. Por los antecedentes se facilita el diagnóstico, y aún sin estos, ni la temperatura, ni el pulso, ni la facies, ni la lengua, ofrecen los caracteres típicos de la

fiebre tifoidea. Basta pensar en dichas dolencias, para diagnosticarlas.

Pero, puede suceder que, aún despues de haber pasado revista mentalmente, el médico, una á una, á todas las infecciones antedichas, no pueda dilucidar á cual corresponde el cuadro nosológico, objeto de su análisis. Entonces, debe recordar que muchos de los procesos que se estudian en Patología Quirúrgica, en Ginecología, y otras especialidades, revisten en su fase aguda una forma tan parecida á una infección endodigestiva que son mucho más frecuentes de lo que parece los errores de diagnóstico, por este motivo. Es la hora de acordarse de las osteomielitis agudas, de las trombo-flebitis de los senos cavernosos, de los flemones difusos, de las pancreatitis, de los abscesos internos, etc, etc.etc.

Hasta aquí hemos visto la manera de evitar que se considere como tifoidea lo que no lo es. Pero, es el caso que puede suceder la inversa, es decir, que en una fiebre tifoidea sobresalga tanto un síntoma sobre todos los demás que aquél marque la orientación

diagnóstica hacia otras dolencias.

Así, ante un tífico con gran dolor en la fosa iliaca derecha se puede pensar, de momento, en una apendicitis, y creer en ésta, sin acordarse para nada de la fiebre tifoidea; pero la exploración atenta, relevando la ausencia de la triada sintomática de Dieulafoy, nos hará desechar el primer diagnóstico. Lo mismo decimos de aquellos casos, raros, por fortuna, en que el primer síntoma que señala el comienzo de una fiebre tifoidea es una metrorragia, ó un delirio intenso, simulando una manía aguda; ó un soplo de neumonía; ó la afonía de una laringitis; que al fin y al cabo no son más que accidentes ó localizaciones del llamado tifus abdominal. Por esto, en esos casos cuando vengan acompañados de fiebre alta, debemos pensar en la dothienenteria, para ir en busca de los demás síntomas de ésta, y poderla descartar, en todo caso, de una manera científica y racional. De no hacerlo así nos podría suceder lo que á un médico que á una enferma con fiebre tifoidea la mandó á un frenocomico para que la curaran de una supuesta manía aguda.

Dos palabras acerca los procedimientos de laboratorio, para diagnóstico de la fiebre tifoidea.

La diazo-reacción de Erlich y el suero diagnóstico de Widal y Sicard, que son los más seguros, tienen sólo la ventaja de aumentar el número de probabilidades de acierto; pero ofrecen el inconveniente de que no están siempre á nuestro alcance oportunamente, y de que no merecen confianza absoluta, ya por dificultades técnicas, ya por circunstancias del caso. Pero, lo que les resta valor es que no son constantes en los primeros días, al principio de la enfermedad, que es cuando más lo necesitamos, ya que, más tarde, la evolución de la misma basta para disipar las últimas dudas si las hubiese.

En resumen, para sentar sobre base firme el diagnóstico clínico diferencial de la fiebre tifoidea basta explorar ordenadamente al enfermo, fijándose en su hábito exterior; examinar á grandes rasgos estos siete aparatos: circulatorio, respiratorio, digestivo, nervioso, sensorial-cutáneo, génito-urinario y loco-

motor; y recordar que muchas dolencias semejan, en sus comienzos, la fiebre tifoidea, y viceversa. Sobre todo, conviene no olvidar, jamás, las siguientes; ya por la frecuencia con que se confunden con ella, ya por exigir un tratamiento específico y lo más pronto posible: intoxicaciones alimenticias y empachos gástricos, granulias, meningitis cerebro-espinal epidémica, ginecopatias, infecciones localizadas, paludismo, sífilis, difteria, rabia y tétanos.

He ahí todo lo que debe hacerse. Parece natural y lógico; parece sencillo y fácil; parece que todo el mundo debiera proceder así, y sin embargo, por lo general, no se hace, no se piensa, no se raciocina, en tales casos; se explora sin método y el médico, prejuzgando tan solo por el aspecto del enfermo, se cree en presencia de un tífico, y se limita á tomar el pulso, mirar la lengua, averiguar la temperatura, percutir el abdomen, limitar la región esplénica, y á lo sumo, auscultar el corazón ligeramente, y aún más á la ligera el plano anterior de los pulmones. Des-

pues, receta; el enfermo sigue su curso ¿Se agrava y muere? ¡Murió de fiebre tifoidea!.

¡Ah! ¡Si pudieran verse á través de las losas de los sepulcros los errores de diagnóstico enterrados con los muertos! ¡qué enseñanzas tan tristes! ¡qué experiencia tan fúnebre! ¡Entonces si que procuraríamos estudiar más y escribir menos, para escribir mejor!.

=====

VI.

E V O L U C I O N.
=====

¿Cuál es la evolución de la fiebre tifoidea?

En teoría, la fiebre tifoidea debiera curar siempre, ya que la naturaleza dispone de elementos suficientes para combatirla y vencerla. Pero, ya sabemos que el hombre ideal no existe; y así, muchas veces, por múltiples causas que no son del caso, la enfermedad de que hablamos mata al individuo que la sufre.

A nosotros, respecto á eso, nos interesa conocer el mecanismo de la muerte, para ver si podemos influir en él y detener sus efectos.

Antes, sin embargo, debemos decir dos palabras acerca la evolución ordinaria de la fiebre tifoidea y sus complicaciones, sus accidentes, su convalecencia y sus recaídas.

En la forma ordinaria dura 3 semanas la fiebre, y 2 ó 3 más la con-

valecencia. La evolución es cíclica, de modo tal que la curva térmica es de aquellas cuya marcha ordinaria sigue una línea, cuyo trazado podría hacerse con antelación si todos los organismos fueran iguales y los agentes infectantes atacaran siempre en el mismo número, orden y virulencia. El modelo es clásico y de todos sabido: 7 días de ascenso; 7, de estado; y 7, de defervescencia, con remisiones matinales de un grado, más ó menos, con la llamada muesca de Wunderlich, en los primeros días. Sin embargo, casi nunca se observan en la práctica, curvas de tanta regularidad, casi matemática; pero, por más que del tipo ideal se aparten, siempre, el buen clínico sabrá reconocerlas, y verá en ellas el fondo común, el armazón, el eje, el esquema descrito, del cual constituyen simples variantes.

Así, son frecuentes las fiebres cortas, principalmente en los niños, llamadas también tífus levísimus, ó tifoidea abortiva, sin que esto quiera decir que esté al abrigo de las más serias complicaciones.

Se observan, á menudo, también, formas prolongadas, de mayor ó menor

gravedad. Unas y otras, sin embargo exigen, en el fondo, el mismo tratamiento. No hemos pues de detenernos en ellas.

COMPLICACIONES.

Muchísimas y muy variadas, no vamos á nombrarlas todas, sino que nos hemos de limitar, dado el fin de este trabajo, á señalar las más frecuentes, y sobre todo, aquellas en que podemos influir, ya para evitarlas, ya para detener sus efectos. Igualmente, estamos en el caso de recordar que hay pseudo-complicaciones que pueden inducirnos á formular, sin fundamento, un pronóstico sombrío, completamente ilusorio y viceversa: otras, que, traidoramente, pueden arrebatarnos la vida del enfermo, ya por pasar desapercibidas en medio de gran cuadro sintomático, en el periodo de gravedad, ya porque vienen en plena convalecencia, cuando considerábamos al paciente libre de las garras de la infección.

Así, pues, las complicaciones principales son las siguientes: he-

morragias y perforaciones intestinales, miocarditis, meningitis, bronco-neumonias, nefritis, escaras, etc.

ENTERORRAGIAS:

Patogenia y Anatomía patológica.- Dejando aparte las de causa he.mática, en las formas hemorrágicas de la fiebre tifoidea, hemos de fijarnos tan solo de las que resultan de las ulceraciones intestinales.

Sabemos que éstas son consecutivas al periodo de infiltración de las placas de Peyer. Ahora bien, en las arterias inmediatas se desarrolla la endarteritis obliterante mucho antes de que la evolución de las lesiones alcance el periodo ulceroso.

Es al llegar á este periodo cuando se rompen algunos vasos, alcanzados por el proceso destructor; y si la obliteración arterial no es perfecta, sobreviene la hemorragia, que será más ó menos intensa, según el calibre del vaso ulcerado, y que siempre es de temer porque puede ser tan abundante que determine la muerte del enfermo

por anemia aguda. Sin embargo, no es esto lo más corriente, sino que más bien, tras una enterorragia, en los casos simples, la enfermedad parece aminorar en gravedad. Este es un hecho clínico, observado ya por Trousseau, pero acerca el cual todavía no se ha dado explicación alguna satisfactoria.

DIAGNOSTICO: Salta á la vista cuando se tiene ocasión de observar la sangre roja y rutilante, expulsada por el ano. Sin embargo, conviene saber que á menudo, queda retenida largas horas en el intestino y es excretada en forma de coágulos negruzcos.

Sea como fuere, cuando al romperse el vaso la sangre que sale del torrente circulatorio está en cantidad más que regular se presentan en el enfermo los síntomas clásicos de toda hemorragia interna (anemia, disnéa, taquicardia, vértigos, zumbidos de oídos, etc. etc.), á mas de la sensación de plastrón que se nota al explorar la cavidad abdominal, y la resistencia muscular de los rectos anteriores del abdomen, á la más ligera presión.

Otro signo, que á veces es el que dá la señal de alerta, es el

descenso brusco de la temperatura. Esta, al cabo de unas horas vuelve á remontar. El pulso, de momento es más frecuente; pero no tarda en regularse.

PERFORACIONES INTESTINALES:

Asientan en las placas de Peyer. Vistas en autopsias tienen forma redondeada; son pequeñas, del tamaño de un grano de mijo.

Su mecanismo es el mismo que el de la enterorragia: la ulceración de las placas de Peyer, llegando la destrucción á las tres túnicas del intestino.

Los síntomas son los de una peritonitis agudísima: facies hipocrática, dolores violentos, meteorismo exagerado, escalofríos, vómitos biliosos ó porráceos, pulso filiforme. Aquí, la temperatura desciende bruscamente, como en las enterorragias, pero ya no remonta de nuevo, sino que se mantiene por debajo 37°; el pulso, por el contrario, se hace cada vez más frecuente. Esto es lo que sirve para el diagnóstico diferencial entre una y otra complicación; pero, co-

mo aún, á veces sería preciso para comprobar estos fenómenos ^{esperar} unas horas, y es necesario diagnosticar lo más pronto posible, en estos casos hemos de buscar algún otro síntoma de significación patognomónica; y éste síntoma es, aquí, el meteorismo, tan exagerado, tan considerable que borra por completo la matidez hepática á la percusión, en las perforaciones, y no la borra, no desaparece, dicha matidez, en las enterorragias.

MIOCARDITIS: Se atribuyen á la toxemia, ó á la alta temperatura. Creemos que tal vez juegue un gran papel la nutrición, el metabolismo alterado de la fibra cardiaca. Hasta que nuevas investigaciones, basadas en la experimentación, arrojen más luz acerca del problema, aún bastante obscuro, de la fisiología cardiaca, sólo podrán formularse hipótesis más ó menos aceptables respecto al particular.

Lo cierto es que las miocarditis son frecuentes en los tifóidicos y por lo general, auguran un mal pronóstico. Se ha de temer

siempre una falta de compensación.

Se diagnostican con facilidad auscultando el corazón en sus focos: la debilitación progresiva del primer tono, conservando el segundo su timbre é intensidad es el signo inicial, patognomónico. La embriocardia y la taquicardia suelen presentarse sólo cuando las lesiones son ya muy acentuadas.

Recordamos, á este propósito, que la disminución simultánea, en intensidad, de los dos tonos cardiacos, acompañada de taquicardia, no señala la presencia de miocarditis, sino que tan sólo acusa fatiga, cansancio de la fibra cardiaca, que, convenientemente estimulada, puede recuperar aún sus antiguas fuerzas, volviendo el corazón á su normalidad completa.

Sin embargo, una taquicardia acentuada (á mas de 130 pulsaciones por minuto) es siempre sospechosa, porque indica un gran trabajo del corazón, ya porque éste tenga que luchar desesperadamente contra obstáculos insuperables, ya porque la fatiga de sus fibras sea enorme, ya porque, y esto es gravísimo, la miocarditis se haya

apoderado del mismo, ó las toxinas, fijadas en el neumogástrico impidan la acción reguladora de este último.

Meningismo y meningitis: Cuando no obedecen á otra causa que á la acción de las toxinas tíficas, clínicamente no se diferencian.

El diagnóstico es fácil, Su sintomatología es la de toda meningitis: cefalea intensa, trastornos pupilares, rigidez de la nuca, opistótonos, vómitos, etc.

El pronóstico muy serio, aunque no fatal, en todos los casos.

Bronquitis: Constantes; pero, generalmente, sin importancia.

Bronco-neumonias: De focos múltiples; suelen terminar por gangrena ó supuración. Su sintomatología y diagnóstico nada tienen de especiales.

Neíritis: No muy frecuentes; pero, cuando se observan ofrecen la particularidad de que casi nunca van acompañadas de edemas, anasarca, ni uremia. Su único síntoma es la albuminuria intensa.

Escaras cutáneas: de preferencia en las regiones sacra é isquiática. Revelan un transtorno trofo-neurótico más ó menos intenso; y predisponen á ellas la compresión y la suciedad.

En sí, no son graves; pero pueden servir de puerta de entrada á infecciones secundarias.

Las complicaciones antedichas son las más importantes del periodo de estado, pero se observan muchas más, cuyo diagnóstico, sin embargo, no ofrece inconveniente, y para cuyo tratamiento no ha de recordar el médico nada especial; así son, por ejemplo, el delirio, edema pulmonar, flebitis, orquitis, cistitis, parálisis, osteomielitis, etc.

La mayor parte de estas últimas se presentan en la convalecencia. Por esto, el médico debe, siempre, durante este periodo, estar alerta y al acecho de cualquier contratiempo que pueda sobrevenir en los órganos y aparatos más diversos, ya que no hay epidemia en la que no se observen complicaciones raras, no descritas por los autores.

Pero, se ha de tener en cuenta, á la vez, que durante la reaccion del organismo en la convalescencia, el sistema nervioso recibe los efectos del desequilibrio entonces reinante, hasta que todo vuelve á la normalidad; y así, á lo mejor, por simples trastornos de las neuronas sensitivas el enfermo se queja de dolores tales que simular pueden osteitis, apendicitis, etc., á más de fenómenos de hiperacustia, fotofobia, y similares, que son frecuentes, como tambien lo son otros más raros, de anestias parciales, hemi-anestias, sensación de doble personalidad, etc. todo lo cual ha de recordar el clínico, para no dar á los síntomas subjetivos del enfermo más valor del que en realidad les corresponde. Es de sumo interés no olvidarse de estos detalles, para no incurrir en errores lamentables que pueden desprestigiar la autoridad del médico ante los deudos del paciente.

Por último, se ha de saber que, desgraciadamente, algunas complicaciones pueden persistir despues de curada la dolencia, sobre todo las que afectan á los sistemas nerviosos y circulatorios. Así,

quedan, á veces, como secuelas de la fiebre tifoidea, melancolías, parálisis, afasias, cardiopatías, aortitis, etc.; por más que no es lo más frecuente.

RECAIDAS Y RECIDIVAS.

La primera expresión se refiere á esos estados en que la enfermedad parece detener su marcha, retrocediendo de nuevo al periodo de estado, si bien los síntomas suelen ser de menos gravedad. Las recidivas no son muy frecuentes, por más que se observan en grado ligero cuando la dolencia reviste una de esas formas, por esto ya, llamadas de recrudescencias. Estas últimas, por lo general, carecen de importancia.

Recaidas.- Es un hecho, descrito ya por los clásicos, y hoy día del dominio del vulgo el que las recaidas suelen presentarse en el mismo día en que el convalesciente ingiere por vez primera una comida algo substanciosa: al cabo de unas horas, siente pesadez de estómago, pierde el apetito, experimenta malestar, tiene náuseas,

y por fin, coincidiendo con algunos vómitos biliosos, la fiebre asciende bruscamente á 39^o ó 39^o5^o. Sigue así unos días, y luego tras un periodo febril de una á dos semanas vuelve todo á la normalidad, por lo común; ya que, á veces, las cosas empeoran y la recaída mata al enfermo.

Respecto al particular, hemos de hacer algunas consideraciones importantes, sugeridas por lo que nos ha enseñado la Clínica, en manos de nuestros maestros.

Hace algunos años, pocos todavía, se ignoraba por completo, la patogenia de tales recaídas. Los libros de consulta y las revistas profesionales apenas se ocupaban de ellas; y, sin embargo, continuaban siendo la pesadilla del médico.

Fué entonces cuando el profesor auxiliar de Patología y Clínica Médicas, Dr. D. Pablo Ferrer Piera, estudiando el asunto, á la luz de la Clínica, se fijó en que todos aquellos tifódicos con recaídas presentaban un hígado considerablemente aumentado de volumen. En vista de lo cual, suponiendo que podría ser la causa del molesto ac-

ccidente de que hablamos, una reinfacción de origen biliar, administró á todos los enfermos de fiebre tifoidea, desde el 2º. septenario, la medicación clásica de Chauffard para la antisepsia y ligero drenaje de las vias biliares, á saber: salicilato sódico y benzoato sódico, á dosis de 2 á 3 gramos al dia, de cada uno de ellos.

¡Hecho admirable! Con este sensillo proceder se han evitado un sinnúmero de recaídas, ya que, desde aquel tiempo, no hemos visto ninguna cuando se ha aplicado el método en cuestión, ni en la Clínica mencionada, ni en la clientela del citado profesor, ni en los enfermos particulares de cuantos hemos seguido, en esto, sus indicaciones. Y por cierto, que entre el Hospital y la epidemia reciente hemos tenido ocasión de ver muchos y muchos casos de fiebre tifoidea; basta decir que en la Clínica Médica donde estuvimos de alumnos internos, constantemente hubo camas ocupadas por tifódicos durante los cuatro años de nuestra permanencia en ella. Y aumenta todavía el valor de todo esto, la circunstancia de que, en la última epidemia, v. gr. se vieron numerosas recaídas en derredor nuestro.

Este es uno de los triunfos de la Clínica que más enardecieron nuestros entusiasmos juveniles. Desde entonces formamos el propósito de avanzar resueltos por este camino, de aguzar nuestros sentidos en la observación de los enfermos, de rendir vasallaje á la fisiopatología, abandonando el campo de las elucubraciones para los grandes genios, únicos que sin gran caudal de experiencia pueden entrar en los dominios de la teoría y la hipótesis.

Después de ésto, no hay que ponderar nuestra satisfacción cuando leímos hace poco, en uno de los libros mejores que hemos visto este año, las siguientes frases, confirmando lo antedicho: "Por las investigaciones recientes se ha reconocido como de especial importancia la eliminación de bacilos tíficos por la bilis, pues se encuentran con regularidad en todos los periodos de la enfermedad. Forster y Kayser los hallaron 16 veces en 17 autopsias de tíficos; Thomas, 7, en 8 casos....." (5).

(5). "La Bacteriología Experimental y las enfermedades infecciosas" por Kolle W. y Hetsch. pg. 263 de la traducción de la edición 3^a. Tomo I.

Así se explica que, acumulándose dichos bacilos en la vejiga de la hiel, donde conservan su virulencia, están allí quietos, y nada les perturba, hasta el momento en que la bilis es expulsada en gran cantidad al intestino, cuando lo demandan las exigencias del régimen alimenticio. Hé ahí porqué casi siempre coincide la recaída con los primeros días de alimentación sólida. Y decimos casi siempre, porque á veces, la recaída obedece á otra patogenia, la resiembra no viene por la bilis, sino por la supuración de los ganglios mesentéricos, cuyos linfáticos se llenan á lo mejor de bacilos, que aún pueden volver al intestino sin supuración de los ganglios. Téngase en cuenta, sin embargo, que la reinfección en esta forma es excepcional.

Restamos hablar en este capítulo de los modos de morir.

MODOS DE MORIR:

La enfermedad puede matar por toxemia ó por complicaciones. El enfermo puede morir por falta de los elementos materiales con que cumplen su misión las defensas orgánicas.

En el primer caso sobreviene la muerte cuando las toxinas, acumulándose en la sangre, y no pudiendo ser eliminadas, llegan á infiltrar los rincones más ocultos de los tejidos orgánicos e impiden el metabolismo regular de las células, por lo cual dejan de actuar las defensas y, en consecuencia, el enfermo sucumbe.

Ahora bien, dicho acúmulo de toxinas puede provenir, ya de una producción excesivas de ellas, por la gran virulencia de los agentes infectantes, ya de insuficiente defensa del organismo, insuficiencia que puede ser debida á dos ordenes de causas: a) biológicas, como cuando la hemotopoyesis no se verifica bien ó las glándulas de secreción interna no funcionan debidamente ó el corazón no late con energía bastante, ó el riñón no elimina, ó los tejidos carecen de elementos para su nutrición regular; y b) mecánicas, v. gr: dificultades circulatorias por éxtasis y remansos sanguíneos, excesiva tensión del líquido céfalo-raquídeo, etc. que impiden directa ó indirectamente el buen dinamismo de los órganos que, como sabemos, todos exigen buen riego sanguíneo y buena inervación, sin lo cual se

alteran y pierden su equilibrio funcional.

Las complicaciones que con más frecuencia causan la muerte del tifódico son: miocarditis, perforaciones intestinales, enterorragias y bronco-neumonias.

Puede también el tifódico morir por inanición, cuando, consumidas las reservas de su organismo no pueden ya nutrirse, y por tanto vivir, las células de sus órganos. Como también se mueren algunos, principalmente en casos de diarreas profusas, por deshidratación de los tejidos; ó por falta de oxígeno para verificar las combustiones necesarias.

Nunca se insistirá bastante haciendo notar la transcendencia de esto, al parecer insignificante, en las formas prolongadas en que el enfermo vá agravándose paulatinamente sin saber el médico la causa inmediata, á lo mejor.

=====

VII.

P R O N O S T I C O .

=====

Nunca puede afirmarse en absoluto nada concreto acerca del pronóstico de la enfermedad.

Téngase en cuenta, por una parte, que en el 80 % de casos, evoluciona hacia la curación completa, sobre todo en los niños y jóvenes. Pero, recuérdese por otra, que hay complicaciones gravísimas, como las miocarditis y perforaciones, que pueden sobrevenir aún en formas al parecer benignas, incluso en ambulatorias; que es posible la muerte en la convalecencia, como lo son también las secuelas ó reliquias de distintos órdenes que pueden quedar perennemente, como resto ó recuerdo de la enfermedad.

Ahora, por lo que se refiere al pronóstico desde el punto de vista social, es inútil decir nada; porque en ello no influyé, para dejar bien sentado el prestigio de la Medicina, mas que el caracter,

el talento, la habilidad, el trato de gentes, en una palabra, del médico á quien interroguen los deudos del paciente. No estará por demás, sin embargo, recordar, que en este punto, los optimistas suelen recibir frecuentes y grandes desengaños.

=====

VIII.

T R A T A M I E N T O .

=====

El tratamiento ideal de la fiebre tifoidea, el tratamiento específico, á pesar de los grandes y laudabilísimos esfuerzos que tanto en nuestra Patria, como en el extranjero se realizan al objeto, no ha logrado todavía, y lo decimos muy alto, entrar en el Sancta Sanctorum del Templo de la Medicina. De él diríamos lo que dicen Kolle y Hetsch respecto á la toxina tífica, á saber: que "que los datos aportados por los diferentes autores acerca de sus cualidades, discrepan aún entre sí de un modo tan notable que sólo podremos esperar en esta cuestión los resultados definitivos de nuevas investigaciones llevadas á cabo con un criterio unido" (6) Y como hemos visto, reciente-

(6). loco-citato: pag. 261. Tomo I.

mente, algunos casos desgraciados, consecutivos á la vacunación y seroterapia antitíficas creemos que, dada la índole de este trabajo, lo más prudente es echar un velo sobre las víctimas, y esperar, antes de aplicarlo en clínica, á que la experimentación nos diga la última palabra acerca del particular.

Pero no, por carecer de tratamiento específico, estamos desarmados ni mucho menos para luchar con denuedo contra la infección eberthiana y sus efectos. Al contrario, disponemos de gran número de elementos que, manejados convenientemente, pueden servirnos á maravilla para dirigir la enfermedad por el camino de su evolución normal, evitándole tropiezos y apartándola de los abismos de la muerte, donde iría á parar, en más de una ocasión, caso de seguir abandonada á sus propias fuerzas.

