A mi distinguido y querido Maestro Dr Leopol-
do Montes de Oca. recuerdo de su discípulo agra-
decido

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

L A

FIEBRE TIFOÍDEA

EN BUENOS AIRES

SU TRATAMIENTO

TÉSIS INAUGURAL

De José Maria ESCALIER

Ex-practicante interno, por concurso, del Hospital Nacional de Clínicas; médico agregado al servicio de enfermedades venéreas y de la piel en el mismo establecimiento.

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DUPLICATA
BUENOS AIRES

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE PABLO E. CONI, ESPECIAL PARA OBRAS

60 — CALLE ALSINA — 60

1885

902

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. PEDRO A. PARDO

ACADÉMICOS

Dr. D. NICANOR ALBARELLOS
» » MANUEL P. DE PERALTA
» » MAURICIO G. CATAN
» » CLETO AGUIRRE
» » PEDRO A. PARDO
» » MANUEL ARAUZ
» » LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » EDUARDO WILDE
» » PEDRO A. MATTOS
» » JOSÉ T. BACA
» » DOMINGO PARODI
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » IGNACIO PIROVANO
» » PEDRO MALLO
» » GUILLERMO RAWSON
» » MARTIN SPUCH
» » FRANCISCO A. TAMINI
» » JOSÉ M. ASTIGUETA
» » JACOB DE TEZANOS PINTO
» » MANUEL BLANCAS
» » ANTONIO F. CRESPO
» » BARTOLOMÉ NOVARO

SECRETARIO

Dr. D. LUIS DE LA CÁRCOVA

ESCUELA DE MEDICINA

CATEDRÁTICOS

Anatomía descriptiva y topográfica...	Dr. D.	Mauricio Gonzalez Catan.
Histolojía y Anatomía Patolójica	»	Francisco A. Tamini.
Fisiolojía jeneral y humana	»	José M. Astigueta.
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos .	»	José T. Baca.
Materia Médica y Terapéutica.....	»	Pedro A. Mattos.
Higiene pública y privada	»	Antonio F. Crespo.
Patolojía esterna.....	»	Leopoldo Montes de Oca.
Medicina operatoria	»	Bartolomé Novaro.
Enfermedades de mujeres y clínica respectiva.....	»	Jacob de T. Pinto.
Patolojía interna.....	»	Manuel Arauz.
Clínica Quirúrjica.....	»	Ignacio Pirovano.
Oftalmolojía y Clínica respectiva	»	Cleto Aguirre.
Enfermedades de niños y clínica respectiva,.....	»	Manuel Blancas.
Clínica Médica.....	»	Manuel P. de Peralta.
Medicina legal y Toxicolojía.....	»	Eduardo Wilde.
Obstetricia y Clínica respectiva.....	»	Pedro A. Pardo.
Farmacia y práctica farmacéutica.....	»	Martin Spuch.
Química farmacéutica.....	»	Domingo Parodi.

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica...	Dr. D.	Juan J. Naon.
Histolojía y Anatomía Patolójica	»	(Vacante).
Fisiolojía jeneral y humana.....	»	Cárlos Villar (en ejercicio)
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos..	»	Claudio Benitez. Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica.....	»	Enrique del Arca. Justiniano Ledesma.
Higiene pública y privada.....	»	Meliton G. del Solar. José M. Ramos Mejia.
Patolojía esterna.....	»	Guillermo Udaondo.
Medicina operatoria.....	»	Julian Aguilar.
Patolojía interna.....	»	José Penna. Inocencio Torino.
Clínica Quirúrjica.....	»	(Vacante).
Oftalmolojía y Clínica respectiva	»	Pedro Lagleyse. Eduardo Obejero.
Clínica Médica.....	»	Juan B. Gil. Eufemio Uballes.
Medicina legal y Toxicolojía.....	»	Eduardo Perez (en ejercicio)
Obstetricia y Clínica respectiva.....	»	J. R. Fernandez. Luis F. Vila.
Farmacia y práctica farmacéutica.....	»	Atanasio Quiroga.
Química farmacéutica.....	»	Miguel Puiggari (en ejercicio).
Enfermedades de niños y su clínica ..	»	Facundo Larguia. Antonio Piñero.
Enfermedades de mujeres y su clínica.	»	(Vacante).

PRESIDENTE DE TÉSIS

DOCTOR MANUEL P. DE PERALTA

A MIS PADRES

Á MIS HERMANOS

Señor Presidente:

Señores Académicos:

Al subir á esta tribuna quisiera traeros algo digno de vuestra consideracion, algo que responda á la íntima satisfaccion que esperimento, al poder llamarme médico de la Facultad de la Capital de la República Arjentina, y que merezca ser oido del mismo lugar de donde hablaron tantos que han ilustrado la ciencia y la escuela, y de donde hablará aun la generacion que ha de hacer de ella la primera en nuestra América.

Desgraciadamente nuestra ciencia es tan vasta, que aun con una consagracion esforzada, despues de seis años de estudios, apenas si podemos abrazar la magestad del conjunto, sin penetrar en los secretos que la observacion reserva á los maestros encanecidos en su práctica.

Encadenada mi aspiracion por esta conviccion, he pensado que no podia hacer otra cosa que escuela de observacion, aproximando los casos que he podido estudiar, á la esperiencia de los maestros, que mas me

han seducido por la lógica de sus raciocinios y sobre todo, por la exactitud de sus vistas clínicas.

En los tres años de mi internado, numerosas han sido las cuestiones que han pasado por mi observacion. ¿Cuál elejir?

Habia pensado en el antagonismo entre la atropina y la pilocarpina, y aun anotado observaciones interesantísimas; pero la rapidez del desenvolvimiento científico en esta materia, y mi alejamiento de la sala adecuada á estos estudios, le quitaron el interés y el incentivo al tema.

Los resultados obtenidos en el tratamiento de viejos catarros bronquiales y neumonias terminadas por supuracion, por la ipecacuana administrada, segun la fórmula de Deliou de Savignac, en dósis de 4, 5 y 6 gramos asociada al ópio que la hace perfectamente tolerable, me habia tambien preocupado; pero aun no tengo sinó tres casos que creo curados y algunos en observacion que parecen seguir el mismo camino.

Pensé por último en la fiebre tifoídea localizada, y con desarrollo creciente entre nosotros; con una mortalidad caprichosa, con una evolucion indiferente aun para los tratamientos mas enérgicos; con resultados funestos en medio de constituciones vigorosas, pensé digo estudiarla, teniendo por base las ideas que voy á enunciar.

La fiebre tifoídea, como muy bien lo ha dicho un autor, es un tumulto mórbido, en el que es difícil fijar la parte que toca á la causa principal y á los numerosos

elementos que comparten con ella en esta escena patológica.

El dia que podamos determinar con rigor la causa, seguirla en medio de sus decoraciones; conocer el terreno en que actúa, los enemigos y los auxiliares con que cuenta; distinguir las que son fuerzas orgánicas y fuerzas de la enfermedad: ese dia habremos dominado el tumulto y organizado la defensa.

Pienso que la anarquía en los tratamientos, nace de la idea dominante, que hace ver en la fiebre el enemigo principal, muchas veces el único, y hé aquí que la preocupacion fundamental sea dominarla.

La fiebre, es la espresion de la lucha entre el organismo y el principio mórbido, su energía es la medida de esta lucha, y combatirla me parece atacar á la vez al organismo, quitándole su fuerza de reaccion y al principio mórbido, sin conseguir estinguirlo, porque éste se rehace y germina con fuerza increible.

La aspiracion suprema sería encontrar un agente terapéutico, que poniéndose en contacto íntimo con el bacilus tífico, lo aniquilara en el seno de nuestros tejidos, como parece hacerlo la quinina con el microbio de la intermitente. Esto no se ha conseguido hasta ahora, pero todas las tentativas deben ser alentadas.

¿No podemos combatir el bacilus? Demos entonces fuerza al organismo, evitando debilitarlo.

En su localizacion patológica, la fiebre tifoídea produce lesiones intestinales, y focos de bacilus; tratemos de modificar las lesiones para impedir descomposicio-

nes, en puntos de tan fácil absorcion, y atacar directamente los micro-organismos, para por uno y otro medio evitar las auto-infecciones.

Al dar fuerzas al organismo y al atacar las lesiones intestinales, no olvidemos el estado de las vías digestivas, que como muy bien lo dice nuestro distinguido maestro el Doctor Peralta, no son una retorta y hay en esta enfermedad, mas que en ninguna otra, que tenerlas en séria cuenta.

Despues de estos puntos capitales, sigamos á la enfermedad en sus múltiples manifestaciones, y cuando ataque un órgano ó comprometa una funcion, acudamos en defensa del órgano ó de la funcion.

Bajo estos puntos de vista he querido estudiar la endemia reinante, analizar sus caractéres, su tipo, su fuerza, seguirla en sus fuentes, recojer en nuestros hospitales la esperiencia y las decepciones adquiridas, y buscar una mas sólida y amplia base para nuestras vistas respecto del tratamiento de la enfermedad.

Señor Presidente:

Señores Académicos:

He terminado mi carrera de estudiante y á su recuerdo grato irá eternamente unido vuestro nombre. Termino mi internado, esta pájina íntima de mi vida, y á su cabeza no dejarán jamás de figurar los nombres de los Dres. Peralta, Pirovano, Gonzalez del Solar y Montes de Oca, mis gefes en el servicio, á quienes debo no solo ciencia, sinó amistad.

I

HISTORIA Y ETIOLOJÍA

El estudio de las endemias preocupa hoy preferentemente á los pueblos que velan con mayor celo por sus intereses, y que han llegado á comprender que el conocimiento riguroso de la naturaleza íntima de ellas, es la vía cierta por la que se llega á economizar el tributo de agitaciones, cuando no de vidas, que nos impone su residencia entre nosotros.

Saber las condiciones de su existencia, sus medios de acrecentamiento, los elementos que le dan vida, y los que le traen la muerte, es colocarse en condiciones ventajosas para combatirlas. A este resultado nos conducen los conocimientos adquiridos tras una gestacion de siglos y que todos los dias sufren una elaboracion nueva en el terreno de la observacion, que se modifica con arreglo á las variantes que le imprime la naturaleza del suelo.

La raza sajona que marcha á la cabeza de las investigaciones etiológicas, dándoles el giro de su espíritu esencialmente práctico, ha dicho: las endemias son el resultado de algo anormal que existe en el suelo, el agua ó el aire: necesitamos pues, aire, agua y suelo puros, y la cuestion encaminada por estos rumbos, va á atacar el mal en su cuna, dando una sólida base á las investigaciones y levantando un altar á las esperanzas.

Hemos llegado á estos resultados, despues de un progreso que marchaba envuelto en errores, luchando con preocupaciones y formando su arsenal con el botin adquirido en estas campañas; porque si Hipócrates con su intuicion admirable, pudo enunciar todo lo que el análisis riguroso confirma hoy, y Galeno no desconoció la enfermedad; la idea de su unidad se inicia con Fracastor, y la de su localizacion intestinal con Spigel, Baillou, y en términos esplícitos recien mas tarde por Baglive, que la designa con el nombre de fiebre entérica y que Strother el primero estudia en 1727, bajo una forma clínica. El siglo XVIII es poco fecundo y cuando mas, se afirman los hechos enunciados, y se empieza en Inglaterra á establecer distinciones entre el tífus y la fiebre entérica.

Esta enfermedad no podia escapar á la influencia de las escuelas; así la anátomo-patológica de Prost en 1804, de Broussais y Cruveilhier mas tarde, ilumina con luz vivísima la cuestion estudiándola bajo el punto de vista de sus ideas esclusivas, y dando importancia

preponderante á las localizaciones, que no solo conceptúa como el lazo de union de las diversas formas de fiebres atáxicas, adinámicas, mucosas etc., sinó que vincula á ellas toda la enfermedad. Mas tarde el génio de Petit y Serres sin abandonar el terreno de las ideas dominantes, va con la fuerza de su raciocinio, á buscar una causa á lo que para los anátomo-patologistas era principio, y la señala en un elemento mórbido, que penetrando por el intestino infectaba la economía; y aquí podemos decir iniciada la idea etiológica, y salvado el círculo de las localizaciones intestinales.

Una vez enunciados todos estos principios, adquiridos mil conocimientos que figuraban dispersos en todas las épocas y paises, era necesario un espíritu de vistas eminentemente clínicas, que dando unidad á la obra comun levantara el edificio de una entidad mórbida, analizando y clasificando todos sus elementos, dándoles una interpretacion precisa, como manifestaciones de la causa única, y este espíritu fué el de Bretonneau. Él no solo dió su número de órden á los síntomas, estableciendo la cadena que los ligaba entre sí y con la causa primera, sinó que superando aun á los mismos anátomo-patologistas que creían haber fijado de una manera definitiva las alteraciones intestinales, les muestra su localizacion precisa en los folículos aislados y cerrados del intestino, y su dependencia del principio mórbido, que infecta la economía y se trasmite por contagio.

Asi Bretonneau, tenía justos títulos para bautizar la enfermedad, y la llamó dotinentería (forúnculo del intestino). Trousseau, su editor entónces, heredó no solo la obra de su maestro, sinó su génio y bajo su amparo, el estudio clínico y patológico llegó á su apogeo.

No fueron estraños á estos adelantos Luis y Chomel, y con ellos podemos decir, quedó fundada para no mas ser discutida, la unidad con sus localizaciones precisas fundamentales de la enfermedad.

Llegados á este punto era natural preguntarse: si existe un principio específico, infeccioso, causa primera de la enfermedad. ¿Cuál es él? ¿Es posible aislarlo? ¿Son conocidos sus medios de vitalidad y propagacion? ¿Es posible combatirlo?

Cuestiones todas, que han agitado y aun agitan el mundo médico, y de donde han salido las investigaciones etiológicas, tan fecundas en resultados que en manos de Murchison, Budd, Petenkoffer se han traducido en todo un sistema de profilaxia, que debidamente utilizado por la Inglaterra, ha llevado la luz á los focos de infeccion que eran para las poblaciones el manantial cierto de esta endemia, que germina y vive siguiendo nuestras corrientes de asimilacion y desasimilacion, y buscan con él alejarlos del círculo de nuestra vida.

Si los estudios etiológicos, respondian á nuestra aspiracion de conocer todas las condiciones cósmicas, todas las modalidades é individualidades de existencia

é incremento de este principio infeccioso que llamamos causa primera de la enfermedad, para atacarlo en sus campamentos, privarlo de sus elementos de nutricion y alejarlo para siempre de en medio de nuestras poblaciones; quedaba aun un vacio en el espíritu y era: conocer su naturaleza íntima.

Debiamos saber cuál era su composicion, buscar si había en él algo complejo, si era un miasma, un efluvio y si tenia entre sus elementos algunos que lo caracterizaban, y por último, saber si en él habían elementos con vitalidad propia.

He dicho ya, que las revoluciones científicas apasionan los ánimos creando con ellas las escuelas, que conducen á muchos errores y que si bien es cierto no tienen la solidez del eclecticismo, sin embargo, con su análisis esclusivista arrancan los secretos aun á lo impalpable. La ciencia que vá trás este cuerpo de zapadores, utiliza sus vías y marcha con paso seguro. Asi Pasteur, crea su escuela y las investigaciones micrográficas, abren ancha vía al estudio de las enfermedades. Recklinghausen describe el primero, microbios en los abcesos consecutivos á la fiebre tifoídea; en 1871, Klein encuentra varias especies de ellos; Socoloff y Brovies los habian visto en el intestino, gánglios linfáticos y bazo; pero es solo Eberth y Klebs, quienes dan una descripcion completa de estos bacilus, como propios y característicos de la fiebre tifoídea, hecho que ha sido definitivamente sancionado por el cultivo que ha hecho de ellos Gaffky en el laborato-

rio de Koch y consignado ya como una verdad científica en la última obra de Zueler, de Alemania.

Al hacer á muy grandes rasgos el inventario de los progresos médicos en lo referente á la enfermedad que nos ocupa, no puedo pasar por alto la parte que toca á la termometría que podemos decir, nacida con De Haen y Van Swieten, ha sido elevada á la categoría de ciencia por Andral y sobre todo por el talento perseverante de Wunderlich, Griessinger de Alemania y Seguin, de New York que termómetro en mano han creado los medios de dar precision matemática al diagnóstico, mayores seguridades al pronóstico y tratamiento.

Mi objeto al referir en tan pocas palabras la historia de la fiebre tifoídea, sobre la cual puede escribirse una obra, no ha sido otro que con los nombres de los autores, poner de relieve la obra de las naciones en los puntos capitales.

La antigüedad con Hipócrates y Galeno; la Italia con sus trabajos por la unidad; la Italia y la Inglaterra por la localizacion; la Francia con la gran obra de los anátomo-patologistas y los clínicos; la Inglaterra trayendo la cuestion al terreno positivo de las investigaciones etiológicas y de la profilaxia; la Alemania con la termometría y sus estudios micrográficos; y la Francia nuevamente, con obras y trabajos tan completos como los de Jaccoud y Gueneau de Mussy, que son modelos, á los cuales, como lo hago al presente, tiene uno que esclavizar su observacion, han contribuido

á estos progresos que benefician á la humanidad. ¿Y nosotros los Americanos del Sud no podremos, dentro de nuestros medios contribuir, con algo á esta tarea que debia ser universal? Creo que no solo podemos, sinó que debemos, que estamos obligados, porque si bien las investigaciones etiolójicas son obra de nuestros maestros, su aplicacion á cada localidad es deber de todo aquel, que trabajando por la salud de sus semejantes, tiene la oportunidad de la observacion, y esto con mayor razon aun, si se trata de endemias y epidemias que tienen sus modalidades, su índole propias á nuestro suelo y á nuestro cielo.

Bajo la fuerza de estas convicciones, desearia á mi espiritu un criterio claro de observacion, á mi palabra la autoridad que le falta, para poder seguirá esta entidad funesta en medio de sus múltiples manifestaciones, buscar las corrientes por las que se infiltra al traves de todos los elementos y los medios que nos rodean, para poder inculcar en todas las esferas sociales, que las endemias son el fruto de la incuria de los pueblos, que la ciencia nos dá los médios de desalojarlas por el esfuerzo comun: pero entre nosotros parece que desgraciadamente este esfuerzo comun se dirije á darles vitalidad.

