UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FIEBRE TIFOIDEA

SU TRATAMIENTO

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

MARCOS M. MARCH RIOS

Ex-practicante externo, por concurso de exámen, del Hospital Rivadavia
Años 1905 y 1906—Ex-practicante interno, por concurso de exámen, del misno hospital
Años 1907 y 1908.

IMP. "LA VICTORIA"
— DE —
DE MARTINO & GUTIÉRREZ
SAN JOSÉ 142 — BUENOS AIRES
1908

—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

(*Art. 162 del Reglamento General*).

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. José Penna.

Consejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.).
» » Pedro N. Arata.
» » Pedro Lagleyze (con lic.)
» » José Penna.
» » Luis Güemes.
» » Elíseo Cantón.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio C. Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Juan A. Boeri (suplente).
» » Baldomero Sommer.
» » G. Araoz Alfaro.
» » José R. Semprun.
» » Abel Ayerza.
» » Jaime R. Costa.
» » J. Manuel Irizar.

Secretarios

Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina).
Dr. D. Jonás Larguia (Consejo Directivo).

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología médica	Doctor Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botánica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía descriptiva	» José Arce (interino)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio S. Arce
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Epidemiológica	» José Penna
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleize (con lic.)
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pedriática	» Angel M. Centeno
» Médica	» Abel Ayerza
» Génito urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Anatomía Patológica.....	Doctor José Badía
Clínica Ginecológica.....	» (Alfredo Lagarde
	» (José F. Molinari
Clínica Oftalmológica.....	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica.....	» (Daniel J. Cranwell
	» (Avelino Gutiérrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica....	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica.....	» (José A. Esteves
	» (José R. Semprún
Clínica Psiquiátrica.....	» Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica.....	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal.....	» Domingo S. Cavia
Física Médica	» Juan J. Galiano

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología Médica	Doctor D. Greenway
Física Médica	» Vacante
Química Médica	» Vacante
Botánica Médica	» Rodolfo Enríquez
Química aplicada á la Medicina	» Vacante
Histología	» (Julio G Fernández » (Alois Bachmann
Anatomía Descriptiva	» Vacante
Semiología y ejercicios clínicos	» Vacante
Anatomía Topográfica	» Vacante
Fisiología General y Humana	» Vacante
Anatomía Patológica	» Vacante
Bacteriología	» (Juan Carlos Delfino » (Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	» Felipe Justo
Materia Médica y Terapéutica	» Vacante
Medicina Operatoria	» Vacante
Clínica Ginecológica	» Vacante
» Oto-rino-laringolica	» Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	» Vacante
Patología externa	» (Carlos Robertson » (Ricardo S. Gómez
Patología interna	» Vacante
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Epidemiológica	» Vacante
» Quirúrgica	» Francisco Llobet » Marcelo Viñas » Marcelino Herrera Vegas » José Arce
» Neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina legal	» Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Patricio Fleming » Ricardo Colón » Luis Agote
Clínica Obstétrica	» Enrique A. Pardo » Enrique Zárate » Alberto Peralta Ramos » Arturo Enríquez
Toxicología Experimental	» (Vacante
Clínica Pediátrica	» (Manuel A. Santas » (Mamerto Acuña
» Génito-urinaria	» Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	Doctor Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y Posología razonadas	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiéne, legislación y ética farmacéuticas	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas	» Vacante
Botánica y Mineralogía	» Vacante
Química inorgánica aplicada	» Vacante
Química orgánica aplicada	» Vacante
Farmacognosia y Posología razonadas	» Juan A Domínguez
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» Vacante
Técnica farmacéutica	» Vacante
Física farmacéutica	» Vacante
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas	» Vacante
Higiéne, legislación y ética farmacéuticas	» Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Doctor Fanor Velarde
Parto distócico y clínica obstétrica	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Doctor Miguel Z. O'Farrel
Parto distócico y clínica obstétrica	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología	Doctor León Pereyra
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	» N. Etchepareborda (con lic.)

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología	Vacante
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	Vacante

PADRINO DE TÉSIS

DOCTOR JOSÉ M. ESCALIER

Á LOS MIOS

Á MIS AMIGOS

AL DISTINGUIDO CIRUJANO

DOCTOR J. M. CABALLERO

EN PRUEBA DE AGRADECIMIENTO

HOSPITAL RIVADAVIA

1908

AL DISTINGUIDO MÉDICO DIRECTOR

DOCTOR SAMUEL MOLINA

GRATITUD

AL RECTO Y CELOSO MÉDICO INTERNO

DOCTOR ROBERTO ARÓZTEGUI

RECONOCIMIENTO

Á MIS QUERIDOS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE INTERNADO:

Domingo Colillas — Félix C. Crispo

Armando J. Frers — Juan Espil

Juan Harriott — Carlos Colls

Alberto Althabe — Bartolomé D'Ascoli

Emilio V. Cabello — Manuel Cabrera

IMBORRABLE RECUERDO

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Vuestras sabias disposiciones me exigen para obtener el título de doctor en Medicina la presentación de ésta tésis; modesto trabajo inaugural que debo estudiar, escribir y sostener ante Vds.

Versa sobre: Fiebre tifoidea; su tratamiento, tema viejo muy estudiado del cual mucho se ha hablado y escrito hasta la fecha, tiene el solo mérito de presentar á vuestra consideración una modificación introducida por el distinguido clínico Dr. J. M. Escalier, mi maestro, al antiguo y universal método balneoterápico de Brand, modificación favorable en cuanto á los positivos resultados como podrá verse en la última parte de la estadística del Servicio que el mencionado doctor dirije en el Hospital Rivadavia y que adjunto en la presente tésis.

Al terminar mis estudios un respetuoso saludo y sincero agradecimiento á los señores profesores de nuestra Facultad.

A mis maestros del Hospital Rivadavia, inolvidables recuerdos y reconocimiento por las sabias lecciones y sanos consejos de ellos recibidos, durante mi internado en dicho Hospital.

Conceptuo un deber ineludible al finalizar este capítulo agradecer á los doctores J. M. Escalier y Silvio Tatti el hecho de haberme cedido material para la elaboración de este trabajo, estando doblemente reconocido al primero por el honor que me dispensa al acompañarme en este solemne acto.

CAPITULO II

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE FIEBRE TIFOIDEA

DEFINICION

La fiebre tifoidea es una enfermedad infecto contagiosa, aguda, generalizada; caracterizada por fiebre contínua, cíclica, estupor, manchas rosadas lenticulares y manifestaciones abdominales que traducen la reacción del organismo ante la inva sión del bacilo Eberth-Gaffky.

HISTORIA

Esta fiebre ha sido conocida de los antiguos, que la confundian en el grupo comun de las pirexias.

Llegamos recién al principio del siglo XIX para principiar á aislarla: Prost en 1804 estudió su localización intestinal; Petit y Serres en 1813 precisaron la especificidad de las lesiones de la fiebre entero-mesenterica. Bretonneau en 1820 ideó la palabra docienentería (grano en el intestino) por el carácter de la lesión intestinal localizada en las placas de Peyer comparable á las erupciones cutáneas de otras fiebres. Lonis en el mismo año

le dió el nombre de fiebre tifoídea, que hoy está consagrado y consideró las lesiones intestinales como el caracter esencial y constante de esta enfermedad; completaron después estos estudios Trousseau, Chaumél, Griesinger, Murchison y Liebermeister. Eberth en 1880 halló en las ulceraciones intestinales el bacilo específico de esta afección, bacilo que lleva su nombre, luego Gaffky en 1881-82 lo encuentra en los órganos, lo cultiva y lo estudia en detalle, estudios que fueron completados por Chantemesse y Widal. Este último en 1896 nos dió á conocer el sero-diagnostico por la aglutinación del bacilo.

ETIOLOGÌA

Hoy es un hecho absolutamente comprobado que la fiebre tifoidea, tiene su gérmen específico, sin el que es imposible la infección.

El gran vehículo del B. de Eberth Gaffky, es el agua de bebida que ha sido contaminada con materias fecales de tifosos. Muchos de los alimentos cuotidíanamente usados, tales como la leche, habitualmente mezclados con aguas que pueden sér contaminadas, las legumbres y frutas cultivadas, regadas ó lavadas con esas aguas, el vino y diversas bebidas aguadas, el hielo no limpiamente preparado, etc., etc.; vehiculizan el germén pudiendo sér agente de la enfermedad. Chantemesse en 1896 ha probado experimentalmente que las ostras son capaces de trasmitir la fiebre tifoídea habiendose visto persistir largo tiempo el bacilo en el intestino de dichos moluscos.

La teoría hidrica está probada por el analísis bacteriologico del agua tifógena que pone en evidencia el B. de Eberth.

Los medios de higienización moderna por la provisión de aguas corrientes, depuradas y filtradas, y el drenaje por el sistema de canalización subterranea de los productos escrementicios, han disminuido considerablemente la morbilidad en las grandes ciudades.

Entre nosotros según la estadística, calculada por 10.000 habitantes, resulta en la primera década de 1872 á 1882, 6.6 por 10.000 y en la tercera de 1892 á 1902 de 2,08 por 10.000, vale decir una tercera parte menos que las proporciones anteriores. Esta última proporción es la que coincide con la época de la diseminación de las obras de salubridad entre nosotros. En los suburbios de Bs. Aires y en nuestra campaña la tifoidea es endémica, debido á que las condiciones higiénicas arriba mencionadas, faltan en absoluto. En esos parages las aguas de consumo provienen generalmente de pozos de la primera napa, casi siempre contaminada por la unión posible á las letrinas, por intermedio de las grietas del terreno. Por otra parte, en la campaña, las materías fecales se depositan al aire libre, siendo facilmente arrastradas por las aguas pluviales á las fuentes de agua de bebida, contaminandolas.

Las aguas de los pozos semi-surgentes, pueden en ciertas condiciones de malas construcción, hacerse tifógenas.

BACTERIOLOGÍA

El B. de Eberth tiene la forma de un bastoncito con sus dos extremidades redondeadas, agrupándose á veces y tomando la forma de diplo bacilo; en cultura vieja se presenta alargado. No esporula. Tiene mucha movilidad debido á la existencia de cilias vibrátiles, en número variado, cuya coloración requiere una técnica especial. Se colorea con todos los colores básicos de anilina en solución hidro-alcoholica, tales como: violeta genciana, fuchsina, etc. No toma el Graam. Aerobio facultativo. Temperatura óptima la del cuerpo humano, máxima 45°, mínima 15°. El agua es un medio de cultivo natural exelente. En los caldos ordinarios el bacilo se desarrolla rapidamente, enturbiandolos. El caldo lactosado, tornasolado no cambía de color.

En el agua peptonada no desarrolla indol. Hace fermentar los caldos glucosados y galactosados, pero no así los lactosados y sacarosados; no coagula la leche; vive en los caldos cafeinizados al 1 %. No licua la gelatina; sobre suero y en agar dá cultura de color blanquecino. Las colonias sobre agar lactosado y tornasolado de Wurtz se presentan con un tinte azulado. En el agar lactosado-tornasolado al cristal violeta de Drigalski y Conradi las colonias no modifican la coloración del medio. En cultura sobre alcahucil no vira la coloración del medio. Estos caracteres son semejantes á los que presentan el bacilo colicomuni, de donde la importancia que tiene su diferenciación, si se recuerda que en la inmensa mayoría de los casos

estos dos bacilos se encuentran conjuntamente en las aguas de exámen, supuestas tifógenas, por otra parte las colibacilosis pueden dar una sintomatología semejante á la fiebre tifoídea, que se presta á errores de diagnóstico. Las colonias de colibacilos se presentan comunmente opacas sobre la gelatina. El cultivo sobre alcahucil se colorea de verde. En los caldos peptonados desarrolla indol, reconocible por su olor fétido. Fermenta los caldos lactosados, coagulando la leche. Enrojece los medios lactosados y tornasolados; en los cultivos cafeinizados al 1 % no se desarrolla.

Uno de los mejores métodos de diferenciación que constituye un real progreso en la bacteriología, que permite aislar con facilidad suma el bacilo tífico del coli y sus variedades, es el método de Drigalski y Conradi.

En este procedimiento se usa un medio lactosado-tornasolado al cristal violeta, el rol del cristal violeta es impedir el desarrollo de saprofitos, permitiendo solamente la germinación del bacilo Eberth y del coli; las colonias del coli, son en este medio, ovales y rojizas, y las del bacilo tífico, en cambio, delgadas y transparentes, cuyo aspecto recuerda al de una gota de rocío, más pequeñas que las anteriores y su color es violeta azulado.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

La fiebre tifoidea ataca todos los órganos. El tubo digestivo puede ser atacado en todas sus partes; existen ulceraciónes bucales, gástricas,

intestinales, etc. El arbol respiratorio, generalmente atacado en los gruesos bronquios, presentan á veces ulceraciones en los bronquiolos como igualmente en la laringe.

Los órganos principalmente atacados en los cuales existen lesiones muy características son: el intestino, los ganglios mesentéricos y el bazo; en orden de frecuencia les siguen: las glándulas, los músculos, el sistema nervioso y la sangre.

Intestino.—La última porción del intestino delgado, y principalmente en las p oximidades de la válvula ileocecal, es donde se encuentran localizadas las lesiones específicas que atacan las placas de Peyer y los folículos cerrados En el intestino grueso estas lesiones son en número menor y á veces no existen; pero en los casos de colotifus las lesiones son exclusivamente en esta parte del intestino Dichas lesiones están colocadas sobre el borde libre del órgano, y como pasa igualmente en las placas de Peyer, ellas tienen su gran eje dirigido longitudinalmente, diferenciándolo de las lesiones tuberculosas que su gran eje es perpendicular al longitudinal del intestino. Según Cornil y Ranvier, la evolución de las lesiones específicas pueden dividirse en cuatro estados: 1.° período catarral, de cuatro á cinco días de duración caracterizada por la congestión de la mucosa y secreción abundante; la gran cantidad de bacilos que encierra el mucus segregado penetra en las glándulas de Lieberkuhn infiltrando el tejido profundo de la mucosa, rodeándose de una gran cantidad de fagocitos inmigrados. 2.° período

hinchamiento y ulceraciones de las placas. A partir del sexto día, cuando la enfermedad es grave, las placas de Peyer aumentan de volumen, tomando una coloración rojo pálido, haciéndose resistente al tacto.

Los folículos cerrados forman brotes salientes y cónicos. En los vasos linfáticos de la parte profunda de las placas de Peyer se encuentran en algún punto una dilatación vascular, acumulación de leucocitos y una gran cantidad de bacilos tíficos; este proceso es una verdadera linfangitis tífica. Esta infiltración bacilar penetra en la túnica mucosa, submucosa y llega á veces hasta la muscular. En algunos puntos las túnicas vasculares estan atacadas, su luz se obstruye á veces por glóbulos rojos, tapones fibrinosos y bacilares.