Sin embargo, precisamente porque dichos elementos son enérgicos y numerosos debemos ser prudentes en su aplicación, y sentar sobre base firme todas nuestras indicaciones, siguiendo un criterio racional,

criterio que, en las presentes circunstancias, no puede ser otro que el que se apoya en la fisiopatología clínica. Por esto, hemos de representarnos siempre el estado anatómico y funcional de los órganos y aparatos, ocultos á nuestra vista por los tegumentos del enfermo, pero cuya imagen podremos figurarnos superpuesta en ellos, al evocar en nuestra memoria el recuerdo de aquellos aparatos y órganos que hayamos visto en las mesas de autopsia y en las salas de vivisección. Haciendo esto, formándonos in mente un compuesto artificioso, mezcla de las imágenes grabadas en nuestro cerebro por la observación necropsica de casos anteriores semejantes, y de las recogidas en la exploración clínica de estos mismos, antes de su muerte, podemos imaginarnos el estado del organismo en cuya dolencia vamos á intervenir; y al darnos cuenta de que sus órganos deben estar como estaban los que vimos en las autopsias de casos análogos, y que los medicamentos deben obrar como obraban ante nuestros ojos, en los animales de laboratorio; al contemplar así, con la visión maravillosa que nos infunde

la luz de la Clínica, cuyos rayos nos muestran á nosotros lo que resta invisible á los profanos; al poder interpretar de esta manera las condiciones biológicas y mecánicas de los órganos y aparatos, partiendo de las variaciones anatómico-patológicas representadas en nuestra fantasía por el mágico poder de la memoria, á impulso de la asociación de imágenes puestas en movimiento en nuestro cerebro por las impresiones recogidas en nuestra exploración clínica..., no hay que decir que nuestra terapéutica ha de ser racional, científica, eficaz é inofensiva, porque no es ciega, porque seguimos con la vista la acción de los medicamentos, porque sabemos á donde van, por donde pasan y lo que hacen, porque nos damos cuenta de las modificaciones que imprimen en la estática y dinámica de los aparatos, porque, en fin, sólo de esta manera podemos detener á tiempo sus efectos y atender por completo á sus contraindicaciones.

Vamos, pues, á escribir este capítulo conformes, en un todo, al criterio fisiopatológico. Estudiaremos sucesivamente: tratamiento

abortivo, alimentación, complicaciones evitables, tratamiento prop. dicho; idem de las complicaciones, de las formas raras y de la convalescencia.

TRATAMIENTO ABORTIVO

Ante todo, se presenta una cuestión: ¿Existe un tratamiento abortivo de la fiebre tifoidea?. En rigor, en absoluto, no. Lo que hay es que, puede afirmarse con seguridad, si el enfermo se somete, desde un principio, á los cuidados de un médico inteligente no evoluciona su dolencia con la gravedad con que lo hubiera hecho en caso contrario. Al efecto, parece que los mejores resultados se obtienen con el sistema empleado por la escuela alemana, es decir, el tratamiento por los purgantes durante el primer septenario, en la forma siguiente: calomelanos, de 1 gramo á 0.80 gramos, al día, alternando con un purgante salino, al día siguiente. Este proceder en el que se habían puesto grandes esperanzas cuando se creía que la dothienenteria era una infección localizada, no ha logrado grandes éxitos, precisamente por-

esto, porque la tal enfermedad es una bacilemia, y por tanto no podemos atacar sus microbios por este camino. Tal vez empleando las inyecciones intravenosas ^{de} oxicianuro de mercurio, como diremos más adelante, se consiguiera el objeto de abortar la tifoidea. No sabemos que se hayan utilizado á este fin, y como nosotros no hemos tenido ocasión de ello todavía sólo lo insinuamos porque creemos es un procedimiento inocuo y digno de ensayarse.

Por nuestra parte estamos satisfechos del método alemán, con el que tal vez hemos logrado detener dos infecciones; si bien lo limitamos á 4 días y damos al mismo tiempo y en los 6 días consecutivos y durante toda la enfermedad si ésta no se detiene y no hay contraindicación por intolerancia: leche fermentada por el Yogohousto Képir, y fermentos lácticos á grandes dosis (20 pastillas, el primer día: 15, el segundo; 10, el tercero y seis en los días sucesivos, repartidas en tomas, cada 3 ó 4 horas) usando cualquiera de los preparados que nos merecen confianza, como lactobaciline, lacteol, paralactine,

microbiolactina, etc. fundándonos en los experimentos de Bienstock, clásicos ya, acerca del antagonismo de algunas especies bacterianas, base de la Bacterioterapia moderna.

ALIMENTACION:

Despues de lo dicho, recordando los conceptos fundamentales de Patología General, consideremos que la enfermedad es lucha, y lucha de seres vivos: luego, tanto las células del organismo como los microbios infectantes necesitan nutrirse, y en consecuencia, eliminar; hé ahí una gran cuestión: estudiar las condiciones favorables á la vida de nuestros tejidos y las perjudiciales á la de los bacilos. Materia tienen aquí, para sus investigaciones, los sabios y experimentadores.

Hoy por hoy, respecto al particular, sabemos: de los microbios, muy poca cosa, casi nada, en concreto, No así de nuestro cuerpo.

En efecto, las células del organismo humano necesitan: oxígeno, agua, glucosa, albúmina, grasas, sales minerales y cloruro sódico.

dico. Considerándolas como máquinas tenemos; que el oxígeno desempeña el papel de comburente; los alimentos y el agua, de combustible; y el cloruro sódico, de lubricante, ya que sin éste no se verifican bien los cambios osmóticos á través de las membranas orgánicas.

Ahora bien, ¿de donde saca el organismo tales elementos? El oxígeno, del aire; la glucosa, la albúmina y la grasa están, como sabemos, acumuladas en reserva en distintas formas y en varios órganos de la economía; así como las sales minerales, principalmente las de calcio, hierro, sodio y potasio, aparte otras muchas, por lo cual no debemos preocuparnos de ello más que en individuos extenuados ó en formas muy prolongadas; el cloruro sódico es retenido fuertemente por los tejidos, eliminándose en muy pequeña cantidad; y por último, el agua no sólo no la tiene en depósito el cuerpo humano sino que durante las enfermedades febriles hace de ella un gran consumo, y pierde mucha por transpiración, respiración, diarrea, etc. etc.

De modo, que antes que en los elementos extraños hemos de pensar detenidamente en todo esto, como el buen general que no se preocupa sólo de que sus soldados dispongan de buenas armas, sino que, teniendo en cuenta que necesitan alimentarse, procura que los parques de administración estén bien provistos de alimentos y que el personal correspondiente sea apto para la repartición oportuna de los mismos. Tanto puede morir el soldado por falta de pan, como por las heridas recibidas en los combates.

Así, nosotros, procuraremos ante todo, que al enfermo no le falten: aire puro, agua y alimentos. De estos últimos podremos prescindir más ó menos tiempo, y administrarlos en formas adecuadas, cuando sean necesarios; recordando sin embargo, para tranquilidad nuestra, que así como la falta continuada de oxígeno y agua pueden agravar paulatinamente al enfermo, éste, por lo general, dispone de reservas alimenticias más que suficientes para satisfacer sus necesidades durante mucho tiempo. Sin embargo, hemos de estar alerta, y administrarlos siempre que sea posible, sin obligar á un trabajo intenso á los órga-

nos del aparato de la digestión.

En concreto, podemos dar al enfermo 2 litros diarios de leche azucarada, que así resulte un alimento casi completo; glucosa pura, mezclada con agua hervida, (la glucosa si no es pura es peligrosa, por sus fermentaciones), yogohourt, kefir, carnina Lefranc, fosfatina Fa- lières, Mellind & Food, etc, etc. en una palabra, sustancias digeribles y nutritivas que lleven condensada en poca cantidad gran número de materia asimilable, sin residuos de alimentación. El agrado ó repugnancia del enfermo para unos y otros nos servirá de guía eficaz en la mayor parte de ocasiones para ir alternándolos sucesivamente.

Cuando se trate de un caso de gran toxemia, ó de larga duración es decir, cuando al organismo se le exige un gran gasto de energías y por tanto el metabolismo, ó mejor dicho, el catabolismo es intenso, no hemos de olvidarnos de proporcionarle cloruro sódico. En la práctica resulta el mejor medio administrarlo en la forma siguiente: unos 5 gramos de sal por 500cm³ de agua hervida, y dado en enema, pero procurando que el agua sea templada y se absorva, para lo cual conviene

que la presión sea muy poca y el intestino se haya limpiado previamente con otro enema de los ordinarios que se daría media hora antes que aquel. También puede darse el cloruro sódico en forma de suero fisiológico, en inyecciones hipodérmicas; pero nosotros siempre hemos visto mejores resultados con el primer método; tal vez porque así arrastra las hormonas de la secreción intestinal, excitantes normales aparte otros varios, de la circulación, ó mejor dicho, del corazón, y de las glándulas endocrinas.

Se repetirán los enemas tanto como fuere conveniente. La sequedad de la lengua y las diarreas profusas, exigen que se continúe su administración hasta tanto que la primera recobre su humedad y la diarrea deje de obrar como una válvula, por donde escapase el vapor acuoso de nuestra máquina.

El oxígeno se lo proporcionaremos procurando que el aire de la habitación del enfermo sea puro, renovándolo al efecto convenientemente.

Y el agua se la daremos á pasto, fría ó caliente, comoquiera el enfermo y estéril, á ser posible ó cuando menos en forma de limonadas, láctica, clorhídrica, etc. En último término podemos echar mano del suero fisiológico, en enema ó inyección, para este objeto también.

Dicho se está que, en ciertos casos, tendremos que ocuparnos mucho de esta parte del tratamiento, y en cambio en otros, podremos tener al enfermo, por completo, á dieta hídrica.

La observación atenta del paciente nos orientará en cada caso.

COMPLICACIONES EVITABLES:

Las complicaciones aquellas que podemos evitar, en mayor ó menor grado, son: las bronco-neumonias, las escaras, las hepatías y el estancamiento de materias sépticas en el tramo intestinal.

Las primeras se previenen manteniendo aséptica la cavidad bucal, mediante colutorios. Es muy agradable á los enfermos la fórmula siguiente: agua, 1000 + agua oxigenada.. 100 + biborato sódico.. 20

+ glicerina... 30 + alcohol menta... 3.

Esto, para evitar la infección de origen externo. Ahora, para la de origen interno nos sirve el benzoato sódico, administrado á razón de 2 á 3 gramos, el licor amoniacal anisado, á 3 gs. y la tintura de eucaliptus á XII gotas, etc. etc. los cuales, al eliminarse ellos ó sus componentes por la mucosa pulmonar la mantienen aseptica, porque su acción es, aunque débil, constante, y basta para impedir la germinación de los primeros gérmenes que á ella puedan llegar.

Con limpieza, procurando que las sábanas sean renovadas convenientemente, evitaremos en algo las escaras; y si no logramos con esto impedir que se presenten, ya que, al fin y al cabo, dependen de trastornos trofoneuróticos, cuando menos no serán tan graves ó no se infectarán en tan alto grado como en el caso de que la piel estuviere en contacto con ropa sucia, llena de microbios. De todos modos, si se presentan conviene recordar que además de los recursos clásicos, como los polvos de quina, cocimiento quina alcanforado etc. gozan de gran eficacia las curas tópicas con éter sulúrico ó lanoli-

na boricada.

Las hepatitis, que pueden variar desde un simple estado congestivo, hasta el absceso y las degeneraciones no se observan mas que excepcionalmente en los enfermos cuyas vias biliares se mantienen asépticas, gracias al método antedicho de Chauffard. Un detalle que no hay que olvidar es que el salicilato sódico, si no es puro, causa náuseas y vómitos que equivocadamente pudieran atribuirse á la enfermedad, cuando son sólo fenómenos de intolerancia que cesan así que se substituye el medicamento por otro de mejor calidad.

Y por último, el estancamiento de materias sépticas en los intestinos que podría, como es natural, ser origen de colonizaciones microbianas, funestísimas, en los repliegues de la mucosa, se previene, simplemente, con enemas cotidianos de limpieza.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.

Si el organismo se defiende bien, si la fiebre no pasa de 39°52, en su periodo de estado, si no hay signos de toxemia, en un enfermo joven, sin taras, y de buena constitución, lo mejor es mantenerse

á la expectativa, sin empeñarse en suministrarle armas artificiales cuando le bastan las suyas para luchar y luchar bien. En estos casos, basta atender á la alimentación, si es necesario, y evitar complicaciones y recaídas.

Pero, desgraciadamente, esto ocurre pocas veces, sino que hay que atender á una serie de accidentes que, de no ser yugulados, pueden acarrear, á plazo más ó menos lejano, la muerte del individuo; y así, á lo mejor, hemos de sostener un corazón que flaquea, ó moderar una fiebre alta y sostenida, ó corregir un timpanismo exagerado, ó eliminar las toxinas que, de día en día se acumulan, ó restablecer la normalidad de la circulación, entorpecida, etc.

En presencia de un corazón débil, cuyos tonos se debiliten, haya ó no haya miocarditis, debemos constantemente, día tras día, ayudarle y sostenerle con tónicos adecuados; pero debemos saber administrarlos, escogiendo los más oportunos y dándolos á dosis convenientes, para evitar que por la fatiga del músculo cardíaco, sobrevenga una degeneración del mismo ó una serie de colapsos peligrosos. No hay bas-

tante con una ó dos inyecciones de esparteina, al día, sino que es preciso apelar al aceite alcanforado, á dosis de 2 c.c. cada 2 ó 3 horas, lo cual es de resultados sorprendentes: ó bien, echar mano de la estrignina, á dosis de 2 ó 3 miligramos, en las 24 horas, si fuere preciso, en inyecciones hipodérmicas de á 1/2 mg. cada una. La cafeína, por poca excitación cerebral que hubiera está contraindicada. Si es preciso utilizaremos la digital, asociada á la teobronina, y si el caso lo requiere, ante un enfermo, cuyo corazón no respondiera ya á tales incitaciones, podremos acudir al gran recurso de la estrofantina, la cual, en inyección introyenosa, á dosis de 1/2 á 1 mg. por 1 c.c. de suero fisiológico, y repitiéndola si es preciso á las 24 horas, dá un latigazo tal al corazón que éste reacciona enérgicamente, siendo sus efectos duraderos. En más de una ocasión, con esto hemos visto arrancar de las garras de la muerte á enfermos ya abandonados, en los que, todo había fracasado; enfermos, por ejemplo, que no orinaban ya más que 150, 200 c.c. en las 24 horas, y al día siguiente de la inyección, alcanzar la cifra de 1.500 c.c. de orina,

y de 2.000 y 2.500 c.c., á los dos dias. ¡Júzguese con eso, si los efectos son maravillosos!. Es preciso haber presenciado el cambio notable, la transformación rápida y duradera, la reacción sorprendente, consecutiva á dichas inyecciones par darse cuenta exacta del alcance de la Terapútica moderna cuando maneja debidamente sus poderosas armas. El caso nº. 20 de los que presentamos, acompañando sus gráficas á esta Memoria, es confirmación palpable de lo que decimos.

Contra la hipertermia tenemos dos recursos: el clásico método de Brand, y el piramidón.

El método de Brand, que fué coronado gloriosamente en el Hôtel-Deu de París por Dieulafoy, no se aplica hoy con todo su rigor, sino modificado en la forma siguiente: 2 ó 3 baños al dia, de 10 á 15 minutos de duración, á temperatura inicial de 32º y final de 28º, siempre y mientras la fiebre ascienda á mas allá de 39º. Débese aplicar desde el principio de la enfermedad, cuanto antes; y sus efectos tónicos sobre el corazón, el sistema nervioso, y por intermedio de

éste, en los órganos y glándulas de vida vegetativa, parecen demostrados por los estudios y estadísticas de estos últimos años. Sin embargo, tienen sus contraindicaciones, y son: la hipertensión vascular, enterorragias, miocarditis, arteriosclerosis, y procesos pulmonares de cierta gravedad.

Hoy día, sin embargo, en las Clínicas de Viena se substituyen con ventaja los baños por el piramidón. Nosotros mismos habíamos leído las excelencias que contaban de éste los profesores extranjeros que lo habían utilizado; pero nunca creímos que fueran tan maravillosos sus resultados hasta que tuvimos ocasión de ensayarlo en la reciente epidemia de Barcelona. Obra como antitérmico poderoso y como cardiotónico; á más de que, por lo general, en los enfermos sometidos á su acción evoluciona la enfermedad sin dejarles tanto estupor como en los demás. Presentamos como comprobantes los casos números: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 16. En este último, vista su gráfica ^{compararse} pueden las ventajas del piramidón sobre los baños. Pero hay que hacer notar que débese dar sin miedo, en sellos de 0'10 á 0'20 gms.,

asociado ó no á la cafeina, y llegando, si es preciso á la dosis diaria de 1 gramo. En los casos favorables, á la media hora, desciende notablemente la temperatura; y cuando no sucede así, y, más aún, si despues de su administración, aumenta la fiebre, señal es de mal pronóstico, de que la enfermedad es de caracter gravísimo. Por último, lo dicho del piramidón no ^{se} puede aplicar á los demás antitérmicos farmacológicos, de los que nos dice la Patología General que están contraindicados formalmente en estos casos: el piramidón constituye una excepción á la regla, sin que sepamos el porqué, como no sabemos tampoco ^{porque} el mercurio es el específico de la sífilis, el hierro de la clorosis, la quinina de la grippe y el paludismo.

Para combatir la toxemia contamos afortunadamente con grandes recursos, cuya eficacia es tan notable que, cuando, se aplican oportunamente, el médico asiste á una verdadera resurrección del individuo como hemos visto en los casos números: 16, 17, 18, 19 y 20, en los que, en 3 ó 4 dias tan sólo, los enfermos respectivos pasaron de un estado gravísimo, pre-agónico, á las puertas de la convalecencia.

Muchos más de los que presentamos tuvimos ocasión de observar, pero dadas las circunstancias de aquella gran epidemia no nos fué posible seguir el curso de su evolución más que en los antedichos.

Para luchar ~~contra~~ la toxhemia lo primero que hemos de hacer es buscar la causa del acúmulo de toxinas en la sangre. Unas veces es por falta de eliminación: el examen de la orina nos orientará; los diuréticos (teobromina, nitratos alcalinos, nefrinas etc,) nos ayudarán á estimular la glándula renal, coadyuvando también poderosamente á ellos los enemas de sal, en la forma antes referida. Otras veces, es que la circulación de la sangre no se verifica con normalidad porque el corazón no tiene energía bastante para regularla: no hay que decir que entonces los cardiotónicos antedichos, principalmente la estrofantina, han de entrar en juego. Otras veces, las toxinas se acumulan porque el bazo, el hígado, y los pulmones se congestionan enormemente, se llena en consecuencia de sangre el sistema venoso; el corazón late como en vacío, y el líquido hemático circula con dificultad, por lo que están las células en las condiciones

de un ejército, al que apenas llegaren municiones, no pudiendo por tanto defenderse, formando los anticuerpos respectivos, como tampoco puede el riñón eliminar los tóxicos que no le llegan; es aquí cuando una sangría de 300 gramos, seguida de la inyección hipodérmica masiva de 1.000 c.c. de suero fisiológico, descongestiona el aparato circulatorio, restableciendobá su dinamismo normal.

Tambien se han preconizado contra^{la} toxhemia: el suero antidiftérico, el nucleinato de sócio, la auto-hemoterapia, los fermentos metálicos (electragol, collargol, electroplatinol, etc.), diversos sueros antitíficos, etc. etc. todos los cuales, incluso estos últimos, creemos que obran, no específicamente, sino estimulando la hematopoyesis, tan sólo.

Al escribir esto, no hemos podido apartar un momento de nuestra memoria el caso n°. 19, ejemplo clarísimo de la poderosa intervención del médico luchando contra la toxhemia. Tal era la intensidad de ésta, que todos los médicos que le vieron al enfermo, entre los cuales tubo cuatro profesores de la Facultad, estuvieron acor-

des en afirmar que muchos habian muerto sin haber llegado nunca á tal extremo de gravedad.

Por último, no ya contra la toxhemia, sino contra la bacilemia, utilizan algunos las inyecciones endovenosas de oxicianuro de mercurio, á razón de cinco á diez miligramo po 1 c.c. de suero fisiológico, Se funda esto, en cierta manera, en la teoría del tratamiento de la sífilis por el salvarán. No hemos tenido ocasión de ensayarlo mas que una vez (V. caso nº. 15), y aún no puede servirnos este caso aislado, para nuestro objeto, porque, como diremos, la enferma era una heredo-sífilis, é ignoramos si la especie microbiana determinante de la infección fué ó nó, el bacilo de Eberch. Pero, nos dió un resultado tan sorprendente, que esperamos ocasión de repetirlo en circunstancias más favorables: nada menos, que la enferma quedó apirética y entró en franca convalescencia después de la segunda inyección.

Y aún el médico no ha de declararse vencido despues de echar

mano de todos estos recursos, sino que debe estudiar atentamente cada caso, y ver como puede influir en sentido favorable en la patología de los accidentes y complicaciones terribles. Así hemos visto obrar á nuestros venerados maestros los Iltres. Drs. D. Martín Vallejo Lobón y D. Pablo Ferrer Piera. Recordamos, á este propósito, la historia clínica de una enferma, en la que, después de fracasar muchos recursos, dió resultado notabilísimo la punción lumbar repetida, pues (aunque sin fenómenos meníngicos) la tensión del líquido céfalo-raquídeo era grande; alivióse en gran manera después de cada punción evacuadora, que á veces se hacia seguir de inyecciones intrarraquídeas, ya de sueros (antitífico, antidiftérico, etc.), ya de electrolitos. La enferma llegó á desintoxicarse por completo, si bien murió á los 15 días, de miocarditis, que ya temíamos, porque, apesar de todo, el corazón no se iba yugulando como era de esperar.

Una de las cosas que molestan al enfermo, y alarman á sus deudos es el delirio. Contra él emplearemos ventajosamente el pantopón, en píldoras ó en inyecciones, mejor en inyecciones.

Con tanta ó más frecuencia que lo anterior hemos de combatir el timpanismo. Es, á veces, exagerado, y rebelde al tratamiento. En este caso es un signo de mal pronóstico, porque significa ^{que} el sistema nervioso de la vida vegetativa sufre directamente las consecuencias de la enfermedad; está paralizado por las toxinas, y no puede ya ejercer su acción benéfica, yugulando y regulando la tonicidad de las fibras lisas del estómago é intestinos, por lo que éstas se dilatan en extremo. Por eso, la mejor acción contra él es la preventiva y general, tonificando el organismo desde un principio y luchando contra la toxemia. Sin embargo, disponemos en su contra de algunos recursos bastantes activos, tales como la aplicación de una sonda rectal permanente, y administración de calomelanos, á dosis fracta, ó de agua oxigenada. Los calomelanos se dan á dosis de 0'05 gms. en un papel, cada ocho horas, durante un día; así resultan 0'15 gms. en veinticuatro horas: suelen ir acompañados, como accidente molesto, de cialorrea intensa, por esto debemos extremar aquí la limpieza de la boca. El agua oxigenada se utiliza diluyéndola en

agua destilada al $1/3$ usando la de 12 volúmenes para esta mezcla; dándose una cucharadita cada dos ó tres horas.

Aparte de los antedichos, hay otros accidentes, durante la enfermedad, que, aunque frecuentes, nada tienen de especiales, y para cuyo diagnóstico y tratamiento le bastan al médico sus conocimientos generales de Clínica, Terapéutica y Patológica.

Así, por ejemplo, sabemos que á consecuencia de la acción especial que sobre la fibra lisa tiene la toxina tífica, se paralizan á lo mejor, los músculos de Reissessen, y en consecuencia, los exudados bronquiales no pueden ser expulsados, se acumulan y entonces, el pulmón se congestiona: la respiración del enfermo, si esto se acentúa recuerda el estertor de la bronco-plejía. El acúmulo antedicho, y la congestión consecutivas constituyen, como se comprende, un gran peligro para el enfermo, pues entorpece la circulación, y dificulta la hematosis y expone á procesos locales de infección. ¿qué hará el médico? Simplemente, dar tónicos poderosos de la fibra lisa, la ergo-

tina, la ergotina, la adrenalina, la estrignina, obran entonces maravillas: XX gotas de ergotina Ivon, 2 ó 3 inyecciones de 1/2 mg. de ergotina^m ó clorhidrato de estrignina, ó VI ó VII gotas de la solución al milésimo de adrenalina, repartidas en 24 horas, durante unos días, despejar pueden la situación.

Y así, seguiríamos hablando, de la medicación tónica, á base de cognac, amoniacales, nuez de Kola, en los casos de astenia nerviosa; de nefrina, urotropina, en las insuficiencias renales, etc. etc.

Por último, téngase siempre presente, al aplicar los medicamentos, las indicaciones que hay que cumplir, las reglas generales de la Terapéutica, y el estado de aquello á donde dirigimos su acción. ¡Cuántas veces fracasan los elementos más poderosos porque no se aplican debidamente, ni cuando estan indicados!. Así, fracasarán la sangría, la medicación de Chauffard, las inyecciones de estrofantina, las inyecciones intra-raquideas, el suero fisiológico, etc. etc. si se utilizan de modo empírico y rutinario, como fracasarían en la guerra los mismos morteros de 42 cm. si los manejaran artilleros tan

ignorantes, que los descargaran sin saber siquiera la dirección, ni la distancia de la fortaleza enemiga que intentaren derribar.

TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES:

Como grandes complicaciones, á más de las que van comprendidas en los párrafos precedentes, tenemos: las perforaciones intestinales y las enterorragias, contra las que apenas podemos, hoy por hoy luchar con ventaja.

Enterorragias, - Sabemos su patogenia. Esta nos demuestra que, ante una infección que haya tomado grandes vuelos, ya por negligencia del facultativo, ya por la intensidad de su ataque, ó la mala constitución del organismo, no podemos prevenirlas ni evitarlas de un modo absoluto. El reposo del enfermo y la privación completa de todo cuanto pueda excitar el peristaltismo intestinal ó aumentar la hipertensión sanguínea, es lo único que al objeto podemos hacer; y debemos hacerlo con todo rigor: nada de enemas, ni alimentación, ni medicamentos, á ser posible; se ha de someterle á dieta

hídrica durante 3 ó 4 días, hasta que veamos conjurado el peligro, del cual nos daremos cuenta porque suele precederle una elevación térmica y una hipertensión vascular notable, que se observan ya unas horas antes de la ruptura del vaso: sin embargo, estas señales no son constantes, y faltan muchas veces, por lo que no hay que fiarse solo en ellas.

Ahora bien; una vez se presente la enterorragia ¿qué podemos hacer? Pues, emplear los hemostáticos ordinarios, por más que sin grandes esperanzas, ya que aquí fracasan aún los mejores, y se comprende, dada la patogenia de esta complicación.

Se aconseja, sin embargo, y nosotros lo hemos hecho, lo siguiente: durante la enterorragia, 1 inyección de clorhidrato de hematina (0.04 gms.); si no cede, se puede dar otra, y aún algunos aconsejan, en este caso, la pituitrina (2 ó 3 inyectables); después, una inyección hipodérmica de suero gelatinizado perfectamente aséptico, de confianza, para evitar el tétanos, suero de caballo, normal, ó en su defecto, antidiftérico ó antitetánico, acordándose siempre de la

anafilaxia; opio, al interior, en forma de píldoras de ext. tebaico ó pantepon; y una poción con 4 gms. de cloruro ó lactato de calcio y XX gotas de ergotina Ivon. El hielo, al exterior, no da grandes resultados, y si no se sabe aplicar, más bien perjudica. Conviene asimismo que el enfermo se esté quieto é instituir la misma dieta aconsejada más arriba, para evitar los movimientos de peristaltismo intestinal. Luego, durante los 3 ó 4 días consecutivos, además del reposo y la dieta, se administrarán al enfermo dos inyecciones diarias de clorhidrato de emetina (una cada 12. horas, exactamente), y la poción con ergotina y calcio. En los otros 3 ó 4 días siguientes, solo se le dará una inyección de emetina; y luego se irá levantando paulatinamente la prohibición de alimentos. Y nada más, que si esto fracasa hemos de declararnos vencidos. Los sueros no conviene repetirlos; de la ergotina bastan XX gotas, y hay quien en estos casos la mira con recelo, como á todos los vaso-constrictores; y por último, el lactato de cal no conviene prolongarlo más allá de 4 días consecutivos, ni darle á mayor dosis.

Perforaciones.- Los mismos cuidados exigen, para evitarlas, que los dichos para las enterorragias; recordando que hay ulceraciones tardías, á la 5ª, 6ª. y 7ª semanas; por lo cual se ha de estar alerta, aún en plena convalecencia, sobre todo en los casos graves. Contra la perforación intestinal, cuando se haya producido, solo podemos actuar mediante una intervención quirúrgica de extrema urgencia para lo cual es necesario un diagnóstico precoz, conforme dijimos en el capítulo correspondiente. Si la intervención no es posible, morfina á pasto, y nucleinato de sódio en inyecciones hipodérmicas así que observemos los primeros síntomas. .

FORMAS ESPECIALES:

Hasta ahora hemos hablado de las formas propiamente dichas de tifus abdominal. Réstanos decir dos palabras del tratamiento de las septicemias y localizaciones no abdominales, tíficas.

Septicemias.- Su tratamiento, hasta tanto que no logre la seroterapia antitífica entrar en los dominios de la ciencia constituida,

se reduce al de toda septicemia: inyecciones intravenosas de soluciones antisépticas, ó de fermentos metálicos; abscesos de fijación por el método de Fochier, tónicos cardiacos; diuréticos; estimulantes generales y de la hematopoyesis (azul de metileno, productos opoterápicos, diversos sueros, nucleinato sódico, etc. etc.), y demás recursos ordinarios y extraordinarios en tales casos.

Localizaciones no abdominales.- Decimos de ellas lo mismo que de las septicemias. Se han de tratar como á las formas similares debidas á otros microbios; por ejemplo: el ^{um}neumotifus, como la neumonía del pneumococo de Talamón-Franckel, además de atender, como es natural, á las indicaciones generales de la fiebre tifoidea.

CONVALESCENCIA:

Ante todo, hemos de averiguar si se trata de una convalecencia franca. Ello nos lo indicarán la hipotermia y la bradicardia notables, sostenidas más de 48 horas. En caso contrario, es de temer recrudescencias ó recaídas. Si estas se presentan no hay que cum-

por indicación alguna particular: los conocimientos de Terapéutica General bastan para las primeras, y las segundas se habrían de someter al mismo tratamiento de la fiebre tifoidea, de la cual constituyen un nuevo ataque por resiembra ó reinfección.

Ahora bien, para dirigir convenientemente la convalecencia una cosa es necesaria: á saber: vigilar al enfermo. En efecto, hemos de vigilar su temperatura, su alimentación, su corazón, sus intestinos. La alimentación para evitar que ingiriendo demasiado pronto sustancias con residuos capaces de determinar mucho peristaltismo, puedan ser la causa de intempestivas enterorragias ó perforaciones; así, tendremos cuidado de no dar de comer hasta el cabo de 6 dias de completa apirexia; luego, permitiremos tan solo una tapioca ó puré al dia, durante ocho dias; despues aconsejaremos alimentación pastosa, de pescados, carnes tiernas, cocido, etc. no permitiendo las comidas ordinarias hasta los 21 dias de convalecencia. Sin embargo, para nutrir bien al individuo y acallar las exigencias de su apetito voraz, podremos darle, durante todo este periodo todo aquello que se aconse-

seja como base de alimentación en la fase aguda de la dolencia.

Es inútil, dicho esto, encarecer la necesidad de prohibir en absoluto toda clase de purgantes hasta el cabo de muchas semanas de pasado todo temor.

Los enemas, en cambio, no deben olvidarse: cada 2 días, hasta que el enfermo evacue espontáneamente.

Por último, no podemos menos de transcribir aquí una fórmula muy usada por uno de nuestros mejores clínicos, cuyos resultados son de eficacia para combatir el estreñimiento intestinal y la astenia orgánica de los convalescientes, á saber: agua, 200 gs. + glicerina 30 + jarabe limón 30; † tintura de canela, 1; † tintura de quina, 3; † extracto fluido de nuez de Kola, 3; para tomar en 24 horas.

Pero, sobre todo, en la convalecencia, debemos atender á la curva térmica, sin hacer caso del estado de la lengua, que persiste saburral durante mucho tiempo; y se comprende sea así, según el concepto moderno que de esto tenemos. En efecto, no hace muchos años,

se decía que "la lengua es el espejo del estómago", porque la consideraban de la misma naturaleza que la mucosa digestiva; pero hoy sabemos que es de origen ectodérmico, como la piel, y consideramos sus trastornos como los cutáneos, y si son mucho más manifiestos es porque sus papilas son más finas y numerosas: esto explica el por qué la saburra lingual solo debe indicarnos que hay eliminación de toxinas, como explica también el por qué hay personas que, poseyendo un aparato digestivo en buenas condiciones, presentan siempre la lengua blanca: son, simplemente trastornos locales, análogos á un psoriasis, á un eczema crónico.

Con lo antedicho creemos que basta para dejar demostrado que, en enfermedades, como la fiebre tifoidea, no reclamadas todavía por la sueroterapia ú otros medios específicos, podemos actuar é intervenir con eficacia, y no limitarnos, tan solo, á la acción mezquina y ciega de los tratamientos sintomáticos, sin fundamento racional ni base científica. Nuestra misión, lo repetimos, en estos casos debe ser: dirigir la enfermedad por el camino de su evolución normal, se

parándole los obstáculos que habrán de oponerse á su paso; misión mucho más científica que la del médico que se limita á ser simple espectador de la gran batalla que se libra entre la enfermedad y las defensas del organismo atacado. Ocurre aquí algo así como en las infecciones post-operatorias, que así como éstas no se presentan, por lo regular, cuando el cirujano opera con la debida asepsia, de la misma manera la tifoidea evoluciona mucho mejor cuando desde su principio se la dirige bien que en caso contrario, presentando formas más simples y no ofreciendo nunca la gravedad de aquéllas que marchan sin freno ni dirección. Y es que, entre el médico que ante enfermedades sin tratamiento específico, se preocupa de evitar accidentes y recaídas, procurando al objeto, hacerse cargo del dinamismo de los órganos y aparatos..... y el que deja abandonado al enfermo para que obre la naturaleza, ciega y sin dirección; entre el que, atento á la gran batalla que se libra, proporciona municiones y allana los caminos á las defensas orgánicas..... y el que, completamente á oscuras no sabe ver nada á través de la piel del paciente;

entre el que, con f e y entusiasmo en la ciencia, utiliza cuantos recursos puede para arrancar de las garras de la muerte una v ictima que  st a reclamada para sí. . . . y el que, ignorante y escéptico, no cree en los principios de la medicina, sosteniendo el equívoco de que las enfermedades agudas, por sí solas, curan   matan; entre el médico, que raciocina   la luz de la fisiopatolog . . . . y el que, cual curandero mezquino, no sabe más que representar ante la familia el papel ridículo de la farsa médica, que debió quedar sepultada para siempre en los siglos de la alquimia. . . . hay distancia enorme, la enorme distancia que media entre los cirujanos del presente y los del pasado, entre la ciencia y el Arte, entre la Filosofía y el empirismo,

Nosotros, estamos plenamente convencidos de que muchos de los tifódicos que descienden   la tumba, podrian salvarse si sus médicos racionaran mejor, si   falta de oxígeno les proporcionaran aire puro;   falta de cloruro sódico, suero fisiológico;   falta de combustible, alimentos adecuados; si cuando, en el aparato circulato-

rio, la sangre, estancada en los troncos venenosos, impide la circulación, con una sangría regularizarán el curso del torrente hemático; si, ante un corazón que empieza á desfallecer sostuvieran sus esfuerzos con tónicos adecuados, evitando fatigas al organismo enfermo, etc.

=====

IX.

PROFILAXIA.

=====

Para la práctica, hemos de partir de la teoría hídrica cuando queramos fundamentar un plan de profilaxia.

Simplemente todo se reduce á evitar el contagio y á procurar, para las necesidades urbanas, el abastecimiento de aguas puras.

No es este lugar para extendernos en consideraciones acerca de los detalles referentes al captado y conducción de aguas potables. Basta saber que tanto el primero como la segunda, han de reunir todas aquellas condiciones que los higienistas exigen para evitar la contaminación del líquido. La eficacia de estas medidas nos la dirá el hecho siguiente: En la epidemia colérica de 1873 hubo tantas víctimas en Prusia Oriental como en Polonia rusa; y en cambio, el 1894 el cólera, que azotó terriblemente esta última comarca, se detuvo bruscamente en la

frontera ruso-alemana, sin entrar en el Imperio Germánico, donde se habian aplicado con rigor las medidas recomendadas por la Higiene para prevenir infecciones conducidas por las aguas/ Esto es bien demostrativo. pues sabemos que, para el caso, lo mismo dá el cólera que la fiebre tifoidea.

Ahora bien, en nuestra práctica cotidiana no podemos ser tan rigoristas, por desgracia, á causa de una serie de circunstancias sociales que lo impiden. Nos hemos de limitar á una acción más débil que, sin embargo, ya resulta de transcendencia, aplicada constantemente.

Y así, además del exacto cumplimiento de las leyes de Sanidad, por cuanto de nuestra parte esté, aconsejaremos á las familias de los enfermos las siguientes precauciones: 1ª aislamiento del paciente, en lo posible; 2ª, que las personas que le cuiden, no dejen de lavarse bien las manos con alcohol de 80 á 90º cada vez que retiren los servicios de noche, en los que se echará siempre, antes y después de utilizarlos, una buena cantidad de hipoclorito sódico comercial ó sulfato

de cobre, en solución, en contacto, de cuyos antisépticos, antes de arrojarlo todo en los water-closse, se dejarán por lo menos un cuarto de hora, sin lo que no tienen tiempo de actuar las sustancias microbicidas empleadas; preferimos el alcohol porque deshidrata los microbios con rapidez, pues el sublimado, v.gr. no los mata hasta al cabo de media hora de contacto; 3^a. prohibiremos los manjares crudos, y el agua infectada, que, sin embargo, si no hay otra, podrá beberse, después de hervirla durante cinco ó diez minutos,; y 4^a. Aconsejaremos que laven los suelos de los pisos con soluciones de sublimado y ácido clorhídrico comercial, una ó dos veces al día.

Hemos de recordar que en las septicemias y formas graves conviene tener con la saliva, los espujos, la sangre y la orina de los enfermos, los mismos cuidados que con sus deposiciones, ya que en aquellos se ha hallado repetidas veces, bacilos de Eberth.

Por último, hay que saber que los portadores de bacilos, ó enfermos que, después de su curación siguen expulsando microbios, pueden ser

causa de nuevos focos de epidemia; y que los hay, de esos individuos, cuyas heces contienen bacilos tíficos capaces de infectar nuevos organismos durante muchas semanas, y aún meses y años.

En resumen, la línea de conducta del médico para atender debidamente á un enfermo tifódico debe ser la siguiente:

En la primera visita:

- 1º. Desechar de nuestra mente todo prejuicio, respecto á diagnóstico.
- 2º. Interrogar debidamente al enfermo ó á sus deudos.
- 3º. Fijarse en el hábito exterior, averiguar la temperatura y explorar con atención los aparatos: circulatorio, respiratorio, digestivo, nervioso, génito-urinario, sensorial y locomotor, en forma rápida y ordenada.
- 4º. Analizar y clasificar mentalmente los síntomas recogidos, para deducir de ellos el estado anatómico y funcional de los órganos ó aparatos lesionados, de lo cual el diagnóstico nacerá espontáneo y libre.

5ª. Tratar de confirmarnos en el diagnóstico de fiebre tifoidea, eliminando las demás dolencia que con la misma pudieran confundirse, sin olvidarse jamás, en la primera visita de las que exigen un tratamiento específico y precoz.

6ª. Ver si la fiebre tifoidea vá sola ó acompañada de otras enfermedades; y

7ª. Instituir el tratamiento oportuno para el enfermo y la profilaxia para los que le rodean.

Al efecto, en los casos sencillos basta lo siguiente, como tratamiento: a) Procurar que la habitación destinada á enfermería sea capaz de ventilarse debidamente, aconsejando á la familia que, todos los días, procuren renovar el aire, con las precauciones debidas; b), instituir un régimen alimenticio á base de leche, yogohourt ó kéfir con azúcar; c), aconsejar que se administre al enfermo una enema de limpieza, diaria; que se tenga cuidado de que estén limpias las ropas de su cama y que se le dé á beber agua en abundancia, ya sea el agua

pura, natural, mineral ó en forma de limonada; d), formular lo siguiente: una, poción para prevenir las complicaciones hepáticas ó pulmonares, y un colutorio, para mantener asepticas las vias respiratorias y una limonada clorhídrica; por ejemplo, van bien las que transcribimos

| | | | |
|--------------------|----------|----------------|-----------|
| D/. Agua destilada | 120 grm. | D/ Agua | 1000 grm. |
| Benzoato sódico |) | Agua oxigenada | 100 " |
| Salicilato sódico |)u 2-3 " | Biborato sosa | 10 " |
| Licor amen-anis. | 1.50 " | Glicerina | 30 " |
| Jarabe | 30 " | Alcohol menta | 3 " |

M.d.
(1 cucharada cada 2 horas)

m.d. p. colutorio
(2 ó 3 enjuagues al día)

D/ Limonada clorhídrica 3000 grm.

(Para beber á pasto.)

ó bien, en vez de la primera para conservar la tradición de los anti-sépticos intestinales clásicos, pero de acción insignificante:

| | | | |
|--------------------|-----------|--------------------|-----------|
| D/ Solución gomosa | 150 gram. | Benzonaftol .. | 2 grms. |
| Salicilato sódico | 3 " | Tintura eucaliptus | XX gotas. |
| Benzoato sódico | 2 " | Jarabe | 30 grms. |

y por fin:h) instituir lo que en cierta manera, viene á ser, por ahora, el tratamiento específico, si se permite la expresión, á saber: método alemán, si estamos en el primer septenario; método de Brand ó cura por piramidón, de la segunda semana en adelante.

En la segunda visita:

Tratar de confirmar el diagnóstico, revisando, si es preciso, la exploración en la misma forma que en el día anterior. Generalmente basta esto y la observación atenta de la curva térmica para que podamos ya marchar sobre base firme respecto al caso.

En cada visita:

- 1º. Reconocer el corazón, auscultándole en sus focos y fijándose en el tono é intensidad de sus latidos.
- 2º. Limitar las regiones hepática y esplénica, por si hubiese remanentes circulatorios que ayudan también á descubrirlos los signos pulmonares y circulatorios (expectoración sanguinolenta, disnea, desdoblamiento del primer tono cardíaca, taquicardia é hipotensión arterial, etc.

etc., principalmente estos últimos signos, que son constantes).
3º. Mirar la orina, (El tifódico, por lo regular orina poco. Por esto, ante un enfermo con fiebre tifoidea que orine mucho, y la orina sea clara, ó viceversa, que apenas orine, hemos de pensar, respectivamente en una nefritis ó en una congestión renal ó retención de orina, no muy raras por desgracia. He ahí por qué conviene medir cada día la cantidad de orina y examinarla de visu : así no nos pasará inadvertidas las alteraciones renales, y si es preciso podremos, con el análisis oportuno, confirmar ó desechar nuestras sospechas, ó bien con un simple cateterismo evitar las malas consecuencias de una retención urinaria en estos casos.

4º. Averiguar si tiene diarrea; para en caso necesario prevenir á tiempo, con la administración de suero fisiológico, en enemas ó inyecciones, los funestos efectos de la deshidratación de los tejidos.

En la convalecencia.

Vigilar el régimen alimenticio, la temperatura y el corazón. No dejar

la medicación de Chauffard hasta al cabo de dos semanas, así los ^{comet} enemas de limpieza hasta que el convaleciente evacúe de por sí.

OBSERVACIONES.

1^a. Recuérdese para evitar errores que la albuminuria ligera es constante en la fiebre tifoidea.

2^a. Asimismo conviene saber que en el periodo de la convalecencia, como fenómeno raro, se observan á veces algunas intermitencias, pasos en falso del corazón, sin importancia alguna aquí.

=====

En apoyo de nuestra tesis, y como prueba de que todo lo antedicho se fundamenta en la Clínica, tenemos el honor de presentar á este Ilustre Tribunal, las gráficas adjuntas acerca de la veracidad de cuyas observaciones no nos cabe la más pequeña duda, porque, ó han sido recogidas por nosotros mismos ó proceden de compañeros, cuyo solo nombre, como puede verse, es de por sí garantía bastante para que las hayamos acogido sin recelo alguno. Las clasificamos por números,

sin otro orden que el exigido por la exposición de nuestro trabajo, en que, como se ha visto, aludimos á las mismas con frecuencia.

A continuación, vamos á hacer algunas consideraciones, que creemos necesarias, acerca las historias clínicas, correspondientes á dichas gráficas.

Número 1. - Es de un cliente nuestro, Jaime Escalas, estudiante de Medicina, hijo del Director del Hospital Provincial de Palma de Mallorca. Como puede verse, corresponde la gráfica á una fiebre tifoidea de mediana intensidad, cuya evolución normal no ha exigido más que un tratamiento sencillo cuya acción principal se redujo á evitar complicaciones y prevenir recaídas, Terminó por la curación completa, durante 14 días, el periodo febril.

N^o. 2.- Elvira Horta, hija de un modesto tipógrafo; siguió una marcha igual que el anterior. Se presentó, en ella, sin embargo, un timpanismo bastante acentuado que desapareció después de administrarla el agua oxigenada, según el procedimiento antes referido. En ella, por lo de-

más, seguimos el mismo tratamiento que el anterior. Curó perfectamente, sin recaída.

Nº. 3 y 4 - Corresponden á enfermos de la Clínica médica de la Facultad á cargo del Catedrático de la asignatura nuestro inolvidable maestro Doctor Vallejo Lobón. Puede verse en estas gráficas la acción benéfica de la fórmula de Chauffard para la antisepsia de las vias biliares.

Nº. 5,6,7,8,9,10,11,y 16 - Las dos primeras, de la Clínica mencionada, así como la diez y seis; las demás de la clientela particular del profesor auxiliar de Patología Médica, Doctor Ferrer Piera: los números 8 y 9, son de hijos de este último. En todos estos casos se observa la buena marcha de la enfermedad, tratada por el piramidón, como en todos aquellos en que lo hemos visto emplear. Como puede verse, la acción de dicho medicamento sobre el corazón es cardiotónica, según afirman ya algunos clínicos extranjeros, y no, depresiva, como hasta ahora creíamos. Estas gráficas pueden competir con cualesquiera de las mejo-

res del método de Brand; y aún á nuestro entender las aventajan. En la número 16 puede estudiarse comparativamente la acción de uno y otro método. Sentimos no haber podido recoger más observaciones completas respecto al particular, por más que este no es más que un punto accidental de nuestra tesis. Y téngase en cuenta que no hemos seguido aquí, la mala costumbre de retirar, de no presentar mejor dicho, los casos desgraciados. Esta nuestra estadística respecto al piramidoón puede ser pobre en casos, pero es veraz, informada sin prejuicio, ya que fuimos de los que no se declararon partidarios del mismo, de los que no se dieron por vencidos hasta que los hechos nos demostraron sus indiscutibles ventajas con la luz de la evidencia.

Nº. 12, 13 y 14 - Son de enfermas vistas accidentalmente por nosotros en el primer día de sus enfermedades; en todas ellas pudimos afirmar en la primera visita, merced á lo dicho en el capítulo de diagnóstico, que no eran fiebres tifoideas, á pesar de que en dos de ellas se había ya dicho por otros colegas que á buen seguro eran casos de tifus

abdominal con periodo de invasión (1). Hay que tener en cuenta que esto sucedía cuando la epidemia se había enseñoreado ya de Barcelona, en Noviembre último.

Nº. 15 - Caso interesantísimo. Se trata de una señorita, á la que visitamos por vez primera el 10 de Noviembre de 1914. Al reconocerla encontramos en el foco aortico de auscultación un refuerzo notable del segundo tono cardiaco, lo cual unido á cierta sintomatología algo heterogéna que presentaba la enferma y que nos refería al interrogarla (vértigos espontáneos, calambres, amaurosis pasajeras, epistaxis repetidas, cefaleas, etc. todo esto, desde muchos meses antes de la enfermedad que la tenía en cama) nos hizo pensar en una arteriosclerosis, que dada la edad de la enferma (quince años) y en ausencia de antecedentes reumáticos ni nefríticos, atribuimos á una supuesta sífilis hereditaria, por más que no se veían en aquélla estigmas físicos de tal dolencia. Para confirmar nuestras sospechas indicamos á sus tutores,

(1) No hay que decir que las circunstancias de los casos fueron tales que no dieron lugar á falta alguna de compañerismo.

con quienes vivía, la conveniencia de proceder á un examen de sangre, porque la naturaleza de la enferma temíamos fuese muy débil (1). Más, adivinando ellos nuestras sospechas, nos refirieron que, en efecto, el padre de la niña era sifilítico desde antes de casarse. Entonces, ante la gravedad del caso, ya que en la niña no había sido jamás tratada su sífilis y estaba con grandes temperaturas y fenómenos de intensa infección gastro-duodenal, en medio del foco terrible de la gran epidemia tifódica de Noviembre, procedimos á un tratamiento enérgico. En efecto, después de unos días de observación y en vista de que el proceso infectivo, por el que habíamos sido llamados no cedía con los medios ordinarios, (indicados en la gráfica,) celebramos una consulta con el profesor de Dermatología y Sifiliografía, Dr. Peyri Rocamora, en la que acordamos, de momento, administrar á la enferma una serie de inyecciones intravenosas de oxicianuro de mercurio, por no creer prudente, dada la temperatura de la niña, apelar al salvarsan ó sus derivados. Los resultados, como puede verse en la gráfica, fueron sor-

prendentes, maravillosos: la enfermedad hizo crisis después ya de la primera inyección.

