1305

Año 1908 N. 1766

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES

SOBRE LA EVOLUCIÓN

DE LA

FIEBRE TIFOIDEA

EN EL NIÑO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ARTURO LUQUE

BUENOS AIRES
Imp. F. Mena, Santa Fé 2674

1908

CONSIDERACIONES SOBRE LA EVOLUCIÒN DE LA FIEBRE TIFOIDEA EN EL NIÑO

Año 1908 N. 1766

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES

SOBRE LA EVOLUCIÓN

DE LA

FIEBRE TIFOIDEA

EN EL NIÑO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ARTURO LUQUE

BUENOS AIRES
Imp. F. Mena, Santa Fé 2674

1908

La Facultad no se hace solidaria de
las opiniones vertidas en las tesis.

Art. 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. D. JOSÉ PENNA

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » PEDRO LAGLEYZE (con lic.)
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÈ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA
» » J. MANUEL IRIZAR

Secretarios

DR. D. RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)
» » JONÁS LÀRGUÍA (Consejo Directivo)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica.	» JAIME R. COSTA
Química Médica.	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Mèdica.	» LUCIO DURAÑONA
Química aplic. á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA (c. lic.)
Anatomía Descriptiva. . .	» JOAQUIN LÓPEZ FIGUEROA
Anatomia Descriptiua. . .	» JOSÉ ARCE (interino)
Semiología y ejercicios clinic.	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográficr. . .	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica . . .	» TELÈMACO SUSINI (con lic.)
Bactereología.	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada.	» RICARDO SCHATZ
Materia Méd. y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNÁNDEZ
Medicína Operatoria . . .	» LEANDRO VALLE
Clínica Cinecológica . . .	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OVEJERO
» Dermat[a] y Sifilográfic.	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica. . .	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÈ M. RAMOS MEJÍA
» Médica.	» LUIS GÜEMES
» Médica.	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica . . .	» PEDRO LAGLEYZE (con lic.)
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEIGA
Clínica Quirúrgica. . . .	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica.	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental .	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pedriática	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias . .	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica . . .	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÒN

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos extraordinarios
Anatomía Patológica . . .	DR.	JOSÉ BADÍA
Clínica Cinecológica . . .	»	ALFREDO LAGARDE
	»	JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Oftalmológica. . .	»	TEÓFILO A. MORET (en ejer)
Clínica Quirúrgica. . . .	»	DANIEL J. CRAMWELL
	»	AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatog. Sifilogr .	»	MAXIMIL. ABERASTURY
Clínica Neurológica . . .	»	JOSÉ A. ESTEVES
	»	JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiatrica . . .	»	BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediatrica	»	ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	»	DOMINGO S. CAVIA
Física Medica.	»	JUAN J. GALIANO

ESCUELA DE MEDICINA

Asignäturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Mèdica.	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica.	VACANTE
Química Médica.	VACANTE
Botánica Médica.	» RODOLFO ENRIQUEZ
Química aplicada á la Medicina	VACANTE
Histología	» JULIO G. FERNÀNDEZ
	» ALOIS BACHMANN (en ejerc.)
Anatomía Descriptiva. . .	VACANTE
» » . . .	VACANTE
Semiología y ejerc. clínicos .	VACANTE
Anatomía Topográfica. . .	VACANTE
Fisiología General y Humana	VACANTE
Anatomía Patológica . . .	VACANTE
Bactereología.	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada.	» FELIPE JUSTO
Materia Médica y Terapéutica	VACANTE
Medicina Operatoria . . .	VACANTE
Clínica Cinecológica . . .	VACANTE
» Oto-rino-laringológic.	» ELISEO V. SEGURA
» Dermat[a] y Sifilográfic.	VACANTE
Patología Externa	» CARLOS ROBERTSON
	» RICARDO S. GÓMEZ
Patología Interna	VACANTE
Clínica Oftalmológica. . .	» ENRIQUE DEMARÍA (en ejer)
» Epidemiológica . .	VACANTE
Quirúrgica.	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS (en ejer)
	» MARCEL HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING (en ejer)
	» RICARDO COLÓN
	» LUIS AGOTE (en ejer)
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZARATE
	» ALBERTOPERALTA RAMOS
	» ARTURO ENRIQUEZ
Toxicología Experimental .	VACANTE
Clínica Pediátrica	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUNA
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica . . .	» JOSE T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomia, Fisiología comparada . .	DR.	ANGEL T. GALLARDO
Botánica y Mineralogía . .	»	ADOLFO MÙJICA
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
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.	»	RICARDO SCHATZ