Cuando la degeneración vitrio y granulo-grasosa de las células fijas del tejido y de los leucocitos inmigrados, se efectúa sobre trozos limitados de intestino, los fagocitos que han quedado sanos reabsorven estos infiltrados y la ulceración se produce. Cuando la degeneración es de mucha extensión, produce una eliminación en masa de las partes necrosadas, constituyendo las ulceraciones, que hacen su aparici n hacia el décimo ó duodécimo día Las ulceraciones de los folículos aislados son pequeñas y profundas, por lo tanto dañosas, pues pueden producir perforaciones debido á su gran profundidad.

3.° período —Las lesiones de este período corresponden casi siempre al tercer septenario La bilis colorea las costras necrosadas dándoles una

coloración amarillenta oscura, que al eliminarse presenta una superficie tapizada de brotes carnosos.

4.º Período. — Cicatrización. El proceso de reparación cicatricial se hace lentamente. Las últimas ulceraciones aparecidas durante la enfermedad no pueden cicatrizar si no 7 ú 8 semanas después de la curación.

Los brotes carnosos nacidos en el fondo de la ulceración, llegan poco á poco á cubrir la pérdida de sustancia y á formar las cicatrices. Raramente se producen retraimientos del intestino.

Ganglios mesentericos — Desde el principio de la enfermedad estos ganglios se aumentan de volumen pudiendo adquirir el tamaño de una nuez, formando un verdadero rosario.

Primeramente son duros, globulosos, rosados; después se transforman en blandos y disminuyen de volumen durante el IIº periodo. Las lesiones de los ganglios mesentericos corresponden á los puntos atacados del intestino. Al examén microscópico se nos presentan con una dilatación vascular, notándose un considerable aumento de células linfáticas reacción fogocitaria y bacilos tíficos. Estas mismas alteraciones ganglionares pueden observarse á distancia, por ejemplo en los ganglios traqueo-bronquicos.

Bazo — El bazo responde á la infección, hipertrofiándose, de 175 gramos su peso normal puede elevarse hasta 500 gramos, habiendose visto casos de ropturas expontáneas por excesivo aumento de volumén. Su color se hace cianosado, de consistencia blanda, friable, con pequeñas hemorragías. Al corte escapase facilmente la pulpa esplénica que es muy

difluente. Al examen microscópico se encuentra muy congestionado con lesiones en los vasos é infiltración fogocitaria; los bacilos se encuentran diseminados en pequeños focos, las preparaciones coloreadas al azul del metileno ponen en evidencia, con un débil aumento, la presencia del bacilo coloreado de un color azul vivo.

Hígado — Generalmente se encuentra un poco hipertrofiado y de color amarillento que es debido á la degeneración grasosa perisuprahepática.

En los capilares portas se encuentran bacilos. En las vías biliares se producen procesos de infección que pueden llegar hasta la ulceración.

Riñones — A veces simplemente congestionados, pudiendo llegar sus lesiones hasta las nefritis difusas. en estos casos la orina contiene albúmina, cilindros granulosos, coloídeos, híalinos y bacilos.

Corazón — El miocardio se presenta á menudo con una c loración pálida de hoja muerta; blando y de una friabilidad anormal. Esto es debido á la degeneración granulograsosa ó serosa, mas raramente pigmentaria, constatando una invasión fogocitaria en el tejido conjuntivo perifacicular. Los pequeños vasos del miocardio están á menudo atacados de endoarteritis, lesiones que según M. Hayen, pueden ser causantes de muerte súbita.

Sistema nervioso — Los bacilos han podido ser encontrados en la pulpa cerebral y medular, hecho que se ha comprobado experimentalmente en animales. Su proceso anátomo patológico es mas ó menos lo mismo que el de los demás órganos, reacción fogo-

citaría y degeneración de las células fijas, que puede llegar á la esclerosís.

La etiología de la esclerosís en placas, es muchas veces tífica En los nervios periferícos se producen lesi nes de neuritís parenquimatosa.

Sangre—La sangre sufre notables modificaciones, los hematies se vuelven pobres en oxihemoglobina, manteniéndose esta anémia durante toda la convalecencia A esta anémia pronunciada y persistente hay que agregar una disminución en el proceso metab lico de la sangre.

La fibrina está disminuida en la sangre de los tíficos, al contrario de las materias extractivas que están aumentadas. En cuanto á la fórmula leucocitaria, en ausencia de supuraciones, la leucocitosis total en vez de estar aumentada, mas bien está disminuida al principio de la enfermedad, para aumentar después durante la convalecencia El porcentaje de los polinucleares aumenta considerablemente durante el periodo de estado, para disminuir durante los primeros días de la apirexia, mientras que los leucocitos y mononucleares aumentan durante este último periodo. La cosinofilia anuncia la curación. Una polinucleosis brusca é intempestiva nos hace temer una complicación inflamatoria.

SINTOMATOLOGIA

Al describir la sintomatología tomaremos como tipo una fiebre tifoídea de intensidad mediana, considerada en su evolución normal, abandonada

á si misma, para describir después las complicaciones posibles y sus diversos tipos clínicos.

Periodo de incubación—De duración variable según la virulencia de la enfermedad que puede ser de 2, 8 ó 15 días y á veces hasta de 1 mes.

Periodo de ascenso—Antes de confirmado el periodo de incubación, estando el enfermo apirético, aún se queja de laxitud, dolores musculares, inapetencia, vértigos, insomnio y á veces epixtasis. Algunas veces comienza esta enfermedad bruscamente, anunciándose por uno ó varios escalofrios. Más frecuentemente que los anteriores síntomas prodrómicos, son los que se inician por disturbios digestivos, que ligeramente observados, pueden hacernos creer en una apendicitis; ó bien es una angina catarral lo que llama sobretodo la atención.

La característica en este periodo está en la aparición del estado febril contínuo y ascendente con exacerbaciones vespertinas que sobrepasan á la del dia anterior, alcanzando su mayor apogeo del sexto al octavo dia (40^0 ó más); Jacoud llama á esto, "periodo de oscilaciones ascendentes". Durante este primer septenario, se exageran los síntomas anteriores, cefalalgia intensa, insomnio tenáz, vértigos que aparecen cada vez que el sujeto se sienta en el lecho, epistaxis pequeñas y frecuentes, lengua pastosa, iníciase la diarrea y la postración se acentúa llegando generalmente hasta el estupor.

Los bronquios y el parénquima pulmonar se congestionan, auscultándose rales sibilantes en focos dispersos

El bazo se hipertrofia. El pulso es ámplio y de

buena tensión, pero á veces dícroto (90 á 100 pulsaciones por minuto)

Periodo de estado—Llamado por Jacoud de oscilaciones estacionarias, de 7 ú 8 días de duración, está caracterizado por la aparición de las manchas rosadas lenticulares, agravándose la sintomatología y atacando todos los sistemas. Las manchas rosadas lenticulares, son pequeñas máculas á veces ligeramente papulosas que se borran á la presión, cuyo número es muy variable; se presentan generalmente sobre el abdómen, pecho y región dorsal. Después de desaparecidas estas manchas, pueden volver á aparecer por una recaida; duran generalmente de 7 á 21 días prolongándose hasta el comienzo de la convalecencia.

La presencia de la roseola es casi constante faltando solamente en la infancia y en la vejéz Se cree que su formación sea debida bien á embolias capilares de bacilos ó bien á productos solubles; tienen un gran valor diagnóstico.

Generalmente en este período las cefalalgias disminuyen, instalándose por el contrario el estupor, el enfermo está sobre el lecho inerte, pasivo, indiferente, con la mirada vaga, entiende mal las preguntas responde perezosamente, cayendo por fin en un estado de marcada indiferencia, llegando á veces hasta la incontinencia de los esfínteres. Durante la noche se instala un delirio tranquilo, especie de ensueño, á veces con alucinaciones, generalmente moderado, intermitente, transitorio, alternándose con períodos de somnolencia, acompañados de temblor de

la lengua y de los labios, sobresaltos tendinosos, carfologia y reflejos exagerados.

Respecto á los órganos sensoriales: enrojecimiento de las conjuntivas, dilatación pupilar, sordera bilateral benigna y transitoria por inflamación de la trompa de Eustaquio con otalgia algunas veces.

Los trastornos del aparato digestivo, tienen, acompañados de los síntomas nerviosos, la más alta importancia. La anorexia del período de ascención persiste, la diarrea hace su aparición con algunos cólicos moderados de olor fétido, consistencia semi-líquida y de color amarillo ocre.

La lengua es blanca en el centro, roja en sus bordes; en las formas graves ó tardíamente tratadas se hace seca y *rotie* como una lengua de loro al mismo tiempo que fuliginosa. El aliento es fétido.

La paresia del intestino y la acumulación de gases intestinales, meteorizan el abdómen; á la palpación de la fosa ilíaca derecha se nota gorgoteo, sin valor diagnóstico, pero ésta región como la del hueco epigástrico, están habitualmente dolorosas á la presión

El bazo es voluminoso, la tumefacción del órgano se acentúa desde los primeros días.

El hígado algunas veces desborda el reborde costal.

La fiebre tifoídea ocasiona, no siempre, abundantes reglas precoces llamadas epístaxis uterinas.

Los trastornos del aparato respiratorio adquieren alguna intensidad, el enfermo tose poco, expectora-

ción mucosa escasa, rales sonoros y mucosos diseminados en todo el pecho, ligera dísnea.

Los tonos del corazón se oyen alejados, á veces ligeramente soplantes, sobretodo en los casos de tendencia al colapso.

Pulso depresible, dícroto, vecino á 110 pulsaciones; una mayor frecuencia indica un estado grave. La discordancia entre el trazado término y el número de pulsaciones es un buen signo diagnóstico.

Las orinas son poco abundantes, muy coloreadas, de densidad elevada, los cloruros disminuidos, la úrea y el ácido úrico aumentados, contiene generalmente pequeñas cantidades de indicán, albúmina, ptomainas y bacilos.

La fiebre es contínua oscilando entre 40° y 41°, presentando su máxima á las 6 de la tarde y su mínima á las 6 de la mañana Cuanto menores son las remisiones matinales, más grave es el pronóstico.

Período de declinación — Á la entrada del tercer septenario hasta el quinto, la sintomatología ebertiana se aminora, salvo complicaciones Un sueño reparador substituye al insomnio, el enfermo se preocupa de lo que le rodea, se le despierta el apetito, su lengua se torna húmeda, desaparece la diarrea y el meteorismo. El pulso es menos frecuente pero de baja tensión

Las orinas se hacen abundantes sin contener albúmina. Jacoud llama á este período de «oscilaciones descendentes», pues efectivamente, la temperatura comienza á descender ya sea por lisis, ya por crísis, siendo lo primero lo mas frecuente.

Sucede algunas veces que una nueva *poussée*

térmica se presenta, llamándose á ésto recrudescencia, que generalmente es una fiebre efímera que tiene por causa el comienzo de la alimentación. Cuando la temperatura desciende en crísis acompañada de poliurea, cloruria, etc.; hay que temer una complicación grave, tal como una hemorrágia ó perforación intestinal. En este período el enfermo ha disminuido considerablemente de peso.

Los niños generalmente aumentan de talla siendo la causa la irritación de las células tróficas de la médula por los productos tóxicos bacilares que han exitado los cartílagos diafoepifisiarios quedando como una marca indeleble *vergetures* en la piel de los miembros, al nivel de los cartílagos de conjugación.

Los cabellos generalmente caen en abundancia acompañando ó nó al período de descamación cutánea.

CONVALECENCIA

La convalecencia franca se establece cuando la temperatura es normal durante un período mayor de 48 horas, mejor aun cuando esta temperatura es menor á la normal.

Durante este período el pulso es variable é instable, muy influenciado por las emociones, suele haber soplos en las yugulares, los reflejos están exagerados y debilidad muscular. Los convalecientes estan sugetos á palpitaciones, vértigos; existe una marcada paresia muscular que lo hace inepto al trabajo mental, notándose una disminución de la memoria Esta convalecencia tiene un mes de duración generalmente

RECAIDA

Si despues de la apirexia la temperatura remonta de una manera notable y prolongada reapareciendo la anorexia, la diarrea, la roseola y el estupor, se trata de una recaida Generalmente son debidas á la alimentación precoz, siendo benignas, de corta duración pero hay que temer en ellas las mismas complicaciones que en el primer ataque.

COMPLICACIONES

Las complicaciones de la fiebre tifoidea pueden ser precoces ó tardías. Entre los precoces están: las hemorragias intestinales, perforaciones, etc., y entre las otras las infecciones secundarias y las degeneraciones de ciertos órganos. Estudiaremos estas complicaciones agrupándolas según los aparatos que ataquen.

Aparato digestivo.—El tejido linfóideo es el que está más expuesto á ser lesionado por el virus tífico, y como el tubo digestivo en todo su largo contiene este tejido las complicaciones de este aparato son las más frecuentes En la cavidad buco-faríngea tenemos complicaciones propias de los tres períodos de la enfermedad. En el primer período son las anginas las más frecuentes, en el segundo las ulceraciones y en el tercero el muguet que á menudo precede á la muerte.

Las manifestaciones de las complicaciones sobre el estómago, cuya mucosa puede estar infil-

trada ó atrofiada, son generalmente vómitos, algunas veces muy tenaces y frecuentes, acompañ dos de dolores en el epigastrio, expontáneos ó provocados, algunas veces hematemesis y más rara vez la perforación.

En lo que concierne al intestino son variadas: diarrea muy frecuente que puede llegar á la enteritis, tiflitis, apendicitis sigmoiditis y sobre todo la hemorragia y la perforación Pueden existir peritonitis sin perforación intestinal, por simple propagación inflamatoria, partiendo de una ulceración. Esta hipótesis es discutida por Dieulafoy, quien sostiene que no existe tal peritonitis, salvo en los casos de peritonitis apendicular post-tifica. Las hemorragias intestinales, raras en los niños, cuya frecuencia varía según la virulencia en las epidemias, se producen generalmente durante el tercer septenario. Los caracteres de esta hemorragia varían con su cantidad y su duración; las materias fecales tienen un color negro, borra de café, cuando permanecen mucho tiempo en el intestino; en caso contrario se presentan de un color rojo rutilante ó sangre mezclada heterogéneamente en forma estriada. Esta hemorragia, generalmente lenta, persiste varios días; cuando la hemorragia es brusca y abundante produce una caida temporaria de la temperatura central, ll gando á la algidez periférica, palidez, zumbidos de oídos, vértigos y lipotimias; el pulso se hace rápido, blando filiforme. En cuanto al pronóstico de esta complicación, las opiniones est n muy divididas Trousseau, Graves, las consi-

dera benignas, hasta favorables; en realidad todo esto depende de la fecha de aparición; las precoces presentándose en los primeros días del segundo septenario, época en la que no puede haberse realizado ningún proceso ulcerativo, se explican por una simple flusión con trasudación sanguínea, son consideradas benignas. Las tardías que sobrevienen del décimo cuarto al vigésimo día de la enfermedad, como pasa más frecuentemente, época en que las ulceraciones existen, son mucho más graves, más abundantes, pudiendo á veces ser fulminantes y producir un estado precario que anuncia generalmente la perforación del intestino. Para Jaccoud es mortal en un 50 $^{0}/_{0}$ de los casos, sobre todo cuando está asociada á otras hemorragias.