Ha ahí un caso en que, de no explorar á la enferma según el método más arriba indicado, no habríamos ni remotamente pensado en la sífilis, y ésta, á buen seguro, hubiera agravado la dolencia, si no hubiese sido indirectamente la causa de un fatal desenlace, como era de temer.

Nº. 16, 17 y 18 - Demuestran cómo una sangría, oportunamente, y sentada su indicación sobre base fisiopatológica, puede detener á tiempo en su marcha fatal á un tifódico que vá agravándose por toxemia, y que tras la sangría cambia de ruta, para seguir el camino que ha de conducirle á la salud.

Los dos primeros son de enfermos de la Clínica Médica. El 18 es de un Alumno Interno de la Facultad, víctima de la epidemia. Este último estaba el día 12 de Noviembre en periodo pre-agónico; sin conocimiento, con intensa congestión cerebral, con anisocoria, las conjuntivas

inyectadas, la mirada centelleante, angustiosa, disnea intensa, timpanismo enorme; pulso filiforme, hipotenso, casi incontable; carfología, delirio de persecución, relajación de esfínteres etc. etc. Los médicos le daban por perdido; más, les propusimos entonces, en calidad de amigos del enfermo, una consulta con un Catedrático: la familia, aunque sin esperanzas, accedió á que fuera el Dr. Ferrer Piera, á quien nombraba el enfermo en su delirio con frecuencia. De resultas de la consulta se sangró al enfermo y se le inyectaron, 1000 gramos de suero fisiológico. A las 48 horas, parecía haber resucitado: sin ningún fenómeno de toxemia, con los aparatos funcionando regularmente; conversaba con todos con la mayor naturalidad; pulso normal, y secreción urinaria restablecida. Así siguió mejorando, hasta quedar casi restablecido; pero, á los 18 días después de esto, murió exangüe, tras una gran estenorragia, de esas que tan frecuentes fueron en nuestra última epidemia.

nº. 19 y 20 - Son prueba clara de que el tifódico no debe jamás aban-

donarse aunque esté al parecer perdido. El primero, hermano de nuestro amigo, el Dr. Noguera Molins, profesor auxiliar honorario de la Facultad, estaba agonizando, con meningismo, colapsos, repetidos, taquicardia, hipotermia, es decir intoxicado á no poder más. Durante 24 horas, uno tras otro, se le dieron cuantos remedios se creían indicados para combatir su toxemia y sus colapsos: inyecciones intrarraquídeas, punciones lumbares, estrofantina en inyección intra-venosa, aceite alcanforado y estrignina en inyecciones hipodérmicas, baños de aire caliente, etc. etc. El resultado fué notabilísimo. Vino la reacción: lenta, pesada, interminable, en lisis prolongada, pero que acabó por la curación completa, sin recaídas ni secuelas.

El número 20 corresponde á un enfermo visto en consulta por el Dr. Ferrer Piera, cuyo enfermo estaba muriéndose, el día 11 de Noviembre; con el estertor de la broncoplejía, temblores generales, pérdida de conocimiento, hipotermia, cianosis, pulso siliforme. Una inyección intra-venosa de estrofantina para dar un buen latigazo al corazón,

que, cansado de lucha, claudicaba ya, bastó para restablecerlo todo en su orden normal. El enfermo, inconsciente el día antes, después de la inyección recobró el uso de la palabra, dióse cuenta de su estado, habló familiarmente con sus deudos, reaccionando por completo, según puede verse en la gráfica. A los pocos días, entraba en franca convalenencia.

=====

Vamos ahora á condensar en el menor espacio posible todo lo antes dicho, De lo contrario se nos podría acusar, con sobrada razón de falta de lógica, desde el momento que habiéndonos lamentado, á menudo, en el curso de este trabajo, de la excesiva extensión que se dá en los textos á las discusiones de las enfermedades, seríamos culpables del mismo defecto si no resumieramos debidamente cuanto acabamos de decir, creyendo, como creemos que esta clase de resúmenes es lo que hace falta, pero mucha falta, á los médicos todos que ejercen la profesión;

porque, por lo general, escriben los autores sin tener en cuenta que sus escritos han de servir de base á todo un proceso intelectual, complejo, del individuo que los estudie para recordar sus ideas fundamentales, ideas de las que han de hacer sus elementos de juicio ante la cama de un enfermo. Es faltar, por tanto, á las reglas más elementales de Filosofía, emprender una obra sin meditar sobre su fin, y finalizarla luego sin procurarse los medios adecuados para conseguir dicho fin. He ahí porqué estamos convencidos de que esta clase de resúmenes no debieran faltar en las obras de Medicina, por la sencilla razón de que se las leen para aprender y recordar. Ahora bien, nos enseñan de consuno la Psicología y la Pedagogía que para saber, para conocer las cosas, es preciso que sus imágenes se graben en nuestras esferas cerebrales, lo cual no se consigue con la exposición rápida de las ideas: de ahí que los grandes escritores para lograr este objeto, razonan, combinan y repiten en sus libros las ideas que en los mismos se exponen, á fin de facilitar el trabajo del entendimiento, el cual se

fatiga pronto y no cumple su cometido cuando las ideas se suceden unas tras otras con la rapidez vertiginosa^{de} como una cinta cinematográfica: "muchas palabras y buenas razones, para muy pocas ideas": este es el consejo de la Pedagogía, para escribir tratados descriptivos. Pero viene la segunda parte del proceso intelectual, y ésta consiste en recordar, después de haber aprendido. ¡Ah, entonces le sobran al espíritu todas aquellas palabras y razones para grabar las imágenes en sus esferas respectivas: no se necesita para formar su raciocinio, más que los elementos, las ideas correspondientes: todo lo demás le estorba; como estorbaría al artesano la paja del trigo para fabricar su pan. De ahí la necesidad imprescindible de los resúmenes, donde debe quedar condensado todo lo dicho en la parte descriptiva de los textos, la cual sin embargo debe estar siempre á mano para consultar en ella los detalles y accidentes que no tienen entrada allí donde debe regir la máxima inversa de la anterior: "Pocas palabras, pero muchas ideas".

=====

RESUMEN GENERAL.

=====

FIEBRE TIFOIDEA.

ETIOLOGIA. Bacilo de Eberth. Casi siempre vá acompañado de otros microbios.

PATOGENIA. Conducido por el agua. Llega á los linfáticos del aparato digestivo, pasa y circula por la sangre y se fija, por lo general, en las placas de Pleyer. Son posibles otras localizaciones.

SINTOMATOLOGIA: 1º. PRODROMOS. De ocho á quince dias. Casi constantes.
2º. INVASION. Fiebre alta; relativa á bradicardia; lengua afilada y roja, característica, dolor ó corgoteo en la fosa iliaca derecha. Os-

oscilaciones ascendentes en la gráfica termica.

3º. ESTADO. Aspecto tífico, fiebre alta con remisiones de un grado; meteorismo; diarrea fétida, si no se presentó en 2º. periodo. Bronquitis frecuente. Manchas rosadas, no constantes, pero muy frecuentes y patognomónicas.

4º. DECLINACION. Remisión general. Grandes oscilaciones térmicas

5º. CONVALESCENCIA. Si es franca, se mantiene la fiebre alrededor de 36º y el pulso oscila entre 60 y 80 pulsaciones por minuto, si el corazón está sano.

FORMAS CLINICAS: Ordinaria; levísima; ambulatoria; con localizaciones, ataxo-adinámicas, y septicémicas.

DIAGNOSTICO: Para evitar lamentables y funestas confusiones, débese explorar ordenadamente al enfermo; hábito exterior, aparatos circulatorio, respiratorio, digestivo, nervioso, sensorial-cutáneo, génito urinario y locomotor. Acordarse de un modo

especial de las: intoxicaciones alimenticias, empachos gástricos, granulía, meningitis, cerebro-espinal epidérmica, ginecopatías, infecciones localizadas, paludismo, sífilis, difteria, rabia y tétanos.

COMPLICACIONES RRALES: Esterorragias, perforaciones intestinales, miocarditis, meningismo, meningitis, bronco-neumonías, nefritis, escaras cutáneas, etc.

RECAIDAS Y RECIDIVAS. Posibles. Frecuentes las primeras, en los enfermos mal tratados. Nada de particular, en cuanto á diagnóstico.

- MODOS DE MORIR. a) Por toxhemia: á causa de malas defensas orgánicas; falta de energía cardíaca; eliminación insuficiente; ó escasez de elementos nutritivos.
- b) POR dificultades circulatorias ó tensión anormal del líquido céfalo raquídeo.
- c) Por deshidratación de tejidos, falta de oxígeno ó ina-

nición.

d) Por complicaciones.

PRONÓSTICO. Nada puede afirmarse en absoluto. No hay reglas generales.

PROFILAXIA. Procurar aguas puras para las necesidades urbanas. Evitar el contagio, por los medios que ordinariamente conducen el microbio: heces fecales de los enfermos, y cuanto ellas tocan; y en las formas graves, su saliva, sangre, esputos y orina. Recordar que hay portadores de bacilos.

TRATAMIENTO: Es necesario.

- 1º. Darse cuenta en cada visita del funcionalismo del aparato circulatorio, y mirar la orina, recogida de las 24 horas.
- 2º. Atender á la alimentación.
- 3º. Evitar complicaciones.
- 4º. Vigilar la marcha de la enfermedad y encauzar debidamente el funcionalismo de los órganos de la economía, comba-

tiendo al efecto las complicaciones y accidentes peligrosos, según los principios de Terapéutica Clínica.

5ª - No dejar abandonado al enfermo en la convalecencia.

6ª - Tener en cuenta que el tifódico tiene defensas mientras tiene vida; no dejarlo jamás, aunque parezca perdido. Instituir en este caso, un tratamiento lo más enérgico y racional posible.

Conviene recordar, al efecto, lo más saliente de lo aludido en estas cláusulas.

ALIMENTACION. Lo que debe hacerse. Proporcionar al enfermo durante toda su enfermedad, aire puro, agua en abundancia y alimentos líquidos de fácil digestión. Darle enemas de suero fisiológico si se deshidrata ó, aún sin esto, si la dolencia se prolonga más de 3 ó 4 semanas. Recordar, sin embargo, que las inyecciones masivas de suero fisiológico están contraindicadas en las nefritis y cardiopatías.

Lo que no debe hacerse. Darle alimentos sólidos antes de

3 semanas de completa apirexia.

EVITAR COMPLICACIONES. Las principales en que podemos influir son:

locomotor AFICCIONES RESPIRATORIAS. : *bolitoris; bronquitis y lisa en mi*

Lo que debe hacerse.- Renovar á menudo la ropa del enfermo y de su cama. Mantener limpia la piel del mismo.

Lo que no debe hacerse. Dejar permanecer al enfermo en el mismo decúbito dia tras dia, y hora tras hora, salvo en peligro de ente-Morragia ó perforación.

HEPATIAS. Lo que debe hacerse. Administrar la medicación Chauffard, en sellos ó asociada\$ á otros medicamentos.

ESTANCAMIENTO DE MATERIAS SEPTICAS.

Lo que debe hacerse.- Dar una enema de limpieza cada 24 horas.

Lo que no debe hacerse. Dar enemas en casos de timpanismo, ente-Morragias ó perforaciones.

DIRIGIR LA MARCHA DE LA\$ ENFERMEDADE\$, DE SUS ACCIDENTES Y COMPLICACIO-

NES. Reglas:

1ª. Tratar de abortarla con el método alemán, los fermentos

lácticos y la leche fermentada.

2ª- Ver si vá sola ó asociada.

3ª- Observar si es una forma ordinaria, septicémica ó con localizaciones. En estos últimos casos acudir á los respectivos tratamientos generales. En el primer caso, fijarse en si hay alguno de los accidentes ó complicaciones que á continuación se expresan para tratarlos debidamente.

FATIGA CARDIACA.

Lo que debe hacerse. Dar, según las necesidades, inyecciones frecuentes de aceite alcanforado ó estrignina; administrar digitalina ó en último extremo, 1/2 milígramo de strofantina en inyección intravenosa, repitiéndola á las 24 horas si fuera preciso. Coadyuvar á la acción tónica con diuréticos y revulsivos.

Lo que no debe hacerse. Sangrar al enfermo. Se debe evitarle, así mismo, todo esfuerzo muscular que pudiere fatigarle. Tampoco es buena la cafeína si hubiere excitación cerebral.

HIPERTEMIA.- Lo que debe hacerse. Baños fríos por el método de Brand, ó cura de piramidón.

Lo que no debe hacerse. Dar baños fríos si hay enterorragias, afecciones cardio-vasculares ó respiratorias de gravedad, perforaciones, ó soluciones de continuidad de alguna consideración en los tegumentos. Asimismo, están contraindicados los antitérmicos químicos en general.

TOXEMIA. Lo que debe hacerse. Averiguar su causa y según sea, dar: diuréticos, cardiotónicos, estimulantes de la hematopoyesis, etc. No olvidar la sangría en casos de estancamientos sanguíneos, ni las inyecciones intraraquídeas de fermentos metálicos ó sueros, en los casos de urgencia ó gravedad extrema.

Lo que no debe hacerse. Abusar de medicamentos activos. Baste trabajo tiene ya el organismo, en estos casos, para luchar contra los venenos endógenos.

BACILEMIA. Lo que debe hacerse. Tratarla como septicemia, sin olvidarse

del exicianuro de mercurio. Defender los órganos de menor resistencia para evitar se fijen allí los microbios.

Lo que no debe hacerse.- Obligar á un trabajo forzado á órganos débiles ó debilitados, dado el estado y constitución del enfermo.

ASTENIA NERVIOSA.- Lo que debe hacerse.- Administrar tónicos generales:

quina, cognac, Kola, amoniacales. Baños frios.

Lo que no debe hacerse.- Dar opiáceos ni bromuros, sin gran necesidad.

DELIRIO.- Lo que debe hacerse.- Dar opio (morfina, pantopón, etc.).

Lo que no debe hacerse.- Dar tónicos genrales ni baños frios.

TIMPANISMO.- Lo que debe hacerse.- Aplicacion de sonda rectal permanente.

Administrar agua oxigenada diluida, en ingesta; ó calomelanos á dosis facta. Suprimir de momento la alimentación. Reposo del enfermo.

Lo que no debe hacerse.- Dar enemas.

BROCOPEJIA.-Lo que debe hacerse.- inyecciones de ergotina ó adrena-

lina; aplicar paños fríos en el pecho.

Lo que no debe hacerse.- Dar ninguna clase de opíáceos, en absoluto.

ENTERORRAGIAS. Lo que debe hacerse.- Reposo completo, y privación absoluta de alimentos y de medicación, á ser posible, durante una semana. Poca agua de una sola toma. En el momento de la enterorragia: emetina, hielo al exterior. Luego en el mismo día: hielo, al exterior: opio, en píldoras ó en inyecciones de pantopón; ídem de emetina; lactato de cal, ergotina, suero de caballo, suero gelatinizado. En los 3 días consecutivos, dos inyecciones de emetina; la poción con cal y ergotina. En los 4 días siguientes: emetina, una vez.

Lo que no debe hacerse.- Dar purgantes, enemas, medicamentos hipertensores ni alimentos, cuando se sospecha una enterorragia; y mucho menos, después de presentada. Prohibición definitiva de la balneación.

PERFORACIONES INTESTINALES.- Lo que debe hacerse.- Diagnóstico precoz, pa-

ra intervención de extrema urgencia. Si no es posible, morfina á pasto, y excitantes poderosos de la hematopoyesis. Procurar evitarla.

Lo que no debe hacerse.- Remover el abdomen; ni aún para explorarlo. Si podemos prevenirla, debemos contar con las mismas contraindicaciones que en las enterorragias.

CONVALESCENCIA. Lo que debe hacerse.- Tener paciencia, y esperar que transcurran 3 semanas antes de someter al enfermo á una alimentación sólida. Nutrirle, sin embargo como en periodo febril. Evitar recaídas, continuando la medicación de Chauffard durante las 3 ó 4 semanas primeras de este periodo.

Lo que no debe hacerse.- Dar purgantes ni permitir al enfermo que se levante ó se sienten en la cama sin antes haber explorado su corazón.

=====

Hé ahí todo cuanto respecto á la fiebre tifoidea, desde el punto de vista clínico, hemos aprendido en los pocos años que llevamos consagrados al estudio de la Medicina. Es poco, y es malo, lo sabemos; no se nos ha de decir; pero es fruto de nuestra observación. Sólo por ésto, y atendiendo á que la ley exige que las Memorias para las tesis doctorales lleven el sello de originalidad, hemos pensado que este Ilustre Tribunal vería con más gusto, escuchará con más atención el relato, si se quiere, pueril, de un médico novel que refiere con ingenuidad las primeras impresiones recibidas por sus sentidos al recorrer los magníficos jardines y maravillosos subterráneos de nuestra Ciencia creemos, repito, ilustres señores, que os será esto mucho más grato que si hubiese puesto á vuestra consideración una serie de hipótesis, teorías, explicaciones y experimentos llevados á cabo por gente ya encanecida en los trabajos científicos, cuya síntesis al hacerla yo con mi pluma, forzosamente había de estropear ó descomponer la hermosura de los elementos recogidas tras largas horas de estudio en

las bibliotecas de las academias ó los laboratorios particulares de algunos sabios.

No, hemos preferido registrar nuestras pobres arcas y recoger de entre las mismas algo de lo que allí hemos ido depositando día tras días, porque lleva todo ello la impresión de nuestras manos, que, débiles aún, no pueden arrancar de las minas riquísimas de las ciencias biológicas más que trozos pequeños, muy pequeños, de los preciosos minerales con que la Medicina vá construyendo ese edificio ya suntuoso, donde se refugia el miserable, donde calma el dolor sus amarguras, donde temple la miseria sus rigores, donde halla consuelo el desvalido, donde acuden los pueblos en demanda de socorros cuando diezma sus ciudades el genio maléfico de las epidemias, donde la Caridad se pasea día y noche prodigando sus cuidados al tierno infante que sus padres abandonan, al hijo desheredado de la fortuna que en su rostro lleva impresa la señal repugnante de la degeneración, al soldado que le traen desde el campo de batalla, mutiladas

sus carnes por el plomo del enemigo, al obrero que para ganar el pan de sus hijos y de su esposa, vióse obligado á respirar los vapores de una industria malsana, á la ramera infeliz y al joven desgraciado que cayeron en esas redes infames, tendidas por el vicio en las grandes ciudades para, á modo de pulpo sin entrañas, chupar con sus tentáculos la sangre de sus víctimas...., donde acuden mensajeros de la Política, el Derecho, la Moral, la Psicología, la Filosofía, para saber la opinión de nuestra Ciencia en los más arduos de sus problemas, donde el progreso y la civilización contemplan satisfechos los inventos de la inteligencia humana, donde la Naturaleza, al parecer, se ha dignado colocar las claves de sus más profundos enigmas para mostrar á los hombres la sublime grandiosidad del plan del Universo, porque allí se reflejan como en ningún sitio, las leyes del mundo, condensadas en el organismo humano, ese microcosmos que, ocultos á la ignorancia, esconde mil y mil rayos de luz, tan intensa, tan blanca, tan pura que al abrir la Ciencia, con llave maravillosa la puerta que los encierra, deslumbraron siempre

con su hermoso resplandor á los sabios que extáticos los contemplaban por vez primera.

Nuestro trabajo no tiene otro mérito que el de ser original, no porque nosotros hayamos inventado lo que en él referimos, nó; sino porque es fruto de la aplicación de nuestra actividad al estudio de la Medicina. Y como estamos convencidos de que para el adelanto de nuestra ciencia no se necesitan sabios y eruditos, al estilo de los filósofos y literatos, que se pasen, dia tras dia, leyendo y copiando, traduciendo y meditando, sino que lo que hace falta es observar y buscar, investigando fenómenos, comparando y repitiendo experimentos, acudiendo á la clínica antes que á la academia, y pasar horas y horas en los laboratorios de vivisección y las mesas autopsias, con los medicamentos en una mano y el microscopio en la otra, con lo que se trabaja mucho, aunque nadie se entere, con lo que, sin darnos cuenta, aprendemos á sondear los profundos arcanos de la Naturaleza, con lo que, poco á poco, recogemos materiales sólidos con los que se vá levantando el más grande y magnífico palacio de todos

los hasta ahora contruidos en los campos de la Biología, por todo esto no hemos hecho, al escribir esta Memoria más que seguir los consejos de Lenz cuando, después de su discurso magistral acerca algunos problemas de "Eugenética" dijo, en la Real Academia de Bélgica "deseamos que todo médico aporte, á la Ciencia, aunque no sea más " "que una sola observación, aunque sea incompleta.... tal vez del " "conjunto de estos documentos brotaría un poco más de luz que la que " "hoy dia nos ilumina....." (1)

Esta ha sido nuestra intención. Si la hemos llevado á cabo, ó nó, lo dirá el digno Tribunal que nos preside, de cuya benevolencia esperamos que se hará cargo de nuestros pocos años y nuestra escasa experiencia para disimular los errores de interpretación y las falsas observaciones que hayamos podido inadvertidamente, consignar. ¡Cuántos lunares habreis visto en nuestro trabajo! ¡De cuántos olvidos os habreis dado cuenta! Pero, considerad, ilustres señores,

(1-) Revista de Ciencias Médicas. pág. 335. nov. 1914. Barcelona.

no lo que vale, sino los esfuerzos que representa para quien, débil y joven, no ha pasado aún de la categoría de aprendiz y ha necesitado muchas horas y muchos días para sintetizar en pocas páginas para extractar en poco espacio tanto y tanto como se ha escrito, se ha dicho y se ha hecho respecto al particular, y ni aún siquiera le ha sido dable tener á su alcance cuantos textos y revistas necesitaba ni el número de tífódicos observado ha podido ser considerable.

Por esto terminamos suplicando de nuevo benevolencia al Ilustre Tribunal que ha de juzgarnos, al que ofrecemos también para siempre el testimonio de nuestra gratitud y nuestra veneración más profunda y sinceras, como no se puede dudar de quien, enamorado de la Medicina, ha visto como se complacía en ir, á menudo, del brazo de la experiencia, y que ésta, llena de majestad, se dignaba comunicar con preferencia sus secretos á los antiguos maestros de su Ciencia, á aquellos que por su edad y por sus méritos ocupan los más

altos puestos en la Corte de nuestra Soberana, á los que hemos mirado y miraremos siempre con ese respeto que infunde en todos los hombres lo grande y desconocido.

Pero, permitidnos, ilustres señoras, que al esculpir vuestros nombres en nuestro corazón no nos olvidemos de aquellos que guiaron nuestros primeros pasos por los campos de la Medicina, de aquellos que nos abrieron por vez primera, las puertas de sus dinteles, de aquellos, cuya mano nos mostró los enigmas todavía misteriosos á nuestra mirada, de cuyas energías recibimos maravilloso influjo para seguir adelante en el camino de nuestra Ciencia, ~~de~~ cuyos desvelos, afanos y fatigas para nuestros progresos jamás sabremos agradecer bastante; en una palabra, de nuestros catedráticos de la muy amada Facultad de Medicina de Parcelona, y en especial, de un modo particularísimo, de los doctores Vallejo Lobón y Ferrer Piera, á los cuales, como justo y debido tributo de reconocimiento y admiración, nos complacemos en colocar aquí sus nombres para que sirvan

de digno remate a nuestro trabajo, para que á lo menos haya en él algo que represente dignamente la grandeza, la hermosura, la majestad de la Ciencia Médica.

=====

C O N C L U S I O N E S .

=====

- 1ª - que la Clínica está hoy demasiado abandonada; siendo así todavía es de alta necesidad cultivarla intensamente para progreso de la Ciencia.
- 2ª - que la Clínica basta, por lo general, para hacer un buen diagnóstico de la fiebre tifoidea, oportuno y precoz.
- 3ª - que el tratamiento específico de la fiebre tifoidea no ha adquirido todavía, en Medicina, carta de naturaleza.
- 4ª - que el tratamiento sintomático de la fiebre tifoidea es un atavismo empírico, impropio de los tiempos actuales.
- 5ª - que el tratamiento de la fiebre tifoidea para ser eficaz y específico ha de instituirse á la luz de la fisiopatología clínica.

Madrid, 27 de Enero de 1918

Juan Martínez Puello

Leide

you have ad illas.