Los hombres que marchan á la cabeza del movimiento científico, han hablado sin ser oídos por quien está obligado á ello ¿podremos serlo los que no tenemos ningun título? No obstante, se adelanta; y las obras de salubridad son una buena prueba y mas que

esto, la presencia de hombres de positivo mérito científico en nuestra municipalidad, que trabajarán no lo dudo, porque se haga una inspeccion rigurosa de estas obras y se realicen progresos y tomen medidas de alta trascendencia para la higiene y profilaxia de nuestras endemias y epidemias.

Hoy es un hecho definitivamente adquirido para la ciencia, que si las materias escrementicias, no son siempre las generadoras del principio específico de la fiebre tifoídea, son por lo menos el esqueleto en el que germina, para pasar de él al agua, al aire y seguir la corriente que ha de traerlo á obrar sobre el organismo que le dé nueva vida. Si esto es una verdad, nada mas natural, que siguiendo la esperiencia de los pueblos mas adelantados, llevemos el análisis mas riguroso á este terreno.

Pienso que aun no hay motivo para aceptar como conclusiones inatacables las teorías de Budd, por las que en todos los casos, la enfermedad se propagaría por un principio específico emanado de un organismo infectado; y que segun lo que he podido observar la contajiosidad de esta enfermedad no es grande, pues en todos los casos que van en mis cuadros, solo puedo referir dos casos nacidos en los hospitales y en los cuales parece evidente el contagio. No obstante, no puedo negar que si las materias orgánicas son el foco y el vehículo de la enfermedad, tendrán en igualdad de condiciones, mayor fuerza infecciosa, cuando encierren directamente el veneno elaborado en un organismo enfermo.

Tampoco acepto el entusiasmo de Guéneau de Mussy por estas teorías, porque en mis observaciones en todos los hospitales de los casos habidos en el espacio de un año, como acabo de decir, solo puedo encontrar dos, en los que el contajio podría ser probable.

En el primero se trata de un asistente del Hospital de Clínicas, encargado del servicio de letrinas, que adquirió la enfermedad á los dos dias de haberse desalojado el pozo, donde se arrojan las deyecciones, en uno de los dias mas ardientes del último verano, y en el que la atmósfera de la manzana del Hospital estaba impregnada de un olor horrible. El otro es un empleado del Hospital San Roque.

Despues, examinando la procedencia de muchos de los enfermos, podemos ver que una buena parte de ellos nos viene de la campaña, de puntos mas ó menos aislados, en los que han permanecido algunos dias con diarrea y que no obstante no tomarse ninguna precaucion higiénica la enfermedad no se ha desarrollado.

Todo esto no me aleja de pensar y creer en la contajiosidad de la enfermedad, sinó que me hace suponer que si las materias orgánicas eliminadas por los tifoídeos, llevan el micro-organismo específico, éste necesita un tiempo relativameute largo para ponerse en condiciones de poder impresionar el organismo, condiciones á las que por otra parte no son estrañas las circunstancias de foco, temperatura, atmósfera, etc. De esto nos dá una prueba que no podemos desatender, el hecho de no producirse casos de fiebre tifoídea entre

los 300 ó 400 estudiantes que concurren casi diariamente á los Hospitales, ni entre el crecido número de asistentes y hermanas, tan en inmediato contacto con los enfermos y de entre los que, segun he podido cerciorarme, muy pocos han adquirido la inmunidad y esto sin tomarse ni una sola de las numerosas precauciones indicadas por los contajionistas.

En los tres años de mi permanencia en este Hospital, numerosos han sido los enfermos asistidos de la dolencia que me ocupa y uno solo el caso producido en el establecimiento.

Las deyecciones de los tifoídeos muchas veces despues de permanecer horas en las salas, por descuido de los asistentes y otras por deseo de parte del médico de conocer sus caractéres, son llevadas á un depósito comun ó fosa, situado en un ángulo del establecimiento de donde son nuevamente estraidas cada 15 dias por los carros atmosféricos para ser llevadas al depósito comun.

Tenemos, pues, que estas materias contaminadas, han permanecido en contacto con la atmósfera de las salas y del hospital, sin ser neutralizadas por ningun agente antiséptico durante casi un mes, sin manifestar su influencia nociva y no obstante con suma frecuencia, recibíamos enfermos venidos de lugares en los que no habia otros atacados.

Todo esto nos lleva sinó á separarnos de las teorías de Budd y aproximarnos á las de Murchinsson, á pensar que las materias orgánicas por si no tienen

potencia contagiosa, que la adquieren despues de algun tiempo y sobre todo cuando permanecen acumuladas en focos que no tienen una ventilacion ámplia.

Una nueva razon que viene á robustecer nuestra manera de pensar, es el incremento que en estos últimos años toma la endemia en esta ciudad, coincidiendo con las grandes escavaciones que se hacen con motivo de las obras de salubridad y otros trabajos, los que creo, son factores poderosos en su produccion. Basta pasar una revista ligera por los cuadros de enfermos habidos en los hospitales, para ver que, en su mayor parte, son jornaleros los atacados; que el número de mujeres y niños es relativamente muy reducido y que sobre todo las primeras, segun las ideas de Budd, serían las atacadas con preferencia por su constitucion y por su mayor permanencia en la proximidad de los focos.

Otro hecho que no consta en los cuadros, pero que he podido obtenerlo de los médicos y practicantes encargados de los diversos servicios hospitalarios y aun de los libros que se llevan en estos, cosa que está de acuerdo con lo que pasa en nuestro hospital, es que son numerosos los enfermos que nos vienen de La Plata y Ensenada, donde se realizan trabajos de escavacion análogos á los de esta Capital.

¿Qué quiere decir esto? Me parece que una interpretacion correcta de estos hechos, conduce á pensar, que si bien la materia deyectiva es la masa productora

de los elementos infecciosos, ella necesita una elaboracion que la hace tanto mas activa, cuanto mas tiempo haya permanecido acumulada en foco. Por eso vemos con frecuencia las funestas consecuencias sobre los trabajadores, cuando llegan á tropezar con un antiguo pozo de letrina en sus escavaciones y lo ponen á descubierto ; parece muy natural que esto suceda, no pocas veces, dadas las condiciones del *subsuelo* de Buenos Aires.

La frecuencia de enfermos en la campaña tampoco es estraña si se tiene en cuenta el sistema de depósito de las deyecciones, su inmovilidad y sus conexiones con los pozos que surten la mayor parte de las casas.

Todos estos hechos conducen á ver en las materias escrementicias infectadas ó nó, un peligro que es necesario evitar por una vigilancia constante sobre ellas, para que en el menor tiempo posible sean devueltas á la tierra que las reclama.

Es necesario que esta transformacion se haga sin darles el tiempo que parece necesitan para adquirir su potencia infecciosa, sin permitirles acumularse, sin perderlas de vista manteniéndolas alejadas, sobre todo, de las aguas que hemos de utilizar en nuestros usos domésticos.

Todo esto se conseguirá y nuestras esperanzas de ver extinguirse esta mortífera enfermedad crecerán á medida que veamos que su circulacion se hace con mayor rapidez, que su acumulacion es combatida

por todos los medios, que su destruccion se hace pronta y eficazmente.

Así sin aceptar como rigurosamente demostrada la idea de hacer nacer exclusivamente, como lo cree Budd y aun Guéneau de Mussy, la enfermedad por contagio y alejándonos tambien de Murchisson, cuando cree que toda putrefaccion puede dar lugar á su produccion, pensamos que las deyecciones procedentes ó nó de tifoídeos encerradas en focos, que facilitan su liquefaccion y su fermentacion, pueden producir el *veneno específico*, con caractéres particulares, siempre que las condiciones cósmicas le sean favorables.

Las deposiciones de los tifoídeos, podrán llevar los microbios, pero estos en su lucha con el organismo me parece que sí no se han debilitado, necesitan por lo menos una elaboracion nueva que los ponga en condiciones de vitalidad y de difusibilidad própias para ser absorbidos y obrar.

Las materias de los tifoídeos son mas fácilmente alterables y esto por dos razones: 1ª porque ya llevan en sí el gérmen y no requieren la transformacion que ha de producirlo; 2ª porque su estado líquido y su descomposicion empezada en intestinos alterados y con productos de denutricion de un organismo infectado, favorecen la evolucion que las materias ordinarias realizan sin estas condiciones.

Necesitaba establecer estas bases para venir á mi punto capital, la profilaxia de la enfermedad.

Pocas ciudades reclaman con mayor urgencia que las nuestras medidas profilácticas; para llegar á esta conclusion basta pasar una vista por el número de atacados y la mortalidad, que están relativamente muy léjos de el de las poblaciones que se preocupan sériamente de su higiene.

Una vez aceptado que los depósitos de materias escrementicias son una amenaza para la salud, tanto mayor, cuanto mas tiempo permanecen en esta forma; una indicacion se hace evidente: Debemos combatir, debemos perseguir el sistema de letrinas fijas y tratar que las materias permanezcan el menor tiempo posible depositadas.

Es una verdad averiguada la facilidad con que la fiebre tifoídea se propaga por intermedio de las aguas contaminadas. Una segunda indicacion me parece de rigor: la pureza de las aguas y su aislamiento completo de los focos de putrefaccion orgánica, debe ser perseguida sin descanso.

Los pozos existentes en la ciudad cuyas aguas se puede asegurar se encuentran en constante comunicacion con las letrinas ú otros focos de antigua data, deben ser cerrados en su totalidad para evitar esta vía tan fácil á las filtraciones de las que diariamente tenemos nuevas pruebas.

Por otra parte, es imposible limitar como se ha dicho, el servicio de los pozos á ciertos usos, y aun en estos casos, las observaciones demuestran el peligro, como en el referido por el Dr. Jaure Miller, de Lóndres, en que

una terrible epidemia diezmaba los barrios mas sanos de la ciudad y sobre todo las casas de médicos; esto hizo llevar una investigacion de las mas prolijas, que coronada del mas feliz éxito, puso en evidencia no sin sorpresa general, que la infeccion venia de una lechería que proveía á todas las casas atacadas, y en la que se lavaba los tarros de leche, con agua procedente de un pozo que recibia las infiltraciones de letrinas vecinas.

Ante estos hechos, nuestra tendencia debiera ser, como digo, á cerrar todos los pozos. La provision de agua se hace fácilmente sin necesidad de ellos; pero desgraciadamente tal no sucede y en vez de cerrarse los que existen se abren nuevos en las peores condiciones.

Aun no hace muchos dias, visitábamos un gran conventillo ó casa de obreros que se construye á *espaldas del hospital de clínicas,* y con no poco asombro, veiamos que no obstante la vecindad, no obstante las condiciones del *subsuelo*, la provision de agua de la masa de poblacion que lo habite, se hará por medio de un profundo pozo, que se muestra orgulloso en medio del patio. Inútil me parece decir que nadie ha inspeccionado las letrinas que se construyen á pocas varas.

¡Si esto sucede al lado de los sacerdotes de la higiene y de la salud! ¿Qué no sucedera en el resto de la poblacion?

Los pueblos como Inglaterra y Bélgica, que son de

los mas adelantados y de los que mas lejos y con mayor éxito llevan la profilaxia de la enfermedad que nos ocupa; velan constantemente por evitar toda comunicacion que pudiera establecerse entre sus depósitos ó cañerías de aguas; buscan los medios de tener constantemente sustancias antisépticas en las letrinas, y de dar completa seguridad á las válvulas aisladoras. Nada de esto se hace entre nosotros.

Una prueba evidente de los funestos resultados de nuestra pésima instalacion de letrinas, la tenemos en el rango que ocupan los cocineros en nuestra estadística, con relacion á su número; son los mas despues de los labradores y jornaleros. ¿Y qué tienen que ver con esto los cocineros se nos preguntará? Pero no se hará esta reflexion, quien piense en la relacion estrecha que hay entre las letrinas y cocinas de la mayor parte de las casas y hoteles. Las emanaciones de las letrinas que cuando no están ámpliamente abiertas, están mal aisladas, y sin ningun desinfectante, pasan directa é inmediatamente á las cocinas y hé aquí que sus víctimas mas seguras sean los cocineros.

Hemos admitido que las deyecciones de los tifoídeos son las mas aptas para reproducir el veneno; lo mas natural parece que debia ser quitarles desde el momento de su produccion gran parte de su aptitud para formar el principio mórbido; pero nada de esto se hace. Una ordenanza que recomienda á las familias hacer la desinfeccion de sus letrinas con sustancias baratas como el agua clorurada, con mas razon si hay en-

fermos con diarrea, obligar á hacerlas diarias á las casas de inquilinato y todos los establecimientos públicos, recomendar á los médicos y hospitales esta prescripcion que creo es muy á menudo olvidada.

La mayor parte de las veces el recrudecimiento de la endemia que nos ocupa se hace obedeciendo á causas fáciles de investigar, y que en Inglaterra muy pocas veces escapan á la sagacidad de las comisiones encargadas de esta tarea.

Creo que no sería difícil establecer comisiones médicas de esta naturaleza, que estudiaran los centros en que se producen casos de esta enfermedad, analizáran con toda prolijidad el estado de sus aguas, de sus letrinas, si existen pozos, si funcionan con regularidad sus conductos de desagüe, etc., etc.

Estas instituciones no solo serían de benéficos é inmediatos resultados para la salud, sinó tambien para la ciencia, que vé en las investigaciones etiológicas, el camino cierto por el que llegará, no solo á dominar, sinó á destruir totalmente estas endemias, que tienen tan profundas raíces en nuestro suelo.

Mientras estos hechos no se impongan con toda la fuerza de una necesidad imprescindible, estudiemos la endemia, tratemos de señalar sus caractéres, su expresion, de buscar en su índole, en sus manifestaciones, indicaciones racionales propias al medio en que se desarrolla, y que estén de acuerdo con su tipo especial.

Es natural que nuestra observacion sea deficiente,

llena de imperfecciones, naturales á un primer ensayo, pero por lo menos sus errrores servirán de enseñanza para una mejor oportunidad ó un observador mas feliz.

II

CONSIDERACIONES CLÍNICAS Y ESTADÍSTICAS

Cuanto mas complicada es una enfermedad, tanto mas necesario se hace el estudiarla en su terreno, tratando de conocer los medios cósmicos é individuales en que se desarrolla, buscando todos los elementos que la modifican, analizando los caractéres que afecta, indagando su índole y sus tendencias. La fiebre tifoidea, endémica entre nosotros mas que ninguna otra, debe ser estudiada bajo estos puntos de vista; y tal habria sido mi deseo; pero un trabajo de esta naturaleza requiere gran preparacion, y una elaboracion mas larga de la que puede tener una tésis.

En este capítulo me limitaré á presentar todas aquellas observaciones que me sujieran, los numerosos enfermos que en estos dos últimos años, he podido seguir con alguna atencion en el hospital de que he sido interno y los datos recojidos sobre los 300 en-

fer mos que han sido tratados, en todos los otros hospitales de esta capital, durante un año, que figuran en mis cuadros.

El período de un año, es indudablemente muy reducido, para poder deducir ninguna conclusion; sobre todo estadística, pero he tenido que limitarme á él, por dos razones: 1° porque al empezar este trabajo no me proponia, sino estudiar comparativamente los resultados que los diversos tratamientos habian dado en los hospitales; 2° porque abrazando un mayor período de tiempo, habria necesitado darle mucha mayor estension y sobre todo, haber abuzado de la amabilidad de los médicos y practicantes, á quienes he consultado sobre su práctica y observacion, y que tan galantemente me han servido.

Lo que desde luego se puede notar estudiando los cuadros de enfermos habidos en todos los hospitales, es que los meses de Julio, Agosto y Setiembre, están representados por una suma relativamente pequeña; 9 en Julio, 10 en Agosto y 10 en Setiembre, mientras que Octubre dá 24, Noviembre 17, para subir en Diciembre, á 34, en Enero á 31, en Febrero á 46, en Marzo á 48, en Abril á 50, en Mayo á 33 y descender nuevamente en Junio á 12.

Tenemos pues, que la epidemia decrece notablemente en los meses de Junio, Julio, Agosto y Setiembre; para empezar á acentuarse en la primavera ó sea en Noviembre y Octubre; el verano favorece aun mas su desarrollo, para alcanzar su mayor in-

tensidad, al fin de esta estacion y en todo el otoño.

Respecto á la intensidad de la enfermedad, hemos tenido dos formas, una que podemos clasificar de leve y otra de grave y que con arreglo á su frecuencia en las distintas estaciones, podemos decir, basados en nuestra propia observacion, los datos recojidos de nuestros cólegas de los otros hospitales, y las revelaciones de nuestros cuadros, las formas mas graves y rebeldes al tratamiento, han predominado en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre, haciéndose en los siguientes, mas frecuente pero mas benigna, mas fácil de dominar.

La forma grave, ha sido caracterizada casi siempre por fenómenos atáxicos intensos, con complicaciones pulmonares, que traen la muerte muy frecuentemente en el primer septenario; la que llamamos de menor intensidad, ha estado representada por la forma adinámica, con localizaciones abdominales, que pocas veces ha traido un desenlace funesto.

Los enfermos que hemos tenido en el hospital de Clínicas en los doce meses últimos son 33, de los que han muerto 12 y entre estos, una niñita de 6 años, que en el curso de su enfermedad, tuvo una meningitis tuberculosa, que fué la causa de su muerte, y otro con flegmones difusos de una pierna y brazo, que presentó caractéres tifoídeos, como complicacion de su enfermedad; pero que murió de septicemia en la sala del doctor Pirovano.

Eliminados estos dos casos, queda una mortalidad de

10 ó sea un 30.30 por ciento; suma respetable aun si se tiene en cuenta que algunos hospitales europeos creen haberla reducido á un 10 y aun un 7 por ciento, y que los hospitales particulares, en condiciones higiénicas muy inferiores á la del nuestro, y con un número de enfermos aproximado ó aun muy superior, como puede verse en mis cuadros, dan una mortalidad de un 16.05 por cien el italiano, un 17.39 por cien el español, un 27.45 el inglés, en el mismo período de tiempo.

Esta mortalidad, relativamente desfavorable no me alarma, y la esplico teniendo en cuenta que en nuestro hospital, solo contamos con cincuenta camas para el servicio de Clínica Médica, y muchas de estas están ocupadas por las exigencias del estudio, con enfermos crónicos.

Son, pues, pocas las camas disponibles, lo que obliga á los practicantes á recibir solo aquellos enfermos que afectan mucha gravedad. Esto no sucede en los otros hospitales.

Por otra parte, y este es un hecho señalado por varios autores, la Clínica perjudica y espone á mayores peligros, á los enfermos, que no impunemente resisten á la observacion y exámen mas ó menos cuidadoso de 30 ó 40 estudiantes.