Una de las mayores causas de mortalidad en los tifosos es motivada por la perforación intestinal con peritonitis sobreaguda que es su consecuencia. Se produce generalmente de la tercera á la quinta semana, después de una fuerte diarrea con cólicos violentos y enterorragias. La sintomatología es la de la peritonitis sobreaguda: la temperatura cae bruscamente, experimentando el enfermo al mismo tiempo escalofríos, enfriamiento periférico, el pulso se hace frecuente de muy poca tensión; el hipo es muy frecuente, signo al que Dieulafoy da una real importancia, facies peritoneal, ojos escavados, nariz afilada, meteorismo abdominal, vómitos biliosos primeros, porraceos después; acompáñase todo esto de retención urinaria y fecal.

La muerte se produce en uno ó dos días,

en el colapsus álgido. Los casos de curación por procesos de enquistamientos son muy raros, aunque posibles. En cuanto á la etiología de la perforación, es el resultado del proceso tífico ulceroso agravado por los movimientos del intestino durante la defecación, la preción de los gases intestinales, los purgantes violentos, enemas abundantes á *alta presión*, las separaciones del régimen etc.

Aparato biliar: La colecistitis, complicación rara, puede ser causa de peritonitis sin perforación prévia, efectuándose por propagación como en los casos de apendicitis tífica citada por Dieulafoy. La infección ascendente de las vías biliares por el bacilo de Eberth, produce una ictericia catarral que puede llegar á transformarse en una colecistitis purulenta ó ulcerosa, que abierta da lugar á peritonitis.

Algunos casos de fiebre tifoidea producen abcesos del hígado explicándose este hecho por el mecanismo de la septicemia y de la pileflebitis.

Complicaciones del sistema nervioso: Estas complicaciones se efectúan tardiamente, en primer lugar de entre ellas se citan los accidentes meníngeos. Esta complicación puede producirse también al principio de la enfermedad en el período de estado llevando el nombre de meningismo. La sintomatología que nos da este meningismo es el siguiente: cefalea fuerte y tenaz generalmente constipación y vómitos, contracturas é hiperestesias. Los casos de meningismo terminan por la curación de una manera brusca, pero las meningitis

verdaderas seropurulentas que se caracterizan por raquialgia, hiperestesia, contracturas, convulsiones, retención de materias fecales y orina, signo de Kernig, fotofobia, trastornos pupilares, excitación cerebral llegando al delirio y algunas veces hipotermia, es una complicación mortal; los raros casos de curación son generalmente incompletos persistiendo á veces trastornos psiquicos. En las formas ataxo adinámicas pueden observarse accidentes cerebrales sin lesión que se traducen por fenómenos de anemia cerebral, debilitamiento intelectual, observándose en los sujetos con taras hereditarias un cuadro completo de manía aguda, con lipemanias, delirio de persecuciones, tendencia al suicidio, alucinaciones, delirio verbal, que se ha prestado á errores, enviando estos sujetos á los asilos de alineados. Otros casos, sobre todo, al fin de la enfermedad, pueden presentar un cuadro clínico que simula la paralisís general con delirío de grandezas, mirada vaga, aspecto estúpido, etc., Estas locuras post-tíficas generalmente son transitorias, cuya duración puede ser de meses y de años. Estos accidentes se deben probablemente á la acción de la toxina tífica sobre las células nerviosas ó á pequeñas lesiones que pasan desapercibidas. Algunos accidentes cerebrales están acompañados de lesiones evidentes, tales como: hemorragias, reblandecimientos, abcesos, etc.

La afacia es una complicación más frecuente en el niño, presentandose en éstos generalmente pura, sin hemiplegia, desapareciendo sin dejar rastros al cabo de 10 á 15 días. En cambio la afa-

sia del adulto es generalmente acompañada de hemiplegia derecha, tardando más en desaparecer y siendo su origen una seudo-arteritís obliterante.

Los trastornos paralíticos post-tíficos, son posibles. Las paralísis son: generalizadas atacando igualmente la sensibilidad, la motilidad y los órganos de los sentidos; ó bien son parciales, tales como: paraplegias, monoplegias, etc.

Complicaciones respiratorias — Hacía la segunda ó tercera semana, puede producirse una séria complicación denominada laringo-tifus, que es una laringitis ulcerosa llegando algunas veces á la gangrena. Las cuerdas vocales, raramente están tomadas por las úlceras, pero se edematizan y se retraen hasta el punto de hacerse necesario el tubaje ó la traqueotomia.

La bronquitis es una complicación que no falta nunca, desde el octavo día se pueden oir rales gruesos, sonoros diseminados (rales tifoideos de Bazin y Forget)

Existe una verdadera forma toráxica de la fiebre tifoidea, á causa de ciertas predisposiciones, como pasa en los viejos tosedores y en los niños, sobretodo en invierno, que ha sido llamada por Dieulafoy bronco-tífus, y que puede simular una tuberculosís.

Cuando las complicaciones del arbol respiratorio principian por signos de neumonia, se le ha dado el nombre de neumo-tifus, esta forma puede ser mortal, por encontrarse en éstos casos el bacilo tífico asociado al neumococo; siendo sus lesiones anatomo-patológicas semejantes á las de la neumonía fibrinosa.

También existe una pleuro-tifus, mucho más

rara que la neumonia, á forma sero-fibrinosa, purulenta ó hemorrágica. No son raros los signos de esplenización, edemas pulmonares, etc ; en los viejos, los debilitados, los adinámicos á corazón débil, donde los fenómenos hipostáticos son muy frecuentes.

La tuberculosis no es antagonista de la fiebre tifoidea como se había supuesto. Experimentalmente se ha probado por S. Arloing y Guinard que la infección tífica no preserva de la tuberculosis, y clinicamente se sabe hoy, que la tísis aguda ó crónica puede presentarse con relativa frecuencia después de la curación de la tifoidea y á veces las dos afecciones evolucionan simultaneamente hasta el punto de difilcultar el diagnóstico.

De todas estas formas de complicaciones, los únicos que crean una contraindicación á la balneoteropia, son la bronconeumonia tardia, la arterierclerosis y la edad avanzada, siendo las otras beneficiadas favorablemente por éste método.

Complicaciones Cordiovasculares.—Estas complicaciones tienen lugar durante el período de estado y de convalecencia. La complicación más frecuente es la miocarditis exepcionalmente endocarditis ó pericarditis.

La miocarditis tífica se inicia por ensordecimiento progresivo del primer tono apareciendo, más luego el Ritmo fetal ó embriocardia, se puede oir también un ligero soplo, taquicardia é intermitencias. El pulso se hace frecuente, desigual y aritmico. Como consecuencia de estas miocarditis se producen lipotímias, síncope, colapsus y algunas veces muerte súbita.

La infección tífica puede ser causa de aortitis como también de muchas arteritis. En las arterias accesibles al tacto se puede constatar su transformación en un cordón indurado disminuyendo y desapareciendo sus latidos, haciéndose doloroso su recorrido, como igualmente las regiones irrigadas; estas regiones adquieren una coloración en placas violáceas de aspecto marmóreo. El engrosamiento de la pared puede llegar á producir la endoarteritis obliterante y traer como consecuencia la gangrena de los territorios irrigados.

Un proceso semejante puede desarrollarse en las venas igualmente en la convalecencia, dando lugar á la flegmacia alba dolens, que generalmente ataca la pierna izquierda; este proceso es menos doloroso que el de arteritis, constituyendo su peligro el posible desprendimiento de embolias hacia el corazón derecho, los cuales yendo á la arteria pulmonar producen casos de muerte súbita por asfixia ó síncope Las complicaciones cardio-vasculares atacan frecuentemente á los viejos, los niños, los obesos y los de tara cardiaca anterior.

Complicaciones génito-urinarias. — La albuminuria habitual, durante la fiebre tifoidea, en el período de estado, es generalmente una albuminuria insignificante y transitoria, debiéndose á la congestión renal como todas las albuminurias febriles. Pero ciertas veces la importancia de las lesiones y de los síntomas renales adquieren tal magnitud que puede describirse una forma renal de la dotienenteria. Esta verdadera nefritis es masiva y durable acompañándose de oliguria, cilindruria, et-

cétera, y que haciéndose crónica, puede concluir en el mal de Bright En algunos casos poco frecuentes puede observarse pielitis, cistitis, como también del lado genital ovaritis, orquitis, etc.

FORMAS CLÍNICAS

El cuadro habitual según el cual evolucionaría la fiebre tifoidea y cuya sintomatología la hemos descrito, puede sufrir numerosas modificaciones bajo la influencia de condiciones especiales, de las cuales las más importantes son: la toxicidad del virus, la resistencia individual, la manera de reaccionar el organismo y las asociaciones mórbidas que pueden agregarse.

1.° *Formas clínicas según la toxicidad del virus.*—El tifus ambulatorio, latente, apirético es una forma ligera, que muchas veces pasa desapercibida fuera de las épocas de epidemia, sino se recurre al serodiagnóstico. El sujeto llena sus ocupaciones habituales como un sano, y sin embargo las lesiones intestinales pueden ser tan profundas como para producir una perforación. La fiebre gástrica ó embarazo gástrico febril es otra forma atenuada, teniendo á veces un principio brusco por un escalofrío, estado saburral con constipación, fiebre moderada, 85 pulsaciones por minuto. A pesar de que todos los síntomas están atenuados, existe la posibilidad de perforaciones intestinales, que pone en evidencia su naturaleza tífica, que se puede confirmar por el serodiagnóstico.

La fiebre tifoidea ataxo adinámica hiperpirética ó fulminante es una forma maligna observada sobretodo en los alcohólicos y en los viejos. La forma atáxica principia de una manera brusca, la temperatura sube rápidamente á 41° con remiciones matinales insignificantes, violento delirio con halucinaciones, carfología, sobresaltos tendinosos, convulciones, vómitos, diarreas profusas y hemorrágias

La muerte se produce dentro de los tres ó seis días, raramente de una manera fulminante. La forma adinámica se caracteriza por una pérdida rápida de las fuerzas, con profundo estupor y delirio tranquilo, pulso pequeño, tonos del corazón debilitados, labios y boca fuliginosos, aliento fétido; marcada tendencia á producirce escaras y hemorragias. Muy generalmente estas dos formas se asocian en un mismo enfermo dando lugar á la forma ataxo-adinámica.

2°. *Formas clínicas según la resistencia del terreno.*—La fiebre tifoidea en los niños es casi siempre benigna. Las complicaciones abdominales son raras en esta edad, pero en cambio los trastornos cerebrales son mucho más frecuentes y precoces.

Es digno de notarse el crecimiento exagerado durante y á continuación de esta pirexia

La fiebre tifoidea en los viejos de 40 años arriba frecuentemente se acompaña de síntomas anormales, con apariencias de benignidad y evolución incidiosa cuya temperatura es poco elevada, las manchas rosadas escasas, pero en cambio la adinamia es muy profunda, los fenómenos broncopulmonares pueden adquirir tal gravedad que muy amenudo ocacionan

la muerte. No es rara la pérdida definitiva de la memoria despues de la curación. Esta forma es siempre de pronóstico grave. La fiebre tifoidea en los individuos alcohólicos es grave, como en ellos pasa con las otras infecciones. Como ya hemos dicho anteriormente el tipo ataxo-adinámico es frecuente acompañandose de neumonias, miocarditis, hemorragías y otras complicaciones que llevan á una muerte segura.

3º. *Formas clínicas según el modo de reacción del organismo, formas según los síntomas predominantes al principio.* La forma regular radica sus lesiones en el intestino delgado mereciendo por dicha causa el nombre de ileotifus; más raramente es el grueso intestino el atacado dandole el nombre de colotifus y otras veces el apéndice simulando una verdadera apendicitis.

Las localisaciones especiales de los accidentes del principío permiten describir otras formas menos generales, tales como: broncotifus, neumotifus, pleurotifus, artrotifus, etc.

Formas según los síntomas predominantes en el período de estado:—La predominancia de las lesiones y de los síntomas de este período nos ha hecho admitir un laringo tifus, una forma toráxica con bronquitis, conjestion pleuropulmonar, placas cianóticas de la cara; una forma cardíaca ó sincopal con corazón debilitado, pulso rápido, con muerte súbita posible; una forma cerebro-espinal con meningismo, meningitis y sintomas ataxo adinámicos una forma renal con albumina, lengua de loro, síntomas de uremía, etc.; una forma hepática con ic-

teria, eritemas, vómitos, diarrea é hipotermia; una forma hemorrágica casi siempre grave en la que las hemorragias no solamente se producen por el intestino y la pituitaria, sino también por el riñon, el útero y bajo la piel

4.° *Formas clínicas según las asociaciones infecciosas: Fiebre tifoidea y paludismo.*—Laveran, Kelsch y otros han descrito bajo el nombre de fiebre tifomalárica una fiebre en la que los accesos resistían á la acción de la quinina, separados por períodos de adinamia con tendencia á adoptar el tipo contínuo con remisiones pequeñas, sudores abundantes y melanemia.

Fiebres tifoideas y fiebres eruptivas.—La aparición de fiebres eruptivas es posible durante el trascurso de la tifoidea, sobre todo en los hospitales de niños El diagnóstico se hace difícil por la existencia de formas exantemáticas de la fiebre tifoidea, con caracter escarlatiniforme, morbiliforme, etc.

Fiebre tifoidea y tuberculosis.—Como hemos dicho, antes se creyeron antagónicas estas dos infecciones; la fiebre tifoidea puede perfectamente aparecer en un tuberculoso. La tuberculosis aguda y la tifoidea pueden igualmente coincidir, y aquí las sero-reacciones serán de gran utilidad para el diagnóstico.

DIAGNÓSTICO

Para hacer el diagnóstico exacto de la dotienenteria, es necesario que nos hallemos en pre-

sencia del bacilo de Eberth; esto en el principio de la enfermedad no es cosa facil; algunos autores aconsejan la punción del bazo, pero esta práctica debemos rechazarla por los peligros que encierra, dada la friabilidad de este órgano, aumentada por esta enfermedad.