Merfwe uesprunne alle groede de
 doctor hiebo carficade de
 vuralente
 mading 25 pleu. 1915

Leide

Antonia Simons El Bro

Leide: Leide

De Leide

De Leide

De Leide

Nombre Jaime Ovales

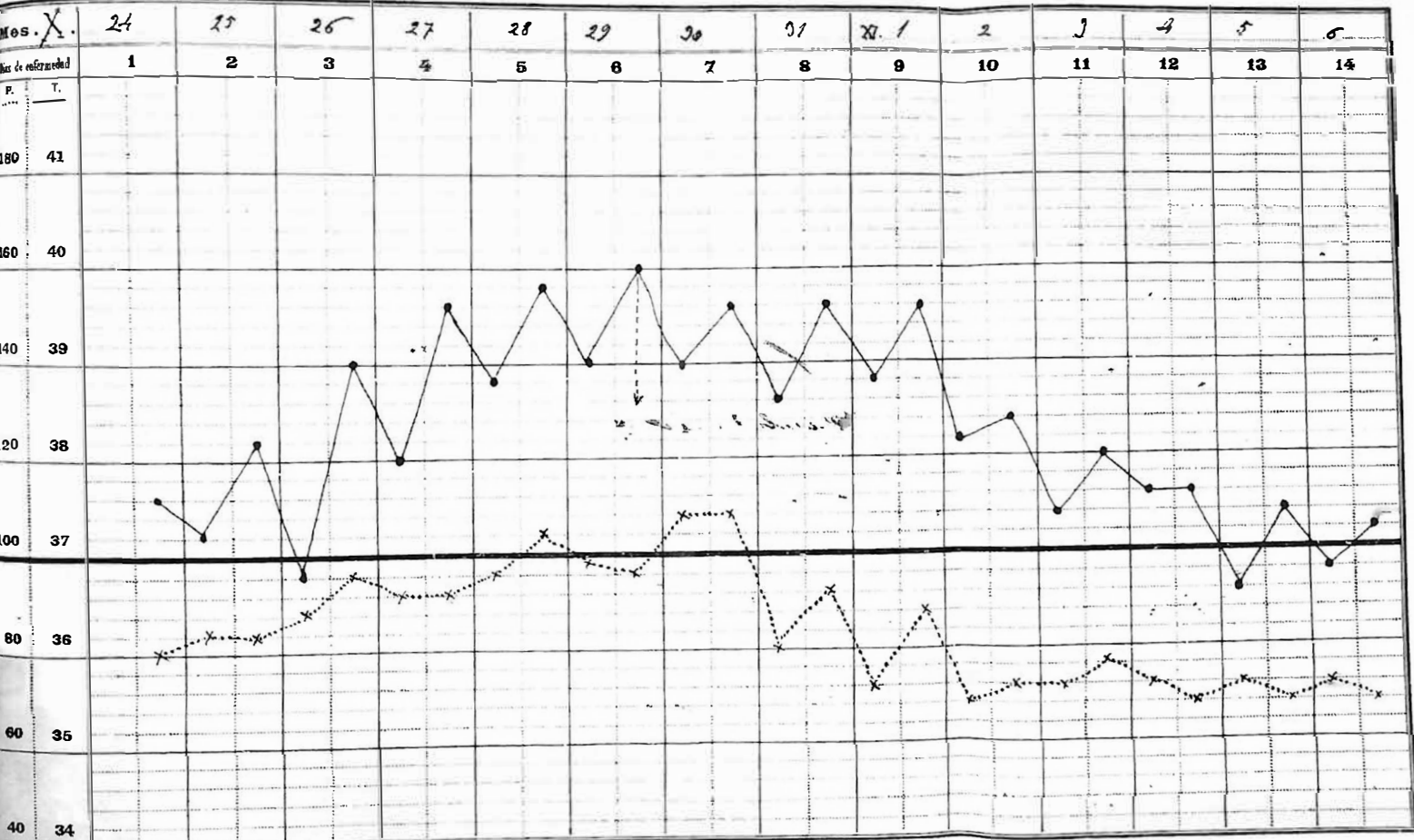
DIAGNÓSTICO

OBSERVACIONES

Edad 21 años

Fiebre tifoidea

Profesión estudiante de Medicina



Notas:

hans

El día 14 fue el último con fiebre

Nombre *Olivia Horta*

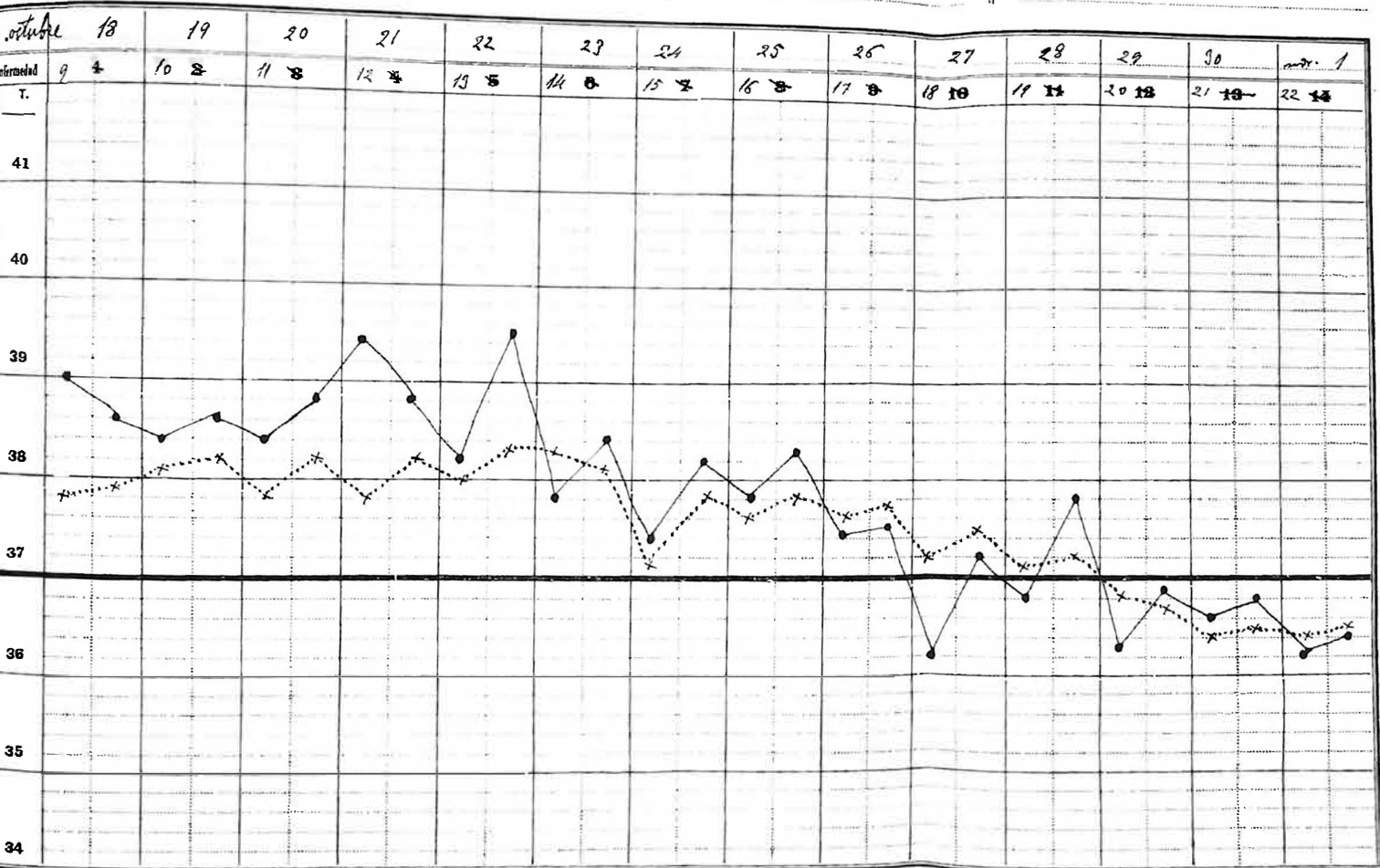
DIAGNÓSTICO

OBSERVACIONES

Edad *3 años*

Fiebre tifoidea

Profesión



Nombre *Josefa Arellano*

DIAGNÓSTICO

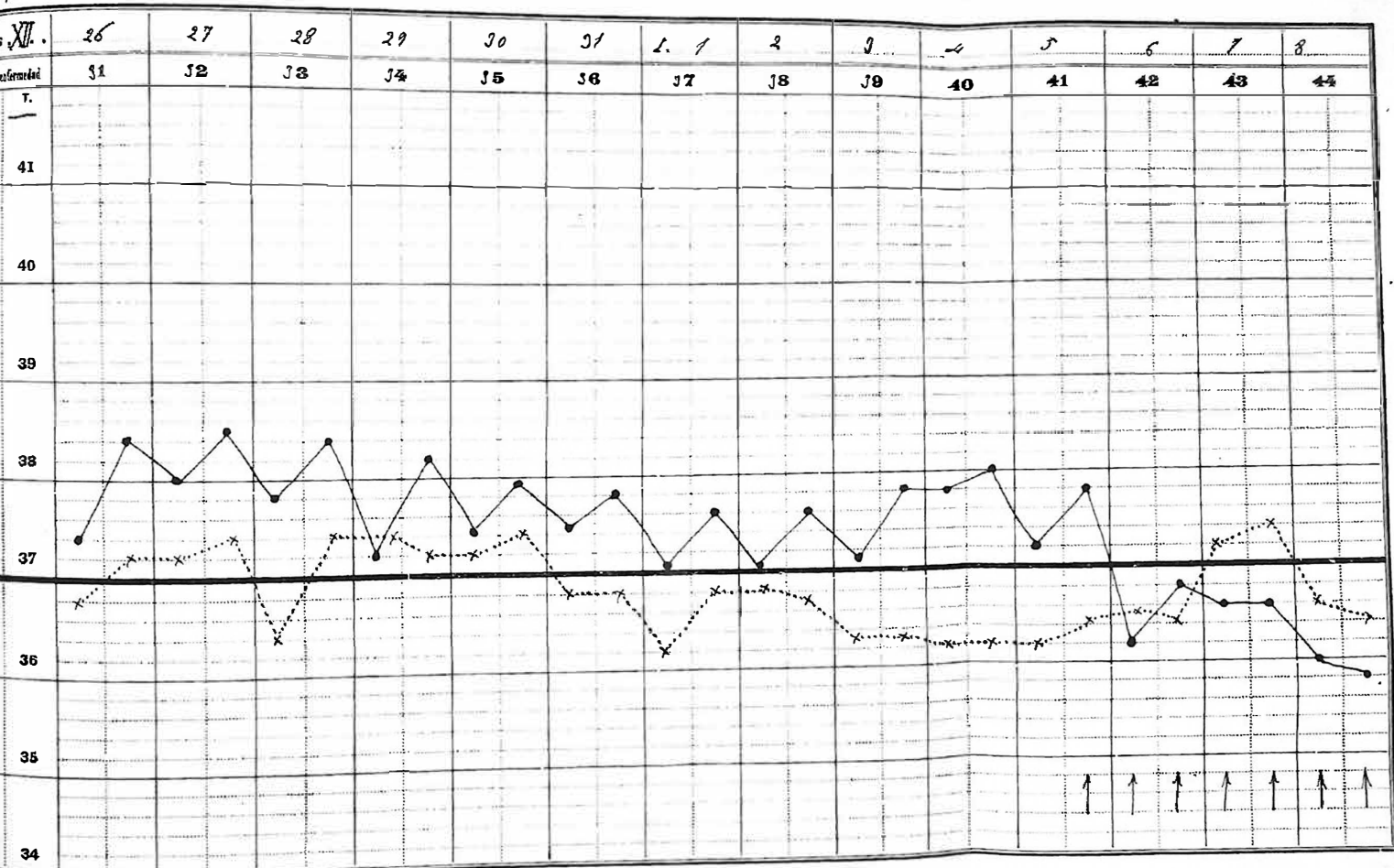
OBSERVACIONES

Edad _____

Profesión _____

Tiempo tifoidea

3
1914-5



↑ *Sello de Chauvvard*

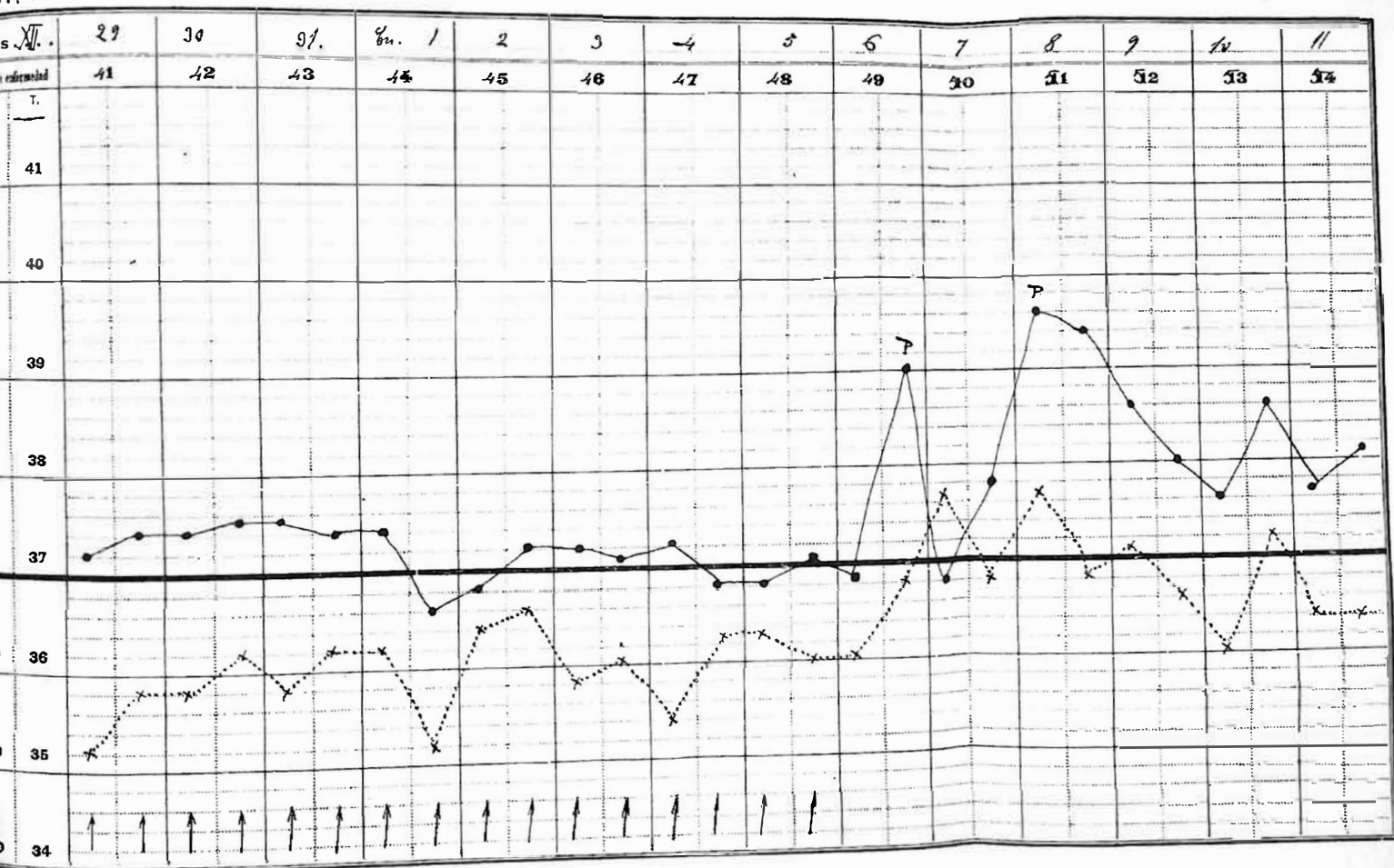
Nombre Luis Kientzi

DIAGNÓSTICO

OBSERVACIONES

Edad 20 años

Profesión _____



Tras:

P Piramidón: 0'20 gms.

↑ Lello de Chauffard.

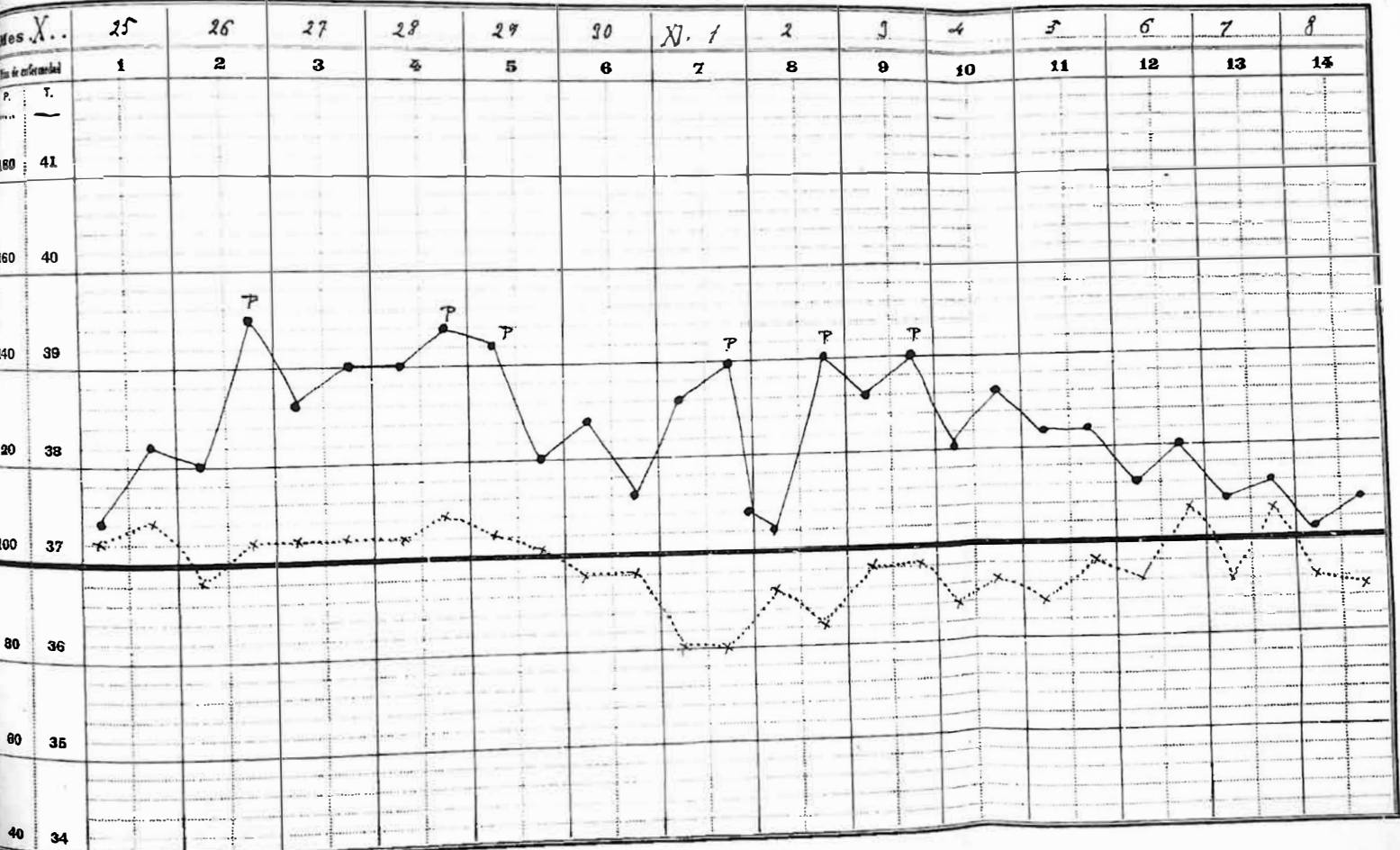
Nombre José Montserrat

DIAGNÓSTICO

OBSERVACIONES

Edad 35 años
Profesión enfermero

Fiebre tifoidea



Notas: P Piramidin: 0.50 gms

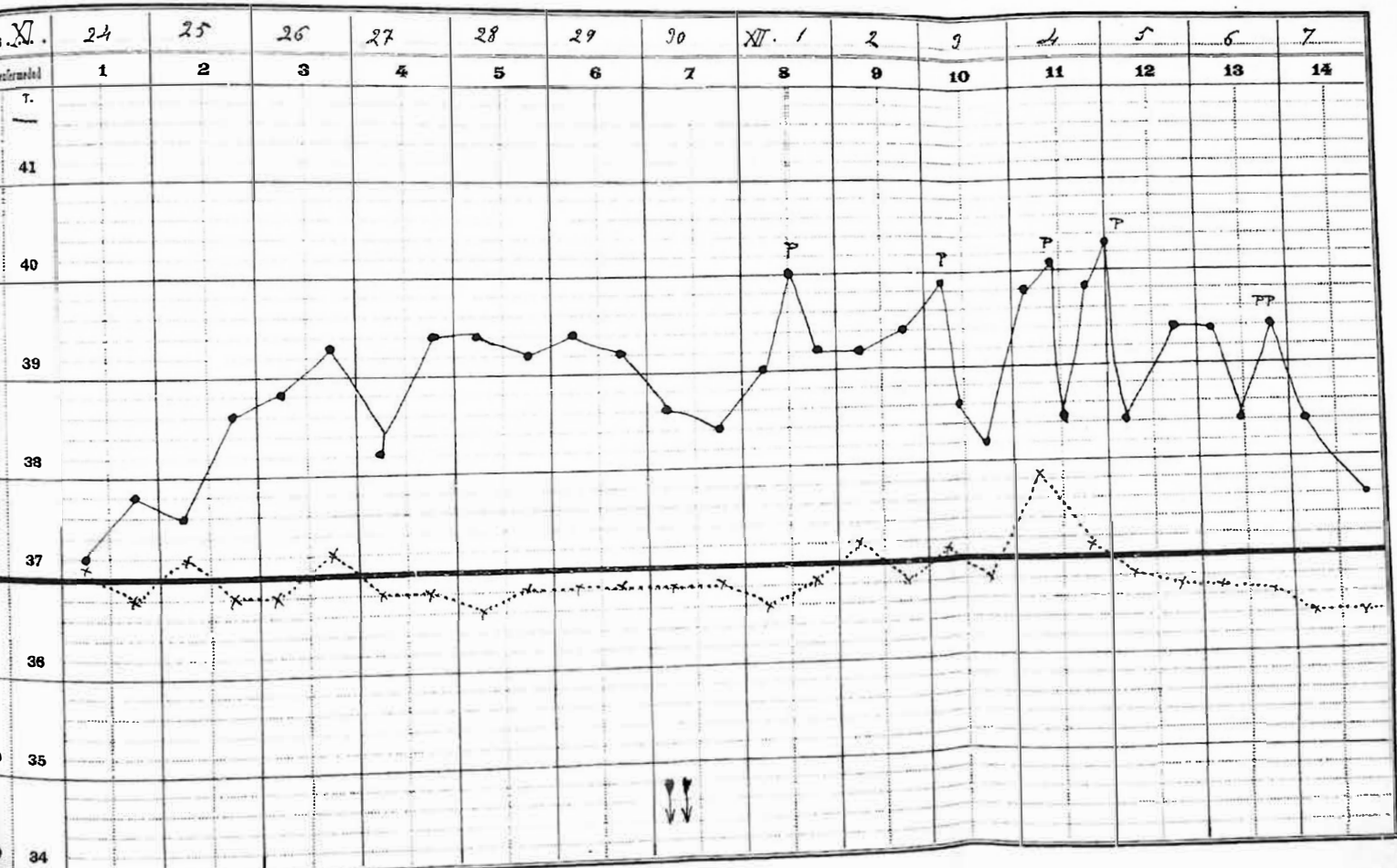
Nombre Juan Isern

DIAGNÓSTICO

OBSERVACIONES

Edad 27 años
Profesión cablero

Fiebre tifoidea



as: P... piramidal: 0.20 gms

↓ .. entoraxia

Nombre *Maria Bertrand*

Edad *11 años*

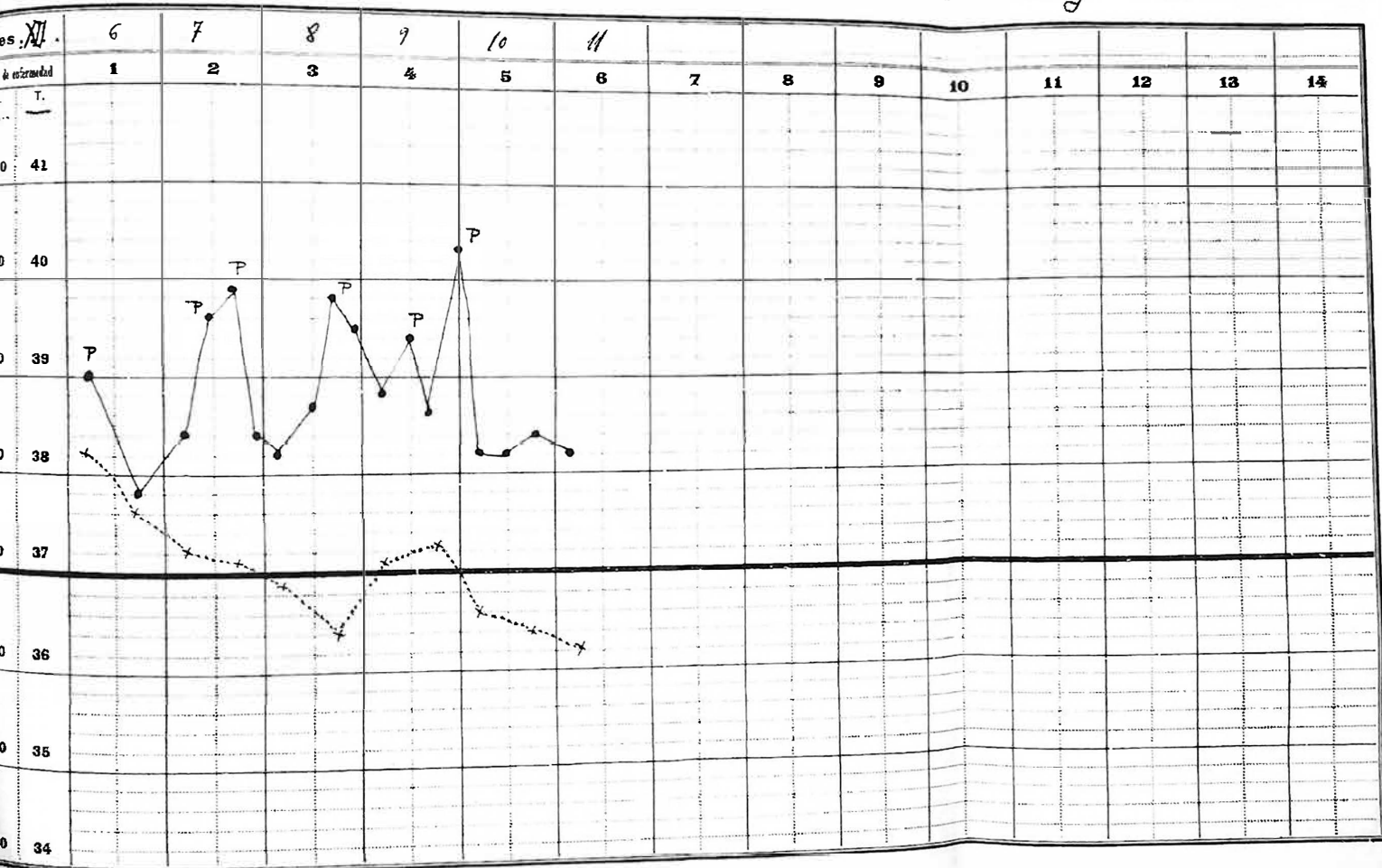
Profesión

DIAGNÓSTICO

Fiebre tifoidea

OBSERVACIONES

De esta enfermedad, aliente del Dr. T. rra Pira, no podemos seguir las observaciones ulteriores, por circunstancias de su familia