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada . .		VACANTE
Botánica y Mineralogía . .		VACANTE
Química inorgánica aplicada		VACANTE
Quìmica orgánica aplicada .		VACANTE
Farmacognosia y posología razonadas	SR.	JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica . . .		VACANTE
Química Analitica y Toxicológica (primer curso) . .		VACANTE
Técnica farmacéutica. . .		VACANTE
Química Analítica y Toxicológica(segundo curso)y ensayo y determinación de drogas		VACANTE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas		VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE
Parto distocico y Clínica Obstétrica	

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía,Fisiología,Patolog.	DR. LEÓN PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	DR. N. ETCHEPAREBORDA(c. lic)

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía,Fisiología,Patolog.	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapeutica dentarias, Medicina legal	VACANTE

PADRINO DE TESIS

DOCTOR ANGEL M. CENTENO

PROFESOR TITULAR

À MIS PADRES

À MI HERMANA

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

La relativa frecuencia con que he visto producirse casos de fiebre tifoidea en el niño, la importancia de su estudio en las distintas formas que puede presentar á esta edad de la vida, el exámen detallado y constante que estos enfermos requieren durante todo el curso de la enfermedad, los estudios sobre las Paratifoideas y Metatifoideas introducidas últimamente en Nosografia, han motivado este modesto trabajo que tengo el honor de presentar á vuestra distinguida consideración.

Al separarme de la escuela quiero dejar constancia que llevo grabado en mi espíritu el más profundo respecto y eterno reconocimiento á su cuerpo de profesores: á los

Doctores Allende, Ayerza, y muy especialmente al Doctor Angel M. Centeno quien á más de dispensarme el honor de acompañarme como padrino en esta tesis, me enseñó desde la Cátedra como ilustrado profesor, como médico honesto en la sala de su servicio el criterio con que deben juzgarse en muchos casos los distintos estados patológicos cuando evolucionan en el niño.

Quedo así mismo reconocido á los Doctores Araoz Alfaro, Diana, Noceti; al distinguido y estudioso Gefe de Clínica del servicio de Pediatria del Hospital de Clínica Doctor Pedro E. de Elizalde.

FIEBRE TIFOIDEA

Indudablemente la infección tifoidea constituye uno de los capítulos más vastos, de patología: fecunda en puntos que en la totalidad de los casos pueden ser tema de importantísimos estudios que solo requieren tiempo y constancia del que á esta clase de trabajos se dedica.

Convencido que es para mi tarea muy larga y difícil abordar temas de esta naturaleza en la forma que dejamos apuntado, y que nada nuevo he de traer á la vista de mis maestros que han de juzgar de esta prueba, tomo un tema de patología que he seguido en varios casos y en su descripción voy á sugetarme estrictamente á lo observado en la clínica, al lado del enfermo, y al criterio que sobre este particular he aprendido de la enseñanza de los maestros de nuestra escuela y la lectura de los autores.