Clínicamente debemos fundar nuestro diagnóstico en su sintomatología; diagnóstico que se hace facil cuando el cuadro sintomatológico es comp'eto, no así cuando faltan algunos elementos de dicho cuadro, por existir diversas afecciones cuyas manifestaciones sintomáticas pueden muy bien encuadrarse en la fiebre tifoidea; van á continuación algunas de ellas: el tifus exantemático, afección rara entre nosotros, pero la describiremos por su semejanza con la enfermedad de que tratamos; sin embargo, el exantema característico, su pricipio tardío, su rápida marcha, su brusca terminación en los casos benignos, la carencia de signos intestinales, basta observar esto con detención para no incurrir en el error de confundirlo con la dotienenteria La granulia en la que la lengua permanece húmeda, el pulso está acelerado y no dícroto, la temperatura es paralela á la curva del pulso, contrariamente á la disociación clásica en la tifoidea, á más no tiene el tipo cíclico que hemos descripto al tratar de la sintomatología, la disnea es más marcada, los rales más acentuados en los vértices del pulmón, frecuentemente existe fotofobia, la roseola es excepcional y por último el serodiagnóstico tífico y tuberculoso dilucidarán la cuestión. Las meningitis cerebrales ó cerebroespinales, epidémi-

cas ó tuberculosas, caracterízanse por el predominio de los fenómenos nerviosos, cefalea violenta, fotofobia, hiperestesias cutáneas y musculares, trismus, contractura de la nuca y de los miembros, por su pulso y respiración irregular, raya meningítica, parálisis oculares ó generalizadas, desigualdad pupilar, por su decúbito especial en gatillo de de fusil, signo de Kernig, estupor y coma; algunas veces se observa ictus seguido de afasia. La punción lumbar y el citodiagnóstico del líquido céfaloraquideo nos pondrán en evidencia las meningitis. Las endocarditis infecciosas de forma tifoidea, que suelen presentarse á veces con roseola y otros signos tifoideos, pero para diferenciarlas nos iremos al corazón, cuyos signos estetoscópicos nos iluminarán. Se observa muy á menudo en la endocarditis embolias vicerales por trombus desprendidos, así como también embolias cutáneos (pústulas, equímosis, extravasaciones sanguíneas y placas de esfacelo); las embolias retinianas pueden observarse mediante la ayuda del oftalmoscópio.

La gripe, y en especial en su forma intestinal, podría hacernos incurrir en un error de diagnóstico, pero basta uu exámen prolijo para eludir dicho error. La neumonia, el reumatismo articular agudo, la icteria grave, algunas nefritis agudas en su comienzo, las septicemias, las piohemias, las osteomielitis agudas de los adolecentes, el paludismo, el cólera, etc , pueden ser causas de error de diagnóstico generalmente fácil de evitar.

El laboratorio nos provee de elementos valio-

sísimos para confirmar el diagnóstico de la infección ebertiana

El exámen de las orinas, principalmente la diazo-reacción de Ehrlich, tiene su valor diagnóstico; pero en lo que se refiere á su exámen bacteriológico es tarea difícil. Se recomienda el pasage por filtros porosos de porcelana de una gran cantidad de orina y hacer cultivos con el residuo extraído de los filtros

El exámen de las materias fecales no es un dignóstico precóz, por qué recien el bacilo aparece después del noveno día de declarada la enfermedad, operación dificultada por la presencia del colibacilo huésped habitual del intestino, nos valemos de métodos diferenciales, tales como el de Drigalski y Conradi, antes descrito, que nos da excelentes resultados.

El exámen de la sangre es el de mayor certeza y utilidad práctica; el fibrino diagnóstico de Hayen descansa sobre la ausencia ó tenuidad de la red fibrinosa de la sangre de los tíficos.

El sero diagnóstico de Widal es de todos los procedimientos de investigación científica, empleados hasta la actualidad, con el fin de prestar ayuda al exámen clínico, aquel que con justo valor es considerado como el mejor y más exacto en sus conclusiones á tal punto de ser hoy el procedimiento clásico.

Se basa en la propiedad que tiene el suero de la sangre de un tifoideo, de aglutinar, es decir, de inmovilizar y amontonar en masa, bacilos hasta entonces aislados y movibles, cuando se mezcla con un cultivo que encierra bacilos de Eberth.

La técnica consiste en hacer diluciones á $^1/_{10}$, $^1/_{30}$, $^1/_{50}$, $^1/_{100}$, de una pequeña cantidad de cultura líquida bien homogénea de bacilo de Eberth, con suero ó sangre del sujeto que se supone atacado de fiebre tifoidea. Si se aglutina, se dice que la sero reaccion es positiva. Se examina á la 1 ó 2 horas, una gota de cada dilución al microscópio, y según el bacilo sea aglutinado é inmovilizado en la 1ª, 2ª ó 4ª mezclas se dice que el sero-diagnóstico es positivo al $^1/_{10}$, $^1/_{30}$, $^1/_{100}$ respectivamente Este fenómeno de la aglutinación puede observarse sin recurrir al microscópio, cosa que se realiza vertiendo en tubos con cultura límpida y homogénea de bacilo de Eberth, algunas gotas de suero y se ve formarse copos ó grumos que caen poco á poco al fondo del tubo dejando límpido el caldo en la parte superior del mismo, siempre que la reacción sea positiva. Cuando esta reacción es positiva al $^1/_{10}$, y sobre todo al $^1/_{50}$, ó al $^1/_{100}$, contribuye á confirmar el diagnóstico; si por el contrario resulta negativo al $^1/_{10}$, no es mas que una presunción en contra de la dotienenteria, puesto que la reacción puede presentarse más luego ó bien puede faltar en las formas graves ó en las ligeras Esta aglutinación aparece por lo general del 6° al 10° día de la enfermedad y desaparece en los primeros meses de la curación; carácter importante, puede persistir durante años.

Al lado del gran método de Widal podemos colocar el reciente procedimiento de Ficker, publicado en el Berliner Klinicher Wochenschrift en Noviembre de 1903; el cual presenta grandes ventajas prácticas, principalmente para los médicos que

ejercen en la campaña, por la facilidad de su técnica, pues no hay necesidad de microscópio ni estufa, bastando la temperatura templada de un aposento; y la circunstancia de poder conservarse el reactivo indicador por el término mas ó menos de 9 meses, esta conservación es debida á que el líquido es preparado con bacilos muertos y esterilizados

El dispositivo empleado por Ficker ha sido perfectamente descrito en todos sus detalles, en la tésis inaugural del doctor Ameghino (1905).

En el laboratorio que dirije el doctor Silvio Tatti en el Hospital Rivadavia, hemos empleado con excelente resultado el dispositivo de Parke-Davis, de quien trascribimos su descripción y técnica.

El aparato se compone de: un frasco con el reactivo, cuatro tubos de ensayo, una lanceta y un tubo para recojer la sangre, una ampolleta para el suero diluído, un gotero pequeño para distribuír el suero diluído y un gotero grande con dos graduaciones (cada una de las cuales corresponde á 10 gotas del gotero pequeño) para llenar los tubos con el reactivo

Extracción y dilución del suero — Primero se desinfecta la parte del cuerpo, de donde se extraerá sangre (un dedo, ó mejor aún, el lóbulo de la oreja), haciendo después una punción profunda con la lanceta. Se deja caer la sangre en el tubo hasta que se forme en el fondo de este una capa de 3 á 6 milímetros de espesor. La sangre fluirá con rapidéz mayor si se comprime de una manera intermitente

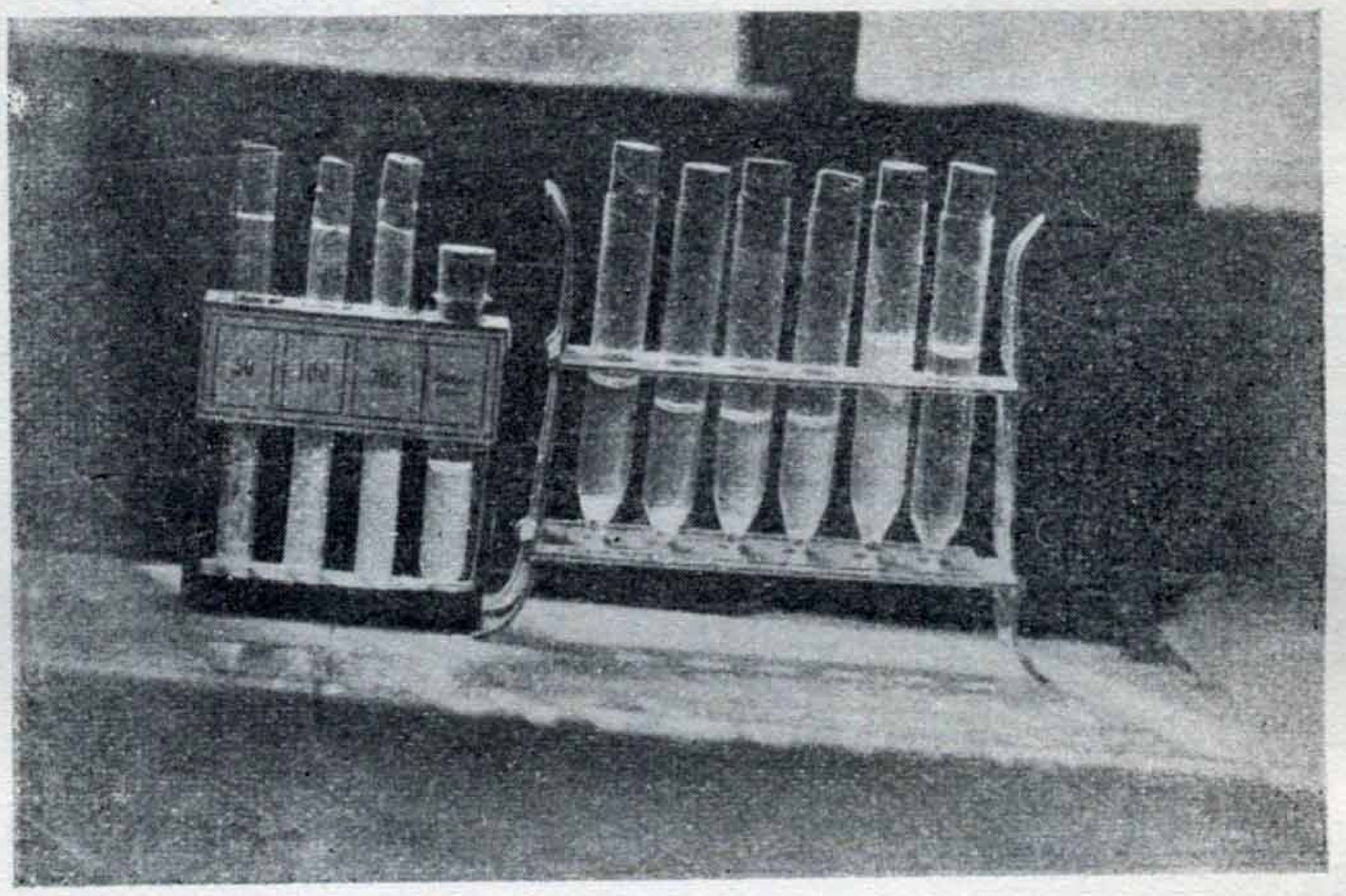
el lóbulo de la oreja entre los dedos. Se tapa el tubo y se le deja por espacio de algunos minutos en posición vertical hasta que se forme el coágulo, á la hora poco mas ó menos este se habrá separado; para que se separe con más facilidad, se desprenden cuidadosamente con la lanceta los bordes del coágulo adherido á las paredes del tubo. Se dejan caer 10 gotas (una división del gotero grande) de agua destilada en el tubo de dilución. Después que se ha separado el suero del coágulo sanguíneo, se ajusta al gotero pequeño el tubo para la sangre, introduciendo la punta en la depresión lateral que aquél tiene para llenar el gotero de suero. Héchase una gota de suero dentro del tubo de dilución, de donde resulta una dilución al $^{1}/_{10}$.

Modo de hacer el ensayo — Valiéndose del gotero grande se echan 20 gotas ó sean 2 graduaciones, del reactivo tífico en cada uno de los cuatro tubos de ensayo. Se llena el gotero pequeño con la solución de suero al $^{1}/_{10}$ y se añade este á los tubos que contienen el reactivo, de la siguiente manera: cuatro gotas al tubo marcado 50, lo que dará una solución al $^{1}/_{50}$; 2 gotas al tubo marcado 100, lo que dará una solución al $^{1}/_{100}$, y una gota al tubo marcado 200, lo que dará una solución al $^{1}/_{200}$. Al tubo de comprobación no se añade nada.

Hecho lo que antecede, se tapan los tubos, se agitan bien y se colocan en un lugar caliente. Transcurridas de 1 á 4 horas se examinan los tubos, repitiéndose la misma operación al día siguiente. La rapidez de la reacción depende tanto

del poder aglutinante del suero, como de la temperatura á que se conserven los tubos.

Cuando la reacción es positiva los copos se manifiestan en uno ó más de los tubos, lo que dependerá del poder de aglutinación del suero que se ensaye. En una reacción completa el líquido que sobrenada queda claro. En una reacción positiva pero incompleta, se ven los copos flotando en el líquido todavía nebuloso. En una reacción negativa, el líquido permanece en los tubos uniformemente turbio, como en el tubo de comprobación. En el dispositivo de la izquierda del grabado adjunto, que es el que describimos, puede observarse claramente lo dicho; el que está á la derecha es el dispositivo de Ficker.



PRONÓSTICO

Depende de diferentes factores, particularmente de las condiciones del medio, de la edad, del sexo, de la virulencia de la epidemia ó ende-

mia, etc. El pronóstico es por lo general grave, porque tanto las formas intensas como aquellas que por la atenuación de sus síntomas parecieran tener una buena terminación, pueden concluir por la muerte.

Siempre este pronóstico se hace difícil á establecer dado que no se encuentra un signo al principio que nos induzca á pensar cuál será el fin de la enfermedad.

Es concebible que una lesión anterior del sistema cardio-vascular, sea una condición desfavorable al pronóstico, tales como: las afecciones valvulares mal compensadas, las miocarditis, las sinfisis cardiacas, los aneurismas de los gruesos vasos, etc. Esto dicho, hace muchas veces el pronóstico de las complicaciones, porque indudablemente en un indivíduo con tara cardiaca, debemos temer las complicaciones del órgano central y de los vasos; así como en los enfermos con tara nerviosa anterior temeremos accidentes cerebrales graves.

Liebermeister llama al pulso la llave del pronóstico en la tifoidea. Además del pulso existen como grandes elementos de pronóstico la observación de la curva térmica y de los fenómenos nerviosos.

Como signo de pronóstico grave tenemos: las convulsiones, las contracturas, los movimientos espasmódicos, el estrabismo, el hipo (á este signo Dieulafoy le da una gran importancia como indicador de una complicación peritoneal), delirio, coma, adinamia profunda, estupor exagerado, mirada fija

y las orinas escasas, de muy débil densidad, son presagio de una muerte próxima según Robin

Al contrario, como signos de benignidad tenemos: una fisonomía tranquila, un buen estado intelectual, como también la poliuria.

El pronóstico se basa principalmente en el estado y caracteres del pulso, que cuando llega á 120 pulsaciones por minuto y es á la vez irregular y depresible, indica que uno se encuentra en presencia de un estado grave; si las pulsaciones pasan de 150 por minuto, haciéndose al mismo tiempo filiforme, signos reveladores de un extremo debilitamiento del miocardio, no nos queda más que esperar un desenlace fatal.

La disminución del número de pulsaciones no es favorable sino cuando va acompañada de otros signos de buen augurio; en el caso contrario ese enrarecimiento del pulso traduce un estado de desfallecimiento que hay que atribuir á una alteración de la inervación bulbar, á una miocarditis ó á una hemorragia intestinal.