tas: *T... piramidón: 0'45 gms:*

Nombre Juan Tenor

DIAGNÓSTICO

OBSERVACIONES

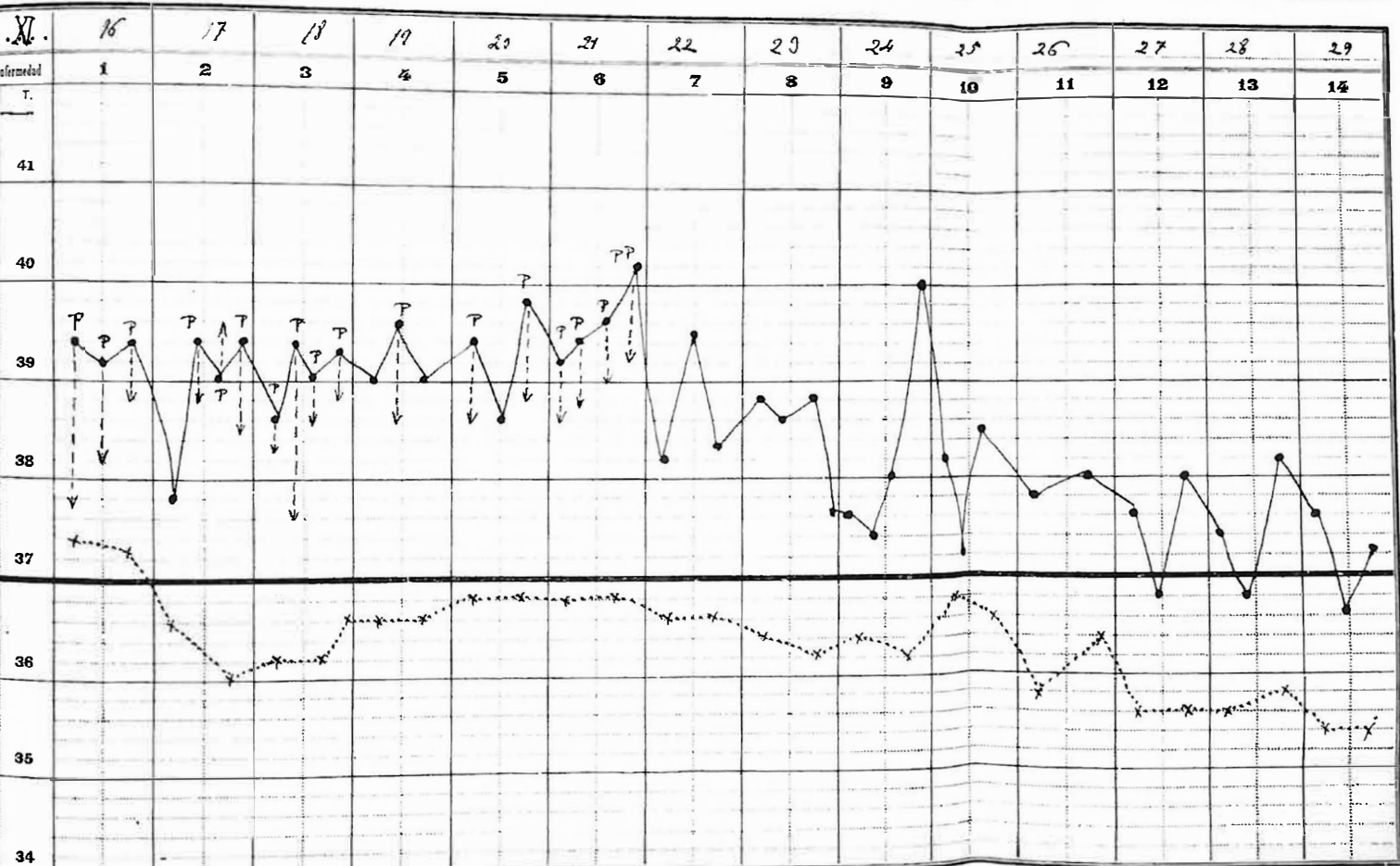
8

Edad 16 años

Fiebre tifoidea

1914

Profesión estudiante de Medicina



S: T. piramidal 0.20 grs.

Nombre Juan Ferrer

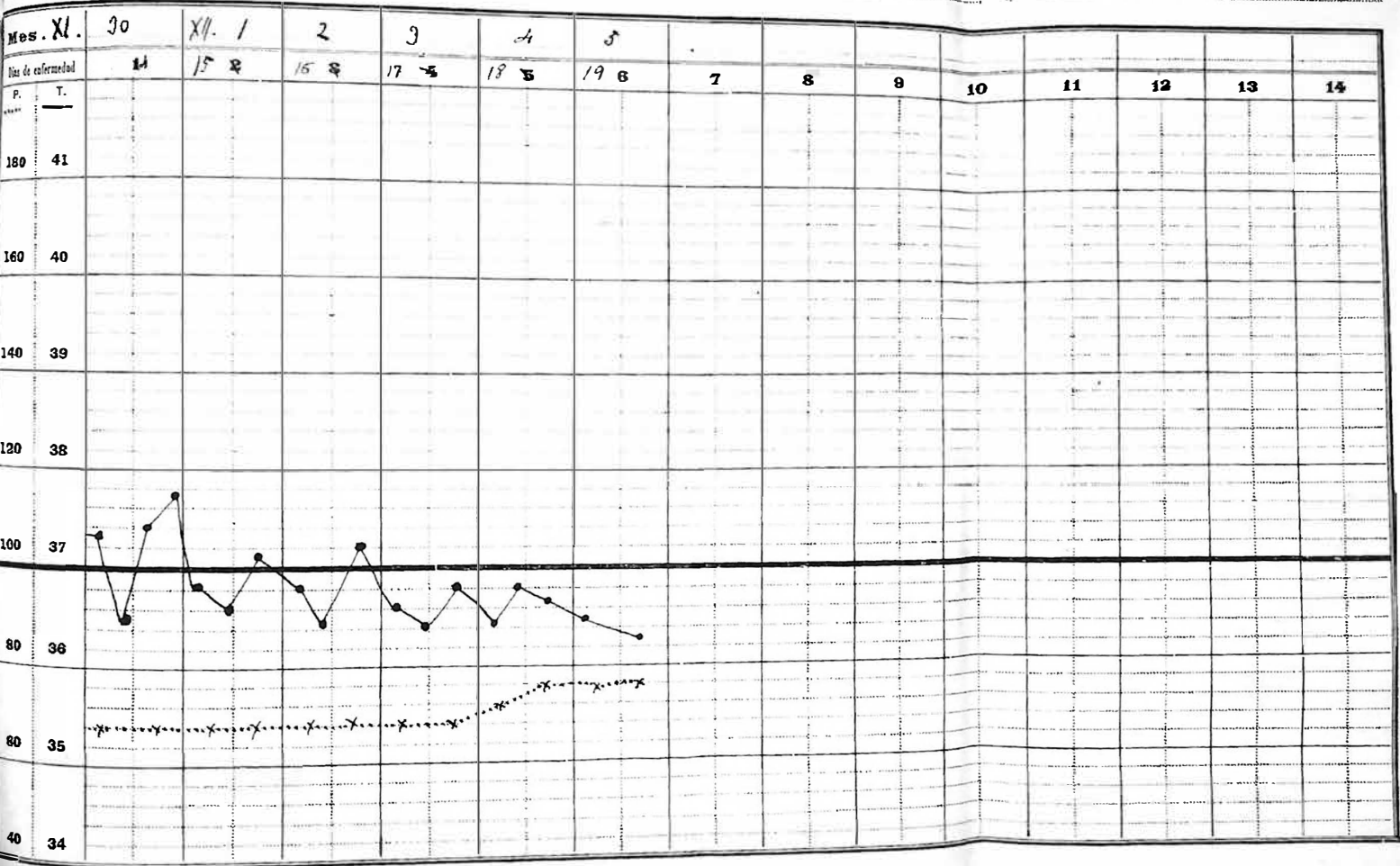
DIAGNÓSTICO

OBSERVACIONES

8-bis

Edad

Profesión



Notas:

Nombre Mercedes Tessen

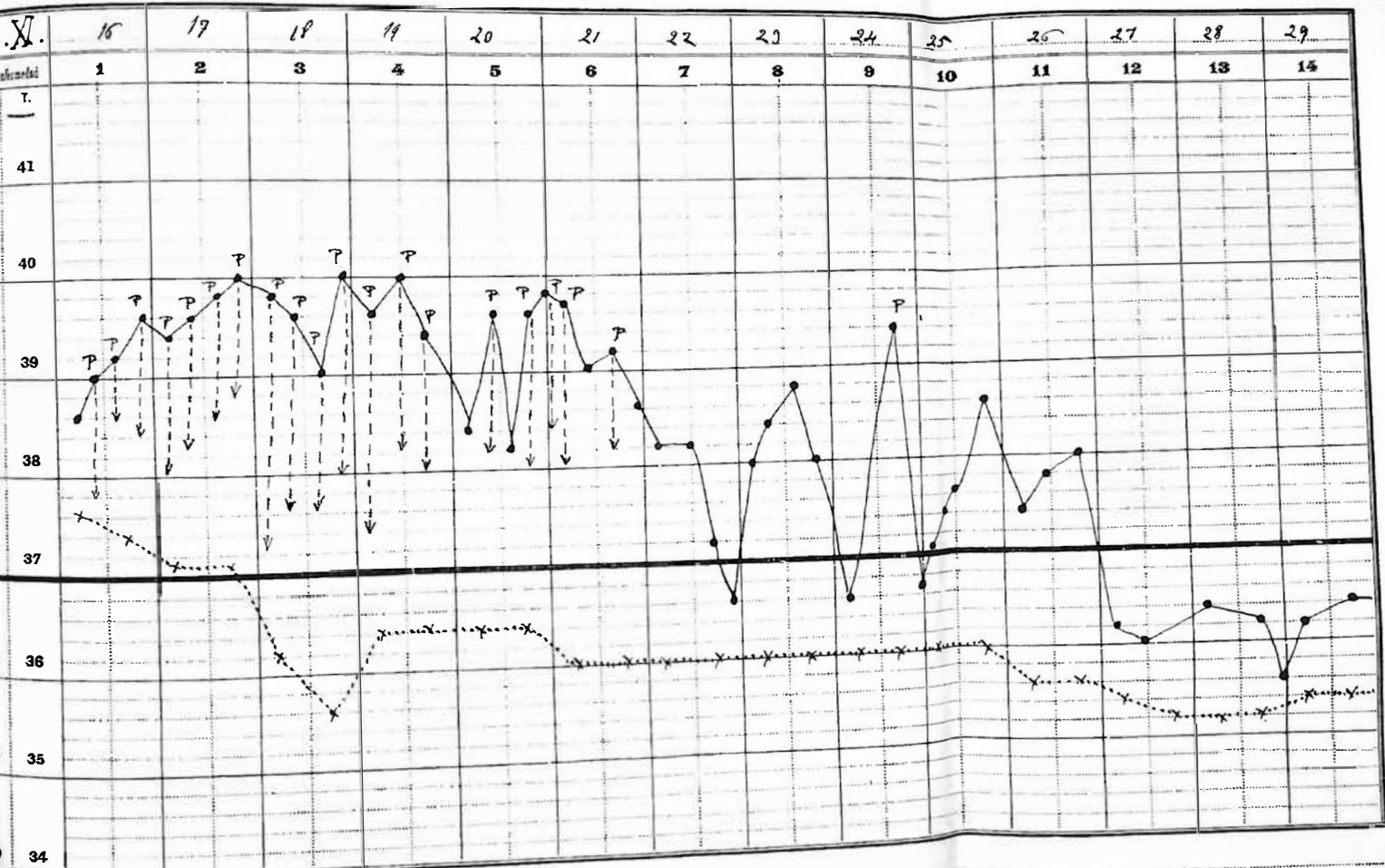
Edad 11 años

Profesión

DIAGNÓSTICO

Fiebre tifoidea

OBSERVACIONES



as: P piramidón 0.15 gms

Nombre *Sarmiento Pizzi*

Edad *18 años*

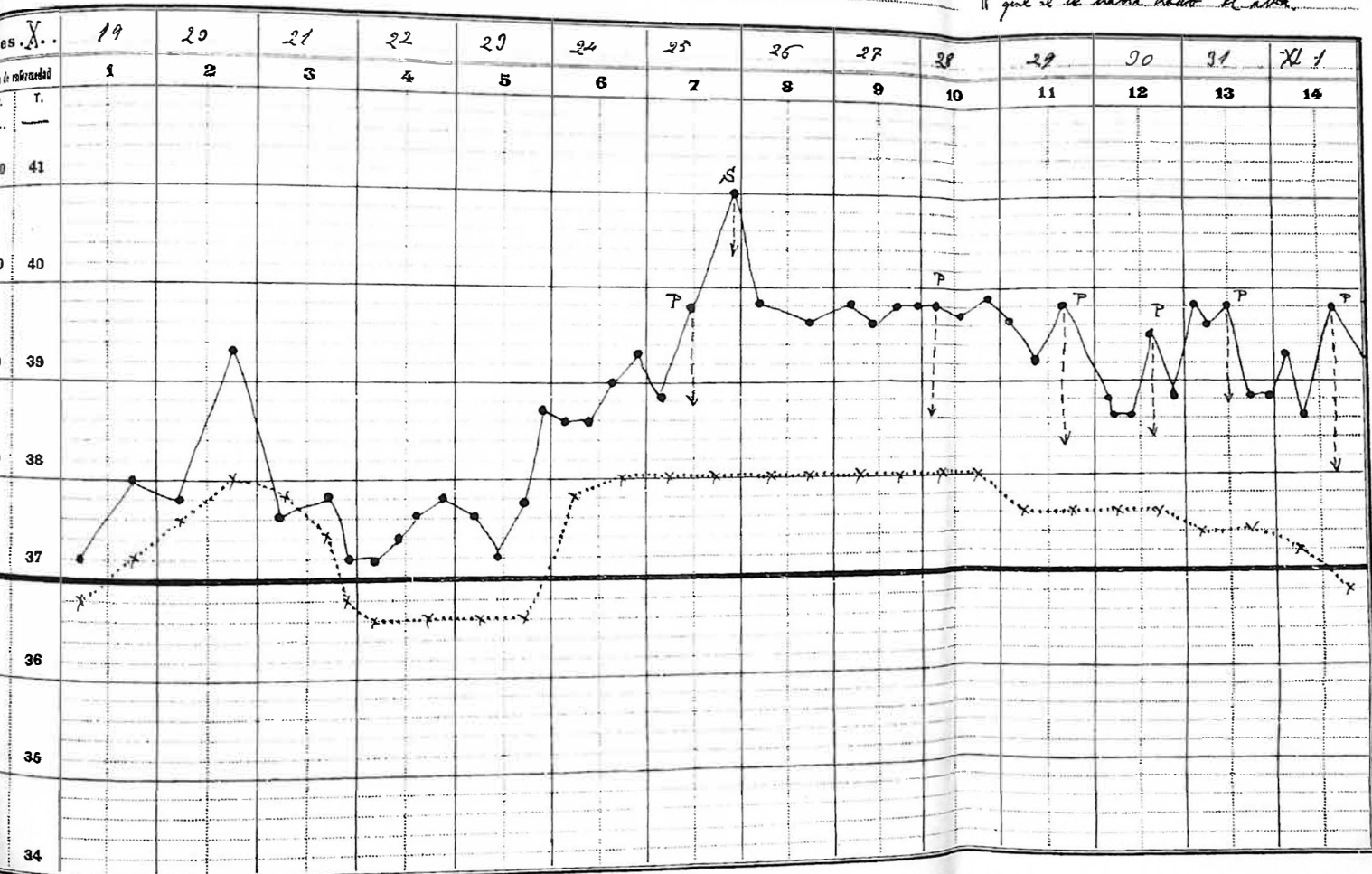
Profesión

DIAGNÓSTICO

Fiebre tifoidea

OBSERVACIONES

*Esta muestra era un antiguo tu-
berculosa pulmonar, curada en tuber-
culina Bérardet. Hacia un mes cuando
que se le había dado el alta.*



AS: P... piramidón ... 0.50 grm
S... sábana mojada

Nombre *Samuel Pizzi*

DIAGNÓSTICO

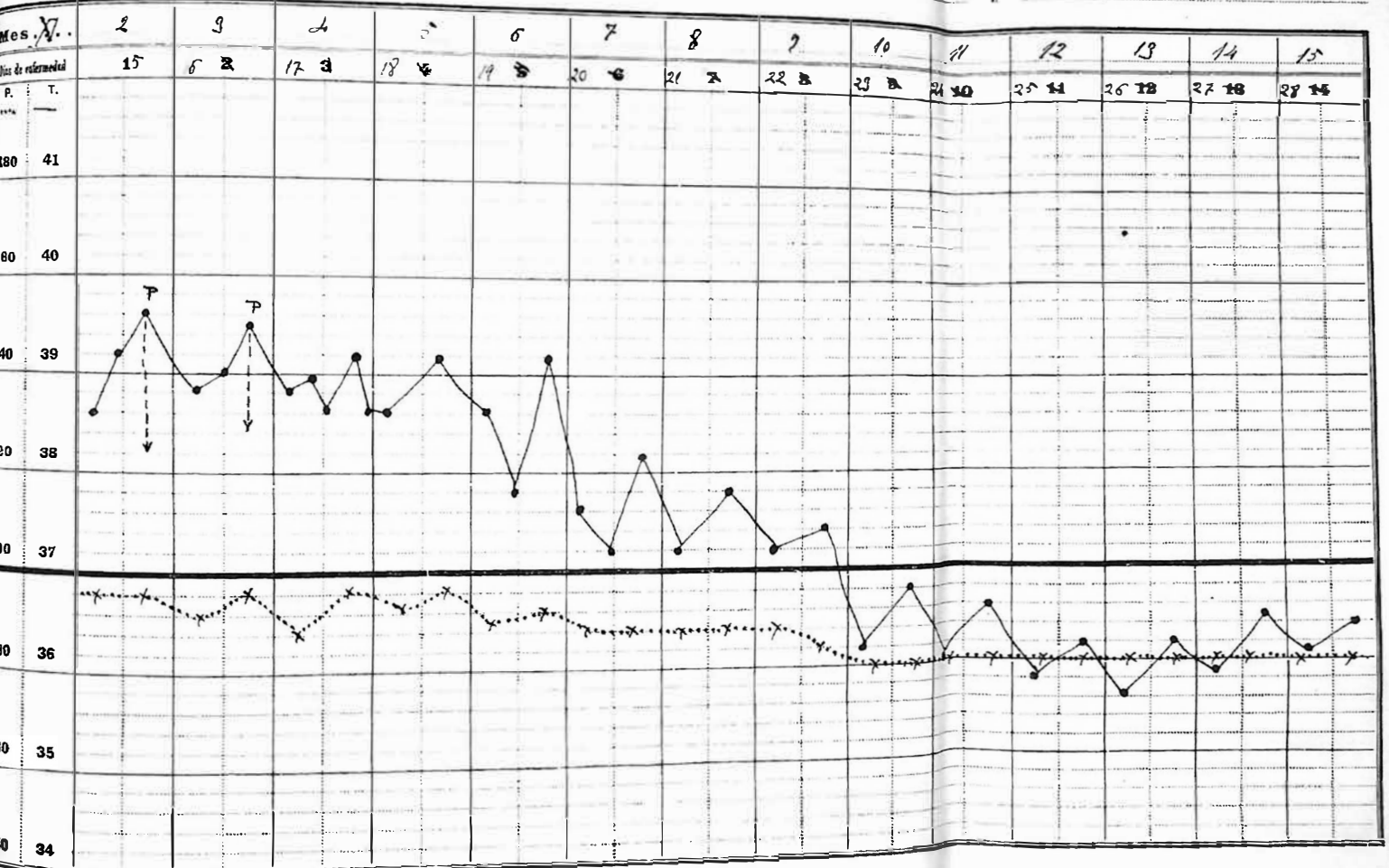
OBSERVACIONES

Edad

Profesión

10-61

1914



tas:

Nombre N. N.

DIAGNÓSTICO

OBSERVACIONES

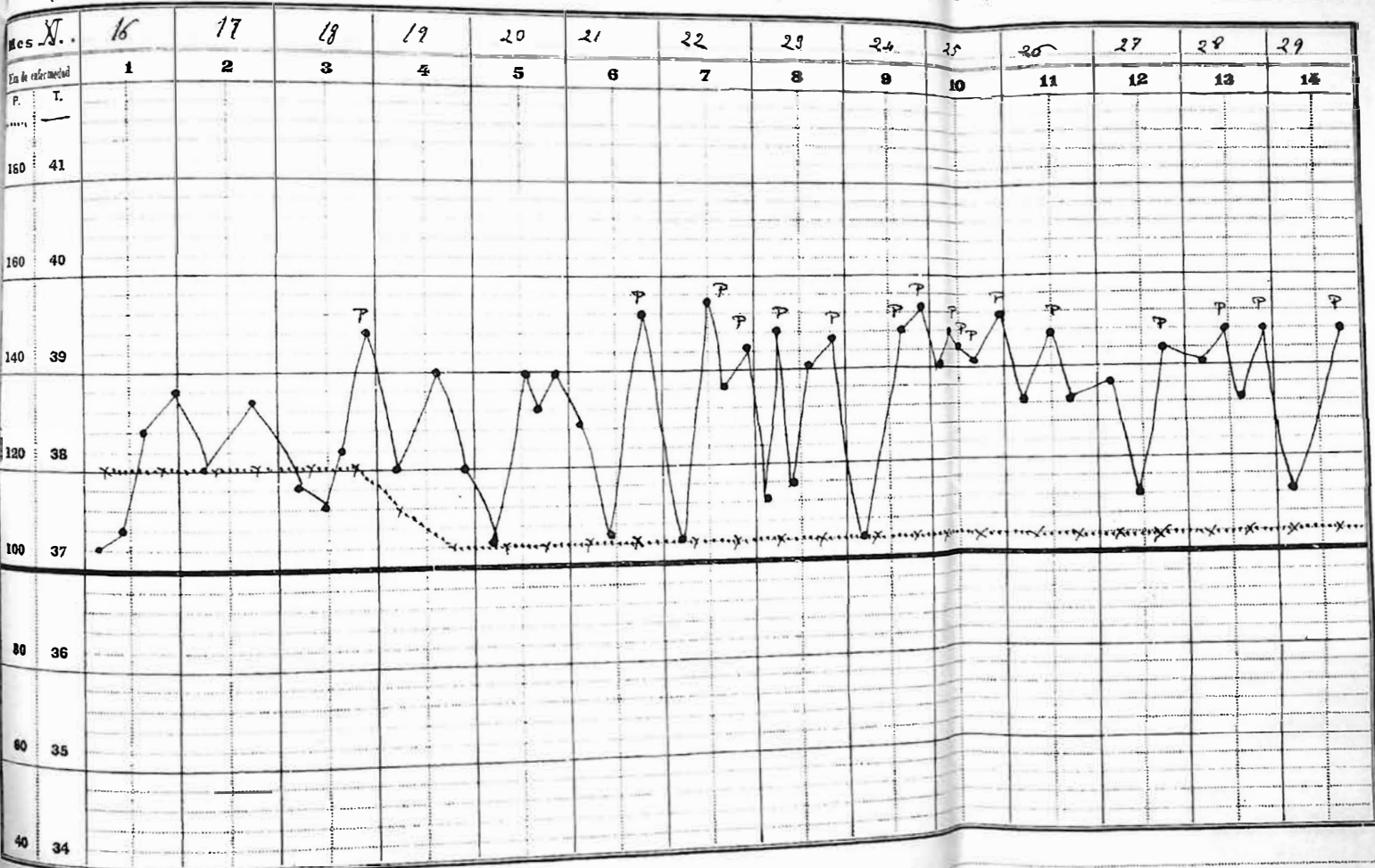
Edad _____

Profesión _____

Fiebre tifoidea

11

1914



Notas: P. piramidón: 0.20 gms.