La fiebre tifoidea; sin ser una de las enfermedades mas comunes en la infancia, es como en el adulto una enfermedad general infecciosa: expresión clínica de las reacciones del organismo invadido por el bácilo de Eberth. Casi todos los autores están de acuerdo en la rareza de ella por debajo de los dos años y cuando se presenta, sería siempre de un pronóstico muy grave. Por encima de esta edad; primera infancia los casos son algo más comunes puesto que Cadet de Gassicourt y Ollivier en sus estadísticas arrojan respectivamente en 267 enfermos por debajo de 6 años 30 casos y en 611 enfermos de 2 á 5 años 45 casos. Más allá de esta edad y de 5 á 15 años su frecuencia sería de 30 °/₀ según Piedvache y muy superior aún para los autores precedentes. Nuestros especialistas de niños justifican estos datos estadísticos ya que el Doctor Centeno en más de 20 años de práctica profesional ha visto tratándose de tifoideas del nourissón 15 casos; más allá de esta edad su observación está de acuerdo con los hechos precedentes. El Dr. Araoz Alfaro en 200 casos ha visto la tifoidea producirse en 2 nourissones solamente.

En materia de estadísticas son muchos los autores que se han ocupado sobre el parti-

cular, pero parece ser una opinión general aceptar como la edad más frecuentemente atacada la segunda infancia.

¿Cómo se inicia la fiebre tifoidea en el niño?

¿Cuáles son sus síntomas y signos más característicos?

¿Cuál es su evolución, su pronóstico, en un concepto general, considerando las formas que con más frecuencia se observan en clínica?

Hé ahí la série de puntos sobre los cuales vamos á insistir en cada uno de los casos. Es común que el niño atacado de esta enfermedad en las formas de mediana intensidad que es el tipo clínico que vamos á describir, presente un cuadro sintomático más ó menos semejante al del adulto pero con cierta atenuación en sus síntomas generales; semejanza más marcada en las formas graves de la infección tifoidea al decir de Barthez pero con notables diferencias en las formas ligeras.

El principio de la fiebre tifoidea en el niño tiene carácteres especiales que es raro constatarlos en el adulto. Comienza bruscamente y casi en plena salud, con vómitos frecuentes á veces incoercibles al decir de Jacobí; cefalea intensa y temperatura á 40°. Este modo de iniciarse recuerda como dice Vidal el comienzo de una pneumonía. Otras veces se ini-

cia lentamente precedida de un período prodrómico más ó menos largo y en este sentido se acerca entonces al tipo clínico que esta afección reviste en el adulto. (Cadet de Gassicourt.)

En nuestros enfermos ha predominado en el comienzo de la enfermedad, como veremos en los casos que describo más adelante, el principio brusco.

Sobre este particular hago notar un hecho de observacción que varias veces nuestro profesor de Pediatria, nos decia al lado del enfermo; que tratándose del comienzo de la fiebre tifoidea en la infancia cabía hacer este distingo. En la primera época de la segunda infancia es decir período comprendido entre los 5 y 7 años, era común encontrar la forma brusca con los carácteres que mencionabamos al principio y de allí hasta la pubertá el principio que reviste esta enfermedad es lento, y se acerca á la forma que se inicia en el adulto. Y este hecho lo he visto realizado en la generalidad de los casos que hemos tenido oportunidad de seguir en el servicio; como puede notarse en las historias que mas adelante describo.

Los vómitos de regla en la infancia, son la excepción en la tifoidea del adulto. Es co-

mún observar una angina simple, como fenómeno inicial en la tifoidea del niño, que puede hacer presumir el comienzo de una fiebre eruptiva; en otros casos no tan comunes esta afección se ha iniciado con fenómenos apendiculares, en otros como una Gripe pero son hechos que constituyen una excepcion, y desaparecen en pocos días para hacer sitio á fenómenos propios de la infección ebertiana. El período de estado que esta enfermedad reviste en el niño, con los fenómenos subgetivos insomnio, estupor, cefálea, es en general menos marcado que en el adulto; las epíxtasis son más frecuentes y mas abundantes; pero este signo no tiene para todos los autores igual valor; Cadet de Gassicourt no les asigna mayor importancia porque dice que hay muchos casos en que este fenómeno puede presentarse fuera de toda infección tifoidea, y haber casos de fiebre tifoidea que evolucionan sin presentar este incidente en ninguno de sus períodos. Esta observación la vemos realizada en los casos que describo.