CAPITULO III

TRATAMIENTO

El tratamiento ideal consistirá en suprimir el agente patógeno, destruyendolo directamente ó poniendo el terreno en condiciones desfavorables para su desarrollo. Desgraciadamente no conocemos ninguna sustancia medicamentosa que introducida en el cuerpo humano realizara este resultado; nos vemos reducidos á luchar indirectamente con la infección tífica colocando al enfermo en condiciones de poder resistir y soportar esta intoxicación de la mejor manera posible, tratando al mismo tiempo por todos los medios á nuestro alcance, de evitar las complicaciones.

A fin de realizar esto, nos valemos de métodos terapéuticos; habiendo sido usados hasta la fecha los siguientes: espectación, medicaciones antisépticas, medicaciones antitérmicas é hidroterapia. Estos métodos no son exclusivos, generalmente se combinan segun el criterio del clínico que los pone en practica.

Método espectante.—Este método llamado algunas veces de espectación armada, consiste en dejar evolucionar la enfermedad sin otra intervención terapéutica que la higiene alimenticia y general; en cuanto á la alimentación, la disparidad de criterios

es grande, desde la dieta casi absoluta, hasta la alimentación intensa, usada por Botkine, Manasseine, Vaquez, pero en nuestro concepto lo mejor es alimentar al tifoideo sin fatigar demasiado su aparato digestivo; esto lo obtenemos con el régimen lácteo, los caldos de carne y de verduras, y sobre todo, lo que nunca debe faltar al tifoideo, como tantas veces nos lo ha repetido el profesor Sicardi, es el agua, la cual hay que brindársela en abundancia porque dado el estupor que caracteriza esta enfermedad el paciente se olvida de pedirla, á pesar de tener una sed devoradora. Los vinos tónicos empleados por Dujardin-Beaumetz son de una real importancia cuando el pulso se debilita.

En cuanto á los cuidados higiénicos en general, el enfermo debe permanecer en una habitación amplia y bien aereada con una temperatura mas bien fresca (15° á 16°). En los enfermos, en los cuales no se emplea como método terapéutico la balneoterapia, se deberá cuidar la limpieza, por medio de lavajes con lociones al vinagre aromático repetidas varias veces al día; cambiar la ropa de cama frecuentemente, cuidar mucho la limpieza bucal lo mismo que la de los oidos, etc.

Medicaciones antisépticas.—La variedad de las sustancias antisépticas empleadas con este fin, hace que de entre ellas mencionemos solo las que el uso ha consagrado.

En primera línea mencionaremos como tales las sustancias evacuantes, sea cual fuere la via empleada para su administración. Entre los purgantes mas usados es el calomel, que une á sus cuali-

dades purgantes, las de un poderoso antiséptico intestinal; este se administra de diferentes modos ó bien en dosis masivas, ó bien en dosis fraccionadas, teniendo siempre en cuenta la edad del sujeto. Los enemas son muy usados, sea de agua sola, como simple lavaje de la última porcion del intestino, sea agregandole sustancias antisépticas que mas luego mencionaremos. Los vomitivos en los tíficos han caido en desuso.

Estas medicaciones evacuantes deben ser usadas con moderación, no repitiendo demasiado el uso de los purgantes, por el hecho de que congestionan é irritan el intestino predisponiendolo á las hemorragías y perforaciones. Los enemas moderadamente usados estan perfectamente indicados

Entre los medicamentos antisepticos empleados mencionaremos: naftol, betol, benzonaftol, salol, salacetol, salicilato de bismuto, salofeno, etc.

Medicación antitérmica.—La medicación ideal antitermica la constituye el empleo del agua á una temperatura menor que la del cuerpo humano, usada sea en baños de inmersion de los cuales nos ocuparemos con detención después, sea bajo la forma de afusiones, metodo empleado por Currie y puesto en práctica en Francia por Recamier, Chomel Trousseau y otros, y que consiste en colocar al enfermo en una bañadera y arrojarle agua fría (10^0 á 15^0) sobre la cabeza y las espaldas durante algunos minutos, ó mejor aún con una ducha de duracion más corta; sean las lociones empleadas por Jaccoud, procediendo de la siguiente manera: desnudo el enfermo se le pasa rapidamente una esponja

empapada en agua fría ó agua avinagrada, durante algunos segundos, se le seca ligeramente y se le arropa en la cama; esto se puede repetir varias veces al día siendo un procedimiento más práctico y de ejecución más fácil que el de la afusión fría; sea el baño de sábana recomendado por Dujardin-Beaumetz, sea por último el agua empleada bajo forma de enemas frías

El descenso de la temperatura tambien se obtiene por el empleo de otros procedimientos refrigerantes, tales como el uso de aparatos, siendo el mas ingenioso de ellos, el ideado por Dumontpallier lo que resulta demasiado complejo en la práctica La aplicación de hielo en la cabeza, torax y abdomen preconizada por Riegel, etc

Las diferentes sustancias medicamentosas de acción antitérmica, tales como: la quinina, el ácido salicílico y los salicilatos, la antipirina, el piramidon la cairina y otros por su efímera acción en esta pirexia van cayendo en desuso, hasta el punto de que algunos clínicos los han abolido por completo

Método Balneoterápico. Se puede juzgar el gran valor de este método por los hechos evidentemente comprobados en cuanto á sus buenos resultados al comparar las estadísticas de mortalidad tífica antes y después de su empleo, lo que ha hecho decir á Dieulafoy que la acción de los baños es á la tifoidea lo que el mercurio y la quinina son respectivamente á la sífilis y á la malaria. Procedimientos diversos se han usado en cuanto á la manera de emplear este método, unos hacen uso de la balneoterápia tibia asociada á una medicación

interna y otros emplean la balneoterápia fría con ó sin adición de medicamentos.

Balneoterápia tibia con antisepsia intestinal y general—M. Bouchard emplea baños tibios con el fin de hacer perder calor al febriciente sin producir schoc nervioso ni espasmos de los vasos cutáneos, administra estos baños principiando con una temperatura do grados inferior á la normal para ir enfriando paulatinamente hasta llegar á 30°, jamás menos y en número de ocho baños por día.

Agrega á la balneoterapia desde el primer momento las siguientes sustancias medicamentosas: 15 gramos de sulfato de magnesia administrada cada 3 días, calomel en dósis refracta 0.02 gramos cada hora durante cuatro días consecutivos, enemas de naftol con salicilato de bismuto. Cuando apesar de esto la temperatura se mantiene elevada administra sulfato de quinina en dósis de 2 gramos por día; además administra á voluntad agua de cebada y limonada cítrica con glicerina. Este tratamiento sistemático no impide las complicaciones, las cuales cuando se producen las trata convenientemente; así los delirios prolongados y excesivos por medio del opio, las complicaciones peritoneales por el hielo, etc.

El procedimiento Zienimsen se diferencia del anterior en que el agua del baño principia con una temperatura 5° menor que la del enfermo, enfriando lentamente hasta 20°.

Balneoterápia fria—Los baños frios fueron empleados en terapéutica por primera vez en 1800 por Giannini; pero Brand en Alemania es quien ha popularizado este tratamiento uniendolo á las afucio-

nes y compresas frias, sobre toda localización inflamatoria acompañada de elevación de temperatura. Fué introducido en Francia por Glenard de Lyon en 1873, donde no tardó en generalizarse. En efecto, su estadística es muy brillante; antes de su empleo la estadística de Jaccoud arrojaba una mortalidad de 19.25 % mientras que la de Brand nos da 7.4 % y la más favorable en Francia que cita Bruardel y Thoinot, la de Moliére del Hotel-Dieu de Lyon da 4 75 %. A estas podemos agregar la que acompaña á la presente tésis, del Servicio del doctor J. M. Escalier del Hospital Rivadavia, la que arroja un 2 32 % de mortalidad y que pone en evidencia la excelencia del método. Los baños frios actuan sobre el organismo: 1° sustrayendo calor, de donde su acción antitérmica; 2° activando la circulación y la función de los órganos eliminadores, de donde su acción diurética y sudoripara; 3° atrayendo la sangre á la periferia en el momento de la reacción, de donde su acción descongestiva de los centros; 4° produciendo una acción tónica sobre la fibra muscular, sobre el aparato cardio-vascular y sobre el sis ema nervioso, de donde su eficacia en las formas ataxo adinámicas.

Haremos una ligera reseña de los diferentes métodos empleados cuya base es la balneoterapia fria asociada ó no á medicación interna para detenernos especialmente en el que usa el do tor Escalier entre nosotros y que es el que hemos visto emplear durante nuestro internado en el Hospital Rivadavia.

Método de Yurgersen—Consiste en sumergir al

paciente en un baño á la temperatura ambiente cada 2 ó 4 horas de 5 á 15 minutos de duración, según la mayor ó menor gravedad del caso, siempre que la temperatura rectal llegue á 40°; asocia á esto la quinina.

Método de Liebermeister —Comienza administrando calomel en el primer septenario, dos días consecutivos en dosis de 1 á 2 gramos y luego prescribe baños de 10 minutos de duración á 20°, siempre que la temperatura axilar marque 39°. También asocia la quinina con el objeto de disminuir el número de baños.

Método de Brand. —Desde 1861 en que Brand comenzó á usar este método lo fué perfeccionando poco á poco hasta que en 1877 publicó la fórmula definitiva cuya base es enfriar y nutrir Por sus excelentes resultados se ha impuesto universalmente, sufriendo diversas modificaciones en su técnica. Brand emplea los baños á la temperatura de 20° cada tres horas durante 10 á 15 minutos, siempre que la temperatura rectal llegue ó pase de 39°; durante el baño se colocan compresas más frías que el agua del baño sobre la cabeza y el torax, haciendo fricciones en el cuerpo y miembros, pero evitando de hacerlo en el abdomen. En los intervalos de los baños coloca compresas frías sobre el abdomen

El Dr. Escalier usa el método siguiente: se toma la temperatura en la axila cada tres horas, y si llega á 38° ó sobrepasa, sumerge al enfermo en un baño cuya temperatura es de 28° para el primero, 25° para el segundo y 22° para los siguientes, y los man-

tiene en él hasta que se produzca el segundo escalofrío. Si con estos baños no se consigue dominar la hipertermia, se harán á 18° hasta tanto se modifique este estado hiperpirético para continuar dándolos á 22°. Durante el baño se practican fricciones sobre el cuerpo y los miembros, exceptuando el abdomen, se administra una poción alcohólica, colocando además sobre la cabeza una bolsa de hielo Estos baños no están contraindicados en ningún caso, salvo en los ancianos y arterioesclerosos, puesto que como la temperatura es la que sirve de guía en las complicaciones en que podría estar contraindicado (hemorragias, perforaciones, etc.) ésta baja, suspendiéndose por lo tanto el baño, para volver á comenzar en cuanto la temperatura alcance á 38°.

El agua no es necesario renovarla en cada baño, salvo el caso en que sea contaminada por las deyecciones del enfermo.

Después del baño, el paciente es secado y colocado en su lecho, evitando los movimientos bruscos y las presiones en el abdomen. Hay que tratar de que los pies del enfermo se conserven calientes.

En el intervalo de los baños se coloca una bolsa de hielo permanentemente sobre el abdomen. Esto tiene por objeto evitar las complicaciones abdominales tales como las hemorragias, perforaciones, peritonitis, etc.

En los casos de constipación, al principio de la enfermedad, se administra como purgante y antiséptico al mismo tiempo 0.10 gramos de calomel cada hora, hasta obtener la primera evacuación.

Una vez la diarrea iniciada, no se trata de detener, salvo que adquiera caracteres alarmantes, considerándosela como favorable para la eliminación de las toxinas elaboradas en el intestino. Para coadyuvar á esto se administran dos enemas diarios á una temperatura entre 35° y 40° de naftol B 0.20 gramos, con 2 gramos de cloruro de sodio para disolver en 1500 gramos de agua de lino por enema. Estos enemas deben hacerse á baja presión para evitar las posibles lesiones del intestino.

Con el objeto de prevenir el desfallecimiento del músculo cardiaco, activar la diuresis y evitar las complicaciones á que ello daría lugar, se dan dos inyecciones diarias de 0 25 gramos de cafeina, sistemáticamente y durante todo el trancurso de la enfermedad.

Si á pesar de esto el corazón flaquea y se producen congestiones ó hemorragias, se administra diariamente un c. c. de ergotina Ivon en inyección hipodérmica, que además de su efecto hemostático, obra como tónico cardiovascular, aumentando la tensión sanguínea por vaso constricción, y aún puede sustituir á la cafeina en las formas atáxicas ó delirantes

Tratándose de una afección del tubo digestivo la alimentación juega un rol importante. El régimen lacteo se impone por que disminuye la producción de toxinas en el tubo digestivo, favorece su eliminación por su acción diurética, siendo al mismo tiempo un alimento completo de fácil asimilación.

La leche hay que administrarla media hora

después de cada baño, y cada 2 horas, sin esperar que el enfermo la pida, pues sabemos que la anorexia es la regla en esta enfermedad, fraccionándola de modo que el enfermo llegue a tomar en las 24 horas alrededor de 2 á 3 litros de leche. El régimen será continuado hasta una semana después de haber cesado la hipertermia para empezar desde este momento á alimentar al convaleciente paulatinamente con caldo de verdura, de carnes desgrasadas, luego yemas de huevo batidas en caldo para pasar gradualmente á las carnes blancas y mas luego á la alimentación habitual.

Se puede afirmar que con este tratamiento se evitan las complicaciones como lo hemos podido observar en todos los casos en que se ha aplicado y una prueba de ello es la brillante estadística que posee el Dr Escalier en su Servicio del Hospital Rivadavia desde que lo puso en práctica en el año 1900 hasta hoy, que en un total de 43 casos (cuyas historias clínicas pueden verse á continuación) solo hay un caso de muerte, es decir un 2,3 % y hay que hacer notar que este se produjo en una enferma que ingresó al servicio en un período avanzado de la enfermedad y con una miocarditis, que fué la causa de su muerte, como consta en el protocolo de autopsia que acompaña á su historia clínica.

En cambio en los 16 casos anteriores al tratamiento en cuestión han habido 5 defunciones, es decir, una mortalidad de 31.2 %.

ESTADÍSTICA

Observación 1ª

Hospital Rivadavia. - Serv. del Dr. J. M. Escalier

Y. G., 16 años, argentina, soltera, sirvienta.

Ingresó al servicio el 12 de Enero de 1897, despues de quince días de enfermedad con pérdida del apetito, diarrea, cefalalgía, fiebre y nauseas.

Murió el 7 de Febrero de 1897.

Observación 2ª

Hospital Rivadavia—Serv. del Dr. J. M. Escalier

M. R. J., 15 años, argentina, soltera, quehaceres domesticos

Ingresó al servicio el 23 de Febrero de 1897.

Salió curada el 8 de Abril de 1897.