La mortalidad, en sus dos terceras partes se ha producido, especialmente en el primer septenario; algunos enfermos morían á los dos ó tres dias de su entrada, otros traían ya las complicaciones. Así uno que entró á la sala 8ª, refería su enfermedad á próximamente 25

dias y traía con una constitucion miserable, que había llegado á un deterioro orgánico imposible de concebir, una pleuro-neumonía en un período avanzado, y que la primera observacion nos la reveló. Murió al 6° dia de su entrada.

Casi todos estos enfermos, vienen en períodos avanzados de la enfermedad, no han seguido régimen alguno, como puede comprenderse, tratándose en su mayor parte de jornaleros, cuya alimentacion y habitacion no pueden ser mas deplorables. Uno de los enfermos atendidos en la sala 4ª entró al hospital con vómitos y un vientre muy sensible, á los pocos dias moría de una peritonitis por perforacion.

Otro hecho que viene á aumentar la mortalidad, es que, en la sala de niños, solo convienen las madres en dejar á sus hijos, cuando les ven en un estado próximo á la muerte, habiendo seguido en su casa un régimen detestable.

Entre los enfermos cuya permanencia se ha prolongado mas de una semana, muy pocos son los que han muerto, sobre todo en la sala 8ª en la que con escepcion de uno que murió al segundo dia de su ingreso, y otro al 5° (respecto al cual he dicho traia una pleuroneumonia) no tengo sinó una defuncion á los 23 dias, y esta vez el diagnóstico fué inseguro y el tratamiento vacilante; este caso va referido en mi observacion N° 1. Todos los otros tifoídeos, entre los que hay algunos gravísimos, curaron.

Desde los primeros dias me preocupaba de investi-

gar, si nuestros enfermos presentaban todas aquellas manifestaciones señaladas como propias de la enfermedad, y muy luego pude notar que las manchas rosadas lenticulares, eran rarísimas; sea, porque su evolucion fuera prematura y se hubiese hecho antes de entrar los enfermos al hospital, sea porque ella no se presentaba realmente. No creo haber observado mas de dos ó tres veces estas manchas, é igual cosa me han referido en varios hospitales.

Otro hecho que nos llamó la atencion, es que las formas cerebrales ataxo-adinámicas se presentaron con mucha mas frecuencia durante la primavera y el verano, siendo casi siempre acompañadas de complicaciones pulmonares, sobre todo congestiones, que hacian necesarias las aplicaciones casi diarias de ventosas secas.

Estas complicaciones revistieron algunas veces tal intensidad, que segun pudimos ver nosotros y nos aseguraron idéntica cosa nuestros distinguidos compañeros de los hospitales San Roque é Italiano, afectaron la forma de verdaderas neumonías, que generalmente fueron la causa inmediata de la muerte, pudiendo no obstante, señalarse casos que curaron despues de haber seguido su curso la evolucion de la neumonía en un lado y la congestion en el otro de los pulmones.

Las epíxtasis al principio de la enfermedad, casi nunca faltaron y fueron tanto mas pronunciadas, cuanta mayor gravedad debia revestir esta; la diarrea casi siempre se presentó en los primeros dias; rarísima ha

sido la vez que notamos la constipacion ó los vómitos.

Investigando la ocupacion de los atacados, pudimos notar que en los enfermos de nuestro servicio, mas de las dos terceras partes eran jornaleros y que despues venian, por órden de frecuencia, los cocineros. Los primeros casi todos estaban ocupados en las escavaciones, que se hacian para las obras de salubridad. Entre los atendidos en el Hospital Italiano, las cuatro quintas partes, como puede verse en el cuadro, son labradores y jornaleros, estando entre estos casi igualmente repartida la proporcion. Parece que la tierra que mueven ambos los ligara al mismo porvenir patolójico. Idéntico predominio se nota entre los enfermos del San Roque, acentuándose tambien el número de cocineros; pero donde este gremio está en gran mayoría, es entre las tifoídeas del hospital de mujeres: dos terceras partes son cocineras.

En el capítulo anterior he creido esplicar la razon de este predominio.

En el Hospital Inglés, los marineros son los que dan mas de la mitad del número de atacados. La mayor parte de estos vienen de los buques surtos en el puerto de la boca, en los que las condiciones higiénicas de vida y provision de agua no pueden ser peor. Otro hecho que llama la atencion, es el número de ingenieros tifoídeos que ha tenido este establecimiento, casi la mayor parte de ellos procedentes de las obras del puerto de La Plata; habiendo podido notar que, sobre todo en el Hos-

pital Italiano, muchísimos de los jornaleros tienen esta misma procedencia.

Analizando en nuestros cuadros la frecuencia de la dotinentería con relacion á las edades, resulta que mas de las dos terceras partes de los atacados están comprendidos entre 15 y 30 años, y en los niños entre 7 y 15; que la otra tercera parte, la representan los comprendidos entre 30 y 40 entre los adultos, y 3 y 7 entre los niños. Los atacados de mas de 40 años, son tan escepcionales como los de menos de 3.

La relacion entre solteros y casados tambien está representada por una cifra poco mas ó menos análoga, dos tercios para los primeros y uno para los segundos.

La mortalidad en mas de la mitad de su número total, se hace en la primera semana de entrada al hospital; el segundo septenario está representado por un tercio ó un cuarto, y en los septenarios ó meses siguientes es reducidísima.

Parece, pues, que el veneno tífico, mas que por agotamiento del individuo, mata por la perturbacion que su primer sorpresa trae al organismo, y que una vez que este ha resistido al primer ataque se defiende con mas éxito.

Esto, por otra parte, manifiesta estar de acuerdo con el hecho que despues de la germinacion, que anualmente se hace del principio mórbido en la primavera y verano, aquel á fin de esta estacion y principio de Otoño, si bien se hace mas difusible, es menos

enérgico y mortífero. O la energía del bacilus se debilita, ó el organismo adquiere cierto hábito, que hace sea impresionado de una manera menos violenta: la concepcion segun diria Pidoux, se ha hecho lentamente.

En este punto, parece que la mortalidad, propia de nuestra endemia, está en desacuerdo con los patologistas europeos, que señalan como mas frecuentes las terminaciones funestas en el período *crítico* de Gueneau de Mussy, ó sea el *anfibólico* de Wunderlich.

Los datos inseguros que casi siempre dan los enfermos respecto al principio de su enfermedad, nos habian hecho descuidar el análisis del período prodrómico de ésta; pero con motivo de las particularidades que hago notar en las observaciones número 1 y 2, empecé á preocuparme de este punto, y me parece que algo importante puedo referir.

Como digo en mi observacion número 2, este enfermo entró á la sala de mi servicio, con un delirio violentísimo, espectoracion herrumbrosa, fiebre elevada (40. 4). Auscultado con atencion pudimos comprobar una neumonía de un lado y congestion pronunciada del otro, habia un poco de diarrea, ninguna erupcion, vientre algo timpánico. Interrogado el enfermo en los momentos que parecia tener mas lucidos, referia que su enfermedad databa de dos días; que hasta esta fecha habia estado trabajando en completa salud, que tomó unas copas, durmió en el campo y no supo mas lo que le pasó.

En esta oportunidad no dimos mayor importancia á esta referencia, porque el enfermo estaba delirante; pero despues que pasaron muchos dias y se hubo despejado la cabeza, recibimos la ratificacion de estos hechos. Tampoco recordaba él haber tenido *chucho*.

En este caso, teniamos un tifoídeo, que al segundo dia de la enfermedad, fué presa de un delirio violento y su temperatura siguió en este periodo, la evolucion típica de una invasion neumónica.

La única duda que podia ocurrir era si la neumonia habia precedido á la introduccion del principio infeccioso, ó era solo una evolucion de este principio con localizacion primitiva en el pulmon. Bastaba ver atentamente al enfermo para suponer lo segundo; la espresion de la fisonomía, la forma del delirio, la diarrea, la boca etc. nos arrastraban á esta conclusion con fuerza irresistible.

Teniamos, á no dudarlo, un enfermo en el que el período prodrómico señalado por Chomel, Griesinger y la mayor parte de los autores, faltó completamente. La temperatura alcanzó desde los primeros dias la cifra de 40, lo que habria dado motivo á Trousseau y Wunderlich, siguiendo las leyes clásicas para eliminarlo de entre los dotinentéricos.

Nuestro enfermo de la observacion n° 1 presenta en un sentido opuesto una negacion de otra de las leyes clásicas. Cuando nuestra primera visita, estaba en mas del vigésimo dia, y apenas ofrecíaun a

temperatura de 38°. No debemos suponer que se encontraba en un período de remision, porque con su inteligencia perfectamente despejada, nos aseguraba que no habia sentido mas calor, ni se habia encontrado peor ningun dia de su enfermedad. Esta vez, no solo podiamos decir con Murchison, que la segunda ley es inadmisible, porque muchos enfermos no alcanzaron á 39°4 en los cuatro primeros dias, sinó que teniamos uno con mas de veinte dias, que no alcanzaba á 39°.

Los numerosos cuadros térmicos que he tomado, me han manifestado toda la verdad de la primera oscilacion descendente fijada por Wunderlich en el 6° al 9° día, y que Jaccoud en su clínica de La Pitié, trata de quitarle el valor que hasta ahora ha tenido como base para evitar errores de diagnóstico.

Relacionado con estos hechos muy de cerca, se presenta otro, que enunciado ya por el Dr. Cayley de Lóndres en 1880, y aceptado por Feroel, Barthes y otros autores, tiene entre nosotros, segun creo, gran importancia; me refiero á las modificaciones que imprimen á la dotinentería tanto en su tipo, sus manifestaciones sintomáticas, como en su curva térmica su asociacion con otros elementos mórbidos propios al terreno en que se desarrolla ó á epidemias reinantes.

El enfermo n° 20 de la sala 8ª, que ya hemos citado, y que es objeto de nuestra historia n° 1, dió lugar á que por primera vez pensáramos en

estas asociaciones mórbidas, que modifican la espresion de las enfermedades, sobre todo en ciertos períodos.

Asi, este caso en sus primeros días, tenia como localizacion dominante su bronquitis estensa, rebelde, con caracteres muy semejantes á las que existian entonces como manifestaciones de una epidemia intensa de sarampion, que se hacia sentir en la ciudad, y su curva térmica, respondia mas á esta idea que á la de una tifoídea.

Si bien estos hechos hacian pensar en el principio del sarampion, la espresion del atacado, su fisonomia, le daban, como diria Peter, la etiqueta de la dotinentería que muy luego predominó en este cuadro que, mas que de sociedad, parece de lucha.

Mas tarde tuvimos nuevamente oportunidad de volver sobre estas ideas con motivo de otro enfermo cuya historia acompaño bajo el n° 5, y que revestia un carácter de alta importancia, no solo por la dificultad que estas anomalías traen al diagnóstico, la enseñanza que ellas dejan, sinó por el nuevo contingente con que él venia á reforzar esta idea de la asociacion mórbida.

La observacion á que sometimos á este indivíduo nos dió por resultado, creer que se trataba de un caso de fiebre tifoídea; tenia 39°8, habia postracion, algo de diarrea, nos hablaba de *frios* que habia tenido, y que nosotros á falta de todo orígen palúdico, referimos á los *chuchos* de invasion.

Esta temperatura se mantuvo dos dias con pequeñas variantes, como puede verse en el cuadro que acompaño, pero con asombro nuestro, cayó repentinamente á 37 para mantenerse en ella todo el dia 15, la mañana del 16 y subir este dia con frio á 38°7 y seguir sin interrupcion hasta llegar el 18 por la mañana á 40°1.

A pesar de haber presenciado el ascenso con *chucho*, de asegurar él haber tenido otros análogos; la marcha de la curva, la cefalalgia persistente, nos hacian confirmar en nuestro prmer diagnóstico; habia tenido epístaxis y la diarrea continuaba.

Del lado del pulmon no presentaba nada anormal.

Despues de oscilar siete dias entre 38°5 y 40° cae á 37°; en este intérvalo, han habido varias veces sudores y chuchos.

Desde este dia, todas las mañanas tiene temperatura normal y por las noches con calor y sudor se eleva aquella á 38°, 38°5 y 39°.

La forma de estas exacerbaciones térmicas, ciertos datos á que no se habia dado importancia al principio, y que revelaban verdaderos accesos intermitentes, en los primeros dias de su entrada, levantaron dudas respecto á la exactitud de nuestro diagnóstico; pero la marcha de la enfermedad, el conjunto del trazado que siento no tener completo, la ineficacia de la quinina, hacian vacilar á los que creian en el paludismo.

Mucho tiempo se mantuvo este estado hasta que por último los accesos intermitentes se acentuaron, y la

quinina elevada á dósis de tres gramos diarios venció.

¿Fué este caso una manifestacíon esclusivamente palúdica? Categóricamente no, analizando el cuadro térmico y la historia podrá cualquiera convencerse de ello.

Para nosotros, fué este un enfermo en quien el principio palúdico y el dotinentérico se asociaron, para producir estas alternativas en las que en un primer período parece predominar el paludismo, para hacer luego lugar á la manifestacion tifoídea, despues de cuya evolucion abreviada. se deja sentir nuevamente el primero, y esta vez mas característico.

Hay aun un hecho que hacer notar antes de concluir con esta particularidad mórbida, y es que, este principio palúdico es propio de la ciudad de Buenos Aires, el enfermo ha estado en América tan solo en Alberti (Provincia de Buenos Aires) y en Italia vivia en paises montañosos, léjos de los centros palúdicos.

No es este sin duda el primer caso y todos los médicos con clientela ó servicios hospitalarios, han podido comprobar la existencia en Buenos Aires, de este elemento mórbido; sobre todo, despues y durante las grandes obras de escavacion.

Comparando los cuadros térmicos nuestros con los clásicos de la enfermedad, podemos notar que las oscilaciones del período en que ésta empieza á declinar, son mucho mas pronunciados en los nuestros; que hay sudores frecuentes, que despues del período de declinacion, no son pocas las veces que la temperatura se eleva á 39° y 40°.

Trasportada esta observacion á la Casa de Aislamiento, vemos que la curva no puede ser mas irregular, que su trazado se aproxima mas al de la viruela ó sarampion, segun el predominio, que al de la fiebre tifoídea.

No debo concluir este capítulo, sin hacer constar, que las formas torácicas que afectan generalmente una alta gravedad, son muy comunes entre nosotros, y respecto á cuyo tratamiento hablaré luego.

Las formas generales que hemos tenido en estos últimos años, han sido muy graves, formas atáxicas con localizaciones pulmonares, y sin embargo, no hemos observado un solo caso con enterorrajia, ni gangrena, ni pericarditis, complicaciones que se han presentado en los otros hospitales, sobre todo en el Italiano, que es el que ha tenido mayor variedad de estas.

Las enterorrajias, á las que se ha atribuido como causa los baños frios, parece que no deben responder á ellos su patogenia, porque nosotros hemos usado con mucha frecuencia estos últimos, y no obstante, no hemos visto producirse las primeras.

No podemos pasar tampoco en silencio un hecho notable en nuestros cuadros, y es la diferencia grande en el número de hombres y mujeres atacados. De 350 próximamente que es el número de anotados que tenemos, no alcanza á 20 el total de mujeres.

Yo sé bien que hay mayor resistencia de parte de las mujeres en acudir á los hospitales que de los hom-

bres; y que en caso de hacerlo, solo van en el último estremo; pero esto jamás podría esplicar una diferencia de un 57 °/₀.

Hé aquí un punto en que un estudio, abarcando una suma de años conveniente, y toda la mortalidad del municipio, podría traernos á conclusiones riguroras.

Esta diferencia de atacados, tal vez tuviera su esplicacion en el predominio de los jornaleros, que hemos hecho notar, y que parece que en su trabajo de escavacion, son los que van á destapar los focos dotinenté-ricos.

La frecuencia con que son ser atacados los cocineros, y respecto á la que ya he hablado, se hace mas notable aún examinando las mujeres tifoídeas, que en mas de su mitad pertenecen á este gremio. La causa ya la he referido á las conexiones que hay entre las cocinas y las letrinas, en la distribucion de la mayor parte de las casas.

Desearíamos analizar aqui la mortalidad en la fiebre tifoídea con relacion á los sexos, pero este es un estudio que necesita mucho mas tiempo del que disponemos. Murchison asegura que la mortalidad despues de los 40 años es mucho mayor en el hombre mientras que Guéneau de Mussy afirma suceder lo contrario antes de los 20. La relacion, dice, está representada por 11,94 hombres y 16,37 mujeres.

Entre nosotros no tengo datos suficientes para sacar conclusion alguna; pero la mortalidad del Hospital de mujeres, representada por la fúnebre cifra de 69°/₀,

de la que están muy lejos los hospitales de hombres que presentan la mas alta, hace presumir algo desfavorable para las mujeres atacadas.

Indudablemente debemos pensar que, como ya he dicho, entra por causa en esta alta cifra, que las mujeres solo acuden al Hospital en el último estremo; pero esta no es razon suficiente para esplicar tanta diferencia que creo debe estar tambien en las condiciones propias al organismo femenino, que con su linfatismo y debilidad propias, presenta menos resistencias á este principio que afecta las fuentes de la vida.

En la serie de enfermos que hemos seguido, no hemos notado una sola recaida, habiendo tenido algunos en los que la enfermedad, hasta el período de defervescencia, ha durado cuatro semanas; otros en que se ha hecho en tres y aun en dos. Esto atribuimos al régimen riguroso que hemos seguido con estos enfermos, solo permitiéndoles el uso de alimentos sólidos, cuando la temperatura era normal desde algunos dias, y esto de una manera gradual.

Entre las complicaciones, hemos tenido una parotiditis que supuró y se abrió en el oido esterno, sin consecuencia mayor para el enfermo. Todos los demás han terminado con una defervescencia gradual que, representaba bien el período anfibólico de Wunderlich y que lentamente conducía á la temperatura normal.

De los 350 enfermos que han concurrido en los 12 meses de nuestras observaciones á los hospitales, han muerto 88, lo que da una proporcion de un 25 %

próximamente. Suma alta aún si se tiene en cuenta que ya Chomel daba un 22 °/₀, Griesinger de 18 á 22 °/₀ Murchison 17; Collin en el ejército francés la hace decender á 14 y Glenard en los hospitales de Lyon y el ejército aleman á 9, y en algunos cuerpos aun á 7, 4 y aun 1 °/₀.