La curva térmica clásica de esta afección en el adulto con su período de oscilaciones ascendentes de 6 días de duración período de estado con una duración que oscila entre 9 y 20 días término medio y período de osci–

laciones descendentes cuya duración es variable pero bastante prolongado en el adulto es rara vez constatada en el niño, puesto que desde su principio, puede pasar el período de oscilaciones ascendentes para llegar al período de plateau de Wnderlich ó de estado. À más de esto el carácter remitente de la fiebre es un hecho predominante en el niño, pudiendo constatarse durante todo el curso de la enfermedad (Goodhart): y es este el tipo que justamente se ha reproducido en la curva térmica de casi todos nuestros enfermos, como puede verse en los cuadros adjuntos á las observaciones anotadas.

La defervescencia muy rara vez se hace como su principio bruscamente hecho señalado por Jaccoud y Cadet de Gassicourt. No obstante, estos autores citan casos en los cuales la temperatura cayó bruscamente de 40° á 36° pero como digo parece ser una excepción. En nuestros enfermos no hemos constatado este último hecho.

Los trastornos digestivos que se observan en el curso de la fiebre tifoidea en el niño, son poco intensos; la diarrea no es frecuente y á veces en vez de esta hay constipación; el meteorismo, gorgoteo y dolor en la fosa iliaca derecha, pueden ser poco acentuados.

La lengua tiene su punta y bordes rojos, el centro es generalmente saburral. Sin embargo C. Gassicourt sostiene que en la generalidad de los casos la lengua de los tíficos es blanca y húmeda aún en las formas relativamente intensas que estamos describiendo. Marfán ha observado un otro fenómeno en la lengua de los tifoideos y es una descamación en forma de triángulo que se extiende de la punta á la base de la lengua. Por nuestra parte no hemos constatado el hecho en nuestros enfermos.

El bazo es un órgano que en la generalidad de los casos está aumentado de volúmen y que al lado de la marcha de la temperatura y de las manchas lenticulares, constituyen bajo el punto de vista clínico signos de gran valor en la infección tifoidea. Pero no siempre se observa este estado del bazo; y casos hay en que puede faltar como lo he observado en uno de los enfermos cuya historia voy á describir en breves instantes.

Filatow y Cadet de Gassicourt le conceden importancia diagnóstica solo á los efectos de diferenciar la enfermedad que nos ocupa, con la meningitis tuberculosa. Indudablemente como fenómeno aislado, la tumefacción del bazo no tiene gran valor; pero al lado de otros

fenómenos propios de la fiebre tifoidea y antes de recurrir á la prueba del laboratorio; pueden conducir con cierta seguridad al diagnóstico.

En cuanto á las manchas lenticulares gran signo de tifoidea aparecen generalmente del sexto al septimo día y su sitio de elección es el vientre, torax y dorso; muy rara vez se constatan en los miembros; se presentan en algunos casos por poussée y pueden observarse durante todo el curso de la enfermedad. Son pequeñas rosadas del tamaño de la cabeza de un alfiler y desaparecen á la presión. Generalmente en reducido número, pueden extenderse en gran superficie y simular entonces una verdadera roseola constituyendo lo que Weill llama forma exantemática de la infección tifoidea. Por parte del aparato circulatorio en las formas que estamos describiendo con una evolución exenta de lesiones del órgano central de la circulación, se observa un pulso que oscila entre cientocuatro y ciento cuarenta irregular, sin dicrotismo para Grancher y Combí por debajo de 10 años pero para Cadet de Gassicourt la aceleración y el dicrotismo del pulso son en la mayor parte de los casos caracteres muy frecuentes en la fiebre tifoidea de la infancia.

En nuestros casos hemos visto realizarse esta última observación.