Observación 3ª

Hospital Rivadavia—Serv. del Dr. J. M. Escalier

F. Q., 23 años, argentina, soltera, mucama.

Ingresó al servicio el 17 de Marzo de 1897, despues de 8 días de enfermedad. Tiene cefalalgías, epistaxis, vómitos, diarrea, dolores en todo el cuerpo y fiebre.

Sale de alta curada el 31 de Mayo de 1897.

Observación 4ª

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

C. S., 40 años, italiana, casada, aparadora.

Ingresó al servicio el 10 de Abril de 1897, después de 10 días de enfermedad.

Tiene cefalalgia, dolor al cuerpo, fiebre, vómitos y constipación.

Salió de alta curada el 2 de Mayo de 1897.

Observación 5ª

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J M. Escalier

M. L., 25 años, francesa, soltera, mucama.

Ingresa al servicio el 21 de Abril de 1897, después de 20 días de enfermedad que empieza con cefalálgia, fiebre, epistaxis y diarrea.

Tiene tos y trastornos nerviosos con sordera, insomnio y pesadillas.

Muere el 29 de Abril de 1897.

Autopsia—Ulceraciones de las placas de Peyer en la última porción del intestino delgado sin lesiones de la mucosa. Miocarditis. Sinfisis pleural reciente. Congestion pulmonar. Bazo grande.

Observación 6ª

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

C. G., 15 años, argentina, soltera, colegiala.

Ingresa al servicio el 29 de Abril de 1897, después de 8 días de enfermedad, con cefalálgia, fiebre, anorexia.

Sale de alta curada, el 26 de Junio de 1897.

Observación 7ª

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

P. R., 22 años, argentina, soltera, quehaceres domésticos.

Ingresa al servicio el 8 de Mayo de 1897, después de un mes de enfermedad.

Tiene cefalálgia, fiebre, diarrea, disnea.

Muere el 19 de Mayo de 1897.

En la autopsia se encuentran úlceras redondas en la última porción del ileon. Congestión hipostática del pulmón. Hígado degenerado y Bazo grande.

Observación 8ª

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

J. A, 25 años, española, soltera, cocinera.

Ingresa al servicio el 5 de Marzo de 1898, y sale de alta el 21 de Abril de 1898, curada.

Observación 9ª

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

M. F., 29 años, argentina, casada, mucama.

Ingresa al servicio el 23 de Marzo de 1898, y es dada de alta curada el 28 de Abril de 1898.

Observación 10

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

A V., 26 años, italiana, sin ocupación.

Ingresó al servicio el 14 de Octubre de 1898. Tiene estupor.

Fallece el 17 de Octubre de 1898.

Autopsia—Congestión y esclerosis pulmonar. Miocarditis. Bazo grande, friable. Higado friable. Ulceraciones en el fin del intestino delgado, de forma redondeada de borde saliente.

Observación 11

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

M. D., 23 años, argentina, soltera, planchadora.

Ingresa al servicio el 27 de Enero de 1899. Su enfermedad comenzó diez días antes de su ingreso con malestar gástrico, constipación cefalalgia, estupor. Tiene lengua ancha saburrosa en el centro, roja en los bordes Manchas lenticulares Timpanismo. Bazo grande. Pulso pequeño, frecuente. Temperatura entre 39 y 40°.

Muere el 11 de Febrero de 1899.

Autopsia — Pulmones: congestión hipostática. Corazón con miocarditis. Abdomen gran cantidad

de líquido purulento de color amarillo verdoso, cubriendo el peritonco. En la última porción del intestino delgado, úlceras irregulares de varios tamaños, de bordes levantados, situadas en las placas de Peyer. En medio de una úlcera grande cerca de la válvula ileo-cecal se ve una perforación del tamaño de una cabeza de alfiler.

Observación 12

Hospital Rivadavia — Servivio del Dr. J. M. Escalier

J. C, 26 años, italiana, casada, lavandera.

Ingresa al servicio el 31 de Enero de 1899. Su enfermedad comienza con cefalalgia, fiebre y diarrea.

Estado actual – Lengua saburrosa, roja en los bordes. Pulmones con congestión en la base. Corazón tonos débiles. Abdomen manchas lenticulares

Febrero 6 Aparece subdelirio marcado por la noche.

Febrero 7—Aparece una enterorragia abundante.

Marzo 25—Aparece una tumefacción con dolor del antebrazo derecho, que punzada deja salir pus, por lo que se la pasa á un Pabellón de Cirujía.

Observación 13

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

T. P., 20 años, italiana, soltera, mucama.

Ingresa el 16 de Febrero de 1899, después de 16 días de enfermedad

Se hace dos veces la sero-reacción con resultado negativo, solo á la tercera se obtuvo aglutinación.

Es dada de alta curada el 19 de Abril de 1899.

Observación 14

Hospital Rivadavia—Serv. del Dr. J. M. Escalier

N. M. 18 años, argentina, soltera, sin ocupación.

Ingresa el 8 de Marzo de 1899, despues de 8 días de enfermedad, con cefalalgía y vómitos.

Es dada de alta curada el 19 de Abril de 1899.

Observación 15

Hospital Rivadavia – Serv. del Dr. J. M. Escalier

F. Z., 13 años, italiana, mucama.

Ingresó el 10 de Abril de 1899, después de 10 días de enfermedad, con cefalalgia, fiebre y diarrea. Hay manchas lenticulares. Temperatura entre 39° y 40°. Diarrea líquida amarillo verdosa.

Es dada de alta curada, el 14 de Mayo de 1899.

Observacion 16

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

M. L. de Z. 15 años, casada, costurera.

Ingresa el 5 de Junio de 1899 despues de 11 dias de enfermedad, iniciada con escalofrío, fiebre, dolores de vientre, nauseas y diarrea.

A su entrada la temperatura es de 39°, descendió al 2° día á 38° y el 3° á 37°.

A los cinco días vuelve la temperatura á 39°, aparecen manchas lenticulares y timpanismo abdominal Este aumento fué producido por el cambio de regimen alimenticio. A los siete días la temperatura vuelve á la normal, y sale de alta curada el 24 de Junio de 1899.

Observación 17

Hospital Rivadavia—Serv. del Dr. J. M. Escalier

J. N. 35 años, española, soltera, sirvienta.
Ingresó el 20 de Enero de 1900.
Su enfermedad comenzó diez días antes con cefalalgía, decaimiento, fiebre. Tiene manchas lenticulares. Su temperatura osciló entre 39 y 40° con remisiones el 1° septenario que pasó en la sala, bajando á 38° en el 2° septenario y á la normal en el 3°.
Sale de alta, curada el 10 de Marzo de 1900.

Observación 18

Hospital Rivadavia — Serv. del Dr J M Escalier

G. B., 20 años, oriental, soltera, mucama.
Ingresó al servicio el 26 de Octubre de 1900.
La temperatura no pasó de 39° en el primer septenario y bajó paulatinamente en el 2°.
De alta curada, el 16 de Noviembre de 1900.

Observación 19

Hospital Rivadavia—Serv. del Dr. J. M Escalier

M. P. 18 años, española, soltera, cocinera.

Ingresó al servicio el 19 de Enero de 1901.

Su enfermedad comenzó después de un aborto con cefalalgia, fiebre, vomitos, diarrea, y epixtasis.

Pulso 120. Temperatura en los 2 primeros septenarios alrededor de 39.5.

En la convalecencia se presentan abcesos sub cutaneos que abiertos dejan salir un pus amarillo cremoso.

Sale de alta curada el 20 de Febrero de 1901.

Observacion 20

Hospital Rivadavia—Serv. del Dr. J. M. Escalier

C. M. 12 años, argentina, soltera, sin profesión.

Ingresa al servicio el 20 de Febrero de 1901, despues de 8 días de enfermedad.

Temperatura 38.5º. Hay manchas lenticulares.

Sale de alta, curada el 18 de Marzo de 1901.

Observacion 21

Hospital Rivadavia—Serv. del Dr. J. M. Escalier

M. B. 15 años, italiana, soltera, sin ocupación.

Ingresó al servicio el 5 de Marzo de 1901,

después de ocho días de enfermedad. Temperatura oscila al rededor de 40° por 10 días.

Tensión 13. Hay manchas lenticulares.

Sale de alta, curada el 26 de Marzo de 1901.

Observacion 22

Hospital Rivadavia—Serv. del Dr. J. M. Escalier

C A. 24 años, argentina, soltera, cocinera.

Ingresó al servicio el 26 de Marzo de 1901, después de quince días de enfermedad. Temperatura 1° septenario alrededor de 38°. Hay manchas lenticulares.

El 18 de Abril una alimentación intempestiva hace subir la temperatura á 39° por 7 días.

Sale de alta, curada el 12 de Mayo de 1901.

Observacion 23

Hospital Rivadavia—Serv. del Dr. J. M. Escalier

A. B. 16 años, italiana.

Ingresó al servicio el 13 de Abril de 1901, despues de 15 días de enfermedad. Temperatura, el 1° septenario en la sala oscila al rededor de 39°.

Hay manchas lenticulares. Sero y díazo, reacción positiva.

Sale de alta, curada el 2 de Mayo de 1901.

Observacion 24

Hospital Rivadavia—Serv. del Dr. J M. Escalier

D. A. 19 años, española, soltera, sirvienta.

Ingresó al servicio el 15 de Mayo de 1901, despues de 15 días de enfermedad. Temperatura, los primeros 5 días en la sala, al rededor de 40°; 8 días al rededor de 39°. y el 8 al rededor de 38°.

Hay manchas lenticulares.

Diazo y sero, reacción positiva.

Sale de alta, curada el 16 de Junio de 1901.

Observacion 25

Hospital Rivadavia –Serv. del Dr. J. M. Escalier

E. M. 19, años, italiana, soltera, sirvienta.

Ingresó al servicio el 25 de Junio de 1901, después de 10 días de enfermedad. Temperatura 1° septenario de la sala al rededor de 39°. Hay manchas lenticulares sero reacción positiva. Díazo reacción negativa.

Sale de alta curada el 14 de Julio de 1901.

Observacion 26

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

E. C., 28 años, italiana, casada, profesión ninguna.

Ingresa al servicio el 7 de Noviembre de 1901.

Temperatura: ingresa con 40°, se mantiene al rededor de 39° durante un septenario, y en 38° otro.

Hay numerosas petequias. Diazo y sero reacción positiva.

Después de varios días de apirexia el 24 de Diciembre hay una nueva elevación térmica con diarrea y timpanismo intestinal, bazo grande y algunas manchas lenticulares. Reaparece la congestión pulmonar en las bases.

Sale de alta curada, el 9 de Enero de 1902.

Observacion 27

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

S J., 22 años, argentina, casada, profesión ninguna.

Ingresó al servicio el 5 de Marzo de 1902, después de 15 días de enfermedad. Temperatura: durante un septenario osciló al rededor de 40°, durante 5 días baja á 39° y después á 37°.

Hay manchas lenticulares y diazo reacción positiva.

Sale de alta curada, el 30 de Marzo 1902.

Observacion 28

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

E. M , 27 años, francesa, planchadora.

Ingresa al servicio el 1° de Marzo de 1902, des-

pués de 8 días de enfermedad. Temperatura: durante los dos primeros septenarios de su permanencia en la sala osciló al rededor de 40°, durante los 3 septenarios siguientes entre 39° y 40°. Diazo reacción positiva.

Sale de alta curada, el 24 de Abril de 1902.

Observacion 29

Hospitat Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

A. L , 16 años, española, soltera.

Ingresa al servicio el 6 de Marzo de 1902, después de 4 días de enfermedad.

Temperatura: primer septenario 40°, segundo 39°, 5 días á 38° y después normal. Diazo reacción positiva. Hay manchas lenticulares.

Sale de alta curada, el 20 de Abril de 1902.

Observacion 30

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

A. V., 15 años, argentina, casada, planchadora.

Ingresó al servicio el 25 de Abril de 1902, después de 17 días de enfermedad.

Temperatura en la sala: los 3 primeros días 40°, 9 días á 39°, después normal. Diazo reacción positiva.

Sale de alta curada, el 17 de Mayo de 1902.

Observacion 31

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

E. M., 19 años, argentina, soltera, cocinera.

Ingresa al servicio el 16 de Mayo de 1902, después de 15 días de enfermedad.

Temperatura en la sala: primer septenario 40°, 5 días entre 39° y 38° y después normal. Diazo y sero reacción positiva. Hay manchas lenticulares.

Sale de alta curada, el 8 de Junio de 1902.

Observacion 32

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M Escalier

J. Y., 26 años, francesa, soltera.

Ingresa al servicio el 1° de Julio de 1902, después de 15 días de enfermedad

Temperatura: en el primer septenario al rededor de 39.5°, 5 días á 38° y después normal. Hay manchas lenticulares. Diazo reacción positiva.

Sale de alta curada, el 3 de Agosto 1902.

Observacion 33

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M Escalier

J. R. 27 años, española, casada, sirvienta.

Ingresa al servicio el 28 de Julio de 1902, despues de 7 días de enfermedad.

Temperatura 3 septenarios al rededor de 39°.
Diazo y sero reacción positiva.

Por el embarazo avanzado pasa á la Maternidad.

Observacion 34

Hospital Rivadavia — Serv. del Dr. J. M. Escalier

C. P. 27 años, española, soltera, cocinera.

Ingresa al servicio el 9 de Diciembre de 1902, despues de un mes y medio de enfermedad.

Evolución larga 5 semanas. Manchas lenticulares.

Sale de alta curada el 28 de Diciembre de 1902.

Observacion 35

Hospital Rivadavia Serv. del Dr. J. M. Escalier

M. F. 24 años, española, soltera, ama.

Ingresa al servicio el 22 de Diciembre de 1902, despues de 15 días de enfermedad. Sero y diazo reacción positiva.

Manchas lenticulares. Primer día 40°. Despues 1 septenario al rededor de 39°, después normal.

Sale de alta, curada el 15 de Enero de 1903.

Observación 36

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

M. M. 17 años, argentina, soltera, sin ocupación.

Ingresa al servicio el 10 de Mayo de 1904, despues de 10 días de enfermedad.

Temperatura, 5 días al rededor de 40°; 5 al rededor de 39°. Despues temperatura normal

Sale de alta, curada el 29 de Mayo de 1904.

Observación 37

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

S. L. 20 años, española, soltera, mucama.

Ingresa al servicio el 18 de Diciembre de 1904, después de un mes de enfermedad. Temperatura, á la entrada 40°, 1° septenario 39 y $^1/_2$, 38° despues normal

Sale de alta, curada el 12 de Enero de 1905.

Observación 38

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

A. S. 38 años, española, soltera, jornalera.

Ingresa al servicio el 14 de Enero de 1905, despues de un mes de enfermedad.

Hay manchas lenticulares.

Sale de alta, curada el 23 de Febrero de 1905.

Observación 39

Hospital Rivadavia — Serv. del Dr. J. M. Escalier

J M 20 años, argentina, soltera.

Ingresa al servicio el 27 de Marzo de 1905, despues de 10 días de enfermedad.