Tomando este término medio de mortalidad, 25 °/₀, para los enfermos habidos fuera de los hospitales y de los que segun las estadísticas del Dr. Coni han muerto 124, tendremos que el número de estos está representado por 1730; cifra baja si se considera que, la mortalidad en el público debe ser mayor que en los hospitales, en los que los enfermos son sometidos á un régimen y tratamiento racionales, mientras que en el público, comenten generalmente toda clase de desarreglos. Por otra parte, muchos enfermos afectados de formas tifoídeas, leves, abortivas etc. ó en los que no se ha seguido la temperatura, son clasificados con frecuencia, entre las gastro-enteritis ú otras afecciones análogas.

En los hospitales, por el contrario, sobre todo en donde, como en el Español ó el Italiano, se anota el diagnóstico á la entrada, no es estraño, que sean clasificados de tifoídeos, enfermos con fiebres gastricas ú otras semejantes, hecho que esplicará á mas de las razones que tengo enumeradas, la mortalidad relativamente baja que presentan ; mientras hospitales como el nuestro, en los que los diagnósticos se hacen al darse de alta al enfermo, ó despues de la au-

topsía, ofrecen una mortalidad mas considerable.

Reduciendo el número de atacados de los hospitales á 300 y haciendo subir los del público, en virtud de las razones espuestas, á 2000 ó 2200, tenemos que, por término medio han habido en doce meses, 2300 á 2500 tifoídeos, en todo el municipio.

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

Resúmen estadístico de los enfermos de fiebre tifoídea habidos en los meses de Julio 1884 á Junio 1885

MESES	Número de enfermos	De 15 á 30 años	De 30 á 40 años	De mas de 40 años	ESTADO		PROFESIONES		TERMINACION		SEPTENARIOS					Mortalidad en todo el Municipio	FORMAS	COMPLICACIONES
					Solteros	Casados	Jornaleros	Varias	Curados	Muertos	1º	2º	3º	4º	Mas de un mes			
Julio.....	2	1	1	»	2	»	1	1	2	»	»	»	»	»	2	13	Abdominal	Ninguna
Agosto....	1	»	1	»	1	»	»	1	1	»	»	»	»	»	1	17	Cerebral	Ninguna
Setiembre.	1	1	»	»	1	»	»	1	»	1	»	1	»	»	»	6	Cerebral	Meningitis tuberculosa (causa de la muerte)
Octubre...	3	2	1	»	3	»	2	1	»	3	1	1	1	»	»	10	Atáxica	Flemones discrásicos en la pierna, mano derecha y codo izquierdo
Noviembre.	3	3	»	»	2	1	2	1	2	1	»	»	1	1	1	20	1 ataxo-adinámica 2 adinámicas	† Bronquitis generalizada
Diciembre.	3	1	2	»	1	2	3	»	2	1	1	»	»	1	1	19	Ataxica † 1 torácica	1 neumonía y abceso de la articulacion coxo-femoral
Enero.....	3	1	2	»	1	2	3	»	1	2	1	»	1	»	1	21	1 torácica † 1 abdominal	Pleuro-neumonia †
Febrero...	5	2	3	»	2	3	3	2	2	3	2	»	1	»	2	22	1 abdominal	Peritonitis † Parotiditis
Marzo.....	7	6	»	1	6	1	5	2	6	1	1	1	»	3	2	17	1 abdominal adquirida en el Hospital	Peritonitis †
Abril	3	3	»	»	3	»	1	2	3	»	»	»	»	»	3	29	Abdominal	Ninguna
Mayo	2	2	»	»	2	»	2	»	2	»	»	»	»	2	»	18	Abdominal	Ninguna
Junio	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	20		
TOTAL...	33	22	10	1	24	9	22	11	21	12	6	3	4	7	13	212		
M. de septrios	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	3	3	1	»	»		

NOTA. — Los septenarios son contados desde la entrada al Hospital, y respecto á formas y complicaciones solo se enumeran las mas interesantes.

HOSPITAL ITALIANO

Resúmen estadístico de los enfermos de fiebre tifoídea habidos en los meses de Julio 1884 á Junio 1885

MESES	Número de enfermos	De 15 á 30 años	De 30 á 40 años	De mas de 40 años	ESTADO		PROFESIONES		TERMINACION		SEPTENARIOS					Mortalidad en todo el Municipio	FORMAS	COMPLICACIONES
					Solteros	Casados	Labradores	Jornaleros	Curados	Muertos	1º	2º	3º	4º	Mas de un mes			
Julio.....	3	3	»	»	3	»	»	3	1	2	2	»	1	»	»	13	Ataxo-adinámicas	Ninguna
Agosto....	3	2	»	1	»	»	3	3	1	2	2	»	»	»	1	17	Ataxo-adinámicas	Ninguna
Setiembre..	4	4	»	»	3	1	2	1	4	»	»	»	»	1	3	6		Ninguna
Octubre ...	9	5	4	»	4	5	4	2	7	2	1	2	2	1	3	10		1 meningitis 1 edema de la glotis
Noviembre.	4	»	3	1	2	2	2	2	1	3	1	2	»	1	»	20	Ataxo-adinámicas	Ninguna
Diciembre .	12	8	4	»	11	1	7	5	11	1	»	1	2	4	6	19	Ataxo-adinámicas	Ninguna
Enero.....	12	4	8	»	6	4	5	3	10	2	1	3	3	1	4	21	Ataxo-adinámicas Abdominales	Ninguna
Febrero ...	13	12	1	»	12	1	5	6	12	1	»	1	3	»	9	22	Ataxo-adinámicas Torácicas Abdominales	Recaida. Enterorrajía, pericarditis, neumonia fibrinosa, abcesos sacro y acromial, y peritonitis.
Marzo.....	15	9	4	2	5	9	5	4	15	»	»	1	2	7	5	19	Abdominales	Enterorrajía
Abril	17	10	5	2	13	4	2	10	16	1	1	1	6	2	7	29	Abdominales Torácicas	Neumonía fibrinosa
Mayo	12	9	3	»	10	2	6	4	10	2	2	0	1	1	7	18	Ataxo-adinámicas Abdominales	2 enterorrajías 1 peritonitis
Junio	2	2	»	»	2	0	2	0	2	»	»	0	»	1	1	20	Abdominales	Trombosis de la vena crural
TOTAL...	106	68	32	6	31	31	43	43	90	16	10	12	20	19	53	212		
M. de septrios	»	»	»	»	70	35	»	»	»	»	9	4	»	»	2	»		

HOSPITAL INGLÉS

Resúmen estadístico de los enfermos de fiebre tifoídea habidos en los meses de Julio 1884 á Junio 1885

MESES	Número de enfermos	De 15 á 30 años	De 30 á 40 años	De mas de 40 años	ESTADO		PROFESIONES		TERMINACION		SEPTENARIOS					Mortalidad en todo el Municipio	FORMAS	COMPLICACIONES
					Solteros	Casados	Jornaleros	Varias	Curados	Muertos	1º	2º	3º	4º	Mas de un mes			
Julio.....	1	1	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	13	Abdominal	Ninguna
Agosto....	2	1	»	1	2	»	1	1	2	»	»	»	1	»	1	17	Abdominal	Ninguna
Setiembre.	2	2	»	»	2	»	1	1	2	»	»	»	1	»	1	6	Ataxo-adinámica	Ninguna
Octubre...	7	6	»	1	4	3	5	2	7	»	»	»	»	1	6	10	Atáxica Abdominal	Ninguna
Noviembre.	5	5	»	»	3	2	5	»	3	2	»	2	»	1	2	20	Atáxica Torácica	Enterorrajía
Diciembre.	9	9	»	»	7	2	4	5	5	4	1	»	4	»	4	19	Atáxica Abdominal	Neumonía
Enero.....	7	7	»	»	6	1	3	4	4	3	1	1	1	1	2	21	Atáxica	Peritonitis
Febrero...	3	2	1	»	1	2	2	1	2	1	»	»	1	2	»	22	Torácica Abdominal	Ninguna
Marzo.....	4	4	»	»	4	»	2	2	2	2	1	»	»	1	2	17	Atáxica Abdominal	Ninguna
Abril	5	5	»	»	4	1	3	2	4	1	»	1	»	1	3	29		Gangrena del pié y embolia cerebral
Mayo	4	4	»	»	3	1	2	2	3	1	»	1	1	»	2	18		Ninguna
Junio	2	2	»	»	2	»	1	1	2	»	»	1	»	1	»	20		Ninguna
TOTAL...	51	48	1	2	38	13	29	21	37	14	3	6	9	8	24	212		
M. de septrios	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	4	3	»	2	»		

HOSPITAL ESPAÑOL

Resúmen estadístico de los enfermos de fiebre tifoídea habidos en los meses de Julio 1884 á Junio 1885

MESES	Número de enfermos	De 15 á 30 años	De 30 á 40 años	De mas de 40 años	ESTADO		PROFESIONES		TERMINACION		SEPTENARIOS					Mortalidad en todo el Municipio	FORMAS	COMPLICACIONES
					Solteros	Casados	Jornaleros	Varias	Curados	Muertos	1º	2º	3º	4º	Mas de un mes			
Julio.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	13		
Agosto....	1	1	»	»	1	»	1	»	1	»	»	»	»	»	1	17		
Setiembre .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6		
Octubre ...	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	10		
Noviembre.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	20		
Diciembre..	2	2	»	»	2	»	»	2	2	»	»	»	1	»	1	19		
Enero.....	3	3	»	»	2	1	2	1	3	»	»	»	»	»	3	21		
Febrero ...	6	6	»	»	5	1	4	2	5	1	»	»	»	1	5	22		
Marzo.....	4	4	»	»	3	1	3	1	4	»	»	1	»	1	2	17		
Abril.....	6	5	»	1	5	1	3	3	3	3	2	1	1	»	2	29		
Mayo	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	18		
Junio	3	1	2	»	»	3	3	»	3	»	»	1	1	»	1	20		
TOTAL...	25	22	2	1	18	7	16	9	23	4	2	3	3	2	15	212		
M. de septrios	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	2	2	»		

HOSPITAL DE NIÑOS

Resúmen estadístico de los enfermos de fiebre tifoídea habidos en los meses de Julio 1884 á Junio 1885

MESES	Número de enfermos	EDADES		SEXOS		TERMINACION		SEPTENARIOS					Mortalidad en todo el Municipio	FORMAS	COMPLICACIONES
		De 1 á 5 años	De 5 á 15 años	Mujeres	Hombres	Muertos	Curados	1º	2º	3º	4º	Mas de un mes			
Julio.....	1	»	1	1	»	»	1	»	»	»	»	1	13	Adinámica	
Agosto	1	»	1	1	»	1	»	»	1	»	»	»	17		
Setiembre	1	»	1	1	»	1	»	»	1	»	»	»	6		
Octubre	2	1	1	»	2	2	»	1	1	»	»	»	10	Ataxo-adinámica	
Noviembre.....	1	»	1	1	»	»	1	»	1	»	»	»	20	Leve	
Diciembre	1	»	1	»	1	»	1	»	1	»	»	»	19		
Enero.....	2	1	1	1	1	1	1	»	1	»	»	1	21	Torácica	Neumonía
Febrero.....	4	1	3	4	»	1	3	»	1	»	3	1	22		
Marzo.....	5	»	5	2	3	1	4	1	»	1	1	2	17	Atáxica	Viruela
Abril.....	3	1	2	2	1	»	4	»	»	1	2	»	29		
Mayo	2	1	1	1	1	»	2	1	1	»	»	»	18		
Junio	1	1	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	20		
TOTAL.....	24	6	18	14	10	8	17	4	8	2	6	5	212		Mortalidad total : 33 %
Mort[dad] de septenarios..	»	»	»	»	»	»	»	4	3	»	1	»	»		

LAZARETO

MES Y AÑO	SEXO	EDAD	ESTADO			NACIONALIDAD	PROFESION	PERMANENCIA	TERMINACION
			S	C	V				
1884 Agosto....	V	21 años	SOLTERO	»	»	Argentino	Sastre	»	Muerto
— Diciembre.	M	16 —	—	»	»	Italiana	Inmigrante	27 dias	Curada
1885 Enero	V	17 —	—	»	»	Español	Sirviente	25 —	—
— Marzo.....	M	15 —	—	»	»	Argentina	—	37 —	—
— Abril.....	M	23 —	—	»	»	Española	—	55 —	—
— Abril.....	V	18 —	—	»	»	Austriaco	»	30 —	—
— Mayo.....	M	22 —	»	»	VIUDA	Argentina	»	51 —	—

HOSPITAL SAN ROQUE

MESES	NACIONALIDAD	TERMINACION	MESES	NACIONALIDAD	TERMINACION
1884			**1885**		
Julio	Argentino	Curado	Marzo.....	Español	Curado
Agosto....	Italiano	—	Marzo.....	Italiano	Muerto
Setiembre..	—	—	Marzo.....	Español	Curado
Setiembre .	Español	—	Abril	—	—
Octubre ...	—	—	Abril	N. Americano	—
Noviembre.	Italiano	—	Abril	Italiano	—
Noviembre.	Argentino	Muerto	Abril	Aleman	—
Noviembre.	Oriental	Mejor^{ado}	Abril	Italiano	—
Diciembre .	Inglés	Curado	Abril	Portugués	—
Diciembre .	Francés	Muerto	Abril	Inglés	Muerto
Diciembre .	Italiano	—	Abril	Oriental	—
Diciembre .	N. Americano	—	Abril	Argentino	Curado
1885			Abril	Italiano	Muerto
Enero.....	Español	Curado	Mayo	—	Curado
Enero.....	Francés	Muerto	Mayo	—	—
Enero.....	Español	—	Mayo	Argentino	—
Febrero ...	Argentino	Curado	Mayo	Italiano	Muerto
Febrero ...	Español	Muerto	Mayo	Español	—
Febrero ...	Italiano	Curado	Mayo	—	—
Febrero ...	—	—	Mayo	Italiano	Curado
Febrero ...	Español	Muerto	Mayo	—	—
Marzo.....	Austriaco	Curado	Mayo	Español	Muerto
Marzo.....	Oriental	—	Mayo	—	—
Marzo.....	Italiano	—	Mayo	Italiano	—
Marzo.....	Argentino	—	Junio	Argentino	—
Marzo.....	Español	Muerto	Junio.....	Español	Curado
Marzo.....	Inglés	Curado	Junio	—	Muerto
Marzo.....	Italiano	—	Junio	—	—

HOSPITAL ALEMAN

MES Y AÑO	SEXO	PERMANENCIA	TERMINACION	TRATAMIENTO POR LA NAFTALINA
1884 Julio.....	Hombre	17 dias	Curado	
— Julio.....	Mujer	18 —	—	
— Octubre	—	29 —	—	
— Diciembre ..	Hombre	55 —	—	
1885 Febrero	—	19 —	—	
— Febrero	—	18 —	—	
— Febrero	—	23 —	—	
— Marzo.....	—	18 —	—	
— Marzo.....	Mujer	17 —	—	
— Abril.....	Hombre	66 —	—	
— Abril.....	Mujer	76 —	Muerta	
— Abril.....	Hombre	31 —	Curado	

HOSPITAL DE MUJERES

MES Y AÑO	PROFESION	NACIONALIDAD	PERMANENCIA	TERMINACION
1884 Agosto.....	Cocinera	Italiana	38 dias	Curada
— Noviembre.....	Mucama	Argentina	5 —	Muerta
— Diciembre.....	Cocinera	—		Curada
1885 Febrero.....	Sirvienta	—	14 dias	Muerta
— Febrero.....	—	—	2 —	—
— Febrero.....	Cocinera	—	1 —	—
— Febrero.....	—	Francesa	33 —	Curada
— Febrero.....	Sirvienta	Argentina	5 —	Muerta
— Febrero.....	—	Española	21 —	Curada
— Febrero.....	Cocinera	Argentina	6 —	Muerta
-- Abril.....	—	—	18 —	—
— Abril.....	—	Española		—
— Mayo.....	—	Italiana	3 —	—

III

TRATAMIENTO

El ideal en los tratamientos es, en el estado actual de nuestros conocimientos, buscar el agente terapéutico que obre directamente sobre el agente mórbido, destruyéndole en el seno del organismo.

Desgraciadamente esto no pasa de ser una ambicion.

El éxito de la quinina en la fiebre intermitente, halaga nuestras esperanzas, nos rehace despues de nuestras decepciones, nos obliga á perseverar mas hoy que nunca, porque conocemos la naturaleza íntima de este enemigo; podemos hasta cerrarle el paso, pero no podemos encontrar el arma que lo destruya en medio de nuestros tejidos, respetando su trama con la que forma cuerpo y la actividad y armonía de las funciones que constituyen la vida.

El principio mórbido, tiene su círculo, del organismo á los medios que lo rodean; si el ataque es imposible en la parte que llamaremos humana de su trayectoría,

no lo es en la cósmica, donde, agentes activos pueden destruirlo y cerrar su camino, haciéndole incapaz para su vida y germinacion.

Es en este terreno que los higienistas ingleses, sábiamente dirigidos por Budd, Murchison y el Comité de Lóndres, han alcanzado cimentar esa profiláxia benéfica para la humanidad; y que debia ser la constante aspiracion de los pueblos para evitar el mal y ahorrar esta lucha en que es tan difícil atacar al principio dotinentérico, sin perjudicar al organismo.

Mientras á ese resultado nos conducen nuestros higienistas decididamente secundados por los Gobiernos, nosotros los médicos, tenemos la parte árdua del problema, defender al amigo en esta lucha cuerpo á cuerpo, y en las tinieblas donde solo obran el tacto y la induccion.

Es natural que en estas condiciones, la defensa haya sido incierta, muchas veces perjudicial, otras inútil; que el progreso haya sido lento, porque era difícil saber la parte que corresponde en el éxito al defensor y al atacado; que aun no sepamos y discutamos la utilidad de tratamientos que nos vienen desde Hipócrates, sin poder alcanzar á rechazarlos como ineficaces ó aceptarlos como salvadores.

No obstante, se progresa, los tratamientos como la enfermedad misma han seguido la suerte de las escuelas, de las ideas dominantes, no es mi propósito hacer su historia, y dejaré olvidados aquellos que, como las sangrías, tuvieron reinado funesto, que haciendo

evidente su irracionalidad, fueron desterrados para no mas volver.

Si de esta manera han sido eliminados algunos, muchos aun existen, otros nacen, ya sea como tentativas mas ó ménos racionales que buscan atacar el principio infeccioso con arreglo á las ideas reinantes, ya combatir los síntomas que se supone ser los causantes de los accidentes funestos.