El aparato respiratorio presenta en estas formas algunas veces signos de bronquitis ligera.

No hay grandes fenómenos nerviosos, más comunes en las formas graves y cuando se presentan son poco intensos y de corta duración.

Las orinas raras al principio aumentan generalmente en la convalescencia.

El período de estado de la tifoide en el niño en la forma que estamos describiendo es igual casi que en el adulto 10 días; para hacer sitio al período de declinación ó de oscilaciones descendentes. Es durante este periodo de la enfermedad que algunos autores Weill, Marfan y Combí, han observado una descamación de la epidermis que respetaría la cara palma de manos y pié; para otros podría estenderse á casi toda la superficie cutánea; y sería debido á la sudamina abundante en esta enfermedad; para otros á la maceración de la piel en los tifoideos que se bañan. En nuestros enfermos hemos tenido oportunidad de observar este hecho como veremos en la historia que corresponde á la observación sexta.

Al periodo de convalescencia corresponde la poliuria, adelgazamiento, apirexia y disminución del pulso; es de corta duración en las formas benignas y ligeras de esta afección y bastante prolongado en las formas graves.

Se ha observado después de una fiebre tifoidea cierto estupor cerebral, con incapacidad para el trabajo intelectual, un poussé de desarrollo rápido lo que atestiguan las vengetures cutáneas al nivel de las rodillas y en otros sitios del cuerpo. La anatomía patológica de las lesiones determinadas por la fiebre tifoidea y muy especialmente las lesiones intestinales justifica lo que mencionabamos al principio, es decir la atenuación bien marcada de estas lesiones; las placas de Peyer menos salientes y tumefactas curarían en la segunda semana sin llegar á la ulceración. Para algunos autores como Rilliet y Barthez la ulceración sería la excepción. No obstante algunos otros sostienen lo contrario y muestran casos con autopcias donde han constatado ulceraciones de las placas de Peyer con relativa frecuencia, como también casos de tifoidea que no han determinado en el niño como en el adulto lesiones intestinales. El hecho general es que existen ulceraciones pero en el niño su aparición es tardía. Las le-

siones cardiacas que se observan en el niño en el curso de una fiebre tifoidea pueden presentar los carácteres siguientes: hay casos que los síntomas de miocardio afectado son puramente de orden nervioso, que no existirían lesiones anatómicas, mientras que en otros al contrario corresponderían á lesiones considerables en la fibra muscular en el extroma y tejido conjuntivo; lesiones de esclerosis y atrofía de la fibra muscular con ó sin participación del tejido vascular. A este respecto Weill Bajón hacen notar el predominio puramente muscular de las lesiones cardiacas en la fiebre tifoidea del niño.

La duración de la enfermedad en estas formas es generalmente de 20 á 21 días pero en la generalidad de los casos estaría en relación con las lesiones que esta determina en casi todo el organismo y muy especialmente por parte del intestino, cuya marcha y evolución imprimiría á la infección tifoidea: su fisonomía y duración especial. Rokytansky ha descrito las faces porque pasan las lesiones inflamatorias de las placas de Peyer, en el curso de esta enfermedad; por un período 1º de congestión, 2º estado de infiltración tífica, 3º estado de resblandecimiento y eliminación, 4º estado de ulceración y reparación.

Como estas evolucionan por un poussé único ó por poussée sucesivos esplicarían en muchos casos la duracion de la enfermedad. Cuando esta última se termina en un tiempo relativamente corto 18 días, es que las lesiones evolucionan por un poussé único, las formas de duracion medica entre 25 y 30 días implican un poussée único ó poussée sucesivos; las formas lentas y prolongadas de 40 y 50 días corresponden á una evolución casi siempre por poussé sucesivo.