N.º 11 bis

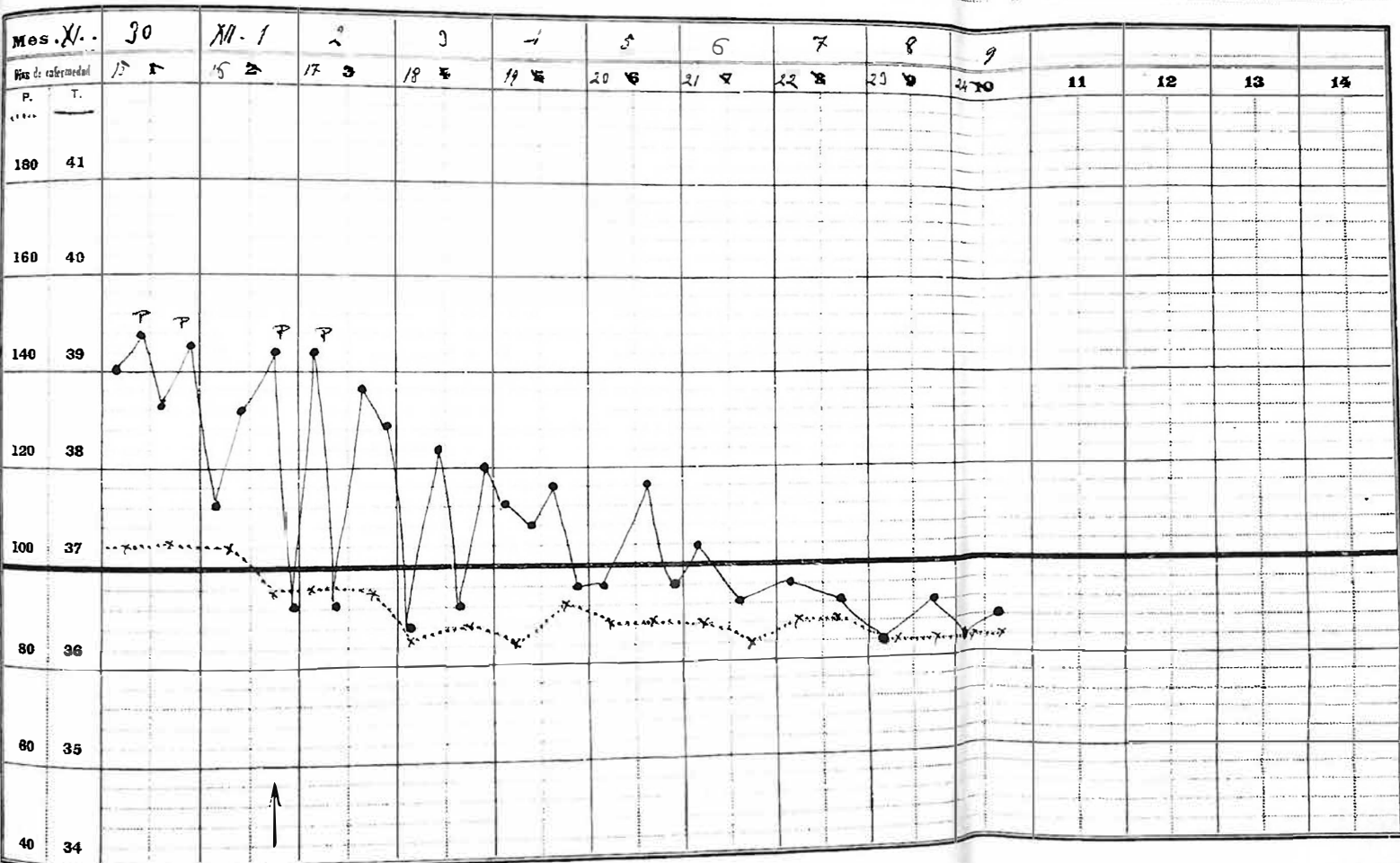
Nombre N. N.

DIAGNÓSTICO

OBSERVACIONES

Edad

Profesión



Notas: T... piramida 0.20 gms

↑
Lectura de nervio fisiológico

N.º 12

1914

Nombre *Andrea N.*

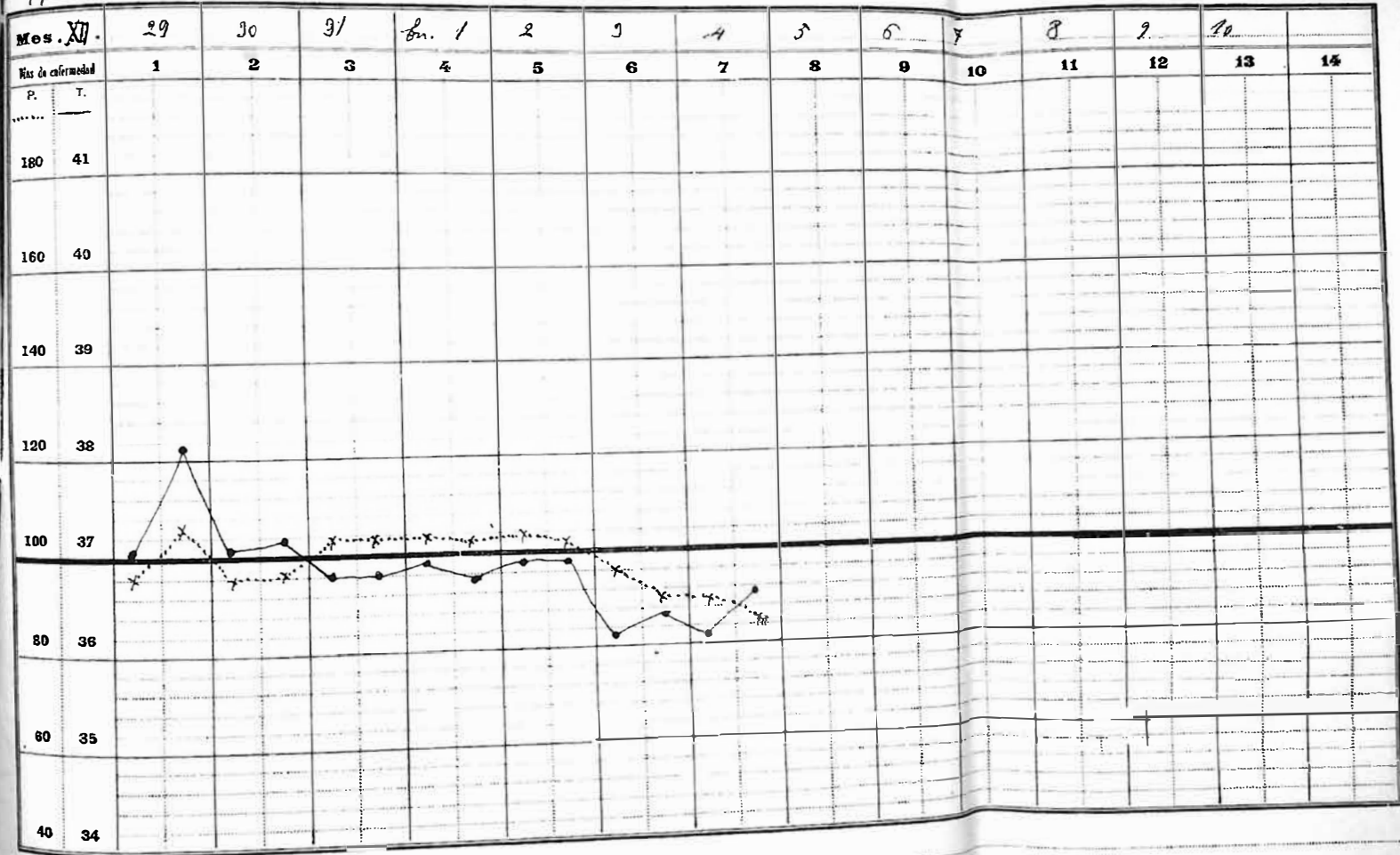
Edad *16 años*

Profesión *señorita*

DIAGNÓSTICO

Grippe

OBSERVACIONES



Notas:

Nombre *Maria de Bluet*

DIAGNÓSTICO

●BSERVACIONES

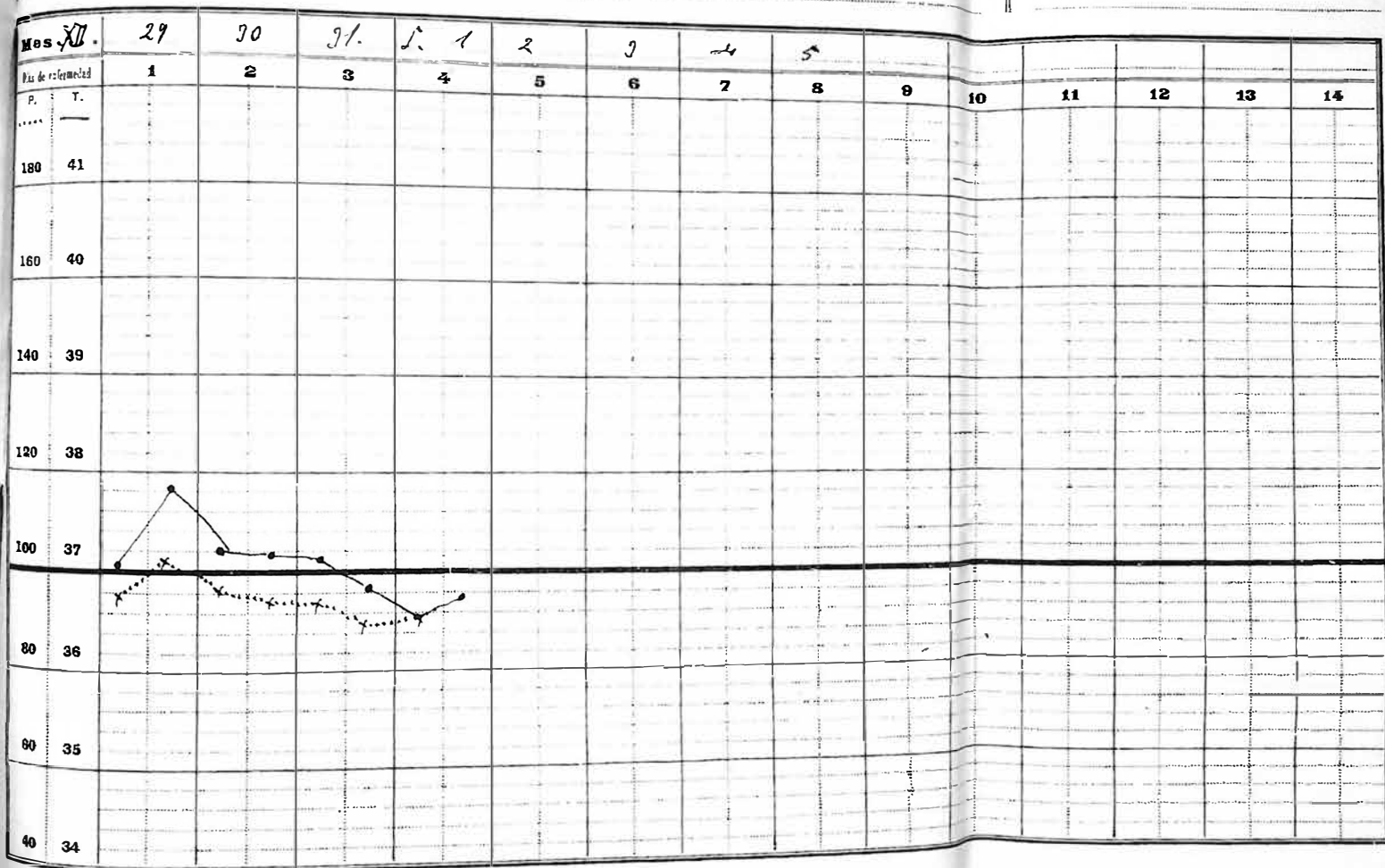
Edad *20* años

Grippe

Profesión

13

1914



Notas:

No 14
1914

Nombre *Francisca Perello Tarrera*

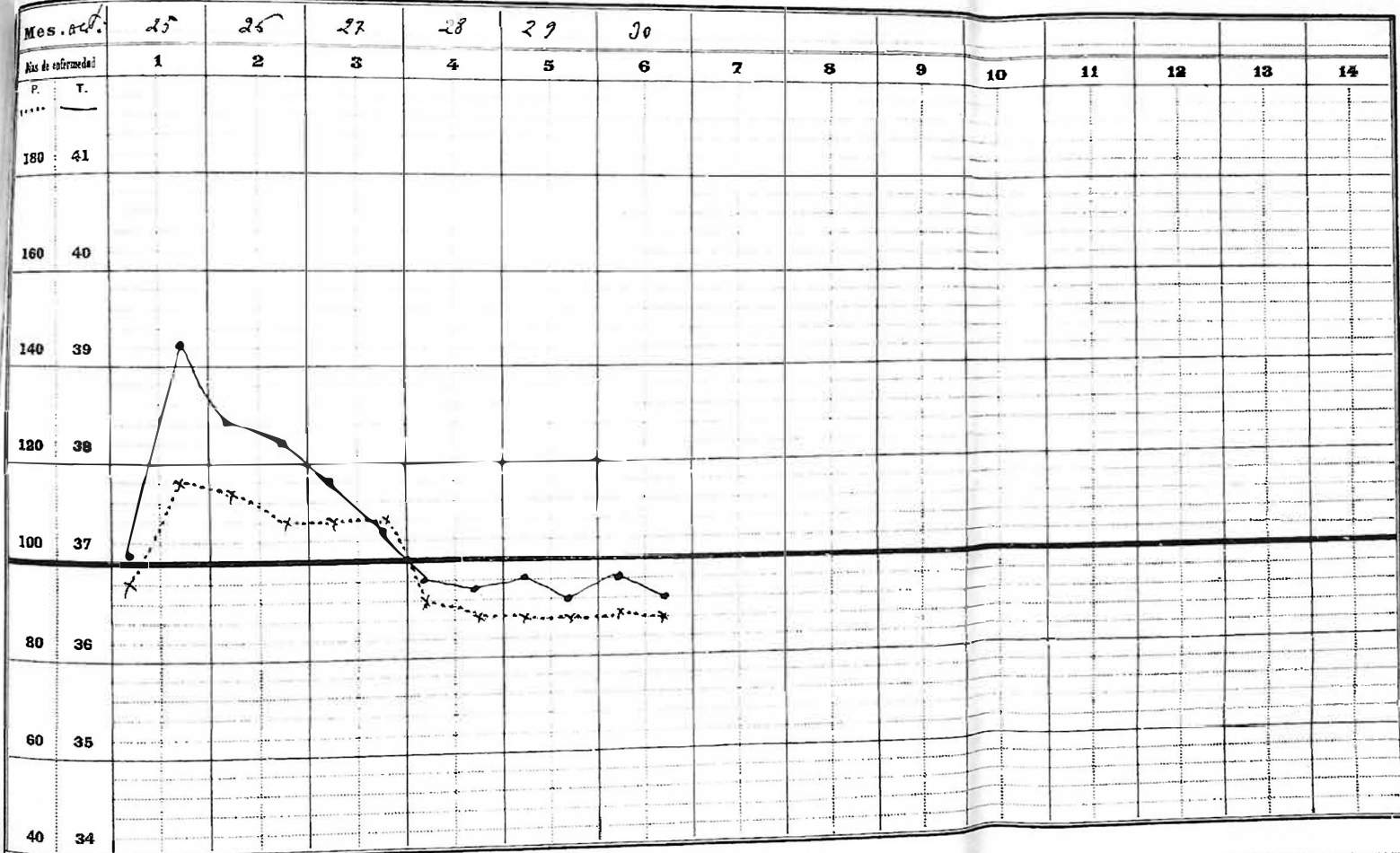
Edad *14 años*

Profesión

DIAGNÓSTICO

Bronquitis catarral

OBSERVACIONES



Notas:

Nombre *M. B.*

DIAGNÓSTICO

OBSERVACIONES

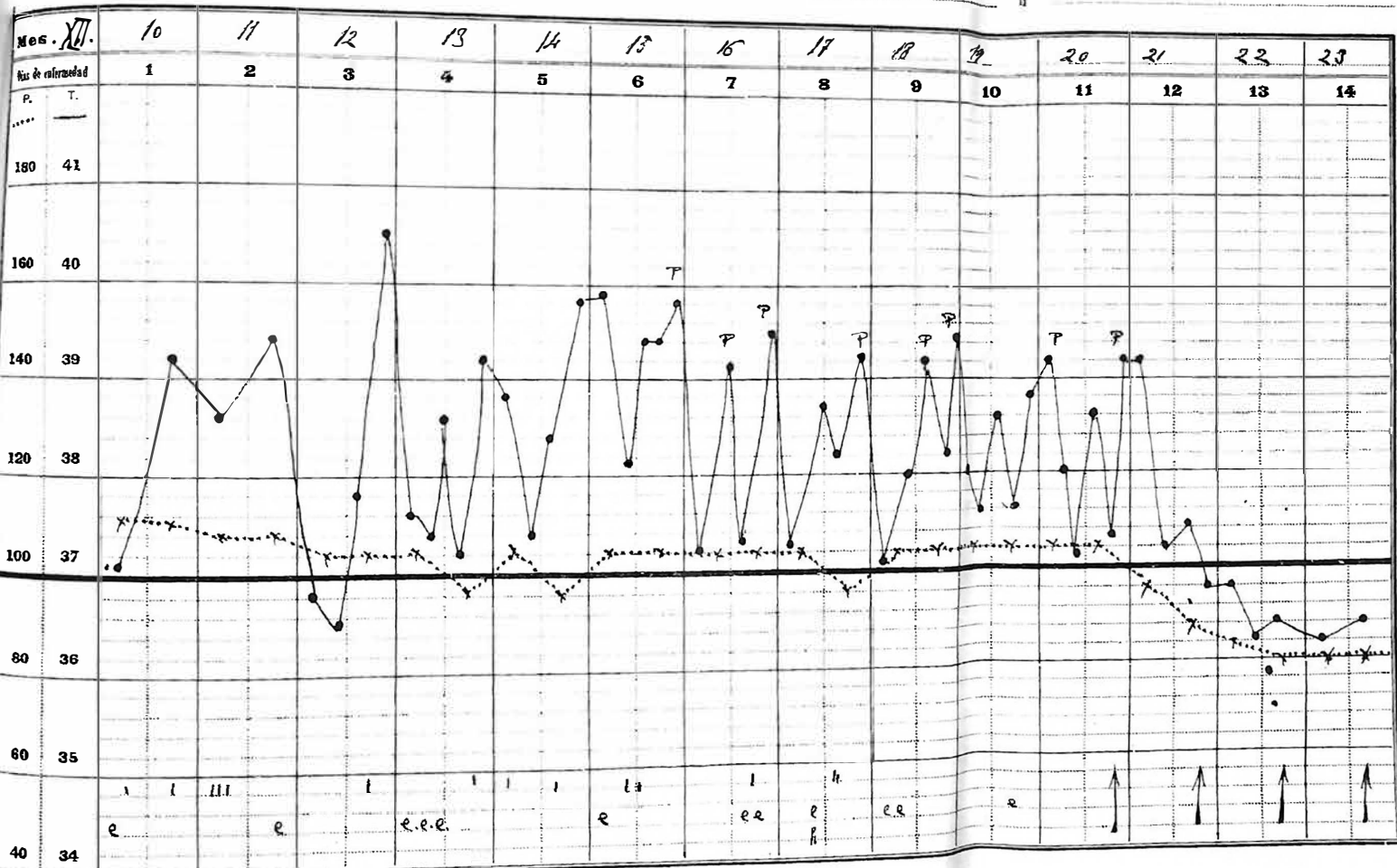
Edad *13 años*

Catarro gastro-intestinal

Profesión

Heredo-sifilis

15
1914



otas: P. *presión = 0.15. gm.*
l. vinitos biliares
e. epistaxis
h. hematemesis

↑ *inyección intravenosa de opianuro de mercurio = 5 miligramos.*

16
1914

Nombre Carmen Cartellan

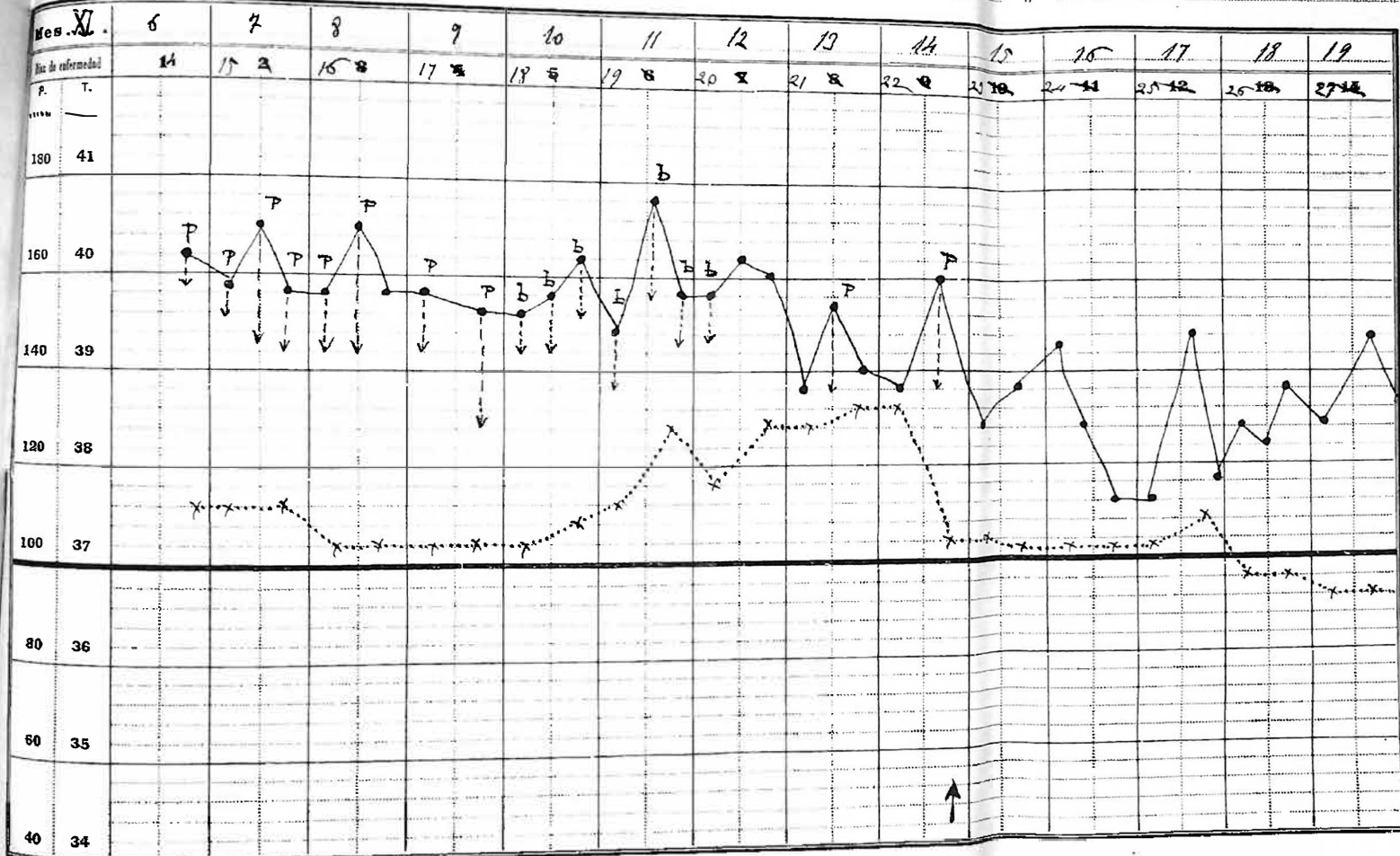
Edad 33 años

Profesión

DIAGNÓSTICO

Fiebre tifoidea

OBSERVACIONES



Notas: P piramidón = 0.20 grms.