La fiebre tifoídea, en medio de sus múltiples manifestaciones, tiene algunas que dominan el conjnnto, absorbiendo la atencion de los médicos: tal sucede con la fiebre.

Se ha creido ver en ella el enemigo principal y aun sin darse cuenta de su esencia, de su significado, ha sido y es el gran desideratum el abatirla.

Este pensamiento hizo nacer en Hipócrates el método antitérmico. Si el calor predominaba y él era perjudicial, natural era oponerle el frio, y este raciocinio no escapó al gran maestro, que aconsejaba hacer afusiones frias. Galeno tambien las aconsejó y fueron muy comunes en la medicina de Roma, Musa médico de Augusto las pregonó.

Sydenham, aunque las conceptuaba como muy perjudiciales, las aceptó como una gran concesion á los enfermos.

El verdadero creador, ó mas bien el que le dió sus fundamentos fisiolójicos precisando la oportunidad de su indicacion, fué Curie, de Liverpool, en 1787; de allí se estendió á Francia con Recamier, Chomel, á Ale-

mania con Brand, que la pregonan presentando estadisticas que revelan tantos tratamientos, tantos éxitos. A su vez Glenard de Lyon obtiene resultados análogos; Liebermeister, con estadísticas de millares, cree hacer descender la mortalidad á un 8 °/₀. Idénticos resultados alcanzan muchos otros médicos de los distintos paises.

Este entusiasmo encuentra su correctivo en sus mismos abusos y pronto la misma ciudad de Lyon, donde con tanto éxito se habian hecho las aplicaciones del agua fria, vió aventajar en sus resultados estadísticos por los métodos antiguos al hidroterápico.

Tal es la historia abreviada de este sistema de tratamiento dotinentérico, que como tal rechazamos, aceptándolo solo como un recurso para en un momento determinado buscar una reaccion al organismo, ó por medio de él, sustraer calórico, cuando éste asuma proporciones dentro de las cuales sea imposible prolongar la vida.

A este resultado hemos llegado despues de haber usado con entusiasmo de las afusiones frías, que nuestro gefe el Dr. Peralta acepta. Hemos tenido enfermo en el que hemos elevado el número de afusiones frías, segun el método de Jaccoud, á doce en las 24 horas. Debo declarar que, en las numerosas veces que las hemos usado, no se ha producido un solo accidente ó complicacion de los indicados como frecuentes á ellas, á pesar de haberse tratado de enfermos con manifestaciones torácicas.

Pero sus resultados como medio de abatir la fiebre,

no nos satisfacen. Hemos aplicado el termómetro inmediatamente de recibir los enfermos las afusiones, y hemos podido comprobar un descenso de 1 á 2 grados en la temperatura; lo hemos puesto media hora despues y la temperatura había vuelto á elevarse á la cifra primitiva y aún la sobrepasaba.

Por otra parte, si bien la fiebre es la espresion de la fuerza del principio infeccioso, tambien es la medida de reaccion del organismo; es en una palabra el resultado, y éste será tal mientras subsista la fuerza en la causa mórbida y la perturbacion de la inervacion por la que el organismo reacciona contra esta causa.

Entonces no debemos obrar contra el resultado, sinó contra la perturbacion nerviosa que lo produce, ó aun contra la alteracion sanguínea, causa de este último.

Tan es una verdad que las turbaciones nerviosas son causa de las elevaciones térmicas, que cuando en varios casos, hemos conseguido dominar el delirio con una inyeccion de morfina, que no es antipirética ni antitérmica, la fiebre ha descendido inmediatamente.

Así, no es sustrayendo calórico que debemos obrar, sinó modificando la inervacion, que como dice Guéneau de Mussy, ordena la produccion y el gasto, y cuando está alterada trae los desórdenes térmicos, exajerando ú obstaculizando el desarrollo de calórico con relacion al trabajo orgánico.

Se ha dicho que el calor exagerado trae no solo las turbaciones de la inervacion que como acabamos de

ver son causa de lo que se creia consecuencia; sinó que produce turbaciones de nutricion, seguidas de degeneraciones; pero autores respetables como Peter, sostienen que estas alteraciones no se producen por las altas temperaturas, como lo prueban sus observaciones sobre los neumónicos y reumáticos y su produccion, en casos que la hipertermia ha faltado.

Retrocediendo en el órden de las causas, venimos á la alteracion del líquido sanguíneo, y quizá á un desórden circulatorio, porque si bien las autopsias de enfermos con delirio violento y alta fiebre que hemos hecho, no nos han demostrado una congestion cerebral, sin existir complicacion inflamatoria, no podremos decir que tampoco no existia la anemia, pero si diremos que no han faltado los exudados serosos, como sucedió en nuestro enfermo de la observacion nº 1, en otros cuya historia no he levantado y en dos niñitas del servicio del doctor Blancas.

Si hay alteracion de los centros nerviosos y del líquido sanguíneo, lo natural parece obrar sobre estos centros, tratando de dominar sus desórdenes; buscando agentes que, al mismo tiempo que tengan una accion directa y eficaz en ellos, sirvan para modificar las condiciones de su nutricion y circulacion, favoreciendo la del organismo entero. ¿Llenan estos requisitos las afusiones ó baños frios? De ninguna manera, pues si algo hacen, será provocar una reacion de accion muy transitoria y muchas veces ineficaz.

No sucede lo mismo con la morfina y el alcohol, que

creo indicados en estos casos. Respecto á la primera, y sin preocuparme de como obra, he visto en delirios violentos, en tifoídeos con complicaciones pulmonares, como sucedió con el enfermo de mi observacion número dos, y en neumonias, de forma tifoídea y manifestaciones atáxicas, he visto digo, cesar el delirio á los pocos momentos de hecha la inyeccion, y el enfermo que tenia un insomnio que no podiamos modificar ni con el cloral; conciliaba el sueño, prolongándose su accion por 6, 8 y aun doce horas, y bajando la temperatura de 8 décimos á un grado.

He hecho estas observaciones en el servicio del doctor Peralta y bajo la inmediata direccion de mi distinguido maestro el doctor Uballes, en union de mi compañero el practicante Sr. Funes, quienes como yo, han podido palpar todo el éxito de esta medicacion.

Siento no haber tenido la oportunidad de usar las inyecciones de morfina en el enfermo de mi primera observacion, porque en este el delirio era tan fuerte como en los que he referido, la temperatura igualmente alta, y no habia conseguido resultado con el cloral y bromuro de potasio administrado por la boca y en enemas, ni con la pocion de Guéneau de Mussy que contiene bromuro de sodio, menta, *jarabe de morfina*, *etc.*

Atribuyo en gran parte la falta de éxito de estas medicaciones, en las que como en la pocion de Guéneau de Mussy habia morfina, al pésimo estado de las vias gástricas é intestinales que dificulta grandemente la absorcion.

La otra indicacion que creo racional, en relacion con el estado de las fuerzas, de las vías gástricas é intestinales, de los síntomas que dominan ; es el alcohol. Pero veo que empiezo á entrar de lleno en la cuestion, sin haber concluido de esponer los fundamentos respecto á la razon de mi manera de pensar y obrar en el tratamiento de la dotinenteria.

He dicho lo que creo respecto á la idea de combatir la fiebre, y su colocacion en el órden gerárquico de causa á efecto.

No he llegado á este resultado, por concepciones y raciocinios esclusivamente teóricos, ni aislado y sin apoyo en esta manera de pensar, que Guéneau ya enuncia y que en mí casi ha adquirido la fuerza de una conviccion, despues de seguir una serie de casos gravísimos de dotinentería, en los que la evolucion se ha hecho de una manera feliz, en unos sin anti-piréticos y en otros sin *anti-térmicos* y *sin anti-piréticos*.

Podré decir, como Letulle, médico del Hotel Dieu: tal vez no hemos hecho sinó asistir á una série feliz, prolongada durante seis meses. Sin embargo, toda série aún feliz, observada en detalle, puede servir de documento útil: esta es la única pretension de esta tésis y será su único mérito.

Había visto en diversas salas, y aún en años anteriores á los datos de mis cuadros, morir varios tifoídeos á pesar de todos los tratamientos anti-pirécticos y antitérmicos dirigidos con toda habilidad, como en el caso

de la sala 4ª, anotado en el cuadro del Hospital de Clínicas en Octubre; me habia impresionado especialmente un enfermo que entró á la sala 8ª y murió al dia siguiente con mas de 41°, un delirio terrible, sin que pudieran nada los anti-piréticos y las afusiones frias, y el de mi primera observacion en el que con mas tiempo que el anterior, se usó al principio la quinina, mas tarde el salicilato de sodío y desde un principio las afusiones frias, sin conseguir dominar ni alterar en lo mas mínimo la marcha ni las manifestaciones de la enfermedad que terminaron con la vida.

Estos casos seguidos tan de cerca por el de mi observacion número dos, en el que la fiebre tífoídea desde un principio fué tan grave, con manifestaciones tan enérgicas, y localizaciones en órganos tan importantes; y en el que la morfina en inyecciones hipodérmicas modificó de una manera tan favorable los fenómenos atáxicos; en el que el alcohol y los estimulantes unidos á las afusiones frias, hechas sin tanta constancia como en el enfermo anterior, sostuvieron las fuerzas del organismo que soportó por mas de 15 dias una temperatura que oscilaba entre 39°05 y 40°8 sin gran deterioro y en el que por último no se usó ninguno de los antipiréticos aconsejados; este caso digo, seguido de otros igualmente felices, cuya historia abreviada refiero y de todos los demás que han habido en la sala 8ª y cuyo número alcanza á 10, y en los que no se ha usado *anti-piréticos* y muy rara vez *anti-térmicos*, me hicieron dudar respecto á la utilidad de estos medicamentos en

casos como los de mi observacion, en los que la temperatura no pasó de 40°8.

Despues de esto he sabido, que en el Lazareto se han tratado sin anti-térmicos, ni anti-piréticos una série de seis ó siete enfermos, habiendo como lo manifiesto en las historias que de este establecimiento público y que debo á la galantería de mi amigo Esteves, con cuyos minuciosos datos he podido formarlas, obtenido idénticos buenos resultados, aunque su régimen no era completamente igual al que nosotros hemos seguido.

Ahora veamos de detallar nuestra manera de obrar, tratando de esplicar racionalmente nuestras preferencias y esclusiones en los recursos terapéuticos.

Una vez convencidos de que aún no existe un tratamiento específico, justo es que pensemos en estudiar la naturaleza de la enfermedad para, del conocimiento de sus tendencias, deducir los auxilios que debemos al organismo segun su constitucion y manera de reaccionar.

El principio infeccioso al obrar sobre el organismo, hemos dicho que ataca primitiva y fundamentalmente al sistema nervioso, que es el resorte de la vida; aflojado el resorte, la máquina funciona sin energia, y hé aquí la tendencia á la adinamia y la indicacion natural de combatirla, dando fuerza y nervio al organismo.

El atentado contra el sistema nervioso, trae un desórden en la calorificacion, que creemos dificil evitar; es una manifestacion forzósa de la enferme-

dad que debemos tratar se haga á espensas de elementos que nosotros suministramos al organismo, y no á espensas de sus propios elementos que mantienen el juego armónico de sus funciones.

La enfermedad tiene sus localizaciones necesarias, fundamentales en el intestino, lo que trae una alteracion de todo el tubo gástro-intestinal que perjudica á la absorcion: es necesario que para llevar agentes terapéuticos que obren positivamente, consultemos las condiciones de su absorcion, tratando que ellas se hagan con facilidad, sin fatigar é irritar la mucosa congestionada, ulcerada, enferma.

Las localizaciones intestinales, con ulceraciones, tejidos mortificados, pus y focos de bacilus, si es que se ha de creer á las teorías modernas, son focos de autoinfeccion que prolongan la intoxicacion del organismo: es necesario modificar en lo posible estas heridas llevando sustancias antisépticas al contacto de ellas, y tratando de que estas sustancias ni sean irritantes ni tóxicas, ni obren deprimiendo al organismo en caso de su absorcion sinó dándole fuerza.

Estas son las ideas fundamentales en que debe basarse todo sistema de tratamiento, las demas indicaciones nacen de la observacion atenta y vigilante con que el médico debe seguir la evolucion de la enfermedad, para atender á su localizacion en uno ó varios órganos, y evitar que estas comprometan la vida ó las funciones de estos órganos, y con ellas agraven al enfermo ó produzcan por sí solas su muerte.

Con arreglo á estas ideas, pasemos revista á los tratamientos mas en boga y de los cuales aún no nos hemos ocupado.

Quinina. — El uso de este agente cuyos maravillosos resultados en la fiebre intermitente sorprendian á todos, era natural se estendiese á una enfermedad que tiene conexiones íntimas con ella, y estraña ver, que la aplícacion de la quinina al tratamiento de la fiebre tifoídea solo date de medio siglo. Iniciada con Broca y Liebermeister, ha tenido, como era natural, sus apologistas y sus adversarios; hoy aún en uso, es no obstante reducido á un rol secundario por la escuela de Jaccoud, y aunque administrado por G. See á mayores dósis, lo mismo que por el Dr. Cayley, es generalmente pregonado sin entusiamo.

Su aplicacion en la fiebre tifoidea no responde á otra idea que moderar la fiebre, que nosotros hemos dicho no era sinó un resultado, que en esta enfermedad solo debía preocuparnos en casos estremos.

Simon ha dicho muy bien en su último libro de enfermedades de niños, refiriéndose á la aspiracion de hacer bajar la fiebre: « es una satisfaccion engañosa ». La enfermedad evoluciona de la misma manera, como lo prueban nuestros casos que han llegado á un término feliz, sin nececidad de este agente, de accion sinó peligrosa por lo menos dudosa.

Vulpian, jamás ha obtenido sinó débiles descensos de temperatura, y Dujardin-Beaumetz cree que en las

fiebres graves ni aún este resultado se consigue, sinó con dósis macizas, elevadas.

Es natural que así sea, porque parece un hecho indiscutible que la quinina obra en la intermitente por accion especial, esclusiva al microbio del paludismo y como dice Laveran, puede compararse á la accion de la raiz del granado que mata la tenia sin hacerse sentir en los ascarides que necesitan de la santonina. Lo mismo debe suceder con el bacilus de la fiebre tifoídea, la quinina no obra sobre él.

¿ Cuál es entónces la razon de la quinina en la fiebre tifoídea ? Buscar un descenso de temperatura dudoso, fugaz, por medio de una depresion del sistema nervioso ó una perturbacion mayor, que, como en un caso de See, aun puede producir la muerte.

Por otra parte, la absorcion de la quinina es dudosa ó por lo ménos dificil, dado el estado de las vías gastro-intestinales.

Como muy bien dice Guéneau de Mussy, solo habrá indicacion de la quinina cuando existe asociado al principio dotinentérico, el palúdico; y esto en casos en que predomine este último, porque de lo contrario como nos sucedió en el enfermo de nuestra observacion n° 5, la quinina, á dosis de 2 gramos en 24 horas en el período de predominio de los síntomas tifoídeos, no conseguia bajar ni un grado la fiebre, siendo por el contrario eficacísima cuando al fin los síntomas intermitentes dominaron.

En nuestro enfermo de la 1ª observacion usamos

la quinina, sin conseguir hacer ceder ninguno de los fenómenos dominantes.

En casi todos nuestros hospitales usan de este medicamento, sin que sean positivos los resultados que con él obtienen; los mas lo dan de una manera inconstante y casi podré decir por hábito. En el Hospital San Roque, que es donde mas lo administran, debo decir que su estadística no es muy consoladora, 40 °/₀. En el Hospital Italiano que presenta una excelente estadística, 16.05 °/₀, han usado de la quinina de una manera poco perseverante y á dósis de 1 gramo, dosis mínima, si se tiene en cuenta que las mejores marcas de esta sustancia, por la adulteracion que de ella se hace, traen solo un 50 °/₀ de principio activo.

Salicilato de sodio. — Toda innovacion en terapéutica, despierta la fiebre de los ensayos; el medicamento nuevo, ó su aplicacion feliz, debe servir en todas las enfermedades análogas, ó con síntomas parecidos: tal sucedió con el salicilato de sodio, cuyo éxito feliz en los reumatismos agudos, con fiebre alta, hizo pensar que reportaria idénticos resultados en todas las enfermedades con hipertermia. Ninguna enfermedad en que la fiebre preocupara mas que la dotinenteria, y como era natural fué una de las primeras en que se hizo el ensayo de la medicacion salicílica.

En Alemania fué donde las pruebas se hicieron en mayor escala, los abusos del método del agua fría, habian dado lugar á numerosos insucesos y sobre todo re-

caidas y fué con este motivo que se anunció que la medicacion salicílica evitaba todos estos inconvenientes; pero casi en esta misma época ya se le imputaba una accion depresiva que hacia decir al Dr. Cayley que no debia ser usada en los casos de postracion, y como estos son los mas, las indicaciones del medicamento quedaban sumamente reducidas.

Casi todos en Alemania y Estados Unidos, habian usado este medicamento, teniendo en cuenta su accion *anti-térmica*; Guéneau de Mussy, el primero, lo aplicó tratando de moderar la auto-infeccion que se produce en los últimos períodos de la enfermedad, auto-infeccion que, no solo agrava y prolonga la enfermedad, sinó que en muchos casos puede ser causante directa de la muerte de los atacados.

Muchos autores afirmaban tambien, que el salicilato de sodío abreviaba la duracion de la enfermedad, hecho que habia revelado la estadística; pero como esta es tan elástica y caprichosa, muy luego alguien le hizo decir que aumentaba la mortalidad.

En Francia, G. See combate la medicacion salicílica, imputándole accidentes repetidos y funestos, sobre todo en dósis elevadas; Vulpian la defiende pero tratándose de dósis moderadas. La escuela de Burdeos, y particularmente Collard la preconizan con entusiasmo.

Entre nosotros, la vemos usada en el Hospital Italiano con bastante éxito segun afirman, y sobre todo sostenida por nuestro profesor de Clínica Médica, que

haciendo un uso prudente de ella, ha obtenido buenos resultados.

Hemos hecho esta ligera reseña, para concluir preguntándonos ¿Si en las vistas que hemos espuesto respecto al tratamiento de la enfermedad, podriamos encontrar razones de un peso tal que nos llevaran á disentir de maestros cuya opinion respetamos tanto? Respondo, categóricamente que sí, si se acepta la medicacion salicílica como un sistema, y en este sentido me parece tan sensurable usar el salicilato de sodio á dósis de 6 y 8 gramos segun el método Aleman, ó de la escuela de Burdeos, como la quinina en dósis elevadas.