Estas formas lentas y prolongadas que describe Cadet de Gassicourt raras en el niño, evolucionarían al decir de este autor en una forma lenta contínua ó lenta en dos períodos. En el primer caso á fases de agravación de la enfermedad, sucederían fases de mejoría ó remisiones de la fiebre, presentándose estos fenómenos sucesivamente hasta llegar á la curación. En el segundo caso los periodos que separarían una y otra de las fases mencionadas, sería más acentuados y se acercarían casi á lo que se observa en la convalescencia.

En nuestros enfermos no hemos constat do estos hechos.

El conjunto sintomático que dejamos anotado y que corresponde á las formas de me-

diana intensidad que acabamos de exponer, le hemos visto reproducido en casi todos nuestros enfermos con ciertas modificaciones que vamos á analizar en el detalle, en la observación siguiente:

Observación 1ª Cama N° 47

Elena Scatani—Edad 6 años, nacionalidad argentina.

Lugares y residencia anterior.—Ciudad.

Fecha de entrada, Abril 29 de 1907.

Fecha de salida, Mayo 29 de 1907.

Antecedentes de familia:

Cinco meses antes de nacer esta niñita la madre tuvo una afección de vientre que no especifica.

Enfermedades anteriores del niño y padecimiento actual:

Sarampión á los 14 meses y algún tiempo después Coqueluche.

Enfermedad actual.

Comenzó hace diez días, con fiebre elevada que ha persistido hasta hoy (38°) postración general y delirio intenso. No ha tenido diarrea.

Hace dos días por la noche tuvo una melena abundante que se repitió anoche pero en menos cantidad.

Ayer tuvo tres vómitos después de tomar la leche. Se le han administrado tres purgantes en el curso de su enferdad, después siguió constipada y había que recurrir á enemas.

Mayo 1º. Estado actual. Decúbito indiferente, piel color blanco, cabello y bello castaño, mucosas pálidas, ganglios superficiales no hipertrofiados, estado de gordura regular, fuerzas disminuidas, esqueleto bien desarrollado para su edad, boca, faringe y lábios secos, con fuliginosidades, lengua seca roja en los bordes.

Aparato circulatorio. Pulso regular igual muy poco tenso 156 por minuto. Corazón. Punta Es visible en el cuarto espacio y se palpa en la línea mamilar. Límites percutorios normales tonos en sus focos. Arterias y venas normales.

Aparato respiratorio. Tipo respiratoria costo-abdominal. Pulmones. No se observo nada de anormal. Bases movibles.

Abdómen. Forma y tensión normal. Venas superficiales no se ven. Á la palpación es doloroso: dolor difuso. A la percusión se nota un aumento de la sonoridad en ambas fosas ilíacas y en el epígastrio. Higado. Borde inferior al nivel del reborde costal. Bazo.

Difícilmente palpable. A la percución está ligeramente aumentado de volúmen.

Deyecciones. Negruzcas de melena.

Mayo 1°. Ha tenido una deposición abundante de color negro (melena.) Pulso 120 por minuto, poco tenso. Suero fisiológico 200 gramos.

Mayo 2. Sero reacción de Vidal positiva al 1:50, 1:100 y 1:150 con el bacilo de Eberth; negativa con el paratífico. Inyección de 1|2 milígramo de estrignina mañana y tarde. Ergotina de Ivón.

Mayo 3. Suero fisiológico 150 gramos, inyección de 1|2 milígramo de estrignina y 0.50 centígrados de ergotina de Ivón.

Mayo 4. Inyección de 1|2 milíg. de estrignina

» 5. » » » »

» 6. » » » »

» 7. Pulso regular igual poco tenso 100 por minuto: suero fisiológico 200 gramos.

Mayo 18. Deposiciones hipercólicas; su estado general ha mejorado; mejoría que ha ido acentuándose paulatinamente hasta su salida del servicio completamente curada con buen estado general en Junio 1°.