Sero y diazo reacción positiva.

Hay manchas lenticulares.

Temperatura, hay dos septenarios al rededor de 40°. Termina en crisis.

Sale de alta, curada el 29 de Junio de 1905.

Observación 40

Hospital Rivadavia — Serv. del Dr. J. M. Escalier

F. A. 15 años, argentina, tejedora.

Ingresa al servicio el 27 de Enero de 1906, despues de un mes de enfermedad.

Temperatura al ingreso 39.4°, se mantiene al rededor de 40° hasta el 7 de Febrero en que baja á 38° por la mañana.

El pulso es todavia frecuente y depresible con intermitencia.

Observacion 41

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

S A. 16 años, argentina, soltera

Ingresa al servicio el 27 de Enero de 1906, al parecer despues de un mes de enfermedad.

Temperatura, al ingreso 39°.6 se mantiene al rededor de 40°, hasta el 2 de Febrero, fecha en que fallece.

Ha habido manchas lenticulares.

Autopsia.—Sinfisis pleural izquierda, miocarditis, bazo infeccioso, intestino delgado con ulceraciones en casi todo el trayecto de forma eliptica, con bordes irregulares de color rojo vinoso.

Observación 42

Hospital Rivadavia—Serv. del Dr. J. M. Escalier

T. S. 27 años, italiana, casada, enfermera.

Ingresó al servicio el 5 de Marzo de 1906, despues de 15 días de enfermedad.

La temperatura oscila al rededor de 40°.

En el abdomen hay manchas lenticulares.

Sale de alta curada.

Observación 43

Hospital Rivadavia—Serv. del Dr. J. M. Escalier

A. P. 20 años, española, soltera, enfermera.

Ingresa al servicio el 27 de Abril de 1906, despues de 5 días de enfermedad.

Temperatura al ingreso 40° 4. En el abdomen hay manchas lenticulares.

Sero y diazo reacción positiva.

Sale de alta curada.

Observacion 44

Hospital Rivadavia —Serv. del Dr. J. M. Escalier

C. G. 28 años, argentina, soltera, enfermera.

Ingresó al servicio el 7 de Mayo de 1906, despues de 8 días de enfermedad.

Temperatura al ingreso 40° 4. En el abdomen hay manchas lenticulares.

Sero y diazo reacción positiva.

Sale de alta curada.

Observacion 45

Hospital Rivadavia —Serv. del Dr. J. M. Escalier

C. B. 15 años, argentina, soltera.

Ingresa al servicio el 14 de Mayo de 1906. Su temperatura al ingreso es de 39° 2.

Hay manchas lenticulares.

Sero y diazo reacción positiva.

Sale de alta curada.

Observación 46

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

D. L. 23 años, española, lavandera.

Ingresó al servicio el 4 de Obtubre de 1906, despues de 5 días de enfermedad.

Temperatura al ingreso 37° 8, sube despues á

40° y se mantiene á esta altura durante 5 días, para bajar despues hasta 36° 8.

Sero y diazo reacción positiva.

Sale de alta, curada el 28 Diciembre de 1906.

Observación 47

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

G. S. 37 años, italiana, casada, sin ocupación.

Ingresa al servicio el 14 de Febrero de 1907, despues de 28 días de enfermedad.

Temperatura dos septenarios al rededor de 40°; medio septenario al rededor de 38° y despues temperatura normal.

Hay manchas lenticulares.

Sero y diazo reacción positiva.

Curada.

Observación 48

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

C. M, 26 años, española, soltera, enfermera.

Ingresa al servicio el 17 de Junio de 1907.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales—Sana en la infancia. Comenzó la menstruación á los 17 años, siempre con regularidad y de 4 ó 5 días de duración.

Enfermedad actual.—Empezó hace 8 días con decaimiento general, cefalalgias, dolores en la cintura y escalofríos frecuentes. Ha tenido vómitos

biliosos en una ocasión; tiene tos con un poco de expectoración.

Estado actual.—Enferma, de talla mediana, buena musculatura, regular panículo adiposo; piel y mucosas bien coloreadas, fisonomía con una expresión de indiferencia.

Cuello.—Sin ganglios con latidos visibles.

Torax.—Bien conformado.

Corazón.—La punta late en el cuarto espacio intercostal por dentro de la línea mamilar. Tonos normales en todos los focos, salvo en el mitral donde el primero es un poco apagado.

Pulso regular igual frecuente y de poca tensión.

Pulmones.—Por delante y por detrás percusión y vibraciones normales A la auscultación en ambos lados, algunos rales secos grandes y medianos.

Abdomen.—Con regular capa de panículo adiposo, blando, depresible é indoloro; tiene unas pocas manchas rosadas, lenticulares poco salientes que desaparecen con la presión.

Hígado.—Borde superior al nivel de la quinta costilla, no pasa el reborde costal.

Estómago.—En sus límites normales, no hay perturbaciones digestivas, inapetencia, constipación. Lengua saburral húmeda.

Bazo.—Grande á la percusión, su borde inferior se toca ligeramente en los movimientos inspiratorios.

Riñones.—No se palpan. Micción normal. Orina normal.

Reflejos y sensibilidad.—Normales.

Diagnóstico.—Fiebre tifoidea.

Tratamiento.—Baños, reposo, dieta láctea, inyecciones de cafeina, hielo sobre el vientre y enemas de naftol

---

Observación 49

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

A. M., 12 años, argentina, soltera, sin profesión.

Ingresa al servicio el 25 de Junio de 1907.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión en la infancia, no ha reglado todavía, desde hace cuatro meses, tenía mareos frecuentes, cayéndose en muchas ocasiones, y como consecuencia se puso en asistencia en el Pabellón 3.° (cirugía).

Enfermedad actual.—Empieza hace nueve días con decaimiento general, escalofríos, cefalalgias, durante tres días vómitos alimenticios. Constipación habitual y especialmente en el curso de la enfermedad.

Estado actual.—Enferma de talla mediana, musculatura y panículo adiposo escaso, piel pálida, mucosas regularmente coloreadas. Aspecto general de indiferencia y gran postración.

Cuello.—Delgado, sin ganglios y sin latidos visibles.

Torax.—Regularmente conformado.

Corazón.—La punta late en el cuarto espacio intercostal por dentro de la línea mamilar.

Tonos normales, salvo el primero en la punta que está apagado Pulso regular, igual, frecuente y de poca tensión.

Pulmones.—Existen algunos rales secos diseminados, de grande y mediano calibre. Hay tos escasa sin expectoración.

Abdomen.—Algo resistente, un poco sensible en la fosa iliaca derecha, y en la región epigástrica exageración del timpanismo normal.

Boca.—Labios secos con fuliginosidades, lengua seca, saburral en el centro, roja en los bordes, aliento fétido.

Estómago.—En sus límites normales, sin perturbaciones digestivas. Inapetencia, constipación.

Hígado.—No pasa el reborde costal.

Bazo.—Aumentado de volumen, desborda el reborde costal, palpándose fácilmente.

Riñones.—No se palpan. Micción normal.

Reflejos y sensibilidad.—Normales.

Diagnóstico.—Fiebre tifoidea.

Tratamiento.—Dieta láctea, hielo sobre el vientre, baños fríos, enemas de naftol é inyecciones de cafeina.

Observacion 50

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

M. T. P., 14 años, argentina, soltera, escolar. Ingresa al servicio el 7 de Enero de 1908.

Antecedentes hereditarios.—Ignora.

Antecedentes personales.—Sarampion y coqueluche en la infancia. Hasta ahora solo ha tenido unas ligeras perturbaciones gástricas por desorden en la alimentación.

Hace un año que regló normal.

Enfermedad actual.—Hace 8 días que empezó con mareos, dolores de cabeza, cansancio y después fiebre, dolores de vientre é insomnio, inapetencia, y un poco de diarrea.

Procede de un colegio en San Isidro, de donde han salido mas ó menos al mismo tiempo que ella, otras alumnas enfermas con iguales síntomas.

Estado actual. – Enferma de talla pequeña, musculatura y paniculo adiposo regularmente desarrollado, piel palida, mucosas poco coloreadas. Muy postrada con expresión de indiferencia.

Cuello.—Delgado con latidos visibles.

Torax.—Bien conformado.

Corazón.—La punta late en el 4º espacio intercostal, por dentro de la linea mamilar, area de matitez normal. Tonos apagados en todos los focos.

Pulso frecuente regular, igual, de regular amplitud, facilmente depresible dicroto.

Pulmones.—Sonoridad y vibraciones normales á la auscultación algunos rales gruesos y medianos diseminados en todo el pulmón.

Boca.—Seca, lengua de loro Inapetencia absoluta.

Estomago.— En sus límites normales, no hay perturbaciones digestivas.

Abdomen.— Blando depresible, doloroso en la fosa ilica derecha, donde hay gorgoteo. En la región epigástrica y en el trayecto del colon descendente, ligera exageración del timpanismo.

Toda la pared interior del abdomen, recubierta de una verdadera erupción de manchas lenticulares, rosadas, ligeramente salientes que palidecen á la presión

Hígado.— No pasa el reborde costal. Se palpa facilmente.

Riñones.— No se palpan. Micción normal.

Reflejos y sensibilidad —Normales.

Diagnostico.— Fiebre tifoidea.

Tratamiento.—Baños á 22°, hielo sobre el vientre, dieta lactea, enemas, inyecciones de cafeina.

Observacion 51

Hospital Rivadavia—Serv. del Dr. J. M. Escalier

M. P. 16 años, argentina, soltera, costurera.

Ingresa al servicio el 5 de Febrero de 1908.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampion y coqueluche en la infancia. Reglo á los 13 años normal. Ha sido siempre muy sana.

Enfermedad actual.— Comienza hace 20 días mientras trabajaba, con cefalalgias, mareos tan intensos que tuvo que retirarse y acostarse, apareciendole en seguida una epistasis abundante y fiebre.

Sometida á tratamiento médico, tomo purgantes y otros remedios sin conseguir mejorarse, persistiendo los síntomas anotados, á mas diarrea.

Hace cuatro días que tiene tos seca y dolores en las espaldas.

Estado actual.—Enferma de talla mediana, buena musculatura, regular paniculo adiposo, piel y mucosas regularmente coloreadas. Gran depresión.

Cuello.—Sin ganglios ni latidos visibles.

Torax.--Bien conformado.

Corazón.—La punta late en el 4º espacio intercostal, por dentro de la línea mamilar, areade matites normal. Tonos apagados, especialmente el primero que es apenas perceptible en la punta.

Pulso regular, igual, frecuente, poca amplitud y poca tensión.

Pulmones.—Por delante y por detras, percusión y vibraciones normales. A la auscultación rales secos (silbidos y ronquidos) diseminados en todo el pulmón.

Abdomen.—Un poco abultado timpanizado sensible á la presión y presenta manchas lenticulares, rosadas ligeramente levantadas, que palidecen á la presión, en número de 7 ú 8.

Hay sensibilidad en la fosa iliaca derecha é hipocondrios.

Boca.—Seca; lengua saburral en el centro y seca. Lábios con fuliginosidades; inapetencia.

Estómago.—Dentro de sus límites normales, coin ligero estado nauseoso.

Intestino.—Timpanizado. Cólon doloroso. Hay diarrea.

Hígado.—No pasa el reborde costal.

Bazo.—Grande, se palpa.

Riñones. No se palpan.

Micción.—Normal.

Reflejos y sensibilidad.—Normales.

Estado cerebral con profunda depresión é indiferencia.

Diagnóstico.—Fiebre tifoidea.

Tratamiento.—Baños, cafeina, hielo sobre el vientre, dieta láctea y enemas.

Observacion 52

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

M. B., 24 años, española, casada, cocinera.

Ingresa al servicio el 25 de Marzo de 1907.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión y viruela en la infancia. Empezó á reglar á los 19 años, siempre regulares de 3 á 4 días de duración. Se casó á los 22 años, teniendo un hijo de 7 meses.

Enfermedad actual.—Empieza hace 8 días con decaimiento general, cefalalgias, dolores en los miembros, inapetencia, vómitos y constipación. Ha tenido varios escalofríos y tos desde el principio de la enfermedad.

Estado actual.—Enferma de buena talla, musculatura y panículo adiposo, regularmente desarrollados. Piel pálida, mucosas débilmente colorea-

das. Postración general, ligera sordera, dificultad para hablar.

Cuello.—Corto, sin ganglios ni latidos.

Torax.—Regularmente conformado.

Corazón.—La punta late en el cuarto espacio intercostal por dentro de la línea mamilar. En todos los focos los tonos apagados, especialmente el primero y sobre todo en el foco mitral.

Pulso regular, igual, frecuente y de poca tensión.

Pulmones.—Por delante y por detrás percusión y vibraciones normales. A la auscultación se oyen algunos rales sibilantes diseminados en todo el pulmón.

Abdómen.—Algo abultado, con regular capa de panículo adiposo, sensible en la región epigástrica y en la fosa iliaca derecha, donde hay gorgoteo. Al rededor del ombligo se observa una erupción de pequeñas manchs lenticulares ligeramente salientes que desaparecen á la presión.

Estómago.—Dentro de sus límites normales, con las perturbaciones digestivas anotadas en los antecedentes.

Lengua seca con bordes rojos y saburra en el centro. Inapetencia.

Hígado.—Desborda dos traveses de dedo el reborde costal.

Bazo.—Grande, se palpa fácilmente.

Riñones.—No se palpan. Micción normal.

Orina con vestigios de albúmina.

Sero-reacción de Widal positiva.

Diazo-reacción de Erlich positiva.

Diagnóstico.—Fiebre tifoidea.

Tratamieato.—Baños fríos, enemas, dieta láctea, inyecciones de cafeina, hielo sobre el vientre.

Observación 53

Hospital Rivadavia.— Servirio del Dr. J. M. Escalier

E. W., 18 años, inglesa, soltera, sin profesión.

Ingresa al servicio el 20 de Mayo de 1907.

Antecedentes herèditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Empieza hace 15 días, con decaimiento general y dolores en todo el cuerpo, cefalalgia intensa, anorexia, vómitos; materias fecales frecuentes y diarréicas.

Estado actual.—Enferma de buena talla, bien constituída, con musculatura y panículo adiposo regularmente desarrollado. Piel y mucosas bien coloreadas.

Cuello.—Delgado, largo, sin ganglios ni latidos visibles.

Torax.—Bien conformado.

Corazón.—La punta no se ve latir ni se palpa. Por la percusión y auscultación se determina en el quinto espacio intercostal, un poco por dentro de la línea mamaria. Los tonos apagados, con el gran silencio disminuído en su duración.

Pulso regular, igual, frecuente, dicroto y de

tensión baja, las pulsaciones no guardan relación en su número con la temperatura.

Pulmones.—Por delante percusión y vibraciones normales. A la auscultación se oyen algunos rales sibilantes.

Por detrás percusión y vibraciones normales, oyéndose á la auscultacion en toda la extensión de ambos pulmones gran cantidad de rales secos, ronquidos y silbidos.