B bario

↑ Sangría 250 grms.

Nombre José Vicente

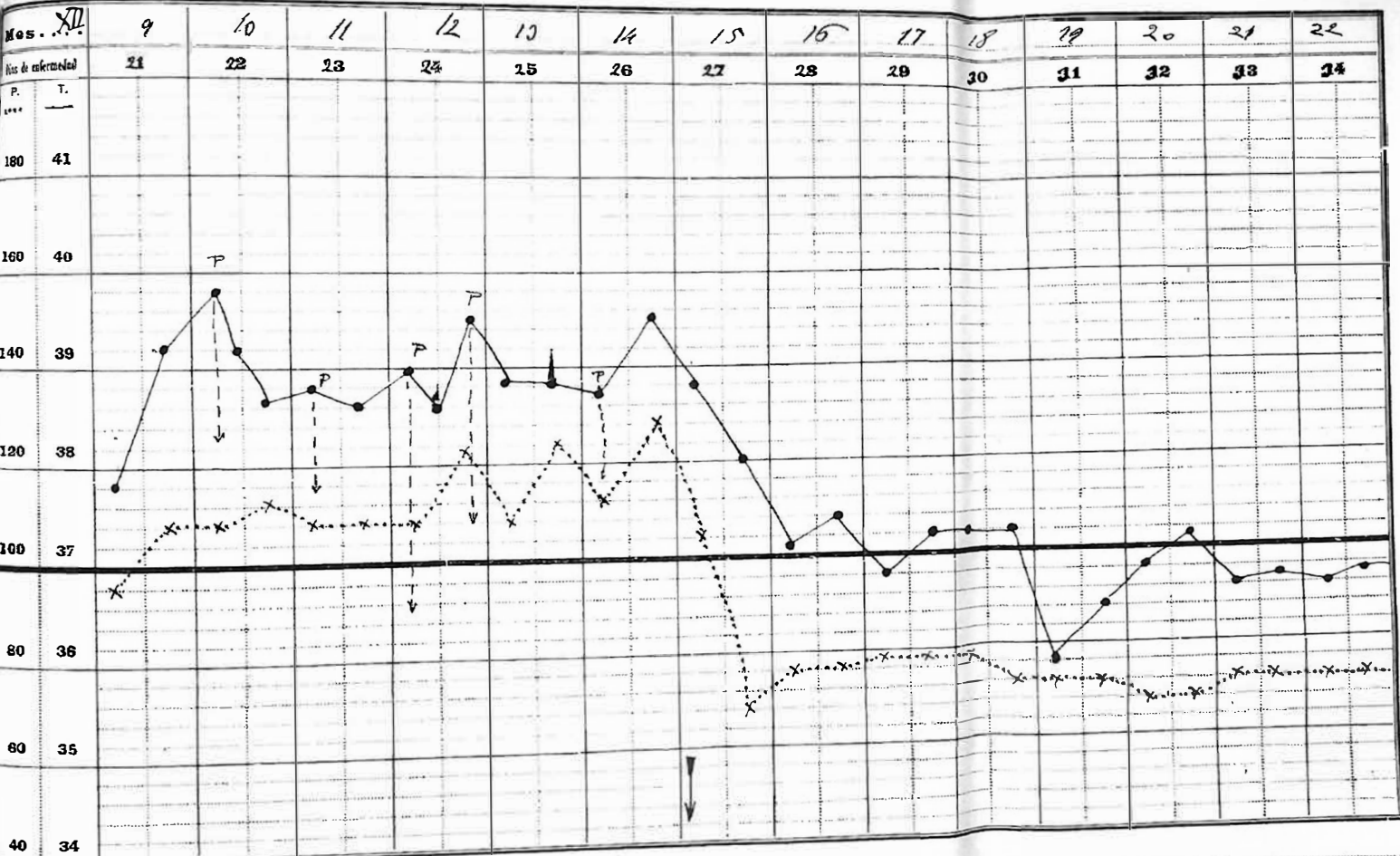
DIAGNÓSTICO

●BSERVACIONES

Edad 20 años

Fiebre tifoidea

Profesión famero



Notas: P piramidon: 0.20 gms.

↓ laugri: 2.50 gms.

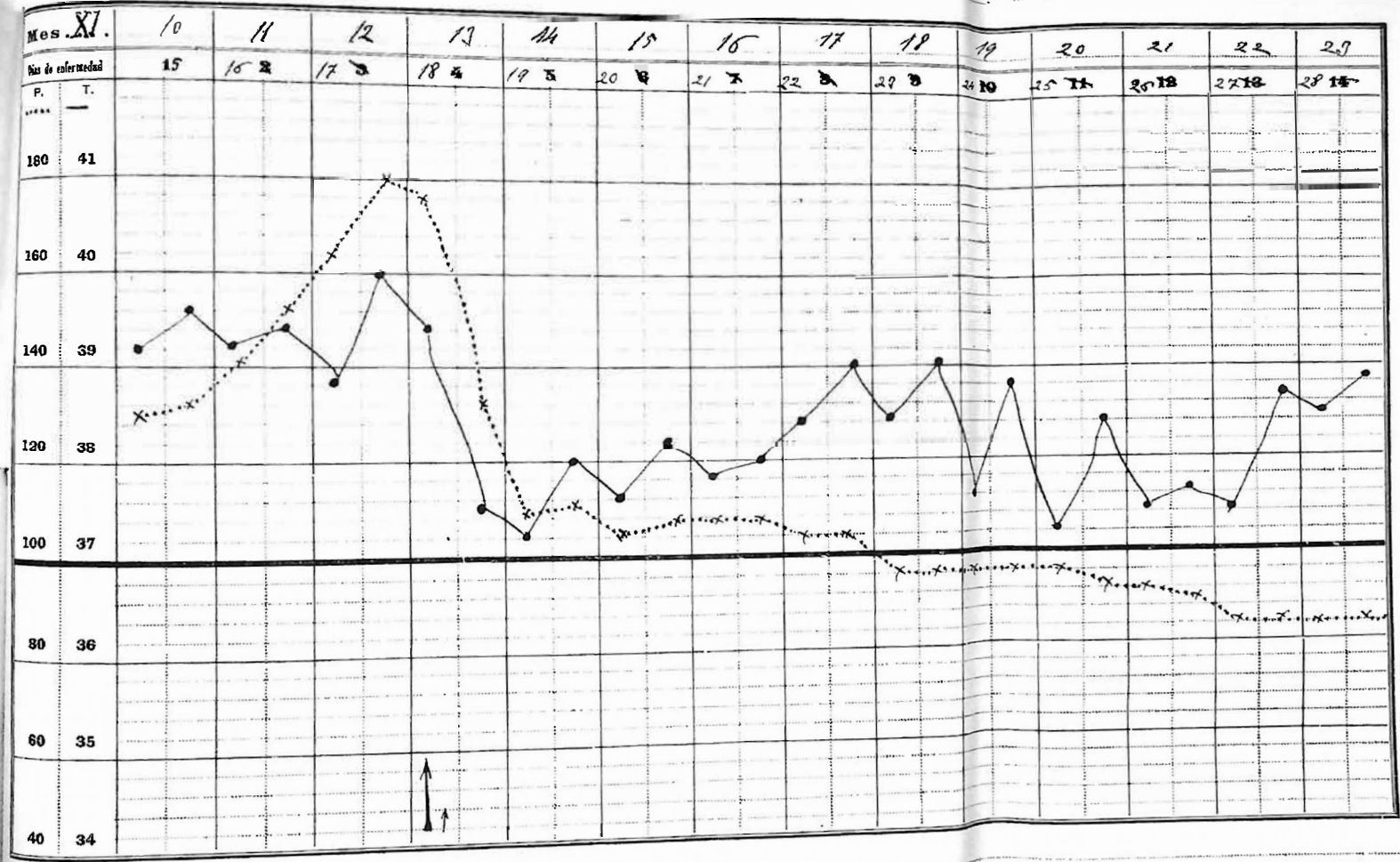
18
1914

Nombre Ignacio Palma
 Edad 21 años
 Profesión estudiante de Medicina

DIAGNÓSTICO

Fiebre tifóidea

OBSERVACIONES



Notas:
 ↑ Inyección de suero fisiológico: 1000 grs.
 ↑ Sangría: 300 grs.

19

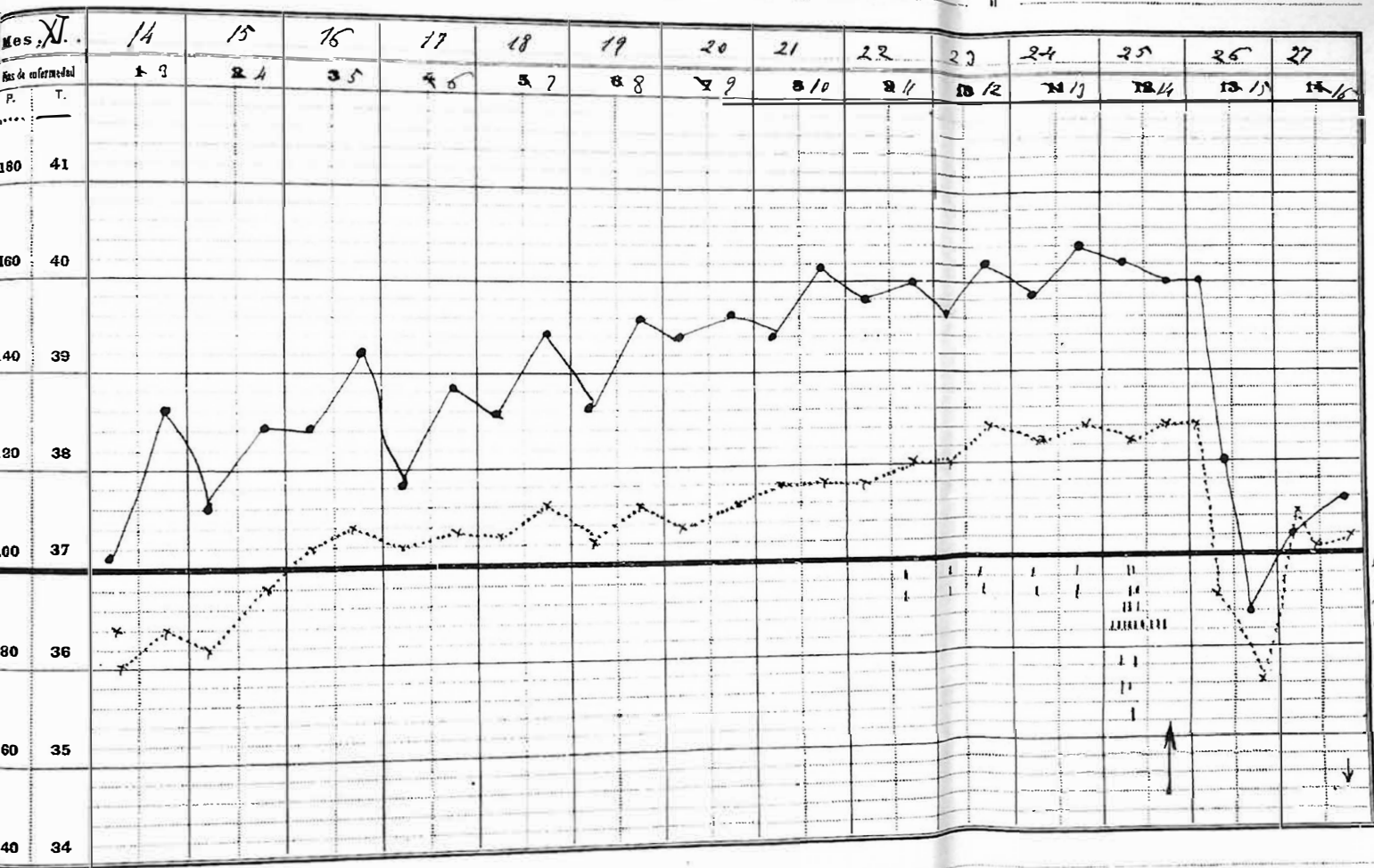
Nombre José Rogelio Molin.

DIAGNÓSTICO

OBSERVACIONES

Edad 15 años

Profesión estudiante



inyecciones
 aspirina
 cafeina
 nurofen
 aceite alcohol
 adonina 1/2
 strigina
 maso antih

Otras:

↑ inyección intramuscular de strigantina 1/2 miligramos.

↓ punción lumbar

No. 19 bis

1914

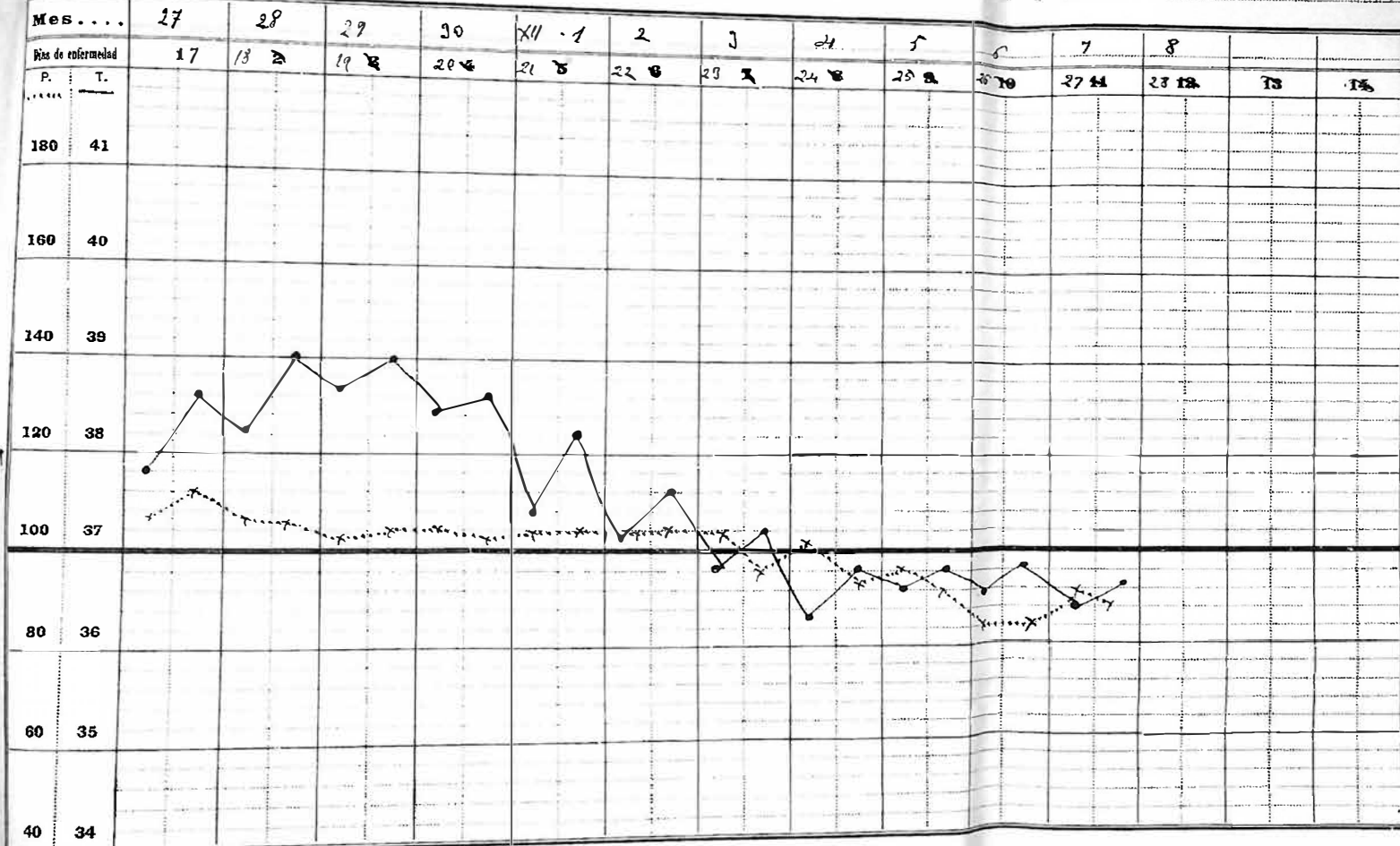
Nombre José Roguea Molino

Edad

Profesión

DIAGNÓSTICO

OBSERVACIONES



Notas:

Nombre *Pedro Cabret*

DIAGNÓSTICO

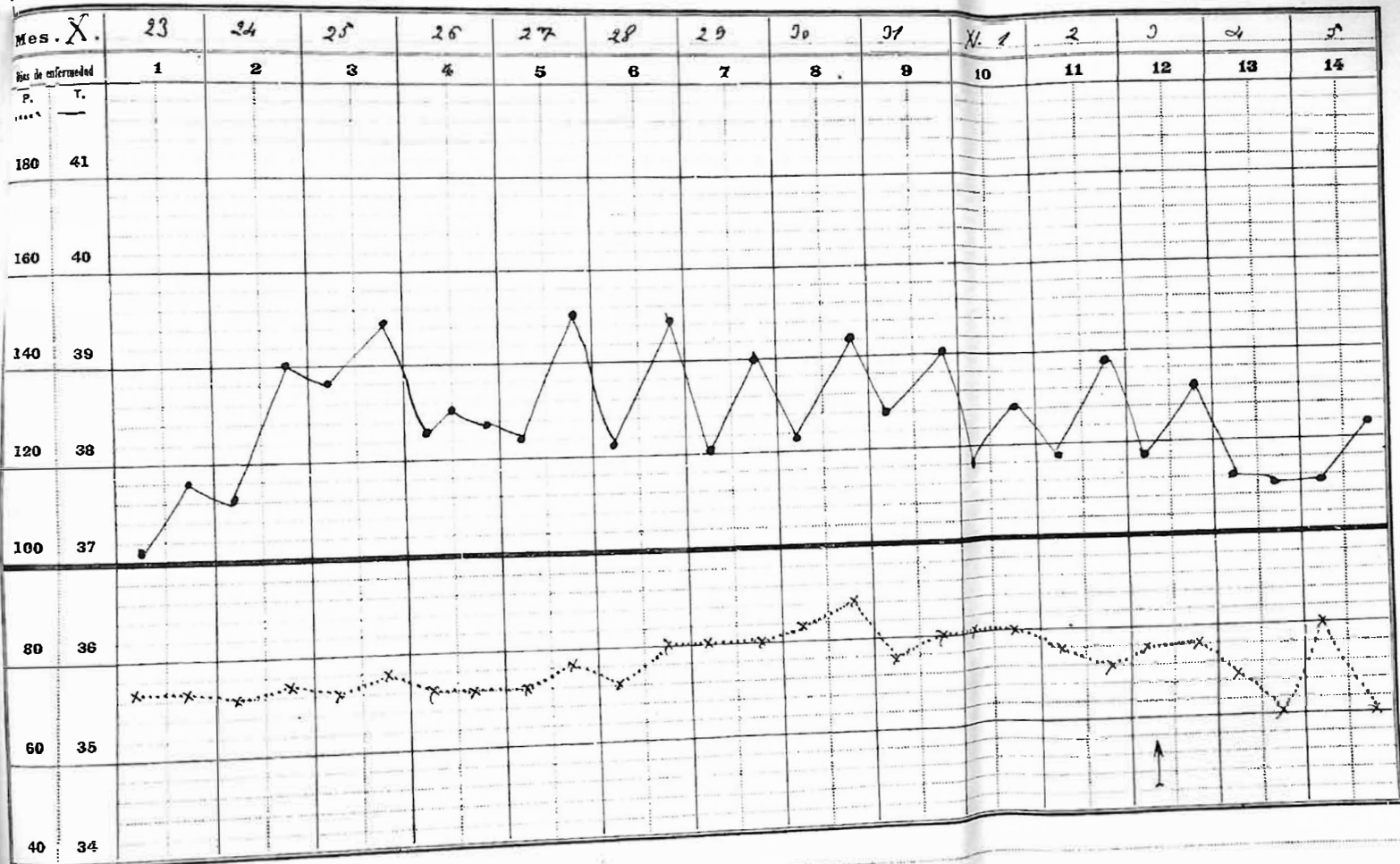
OBSERVACIONES

Edad

Fiebre tifoidea

Profesión

20
1914



Notas: *↑ Suero artificial : 500 gms.*

20 bis

1924

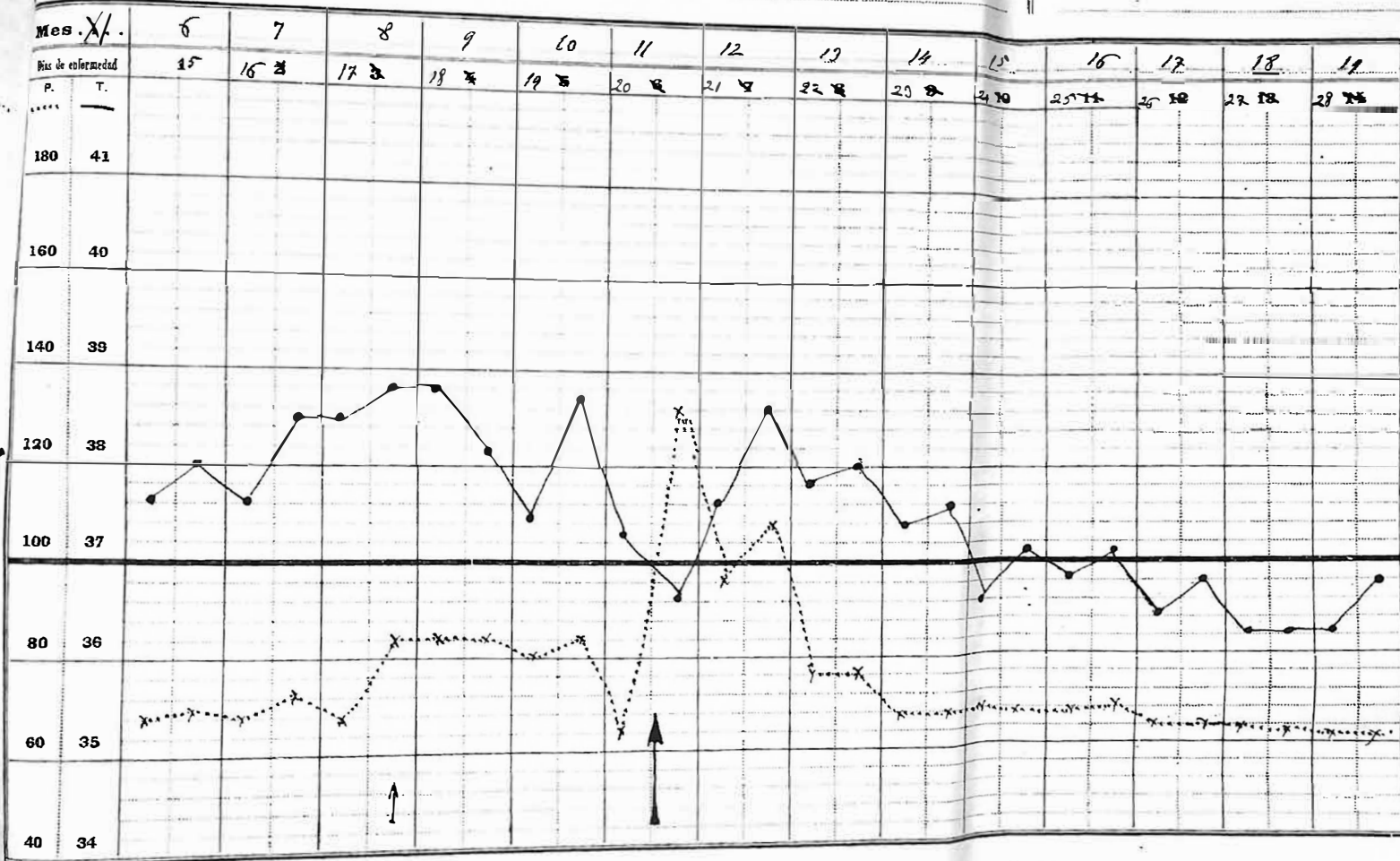
Nombre *Pedro Cabret*

Edad

Profesión

DIAGNÓSTICO

OBSERVACIONES



Notas:

↑ Suero artificial: 500 gms.

↑ Inyección endovenosa de atropina: 1/2 miligramos.