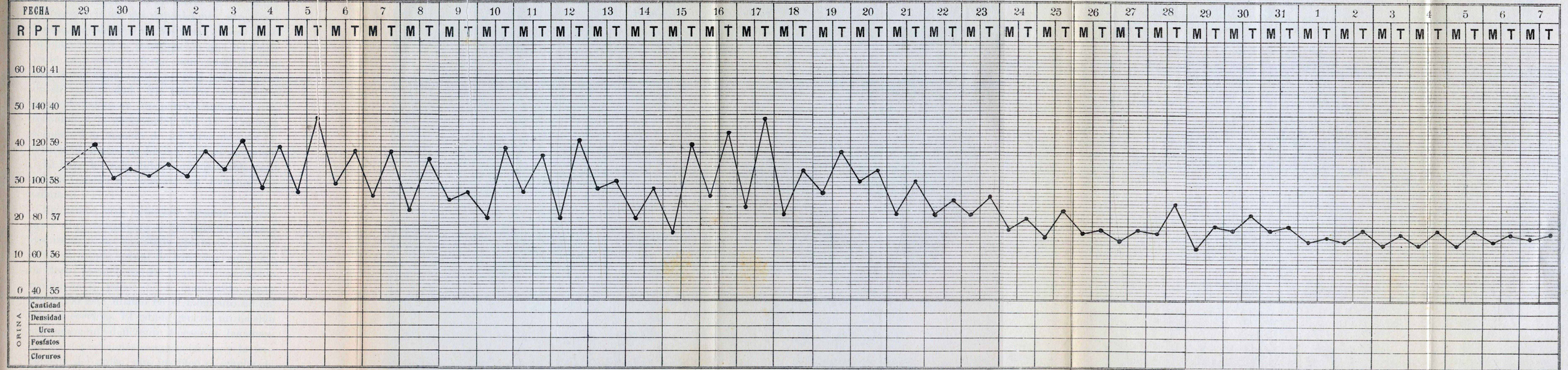
ANÁLISIS DE ORINA

CARACTERES FÍSICOS	ELEMENTOS PATOLOGICOS
Cantidad remitida - 300 grs.	Albumina - no tiene
Color - rojizo	Glucosa - no tiene
Olor - sui genéris	Bilis - tiene
Aspecto - turbia	Urabilina - tiene
Espuma - blanca	Indicán - no tiene
Sedimento - escaso	Diazoreacción - negativa
Reacción - acida	
Densidad á + 15° - 1012	

ANÁLISIS QUIMICO	EXÁMEN DEL SEDIMENTO
Residuo total . . . . - 27.96	Escasas células epiteliales
Urea . . . . . - 12.81	y escasos leucocitos.
Cloruro de sodio. . - 0.50	
Acido fosforico . . - 1.30	
Acidez en HCL . . - 2	
Acido úrico	

En este enfermo en el momento de ser examinado en el consultorio, tenía un período de enfermedad que según la anamnesia lo asemeja al tipo clínico apuntado; pero se han producido ciertos fenómenos como el delirio y postración bien marcada, que no corresponden generalmente al tipo mencionado y bien podiamos decir que se trataba de una fiebre tifoidea de bastante intensidad. En nuestro caso hemos visto producirse casi todas las perturbaciones por el lado del aparato gastro intestinal con la diferencia que se produge-

CAMA N° 44, DE ABRIL 29 HASTA JUNIO 7 DE 1907



ron dos melenas abundantes, datos sobre el cual vamos á insistir más adelante. Los vómitos con algunas alternativas en el pulso, la frecuencia de sus deposiciones sanguinolentas, con dolores en las fosas iliacas y en el epigastrio y la constipación que ha dominado en nuestro enfermo, han constituido los caracteres culminantes en casi todo el curso de su enfermedad. Su cuadro sintomático como deciamos en un parrafo anterior corresponde á la observación del Dr. Centeno respecto á la manera de iniciarse de esta enfermedad dentro de los 5 y 7 años de edad.

El bazo ha sido dificilmente palpable pero á la percusión se constató su aumento de volúmen.