El ácido salicílico, y con mas razon el salicilato de sodio no es un específico que obre sobre el bacilus tífico; en este sentido la opinion de Feser, Frieberger, Nothnagel y Rosbach, no puede ser mas terminante. Estos autores dicen: «En las circunstancias ordinarias no se puede esperar de la administracion del ácido salicílico, efecto alguno contra los bacterios que existen en el organismo, ni accion curativa alguna sobre las enfermedades determinadas por estos bacterios». La accion del principio tífico sobre el sistema nervioso, hemos dicho ser la dominante. ¿Esta accion depresiva perturbatriz, es modificada en algun sentido por la medicacion salicílica? Creo que no, en sentido favorable, porque si tiene alguna accion es, por el contrario, depresiva como lo han notado See, Guéneau y Hallopeau que han visto accidentes, con dosis de 4 gramos y

en otros casos turbaciones nerviosas, mas persistentes aun que con el sulfato de quinina y sobre todo peligrosas en los alcoholistas.

Si esta medicacion no tiene accion favorable sobre el sistema nervioso. ¿Obra por lo menos economizando combustiones inútiles al organismo? No, porque ella no contribuye como el alcohol, á mantener estas combustiones y solo obra bajando la temperatura, aunque sin saberse de una manera definitiva si es por accion directa sobre la circulacion; pero sí, que la depresion nerviosa tiene una parte importante.

Mas de una vez hemos dicho ya, no creer que los beneficios del descenso de temperatura compensen este nuevo ataque á los centros nerviosos, y en este sentido Rosenthal, Frerich y Guéneau de Mussy estan perfectamente de acuerdo con nosotros cuando dicen que, aun convencidos de los efectos antipiréticos del medicamento, piensan que el descenso de temperatura no tiene influencia alguna sobre la marcha y los otros síntomas de la enfermedad.

Al hablar de las localizaciones intestinales hemos dicho que habria gran conveniencia en obrar directamente sobre ellas, para evitar descomposiciones que pudieran traernos auto infecciones; pero que dado el estado de las vías gástricas, esto solo debia ser tentado con agentes que no se alterasen en el tubo intestinal, que no fueran irritantes ni caústicos y que en caso de ser absorbidos no fueran tóxicos.

El ácido salícico, único que podria evitar las

descomposiciones, tiene casualmente todos estos inconvenientes.

De manera que no tenemos en la medicacion salicílica otro recurso que el descenso evidente, manifiesto, que trae de la temperatura, y esto con sus peligros.

Así, solo lo creemos indicado en los casos en que haya una temperatura tan elevada, que comprometa por sí sola una ó algunas funciones, con peligro de muerte.

Aunque quizá no tan absoluta, es tambien ésta la opinion del Dr. Peralta que solo da 4 gramos de salicilato de sodio, cuando hay una temperatura muy elevada y sostenida.

Con solo tener en cuenta las alteraciones gastro-intestinales, y las renales que hacen difícil la eliminacion de las sustancias activas, creemos con razon alejables de la terapéutica de la fiebre tifoídea la digital y el ácido fénico, que tiene á más todos los inconvenientes del salicílico.

La *resorsina* y la *kairina* tambien han sido indicadas, pero sobre ellas no tenemos ninguna experiencia y no parecen haber dado, á los que las han usado, mejores resultados que las otras medicaciones *anti-piréticas*.

La *anti-pirina*, sustancia nueva introducida á la práctica por Knorr y pregonada con entusiasmo, como el mas poderoso anti-térmico por Filchne, Guttman, See que la han experimentado, ha sido tambien usada entre nosotros. El Dr. Montes de Oca me ha comunicado un caso de dotinentería grave en el que él atri-

buye todo el éxito á la anti-pirina. En el Hospital Italiano tambien ha sido usada, á dósis de 2 y 3 gramos sin obtenerse mayores ventajas.

La antipirina indudablemente obra, cual ninguna otra medicacion, haciendo descender la temperatura; pero para sostener su accion son necesarias, particularmente en la fiebre tifoídea, cantidades de 5 y 6 gramos diarios. ¿Puede ser usada sin inconveniente á esta dosis? Creemos que nó, y ya refieren las Revistas casos en que la muerte ha sido atribuida directamente á ella, y otros en que se han producido accidentes.

Par otra parte, como dice Volkman y Genzmer, y hemos podido comprobarlo nosotros, la frecuencia del pulso, la disnea, los fenómenos cerebrales, las perturbaciones de nutricion, son independientes de la temperatura, ligadas al principio infeccioso y pudiendo producirse aun cuando aquella no es elevada.

La antipirina tolerable por el organismo, podrá servirnos en casos análogos á aquellos en los que he aceptado la medicacion salicílica y las afusiones frias: será un recurso terapéutico, mas no un agente indispensable.

Si segun todo lo que hemos espuesto los antitérmicos y antipiréticos solo tienen una accion limitada y de oportunidad en el tratamiento de la fiebre tifoídea. ¿Cuál es nuestra intervencion ante un caso de esta enfermedad? Para nosotros, como ya lo hemos dicho, sostener el organismo, calmar la perturbacíon nerviosa,

combatir la tendencia á la adinamia, atender á las localizaciones.

Sostenemos el organismo por una alimentacion liquida, fácilmente absorbible, reparadora, que contribuya á contrarestar las pérdidas considerables; que lleve elementos de vida al sistema nervioso. Damos la leche, que es diurética y que obrará tambien en este sentido, favoreciendo la eliminacion dificil de los productos de las combustiones; administramos candiales, caldo desgrasado, jugo de carne y aun peptona de Defresne, segun la constitucion del enfermo. Todo esto con intérvalos de una y dos horas.

Damos los alcohólicos que estímulan el sistema nervioso, que sirven para mantener las combustiones, ahorrando gastos á nuestros tejidos, que favorecen la eliminacion de los productos de desasimilacion, que tienen propiedades anticépticas, que no podrán sino beneficiar los focos de descomposicion intestinal, si llegan á ponerse en contacto con ellos al absorberse, al eliminarse ó cuando sigan la corriente del tubo digestivo.

Asi, en los casos tratados en la sala 8ª, hemos dado una pocion con 250 gramos de vino oporto ó argentino, segun la gravedad de aquellos, 4 á 6 gramos de estracto de quina, dos de tintura de canela y una dósis de coñac que hacemos ascender gradualmente desde 50 gramos hasta 100 y 120 por dia.

Creo que en gran parte debemos á la feliz accion del alcohol el éxito, en casos gravísimos que van refe-

ridos en mis historias, y en los que á pesar de su temperatura elevada y sostenida, han llegado á la convalecencia sin gran deterioro, haciéndose esta rápida, tan luego como la temperatura se normalizaba.

El alcohol se absorbe con toda facilidad sin necesitar del auxilio de las secreciones bucales, estomacales etc, que como sabemos, sufren un profundo ataque; sin irritar ni cansar las vías gastro intestinales.

No quiero concluir, sin hacer conocer las ideas de Murchison, See, Perrin, etc.; el primero dice: que fuera de duda el alcohol aumenta la energía del corazon, estimula la circulacion capilar y puede á este título, *concurrir á combatir el delirio que depende de una insuficiencia de la nutricion cerebral.* — See dice: «el verdadero modo de accion del alcohol consiste en ahorrar los tejidos corporales, mantener los órganos en un estado de equilibrio nutritivo, limitar el gasto completo que tiende á producirse por la fiebre; por consecuencia á sostener así á los febrecitantes en la plenitud de sus fuerzas musculares y de inervacion». Formula por último, despues de las esperiencias de Demouly y siguiendo las ideas de Todd la siguiente ley general: el descenso de la temperatura es proporcional, en los febricitantes á la cantidad y concentracion del alcohol; el calor sube poco á poco y á medida que este agente se elimina.

Todo esto es cuanto necesitamos en la fiebre tifoídea y creo que r o hay enfermedad en la que este agente tenga mayor número de indicaciones racionales; es

pues como dice G. See, artículo de fé terapéutica, y mas correctamente aun, artículo de fé de la terapéutica dotinentérica.

Volviendo á nuestras indicaciones diremos que, á mas de la pocion cuya fórmula hemos referido, damos una limonada vinosa y aun copitas de leche con coñac.

Creemos con esto y una higiene correcta, llenar las principales indicaciones.

Ahora, pasando á los síntomas culminantes que pueden traer por su intensidad ó predominio un peligro sério al enfermo, ninguno nos ha parecido mas importante, mas difícil de dominar, mas alarmante que el delirio y el insomnio; mas de una vez los hemos creido directamente causantes de la muerte.

Las inyecciones de morfina, de un centígramo hechas una vez ó cuando mas dos al dia, nos han dado muy buenos resultados en el enfermo de nuestra observacion nº 2, y en dos neumónicos con formas tifoídeas; en todos ellos el delirio se calmaba á pocos momentos de la inyeccion y el enfermo dormia tranquilo, notándose algunas veces un descenso evidente de temperatura. Despues de 10, 12 y aun mas horas en que volvia á presentarse el delirio, hacíamos una nueva inyeccion con idéntico resultado. ¿Cómo obra la morfina en estos casos? ¿Congestiona el cerebro, modifica su circulacion, su nutricion ú obra directamente sobre la célula nerviosa como cree Binz? Difícil nos seria decirlo. Para nosotros tiene una accion benéfica, salvadora, y esto nos basta.

Sentimos solamente no tener una experiencia mayor á este respecto.

El médico del Hospital Español Dr. Carlé, nos ha asegurado haber obtenido, en casos análogos, idéntico resultado con el láudano, cuya accion en esta misma oportunidad fué notada por el Dr. Herrera Vega.

Hemos dicho ya, que en caso de una temperatura que pusiera en sério peligro la vida, por su elevacion sin remisiones, hariamos segun la indicacion de nuestro maestro el Dr. Peralta, las afusiones frías con vinagre aromático, que nunca hemos visto produzcan accidentes, ni traer complicaciones, y dariamos tambien, siguiendo el mismo consejo el salicilato en dósis de 4 y como máximun 6 gramos.

En las complicaciones ó localizaciones pulmonares empleamos, con éxito fuera de duda, las ventosas secas puestas en número mayor ó menor segun la necesidad. Ordenamos tambien un enema cuando hay constipacion y aún diarrea á efecto de hacer la higiene del tubo intestinal en su parte abordable por esta vía.

Tales son las conclusiones á que me han traido las lecciones y la experiencia de mis jefes en el servicio de Clínica Médica, del que he sido practicante mayor, en la sala 8ª, y mi propia observacion, consagrada á estudios tan atrayentes y que tanto me seducen.

He recorrido despues todos los hospitales existentes en el municipio, conversando con sus directores ó practicantes, y en todos ellos he podido ratificarme en

mis vistas, respecto á la enfermedad que me ocupa y su tratamiento.

En el hospital aleman recogí un dato que creo de interés. Habia oído ya hablar de la naftalina administrada con buen resultado en las enteritis ulcerativas rebeldes y aún en la fiebre tifoídea por Rossbach, de Alemania, pero no sabia hubiera sido experimentada entre nosotros, en esta última enfermedad.

El médico aleman, me dijo, que él habia usado el calomel antes, en los tifoídeos, no con muy buen resultado, pero que desde algun tiempo lo hacia con la naftalina con la que creía haber alcanzado excelentes. Que desde que empezó á usarla solo habia tenido un caso desgraciado por una complicacion cerebral, habiendo tratado doce enfermos. (Debo decir para ser exacto, que el médico me dijo cuando hablamos sobre este tratamiento, que segun él creia habia tenido dos defunciones, una por una complicacion neumónica y otra por gangrena de las estremidades, pero que estas muertes, eran anteriores á su tratamiento y probablemente segun creo al año de mis cuadros, porque no figuraron en la estadística que me dieron despues). Habia dado la naftalina á dósis crecientes hasta 5 gramos y pudo notar que este medicamento acortaba mucho el período de la enfermedad, que obraba tópicamente sobre las localizaciones intestinales, que no se absorbia y que se eliminaba en naturaleza por las heces; que destruia los microbios en sus focos intestinales.

Despues he leido las opiniones de Rossbach, quien

piensa que la naftalina no es irritante, porque no produce vómitos ni diarrea, y por el contrario modifica favorablemente esta última; que obra haciendo la desinfeccion del tubo intestinal por accion local y de paso; que no se modifica en todo el trayecto; que no es peligrosa, porque es perfectamente tolerable y no se absorbe, y si lo hace es en dósis mínimas que no ejerce accion alguna y mucho ménos tóxica; que la desinfeccion intestinal y la destruccion local de los bacilus, evita la auto-infeccion que señalan como tan peligrosa los autores y esta germinacion de bacilus que ambas á dos, obran manteniendo la fiebre y llevando nuevos ataques al organismo.

Las ideas en que se funda Rossbach no pueden ser mas racionales; pero debemos esperar que una experimentacion mas ámplia y el concurso de observadores nuevos é ilustrados le den su sancion; pero entra en las tentativas que deben ser alentadas.

Los otros hospitales no ofrecen novedad en sus tratamientos: en el de San Roque se hace uso de la quinina en dósis mas ó ménos elevadas segun los Servicios y solo el Dr. Ramos Mejía, administra los alcohólicos y de una manera esclusiva con bastante buen resultado.

En el Hospital Español se sigue el método de Jaccoud sin las afusiones frias que son conceptuadas como peligrosas.

En el Italiano se ha hecho uso de todos los tratamientos, dando á mas, asociados á ellos, los alcohólicos en una buena proporcion.

El Hospital Inglés tiene en su práctica ordinaria la quinina y los enemas con ácido fénico. Su éxito es mediano.

En el de Niños han sido usados casi todos los antipiréticos; pero es conviccion de los médicos de este Establecimiento que estos en nada modifican la marcha y la terminacion de la enfermedad.

El Francés no vá enumerado en mis cuadros, ni nada decimos respecto á la práctica que en él se sigue, porque solo ha tenido en el período de un año, tres tifoídeos: dos curados y uno muerto.

En el Hospital de Mujeres se ha hecho uso de la quinina con preferencia á los otros tratamientos.

OBSERVACIONES

HOSPITAL DE CLINICAS

OBSERVACION Nº 1

Nº 20 — Sala 8ª

Pedro Charbonnier, de 30 años, francés, jornalero, entró al Hospital el 1º de Noviembre de 1884. Sus antecedentes individuales son buenos, siendo totalmente desconocidos los hereditarios.

Examinado el dia de su entrada, nos dijo, hacer proximamente un mes se encontraba enfermo con tos, dolor de cabeza, y una diarrea que databa de pocos días; siempre habia sido sano; no habia espectorado jamas sangre. Su hábito externo nos revelaba un temperamento, linfático-nervioso, con una regular constitucion y una fisonomía algo alterada, y poco en relacion con los signos fisicos que pudimos comprobar mas luego. Como lo que mas parecía incomodarle, era la tos y un poco de diarrea, hicimos primeramente el exá-

men del aparato respiratorio, y sin la menor dificultad, pudimos comprobar una bronquitis generalizada mas intensa en el lado derecho que en el izquierdo. El aparato circulatorio no ofrecia alteracion; el vientre no era doloroso ni pudimos comprobar gorgoteo; no presentaba nada anormal el tegumento externo; la inteligencia se encontraba bien. La lengua roja y húmeda en sus bordes, estaba un tanto saburrosa en el centro. La temperatura era de 38°5 segun puede verse en nuestro cuadro.

Desde luego nos llamó la atencion la insistencia y firmeza con que el enfermo refería su enfermedad á 25 ó 30 días, durante los cuales no habia tenido otra cosa, que tos, cefalalgía y en los últimos días diarrea con bastante fiebre, sin presentar otra alteracion apreciable que su bronquitis y cuatro á seis deposiciones diarréicas. Por otra parte, no habia acuerdo alguno entre estos antecedentes, estado actual, temperatura y fisonomía del enfermo, que nos revelaban un organismo sorprendido por un principio infeccioso, sin carácter adinámico.

En esos dias habiamos tenido en la sala enfermos, con síntomas un tanto parecidos y que clasificamos de bronco-neumonías morbillosas, por que pudimos encontrar la huella del principio infeccioso que en aquella estacion se revelaba por una gran epidemia. Pero en nuestro enfermo no encontrabamos el hilo y mas que todo, habia algo en nuestro espíritu que nos alejaba de esta creencia.

No obstante, dado el estado de las vías gástricas y la estension de la bronquitis, indicamos la ipecacuana á dósis vomitiva.

Al dia siguiente el estado del enfermo parecía un poco mas despejado, pero el termómetro por la noche habia subido á 39°1 y por la mañana nos daba 38°. La diarrea continuaba en la misma forma, 6 á 8 deposiciones en las 24 horas.

Empezamos, á pesar de la discordancia de los sintomas, á creer en una fiebre tifoídea de forma torácica. Lo que impedia afirmarnos en esta creencia era que teniamos por delante un enfermo con próximamente un mes de enfermedad y sin que la expresion de su fisonomía ni su boca, ni nada en él revelase un período avanzado de la fiebre tifoídea. En la temperatura teniamos una linea quebrada con remisiones muy pronunciadas — y que no respondia á ningun período de los trazados clásicos.

Los dias siguientes continuaron sin que aparecieran nuevos sintomas, aunque agravándose cada día mas el estado de Charbonier. Los rales sibilantes se hacian oir en toda la estension de los dos pulmones y rales crepitantes con soplos bronquiales en algunos puntos; esto nos obligaba á hacer aplicacion diaría de ventosas secas. La temperatura, como lo muestra nuestro cuadro térmico, alcanzaba á 40° con remisiones que la hacian caer hasta casi la normal. La diarrea era cada vez mas abundante.

No obstante todas las irregularidades de la curva

térmica, nuestra creencia de que se trataba de un caso de dotinenteria se acentuó, aun poniéndonos en desacuerdo con Wunderlich.

Administramos la quinina en dósis de 1 á 1.50 gramos bajo la forma de bromhidrato, instituimos una pocion tónica con vino oporto y estracto de quina y dieta con caldo y leche.