Abdomen.—Aplanado, presentando sobre la piel algunas manchas de aspecto lenticular que desaparecen por la presión; es blando, depresible, doloroso en ambas fosas iliacas, donde hay timpanismo.

Hígado.—Pasa ligeramente el reborde costal.

Estómago.—Dentro de los límites normales, no acusa perturbaciones digestivas, salvo algunos vómitos. Labios recubiertos de fuliginosidades. Lengua seca recubierta de una espesa capa saburral gris oscura, roja en sus bordes. Conserva el apetito. Cuatro ó cinco deposiciones diarréicas diarias.

Bazo.—Aumentado de volumen; á la palpación en las grandes inspiraciones se tocan sus bordes.

Riñones.—No se palpan. Micción normal.

Reflejos y sensibilidad.—Normales.

Diagnóstico.—Fiebre tifoidea.

Tratamiento.—Régimen lácteo, reposo, baños fríos á 22°, hielo sobre el vientre, enemas de naftol é inyecciones de cafeina.

Observación 54

Hospital Rivadavia — Servicio del Dr. J. M. Escalier

L. S , 35 años, italiana, casada, sin profesión.

Ingresa al servicio el 30 de Diciembre de 1907.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales Sana en la infancia; no se puede tomar datos de su pasado porque su estado presente no se lo permite. Dice que hace 15 días que empezó á tener dolores de cabeza y fiebre, sin ninguna otra perturbación.

Estado actual Enferma de talla pequeña, piel y mucosas bien coloreadas, buena musculatura y escaso panículo adiposo.

Cuello—Corto sin ganglios y con lijeros latides visibles.

Torax—Bien conformado.

Corazón La punta no se vé latir, por la palpación y percusión se delimita en el 5^0 espacio intercostal sobre la línea mamilar A la auscultación, en la punta se oye un soplo sistólico que disminuye de intensidad, cambiando la posición de la enferma sin llegar á desaparecer. Los demás tonos normales en los focos de auscultación. Pulso regular, igual, de regular tensión, frecuente.

Pulmones—Por delante: normales á la percusión, vibraciones abolidas, y á la auscultación murmullo vesicular franco.

Por detrás: vibraciones muy disminuídas, percusión normal y murmullo vesicular franco.

Abdómen—Plano con delgada capa de panículo adiposo, depresible, indoloro, con sensación de gorgoteo en la fosa iliaca derecha.

Existen diseminadas por todo el vientre en número de 12 á 15 pápulas del tamaño de una cabeza de alfiler de color rosado, que desaparece á la presión.

Lengua—Roja en los bordes, con gruesa capa de saburra en el centro y húmeda

Estômago—A cuatro traveses de dedo sobre el ombligo, ligeramente doloroso á la presión. Inapetencia.

Higado—Pasa ligeramente el reborde costal.

Riñones—No se palpan Micción normal.

Bazo—Aumentado de volúmen, se palpa bien en las grandes inspiraciones.

Reflejos y sinsibilidad—Normal.

Esta enferma presenta desde su ingreso un delirio agudo, locuaz con cierto grado de excitación.

Diagnóstico—Fiebre tifoidea.

Tratamiento Reposo, régimen lacteo, baños fríos, cafeina y bromuros.

Observacion 55

Hospital Rivadavia—Serv. del Dr. J. M. Escalier

A V, 14 años, italiana, soltera, chalequera.
Ingresa al servicio en Enero 14 de 1908.

Antecedentes hereditarios – Sin importancia

Antecedentes personales—Infancia sana, regló á

los 12 años normal. No ha estado enferma antes de ahora.

Enfermedad actual---Comienza hace 8 días, con dolores de vientre y de cabeza, acompañados de inapetencia, fiebre y constipación; en los 8 días que lleva de enfermedad ha movido el vientre solo dos veces, con enemas.

Estado actual---Enferma de buena talla, buen panículo adiposo y musculatura, piel y mucosas bien coloreadas.

Cuello---Con pequeños ganglios movibles, no hay latidos.

Torax---Bien conformado, con manchas lenticulares de color rosado, situadas en su mitad inferior.

Corazón---La punta late en el 4^{0} espacio intercostal sobre la línea mamilar. A la auscultación en la punta, 1er tono sordo, 2^{0} tono bien timbrado; los demás focos normales.

Pulso—Regular, igual, dicrotismo poco marcado, buena tensión y muy frecuente.

Pulmones—Por delante: percusión y vibraciones normales, á la auscultación murmullo vesicular franco y algunas sibilancias.

Por detrás: percusión y vibraciones normales, á la auscultación se oye una infinidad de rales sibilantes en ambos pulmones. Tos sin expectoración

Abdómen — Ligeramente globuloso, con una buena capa de panículo adiposo, un poco tenso, ligeramente doloroso en la fosa iliaca izquierda. Existen esparcidas por todo el abdómen máculas y papulas

de un tinte rosado, algunas del tamaño de una lenteja, que desaparecen á la presión.

Estómago---A cuatro traveses de dedo sobre la línea del ombligo, acusando perturbaciones gástricas consistentes en ardor, dolor y vómitos alimenticios.

Lengua—Saburral húmeda, con bordes coloreados.

Higado—No pasa el reborde costal.

Riñones—No se palpan.

Bazo—Por la percusión aumentado de volúmen y á la palpación se toca su borde liso y duro, sobre todo en los movimientos inspiratorios.

Reflejos y sensibilidad—Normal.

Diagnóstico—Fiebre tifoidea.

Tratamiento—Baños fríos, cafeina, enemas y régimen lacteo.

Observación 56

Hospital Rivadavia—Serv. del Dr. J. M Escalier

S. P., 32 años, rusa, soltera.

Ingresa al servicio en Enero 25 de 1908.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales—Sin importancia.

Estado actual.---Examinada esta enferma, no se nota ninguna variación en cuanto á su semiología, de una afección anterior que tuvo, que era úlcera redonda del estómago.

Ingresa nuevamente al servicio con los mismos síntomas, aunque su sistema nervioso mucho más tranquilo y el punto doloroso ya no existe, pero en cambio hay una marcada hiperestesia en todo el abdomen.

Diagnóstico.---Fiebre tifoidea.

Tratamiento.---Régimen lácteo, baños fríos, hielo sobre el vientre y cafeina.

Observacion 57

Hospital Riradavia –Serv. del Dr. J. M. Escalier

C. C., dinamarquesa, 33 años, casada, sin profesión.

Ingresa al servicio el 4 de Abril de 1908.

Antecedentes hereditarios.---Sin importancia.

Antecedentes personales.---Sin importancia.

Enfermedad actual.---Comienza hace 8 días con raquialgia, dolores en las extremidades, anorexia, polidipsia é hipertermia, que alcanzaba á 39°, llegando el día 29 á 40°.8 á la tarde. Es constipada.

Estado actual.---Enferma de buena talla, bien constituída, con musculatura pobre y panículo adiposo escaso. Piel pálida, mucosas poco coloreadas.

Cuello.---Largo, delgado, con fosas escavadas, sin ganglios y con latidos visibles.

Torax.---Bien conformado con espacios intercostales muy marcados.

Corazón ---La punta late en el quinto espacio

sobre la línea mamaria. Tonos muy sordos en todos los focos sin ruidos anormales y ritmo muy frecuente.

Pulso regular, igual, de buena tensión y frecuente, 130 por minuto.

Pulmones.---No hay modificación á la palpación y percusión; á la auscultación se oye en ambos pulmones rales sibilantes diseminados y en las bases algunos rales sub- repitantes de mediano calibre.

Abdomen.---Globuloso, abultado, muy tenso, timpanizado y doloroso en la fosa iliaca derecha. Sobre la piel se ven diseminadas en toda la región unas pequeñas manchas levantadas lenticulares que desaparecen á la presión.

Estómago.---Dificil de delimitarlo por el timpanismo. No hay perturbaciones digestivas.

Labios.---Recubiertos de fuliginosidades.

Lengua.---Seca, dura, recubierta de una capa gris negruzca, roja en los bordes.

Hígado.---No pasa el reborde costal.

Riñones.---Imposible tentar palparlos debido al timpanismo.

Bazo.---No se puede palpar ni percutir por el timpanismo abdominal.

Reflejos y sensibilidad.---Normal.

Diagnóstico.---Fiebre tifoidea.

Tratamiento.---Baños fríos, enemas, cafeina, régimen lácteo é hielo sobre el vientre.

Observación 58

Hospital Rivadavia—Serv. del Dr. J. M. Escalier

A. H., 28 años, argentina, soltera, mucama. Ingresa al servicio el 30 de Marzo de 1908.

Anteccdentes hereditarios.---Sin importancia.

Antecedentes personales.---Sarampión é ictericia en la infancia. Regló á los 12 años, de tres días de duración, dolorosas, escasas y regulares. Ha tenido dos hijos, de los cuales uno ha muerto de fiebre.

Enfermedad actual.---Comienza á sentir hace un mes dolores en las extremidades, cefalalgias, insomnio. Quince días há tiene sed viva, pérdida de apetito, diarrea (cinco veces por día), fatiga y dolores generalizados.

Estado actual.---Enferma de regular talla, bien constituída, con musculatura y panículo adiposo bien desarrollado; piel y mucosas bien coloreadas.

Cuello.---Delgado, sin ganglios con latidos visibles.

Torax.---Amplio, bien conformado.

Corazón.---La punta no se ve latir, ni se palpa; se determina por la percusión y auscultación en el quinto espacio, un poco por dentro de la línea mamilar. Tonos sordos en todos los focos, de ritmo muy frecuente. Pulso regular, igual, blando y frecuente, 116 por minuto.

Pulmones.---Se oye á la auscultación alguno que otro ral sibilante.

Abdomen.---Globuloso, con buena capa de panículo adiposo, con una cantidad de pequeñas manchas sobre la piel de forma lenticular, de color rojo vinoso, y que desaparecen por la presión con el dedo; tenso, poco depresible, timpanizado y algo doloroso en las fosas iliacas.

Hígado.---No pasa el reborde costal.

Estómago.---Dentro de sus límites normales, con perturbaciones caracterizadas por vómitos y ardor.

Lengua.---Saburral, roja en los bordes y seca. Lábios rojos recubiertos de fuliginosidades.

Riñones.---No es posible palparlos á causa de la tensión abdominal. Micción normal.

Bazo.---Grande, á la percusión parece palparse su borde anterior, pero es difícil asegurarlo debido á la tensión de la pared.

Reflejos y sensibilidad.---Normales.

Diagnóstico.---Fiebre tifoidea.

Tratamiento.---Cafeina, baños á 22°, bolsa de hielo sobre el abdomen.

Observacion 59

Hospital Rivadavia—Serv. del Dr. J. M. Escalier

C. B., 24 años, alemana, casada.

Ingresa al servicio el 13 de Abril de 1908.

Antecedentes hereditarios.---La madre murió de tifoidea.

Antecedentes personales.---Viruela en la infan-

cia. Regló á los 13 años, normal. Casó á los 20 años y ha tenido tres hijos, siendo siempre muy sana.

Enfermedad actual.---Comienza hace 13 días con diarrea, cefalalgias, inapetencia y fiebre, 39°.

Estado actual.---Enferma de buena talla, regular musculatura, escaso panículo adiposo. Piel y mucosas bien coloreadas. Tiene una expresión de indiferencia y estupor; demacrada, con los ojos hundidos.

Cuello.---Largo, sin ganglios y con latidos visibles.

Torax.---Regularmente desarrollado con una depresión muy marcada en la porción inferior del esternón, asemejándose al torax de zapatero.

Corazón. - La punta late en el cuarto espacio intercostal por dentro de la línea mamaria. El área de matitez normal. A la auscultación en todos los focos los tonos sordos, especialmente el primero, que en el foco mitral es apenas perceptible.

Pulso regular, igual, frecuente, 110 por minuto, dícroto, de poca amplitud y tensión.

Pulmones.—Por delante y por detrás percusión y vibraciones normales. A la auscultación algunos rales sibilantes y ronquidos diseminados en todo el pulmón.

Abdomen.---Blando, depresible, en batea, con escaso panículo adiposo sensible en la fosa iliaca derecha y en la región epigástrica. Hay además dolor ligero á la presión en todo el trayecto del

colon. Sobre la piel de la pared abdominal se ven en gran número pequeñas manchas rosadas, ligeramente salientes, que desaparecen á la presión.

Aparato digestivo.---Lábios secos con fuliginosidades. Lengua seca, áspera, blanco gris en el centro y roja en los bordes. Mucosa faríngea y amigdalas rojas. Dentadura en buen estado con ligera gingivitis. Deglución normal.

Estómago.---En sus límites normales. No hay perturbaciones digestivas; inapetencia.

Intestinos—Existe una enteritis intensa. Hay deposiciones diarreicas de color amarillo muy fétidas, en número de 10 á 12 en 24 horas, acompañadas de un poco de tenesmo rectal.

Bazo—Poco aumentado de volúmen á la percusión, no se palpa.

Hígado—Borde superior al nivel de la 5ª costilla, borde inferior no pasa el reborde costal.

Riñones—El derecho desciende, pudiéndose por la palpación bimanual tomar hasta los dos tercios inferiores del riñón. El izquierdo no se palpa.

Orina—En regular cantidad, cuyo análisis revela la presencia de albumina y cilindros.

En los miembros inferiores nada de particular.

Reflejos y sensibilidad—Normal.

Diagnóstico—Fiebre tifoidea.

Tratamiento—Baños fríos, enemas de naftol, dieta lactea, hielo sobre el vientre, inyecciones de cafeina y ergotina.

Abril 20—Hasta hoy la temperatura se mantiene alta con pocas modificaciones, si bien desciende

bastante con los baños. La diarrea sigue abundante apesar de haberse prescrito una poción con ácido láctico y elixir paregórico. La lengua contínua seca, pero el estado general es mejor, se aumenta la dósis de la poción.

Abril 23 - Desde el 20 á la tarde la temperatura ha bajado aproximándose á la normal.

La diarrea ha disminuído y el estado general es mucho mejor.

Mayo 2 —En la fecha sale de alta curada.

MARCOS M. MARCH RIOS.

Buenos Aires, Junio 10 de 1908

Nómbrase al señor consejero Dr. José Penna, al profesor titular Francisco Sicardi y al profesor suplente doctor P. Fleming, para que constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tésis, de acuerdo con el artículo 4º de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON,
Decano

R. S. Gómez,
Secretario

Buenos Aires, Junio 30 de 1908.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta N.º 1876 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON,
Decano.

R. S. Gómez,
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Diagnostico diferencial entre la fiebre tifoidea y la tuberculosis aguda de forma tifoidea.

PENNA.

II

Existe siempre en la perforación el sindroma clásico.?

SICARDI

III

¿Como se comparta un corazón que tiene una lesión congénita, en la fiebre tifoidea?

¿Hay alguna paridad entre un corazón que lucha mal por esta causa y el afectado de miocarditis por la infección?

P. FLEMING.