No obstante esta medicacion, la temperatura no descendía; empezaba á presentarse un *sub-delirio*; no habia fuliginosidades ni manchas de ninguna clase en la piel. Dabamos la quinina de una á dos de la tarde para tratar de moderar la elevacion térmica de la noche, mas como no consiguiéramos resultado y á pesar de nuestros temores por las complicaciones pulmonares, recurrimos con las precauciones del caso á las afusiones frías de Curling, dadas segun el método de Jaccoud. Este poderoso recurso antitérmico, no hizo sentir de una manera apreciable sus efectos, ni favoreció los de la quinina cuya dósis subimos hasta 2 gramos. La fiebre si caia momentáneamente de 1 y 1 ½ grados, muy luego, volvia á alcanzar la cifra de 40 y 40°5.

Los síntomas pulmonares ni la diarrea no cedian, el delirio se hacía mas intenso, el insomnio era contínuo. Las exacerbaciones térmicas de la tarde eran cada vez mas altas y las remisiones menos pronunciadas, aunque algunos dias se producian bien marcadas.

Cambió el doctor Peralta la quinina por el salicilato

de sodio; tratamos de combatir el delirio y el insomnio por la pocion de Guéneau de Mussy con bromuro de sodio, jarabe de codeina, menta, etc. y mas tarde con bromuro de potasio y cloral. Todo era inútil, el principio mórbido dominaba con fuerza increible. La intensidad del delirio estaba en relacion con este tumulto atrincherado en el organismo. La curva térmica, indiferente á todos los anti-piréticos y antitérmicos, parecia proclamar su inutilidad, pues á ellos, alcanzaba ya los estremos limites de 41° y aun pasaba.

En este estado se dió como caso práctico de exámen á uno de mis mas aventajados condiscípulos, quien con el cuadro térmico en la mano y todos los antecedentes, creyó se trataba de una tuberculosis miliar aguda y fué tal la fuerza de su argumentacion, que hizo vacilar mi creencia de tratarse de un tifoídeo. Hizo esta esposicion en la mesa de exámen, y el Dr. Peralta con su ojo clínico, aunque aceptó toda la irregularidad que presentaba el cuadro de nuestro enfermo y toda la razon de las objeciones de su discipulo, no desechó la idea de que se trataba de una fiebre tifoídea.

A los dos dias moria el enfermo, en medio del delirio mas exaltado que he visto, y con una temperatura de 41°8.

La autopsia, nos dió la razon á los que habíamos, no obstante nuestras vacilaciones, creido en la existencia de una fiebre tifoídea. Encontramos ulceraciones ca-

racterísticas en el intestino, sobre todo cerca del ciego, los gánglios mesentéricos grandes, algunas placas induradas y un estado catarral de todo el intestino.

Los pulmones estaban congestionados en algunos puntos y el exudado catarral se encontraba en toda su extension.

Abierto el cráneo no pudimos comprobar ni una congestion ni una anemia cerebral; habian si pequeños exudados serosos en las circunvoluciones y la base.

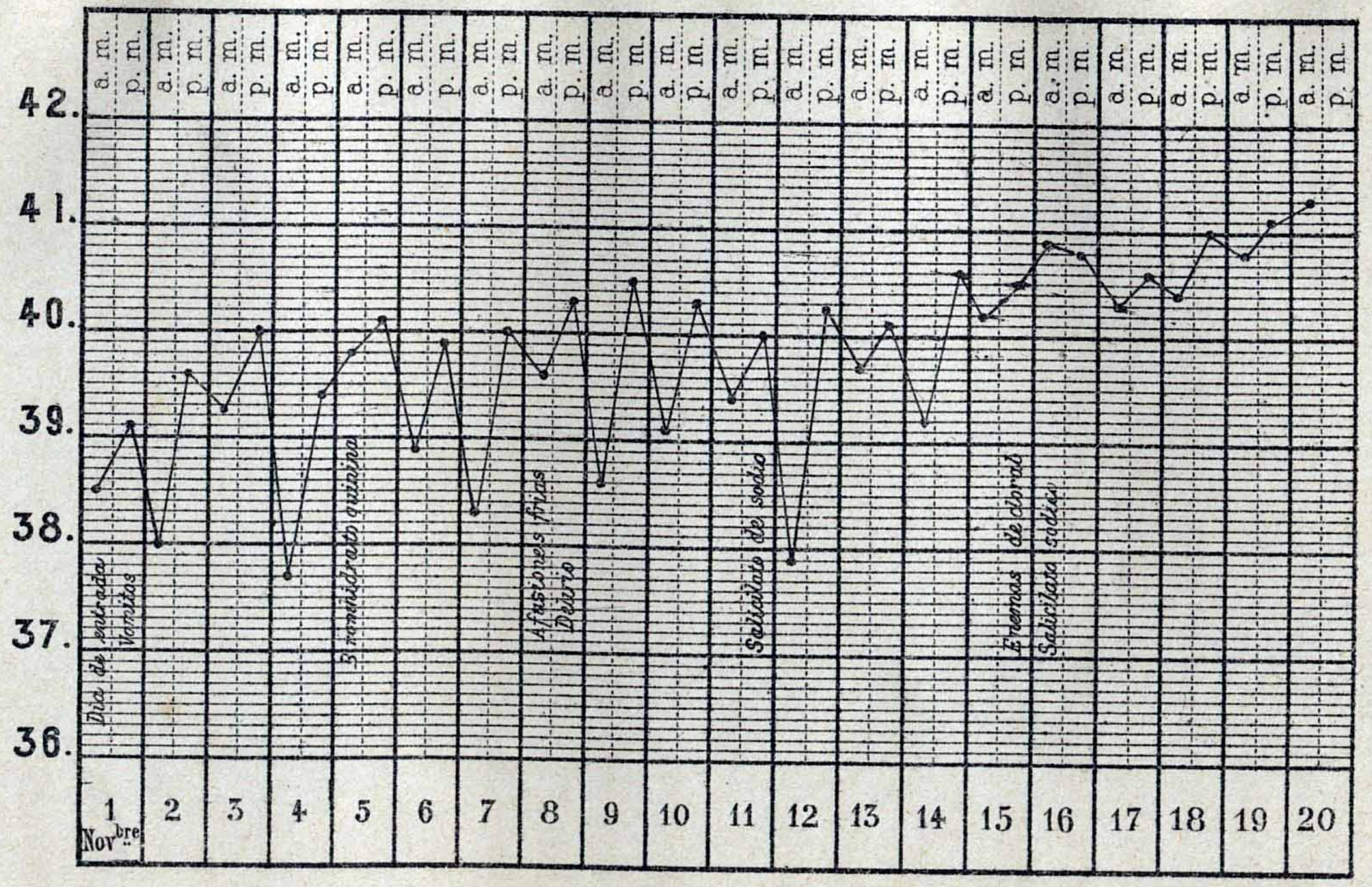
Fué en presencia de nuestras vacilaciones respecto al diagnóstico é impotencia de la medicacion antitérmica y anti-pirética que dudamos, alentados y encaminados por las vistas tan claras y exactas siempre de nuestro distinguido amigo Jefe de Clínica Médica el Dr. Uballes, respecto á la utilidad de los anti-piréticos en la fiebre tifoídea, y pensamos en la necesidad de sostener las fuerzas y mantener las combustiones orgánicas á espensas de una alimentacion fácilmente absorbible y de los alcohólicos.

En esta oportunidad fué tambien, y sin conocer las vistas enunciadas mas tarde por Jaccoud y Guéneau de Mussy antes, que empezamos á creer en la posibilidad de la asociacion de otros principios infecciosos al elemento tifoídeo, que lo modificaran en su forma y caractéres imprimiéndole un sello especial que tuviese de uno y de otro; pero que se apartara del tipo clásico, rompiendo con las leyes de Wunderlich, Gresinger, etc.

Para nosotros, en este enfermo se asociaron la infec-

HOSPITAL DE CLINICAS

Sala 8. Nº 20.



FIEBRE TIFOIDEA CON BRONCO-NEUMONIA MORBILLOSA

GUILLERMO KRAFT, RECONQUISTA 82, BS AS

cion tífica y la del sarampion, predominando recien al último el microbio dotientérico.

OBSERVACION Nº 2

Andrés Carro, de 34 años, español, casado, jornalero, entró al Hospital el 17 de Noviembre de 1884, procedente de Campana (P. de B. Aires). Segun lo que él pudo referirnos, hasta el 15 habia estado en perfecta salud; esa tarde tomó unas copas, durmió en el campo y *no supo mas lo que le pasó*.

Estos datos por el momento no tenian importancia porque deliraba, teniendo solo ciertos intérvalos lúcidos.

Examinado atentamente, presentaba, una constitucion fuerte, cara bultuosa, congestionada, piel ardiente, boca seca, lengua pegajosa, ninguna erupcion en el tegumento esterno. Deliraba, tenia un poco de tos, bastante disnea y espectoracion herrumbrosa; vientre algo sensible y timpánico; habia diarrea y señales de epístaxis. La auscultacion solo hacia oir soplos tubarios y crepitacion fina en todo el pulmon derecho, y en el izquierdo disminucion del murmullo respiratorio en la base, y respiracion soplante en el resto. La temperatura era de 40°4.

Con estos datos se creyó, al principio, que se trataba de una neumonia de forma tifoídea y teniendo en cuenta

la disnea y la estension de la lesion pulmonar, se pusieron numerosas ventosas secas y algunas escarificadas. Se indicó á mas una pocion con coñac, teniendo en cuenta, antecedentes alcohólicos y el tipo de la enfermedad.

Al dia siguiente, á pesar de haber descendido algo la temperatura, el delirio era mas violento, el tipo ataxo-adinámico mas pronunciado, la diarrea habia aumentado y se manifestaba dolor y gorgoteo en la fosa ilíaca. Desde este momento empezamos á sospechar una fiebre tifoídea con complicaciones pulmonares y creimos falso lo que el enfermo nos habia dicho respecto á la fecha de la invasion.

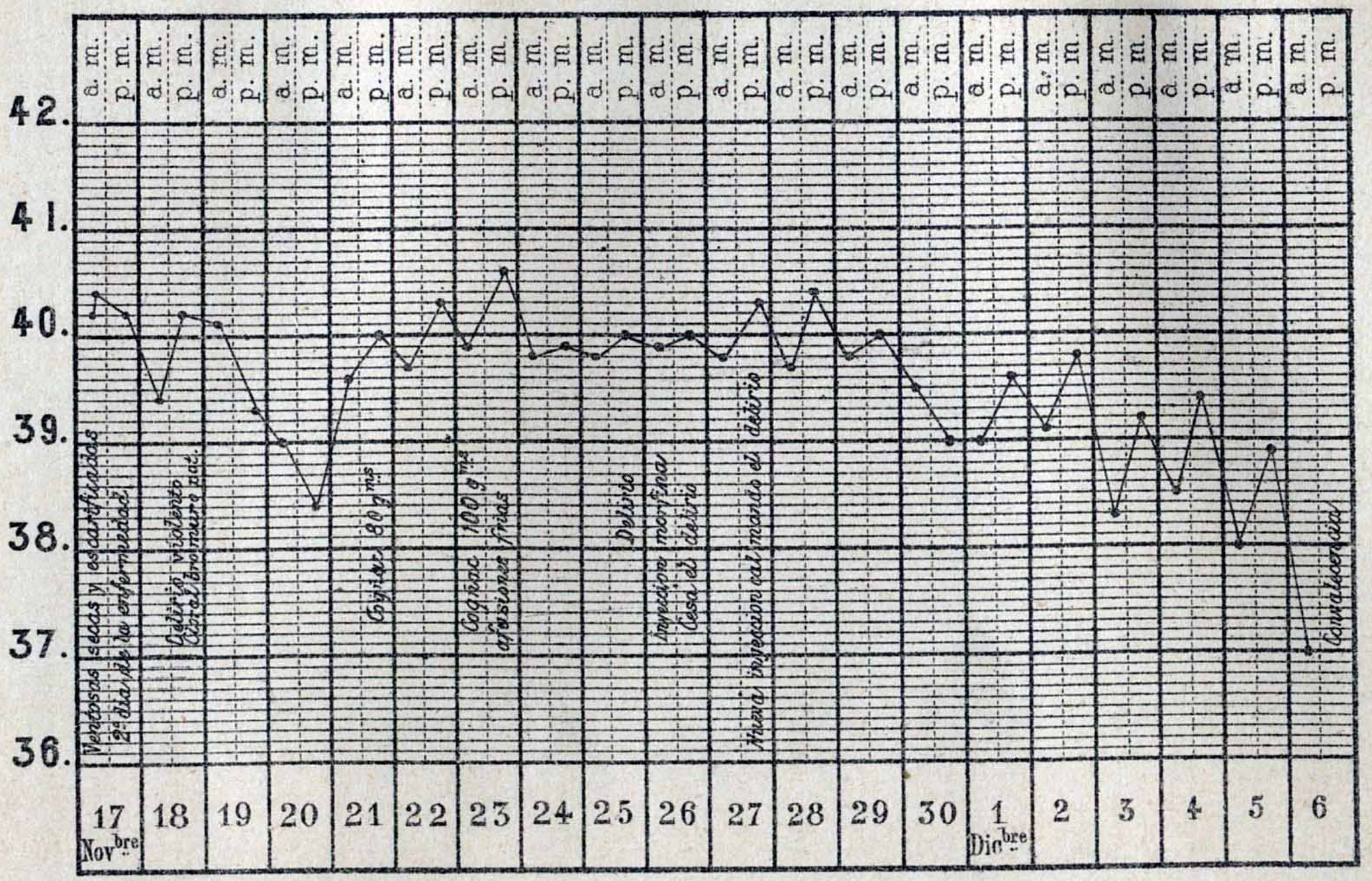
Como el delirio dominaba y asumia cada vez mayores proporciones, resolvimos administrar, á mas de la pocion Jaccoud con 50 gramos de coñac, una de bromuro de potasio con cloral, la que muy poco benefició al enfermo, pues á pesar de ella era necesario mantenerlo con camisa de fuerza. Como en los dias 20 y 21 se manifestara, á mas del delirio, una tendencia adinámica poco consoladora, revelada por la facies y el estado del pulso que se hizo muy pequeño, elevamos el coñac á 80 gramos en la pocion y lo dimos á mas, en candiales.

La fiebre se mantenia sin remision y mas bien elevándose : dimos 100 gramos de coñac en pocion á mas de la limonada vinosa y los candiales. Tomaba tambien leche y jugo de carne.

El delirio no cedía y resolvimos por indicacion, no

HOSPITAL DE CLINICAS

Sala 8. Nº 8.



GUILLERMO KRAFT, RECONQUISTA 82, BS AS

recuerdo si del Dr. Peralta ó Uballes, hacer una inyeccion de morfina, que no pudo ser mas benéfica, pues, si bien, como ha sucedido otras veces, la fiebre no disminuyó, sin embargo, el enfermo se calmó muy luego; pudo dormir mas de 6 horas, cosa que no tenia lugar hacía tiempo, y al recordarse su inteligencia estaba mas despejada.

En los dias 8 y 9, volvió á presentarse el delirio que fué perfectamente dominado con nuevas inyecciones de morfina, que trayendo á Carro á su completa razon abrieron el período de la defervescencia.

Fué en esta oportunidad que interrogamos al enfermo sobre la data precisa del principio de su enfermedad, á lo que nos contestó asegurándonos que hasta el dia 15, es decir, dos dias antes de su entrada al Hospital, que fué el 17, habia estado perfectamente bien. Este hecho venia á mostrar de una manera evidente, que podía, *en una fiebre tifoídea, elevarse la temperatura al 2° dia de la enfermedad á 40 grados.*

En todo el curso de su enfermedad se le hicieron algunas afusiones frias y su medicacion solo fué coñac en la forma indicada, leche, candiales y jugo de carne.

A pesar de la duracion y gravedad de este caso su convalecencia fué corta, sin accidentes ni gran deterioro orgánico.

OBSERVACION Nº 3

Sala 8ª — Nº 6

Manuel Castro, español, jornalero, soltero, de 24 años, linfático, entró al Hospital en Marzo 5, con diarrea y todos los síntomas que caracterizan una fiebre tifoídea de forma abdominal. No traia, ni se produjeron las manchas lenticulares. Habia tenido epistáxis; no hubo sinó *sub-delirio*.

Entró con 40° y la temperatura se mantuvo casi en *plateau*, y á este nivel, 9 dias, para seguir durante ocho dias con oscilaciones de 1°5 á 2 grados y luego reducirse hasta llegar á una temperatura normal el 28 de Marzo.

Su tratamiento fué idéntico al de la observacion anterior, con diferencia de que en éste, no hubo que combatir el delirio.

OBSERVACION Nº 4

Sala 8ª — Nº 14

Domingo Locatelli, de 22 años, italiano, jornalero, soltero, de temperamento sanguíneo, entró á la Sala el 28 de Marzo.

No pudimos tomar ningun antecedente, porque su inteligencia casi totalmente oscurecida no le permitia contestar sinó de una manera incoherente, y con palabras entrecortadas á nuestras preguntas.

Habia algunas petequias en la piel del abdómen; tenia lengua seca, negra y con grietas; sus encías mostraban fuliginosidades, y la fisonomía una inmovilidad próxima á la del estupor; las deposiciones diarréicas eran seis ú ocho en las 24 horas, habia tos y la auscultacion manifestó síntomas de catarro bronquial y congestion en la base de ambos pulmones.

No tenia delirio, su temperatura era de 40°5.

La postracion fué aumentando, el enfermo estaba en un verdadero estado soporoso.

Desde el primer dia administramos la pocion de que he hablado en los casos anteriores, pero con 80 gramos de coñac que muy luego hicimos subir á 120.

Respecto á la alimentacion la hicimos en la misma forma que en los anteriores casos, teniendo sí que aplicar ventosas secas casi diarias y en gran número por la gravedad de los síntomas pulmonares.

Este estado de alta gravedad, que nosotros considerábamos iba á perder al enfermo, una temperatura sin remisiones matinales pronunciadas, se prolongó casi durante quince dias.

En este tiempo y con intérvalos de una á dos horas el enfermo, tomaba copitas de leche, candiales, jugo de carne, caldo, limonada vinosa.

No se le hicieron afusiones frías ni tomó anti-pirético alguno. A los quince dias la temperatura descendió gradualmente, y la convalecencia no fué prolongada.

OBSERVACION Nº 5

Sala 8ª—Nº 4

Pascual Maroti, de 21 años, soltero, peon albañil, llegó á Buenos Aires 19 de Abril, pasando á Alberti el 21. En su país fué siempre sano y vivió en rejiones montañosas alejado de los centros palúdicos.

El 23, se sintió descompuesto, con diarrea, cefalaljia, falta de apetito y postracion general: tuvo epístaxis, un poco de fiebre por la noche con sensacion de frio. Este estado fué pronunciándose cada vez mas, hasta su entrada á nuestro Hospital el 7 de Mayo.

Examinado, no presentó nada anormal en los aparatos circulatorio, respiratorio ni en su tegumento externo. La coloracion pálida, propia á su temperamento linfático, era de un tinte terroso; sus lábios secos, sus encías descoloridas, sin fulijinosidades, la lengua un poco saburrosa, la facies sin presentar un gran abatimiento, no era despejada. Tenía seis ú ocho deposiciones; vientre muy poco doloroso, sin timpanismo ni gorgoteo.

La inteligencia no ofrecia perturbacion alguna, pero

estaba muy léjos de la vivacidad y claridad que ha manifestado en su convalecencia.

La temperatura de la mañana era de 40° y nos refirió que en la noche habia tenido frio y despues sudores. Se le administró un purgante salino.

Una circunstancia personal dió lugar á que interrumpiera esta observacion hasta el dia 12 de Mayo en que principia mi cuadro.

En este tiempo el enfermo no ha presentado nada notable, continuando los síntomas en la misma forma.

El 14 con sorpresa nuestra, el termómetro no marcaba mas de 37°2; pero por la noche con un escalofrio intenso, volvió á subir para presentar nuevamente, al siguiente dia, la temperatura normal.

Mi cuadro térmico esplica con claridad la evolucion de este proceso mórbido tan irregular.

Nuestra opinion fué, que aun faltando muchos síntomas para caracterizar una fiebre tifoídea, no obstante, debiamos pensar en ella por esclusion y teniendo en cuenta la data de la enfermedad y su manera de presentarse, la diarrea, la postracion, el dolor de cabeza y sobre todo el trazado térmico que nos alejaba de la idea de una intermitente, que alguien enunció al ver la temperatura descender á la normal despues de escalofrios.

Pero muy luego cambió la escena, las remisiones térmicas no se hicieron mas y la línea segun puede verse en nuestro cuadro subió gradualmente hasta 40°

para mantenerse entre esta cifra y 39° hasta el 23 en que cayó á 37°.

En este intérvalo administramos varias veces dósis de 2 gramos de quinina, sin obtener ningun resultado, como habria sucedido en un paludismo simple.

La sintomatolojía del enfermo no se modificó, presentando siempre sudores y dolor de cabeza, lengua y boca mas pegajosas.

Desde el 23 la intermitencia empezó á acentuarse nuevamente y esta vez mas dócil á la accion de la quinina, el apetito renació, la diarrea casi no existia, el estado general del enfermo se modificó.

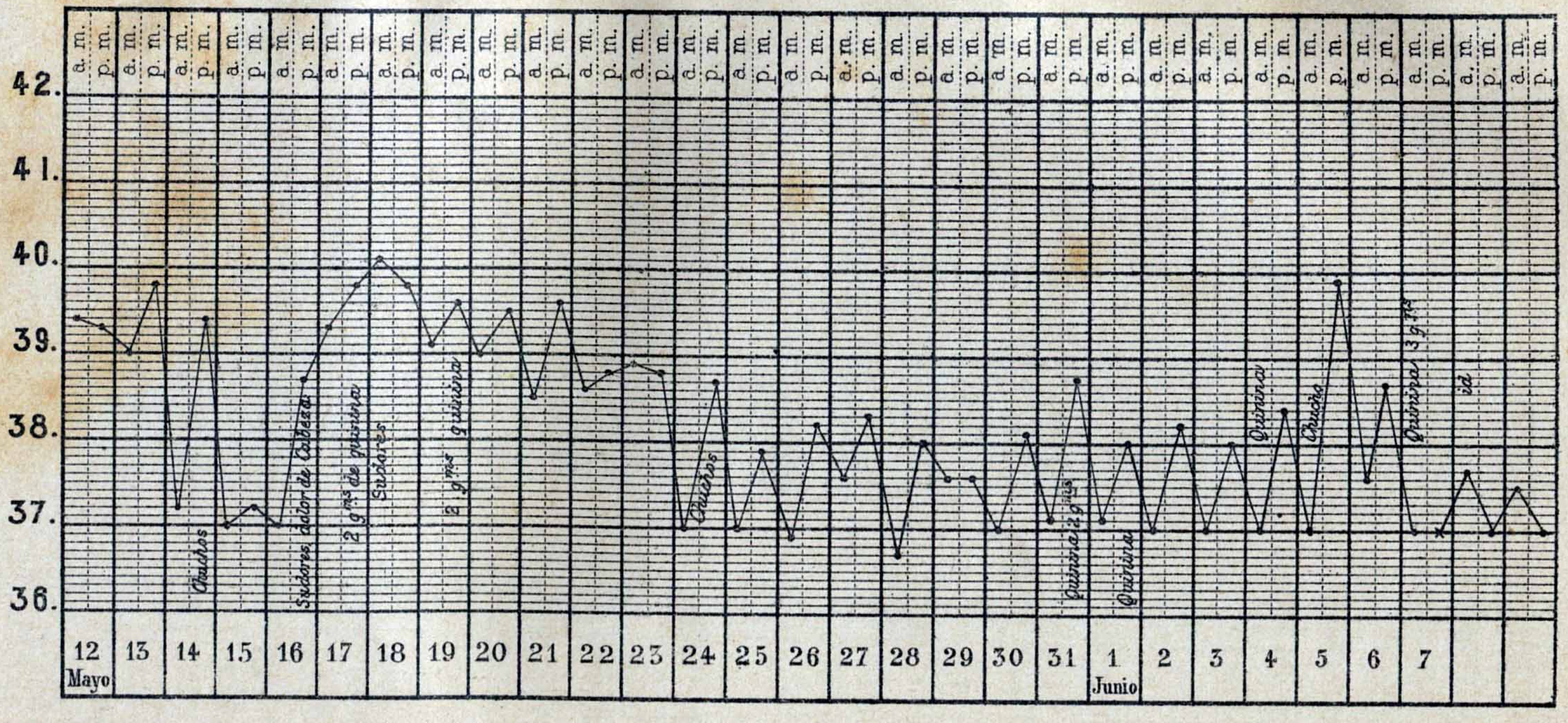
Sin embargo, la fiebre no se dominaba totalmente, los sudores y chucho aun se producian; algunos dias ni aun en la mañana habia remision completa. Seguimos administrando 2 gramos de quinina que el enfermo tomaba de 2 á 6 de la tarde.

En este estado la temperatura vuelve á subir el 5 de Mayo á 40 grados con chucho fuerte. Fué entónces que nos decidimos á dar *3 gramos de quinina* en 4 dosis, repartidos en esta forma: 2, 4 y 6 de la tarde y 8 de la noche, y esto durante tres dias seguidos. Un intérvalo de un dia, idéntica cantidad de quinina administrada en la misma forma, durante dos dias, y así seguimos espaciando las dosis y haciéndolas menos continuadas.

No volvió á presentarse la fiebre ni sus acompañantes habituales y pronto Marotti entró en plena convalecencia.

HOSPITAL DE CLINICAS

Sala 8. Nº 4.



FIEBRE TIFOIDEA CON PALUDISMO

* DESDE ESTE DIA LA TEMPERATURA SIGUIÓ NORMAL.

GUILLERMO KRAFT, RECONQUISTA 62, B1 A1

OBSERVACION Nº 6

Sala 8ª — Nº 5

Domingo Rodriguez, 19 años, español jornalero, entró al hospital el 15 de Abril. Hacia dos dias que estaba enfermo; el termómetro marcaba 38°, temperatura que fué elevándose sin remisiones hasta alcanzar á 40° el 18 por la mañana. Tenia todos los síntomas que caracterizan una fiebre tifoídea. Presentó algunas manchas lenticulares, el trazado representaba una línea muy quebrada, porque aunque todas las noches alcanzaba á 40°, por las mañanas había remisiones que mas de una vez la hicieron bajar á 37°8 y 38°.

Por lo demás la forma abdominal se acentuó perfectamente y la temperatura solo cedió á los 18 dias de entrada al Hospital.

El tratamiento sin afusiones y sin anti-piréticos, fué el mismo que en los anteriores.

Podria referir varios casos aun de la sala 8ª y de niños en que sin anti-piréticos y con nuestro régimen los enfermos han terminado su proceso, pero creo suficientes los hechos que refiero para dar una base á mis ideas.

CASA DE AISLAMIENTO

Las historias de los casos que publico de la Casa de Aislamiento, no pueden ser mas interesantes, con relacion á las ideas que sostengo en el curso de mi Tésis, y debo á la galantería de mi inteligente amigo el Sr. Estéves, quien me las trasmite perfectamente documentadas, el mas sincero reconocimiento.

OBSERVACION Nº 1

Sala Furst. — Nº 19

Rosa Fuentes, de 23 años, planchadora, se siente enferma desde el 26 de Abril, habiendo tenido chuchos repetidos, vómitos, quebrantamiento general, cefalalgia, raquialjia, sensibilidad en el vientre y falta de apetito.

Entró á la Casa de Aislamiento el 30 de Abril, con facies de estupor, lengua pegajosa y cubierta de una capa de color herrumbroso, algunas fuliginosidades, vientre sensible y sin manifestar gorgoteo, abatimiento general; el termómetro marca 40°, hay diarrea. Se le administra la pocion Jaccoud y hielo.

En la noche empieza á delirar y continúa en este estado durante todo el dia siguiente; se le administra

una pocion con bromuro de potasio y valeriana que no modifica sensiblemente su estado; los pulmones dejan oir rales en toda su estension y la enferma tiene dísnea la que se modifica despues de la aplicacion de ventosas secas.

Este estado y la temperatura con oscilaciones de una á dos décimas de grado, al rededor de 40° continúa sin variacion hasta el dia 7 de Mayo.

El dia 8, su estado se agravó considerablemente, y parecia próxima al colapsus; en este estado se le hizo una inyeccion de un gramo de éter, que muy luego produjo una sensible mejoría, modificando la perturbacion nerviosa, que habia hecho descender la tempetatura, y que despues de la inyeccion *con mejoría de la enferma* se elevó á 40°6. Al dia siguiente nuevo descenso á 38°8, *otra inyeccion de eter, elevacion de la temperatura á 40°6, con mejoría de la enferma.*

Desde este dia la curva térmica, sin ningun fenómeno anormal de parte de la enferma, continuó en oscilaciones descendentes muy pronunciadas hasta llegar á la normal el 15 y 16. En esta fecha, vuelve á elevarse la temperatura con todos los síntomas de una neumonía izquierda que sigue perfectamente caracterizada su evolucion ordinaría.

La enferma entra en convalecencia y su temperatura solo vuelve á elevarse transitoriamente á 40° el dia que toma alimentos sólidos, que se le suspenden y despues de algunos dias administrados nuevamente vuel-

ven á elevar la temperatura á 40° que desde esta fecha sigue su curso normal.

Durante el curso de esta enfermedad, que no ha podido ser mas accidentada ni mas grave, Rosa Fuentes, no ha tenido otro tratamiento que la pocion Jaccoud con 25 gramos de coñac; ningun antipirético y mas bien estimulantes que train la mejoría de la enferma levantando la temperatura muy cerca de 41°.

OBSERVACION Nº 2

Francisco Falan de 18 años, austríaco, marinero de la goleta oriental «La Plata» sin antecedentes patológicos, entró al establecimiento el dia 1° de Abril de 1885, en el primer septenario de su enfermedad que solo hace remontar al 28 de Marzo último.

Sus primeros síntomas, segun sus referencias, habian sido, cefalalgia, raquialgia, epístaxis, inapetencia é insomnio.

Observado atentamente el dia de su entrada, presentaba: abatimiento é hiperestesia generales, temperatura de 40°; y una particularidad, que no he visto referida en los autores, manchas de color *azul violáceo* cubriendo las regiones abdominal y torácica, el dorso y los muslos. En la línea blanca, cerca del ombligo, se veía una mucho mayor que las otras y afectando la forma de una hoja de palmera. Toda la piel estaba

ligeramente hiperemiada y las manchas no desaparecian á la presion.

La lengua un tanto saburrosa; se nota gorgoteo en la fosa ilíaca y algun timpanismo. No hay diarrea.

Se le somete al tratamiento espectante con pocion tónica ligeramente alcoholizada.

Al dia siguiente, sube la temperatura á 40°2 pronunciándose aún mas su estado adinámico. Se le administra el agua de Hunyadi Janos; su estado continúa sin mayores alteraciones hasta el dia 5, en que el enfermo toma dos gramos de cornezuelo de centeno que no alteran en lo *mas mínimo* la marcha de la enfermedad.

El 7 de Abril con un estado soporoso y una fiebre que oscila entre 39 y 40°, se presentan las manchas lenticulares cubriendo la piel del tronco, miembros superiores, cara y principalmente la frente.

Se sigue administrando el cornezuelo de centeno y se hace un enema con agua fria. Este estado no se modifica en su temperatura, pronunciándose la adinamia. El dia 10, cae la temperatura á 38° para levantarse inmediatamente, coincidiendo con esta oscilacion la aparicion de abundantes petequias en la piel del abdomen.

Nada particular se presenta hasta el 16, manteniéndose la temperatura entre 39° y 40° con mayor postracion aún del enfermo. El 16 empieza un período de oscilaciones descendentes que gradualmente traen la temperatura á la normal, lo que tiene lugar los dias 23 y 24, y en este tiempo han desaparecido las manchas violáceas, las petequias empiezan á borrarse y el estado

general del enfermo, no obstante su gran emaciacion mejora visiblemente.

Despues de haber alcanzado, como he dicho, una temperatura normal el 23 de Abril, se vuelve á elevar el 24 por la noche á 39°, el 25 á 38° por la mañana, 39° por la noche, el 26 á 36°4 á 1ª hora, 40° por la noche, y despues continúa nuevamente el período de oscilaciones descendentes hasta el 30, en que aparece una sudámina bien caracterizada y el enfermo entra de lleno en el período de laconvalecencia.

Tenemos, pues, un enfermo que durante la evolucion de su dotinentería, nos ha presentado todas las manifestaciones cutáneas propias á la enfermedad: manchas lenticulares, petequias, erupcion miliar y una originalísima, propia del caso y son sus manchas azules.

Todo esto me revela que, á mas de tratarse de una fiebre tifoídea perfectamente caracterizada, ella afectaba caractéres gravísimos, en los que las alteraciones del fluido sanguíneo se hacian visibles en la piel, y se mostraban por la profunda depresion del organismo, que fué consumido por una fiebre alta durante mas de tres septenarios.

No obstante esta espresion de la enfermadad, el enfermo solo tomó durante dos dias 2 gramos de cornezuelo de centeno, y pocion Jaccoud con 25 gramos de coñac diariamente. El enflaquecimiento fué estremo. Las oscilaciones térmicas tan caprichosas despues de dos dias de apirexia y comprendidas entre el 8, 24 y 27 de la observacion, deben referirse

mas que á una recaida á la vuelta al régimen alimenticio, en un organismo tan profundamente alterado como el de Falan.

OBSERVACION N° 3

Sala Furst.—N° 44

Catalina O. de Otero, viuda, argentina, de 22 años, buena constiucion, entró el 8 de Mayo, con agitacion y delirio muy pronunciados; lengua, lábios, etc., cubiertos de fuliginosidades, diarrea negruzca y abundante y sin data precisa del principio de la enfermedad. Este estado ataxo-adinámico, se pronuncia aun mas por la noche, la enferma efectua movimientos desordenados, con gritos y llanto.

Se le prescribe la pocion Jaccoud, el hielo á la cabeza, y un enema frio. Su temperatura que el dia de entrada era 38° se eleva á 39°, para descender nuevamente y llegar á la normal el diez, empeorándose su estado general, á punto de considerarla próxima al colapsus, por lo cual se le hacen dos inyecciones de éter que la hicieron reaccionar favorablemente.

Las variantes del cuadro térmico, no pueden ser mas irregulares, elevándose la temperatura el 12 *por la mañana* á 40°4 para descender inmediatamente á la normal y seguir con oscilaciones menos pronunciadas.

El día 14 despues de una primer noche de sueño tranquilo, la enferma se despeja y puede dar datos respecto á cómo y cuándo empezó su enfermedad. Refiere á 15 dias mas ó menos la época de su principio del cual ella tiene conocimiento; habiendo empezado con escalofrios, raquialgia, cefalalgía y sensibilidad exagerada al vientre, síntomas que fueron creciendo hasta que la obligaron á guardar cama presentándose tambien la diarrea. Despues de estos 15 dias, perdió el conocimiento hasta el momento de esta referencia.

Despues del 14 en que la mejoría fué acentuándose, continuó un período de oscilaciones térmicas por debajo de 39°, que la trajeron á su restablecimiento completo, sin otro accidente, que un intenso dolor en la region espinal, que fué atribuido al largo tiempo que permaneció en decúbito dorsal.

Parece que la enferma entró al Hospital en el tercer septenario de su enfermedad, cuya marcha alteró la profunda conmocion nerviosa, única capaz de esplicar la irregularidad de su cuadro térmico, *que se normalizó tan luego como se dominaron los fenómenos ataxo-adinámicos*.

El tratamiento durante todo el período de la enfermedad fué leche, caldo, hielo á la cabeza, pocion Jaccoud y enemas frios: no se hizo uso de antipiréticos ni antitérmicos.

V° B°

M. PORCEL DE PERALTA

PROPOSICIONES ACCESORIAS

HISTOLOGIA. — ¿Cómo termina el nervio olfatorio en la membrana de Schneyder?

ANATOMIA. — Orígen, formacion, disposicion, naturaleza y terminacion del trigémino.

ANATOMIA TOPOGRÁFICA. — Cavidad orbitaria.

PATOLOGIA GENERAL. — Ruidos anormales de la rejion precordial.

FISIOLOGIA. — Teorías de la electricidad nerviosa.

MATERIA MÉDICA Y TERAPÉUTICA. — Quinas y sus alcalóides.

PATOLOGÍA EXTERNA. — Diagnóstico diferencial del chancro simple y del chancro sifilítico. Importancia de este diagnóstico para el pronóstico y el tratamiento.

NOSOGRAFIA MÉDICA. — ¿ Qué diferencia hay entre tisis pulmonar y tuberculosis pulmonar ?

CLÍNICA MÉDICA. — ¿ Cómo varia la convalecencia en la fiebre tifoídea ?

MEDICINA LEGAL. — Valor de los testamentos en artículo de muerte.

OBSTETRICIA. — Exámen de la mujer embarazada.

OFTALMOLOGIA. — Operaciones que se practican sobre el cristalino.