No hemos visto manchas rosadas lenticulares ni pertubaciones por el lado del aparato respiratorio; no ha habido epixtasis.

En el estado actual de este enfermo se nota cierto paralelismo con lo que hemos dejado apuntado. El pulso se ha mantenido entre 120 y 150 este último en el momento de entrar al servicio. El estado general no ha sido marcadamente deficiente á pesar de las abundantes deposiciones sanguinolentas y la frecuencia del pulso, que justificó el empleo de la medicación indicada con resultados bien

satisfactorios. Los recursos del laboratorio solicitados tres días después del ingreso al servicio, han confirmado el dianóstico.

La curva térmica coincide con lo que á este respecto hemos mencionado. Sus mayores exacerbaciones en el período de estado han oscilado entre 38° y 39° alcanzando la temperatura de 40 grados solo 2 días en pleno período de estado y que á más de su corta duración las remisiones matinales han sido bien acentuadas. Los dos primeros períodos se han sucedido casi sin línea de demarcación bien precisa y la defervescencia se ha producido lentamente como se ve en el cuadro adjunto.

La evolución de la enfermedad en este caso ha sido benigna y en su curso no hemos observado ningún fenómeno que importe una terminación fatal inminente. Las melenas y modificaciones del pulso que al principio preocuparon nuestra atención desaparecieron bien pronto con la medicación ordenada, y la curación fué el resultado en esta primera observación un mes después de su ingreso al servicio.

Volviendo nuevamente á la forma clínica que hemos descrito vamos á mencionar ligeramente algunas de las complicaciones que

con más frecuencia se observan en estos casos y muy especialmente en las formas graves de la infección tifoidea en el niño. Las complicaciones por el lado del aparato gastro intestinal, sistema nervioso y aparato respiratorio, parecen ser más comunes en el niño. Las lesiones oseas y articulares que se presentan generalmente en el último período de la fiebre tifoidea en la infancia son más raras en el adulto.

Por parte del aparato digestivo, Cadet de Gassicourt menciona como un hecho frecuente la angina simple, otras veces pueden presentarse ulceraciones aftosas en la cavidad bucal.

En cuanto á las complicaciones intestinales hemorragias y perforaciones, serían hechos muy raros en el curso de la fiebre tifoidea en el niño, al decir de Trousseau y Graves; Marfan piensa como estos maestros: Cadet de Gassicourt sin negar en absoluto estas conclusiones, cree que si bién es cierto que no son frecuentes; se presentan en muchos casos, por cuya razón les atribuye cierta importancia; y en nuestras observaciones hay más de un caso en que estas pertubaciones se han producido.

Tratándose de perforaciones intestinales y en contra de lo sostenido por estos maestros

Mery cree que son relativamente frecuentes y su sitio de elección sería la última porcion del intestino delgado.

Hutinel dice haber observado casos en que las perforaciones se produgeron en el duodeno colon, ciego y aún en el recto.

En nuestros enfermos hemos tenido como vamos á ver en breves instantes, un caso de muerte por peritonitis consecutiva seguramente á una perforación; en un enfermo que había tenido repetidas enterorragias. Teniendo en cuenta nuestros casos no podemos aceptar en absoluto la rareza y la poca importancia de estos fenómenos, que pueden presentarse en el curso de la fiebre tifoidea en el niño; ya que en el reducido número de enfermos que he seguido en el servicio de los cuales en las seis observaciones que presento figuran tres en quienes he constado los fenómenos mencionados, y uno de muerte lo que implicaría una frecuencia digna de tenerse en cuenta. En apoyo de esta observación podemos citar las de Guinon que en 23 casos de tifoidea en el niño más de un diez y siete por ciento presentaron frecuentes y abundantes enterorragias y signo de perforación intestinal evidente; con un porcentage de mortalidad igual al de su frecuencia.

Como complicaciones por parte del aparato circulatorio vemos al miocardio que generalmente presenta síntomas que corresponden á lesiones á veces evidentes, de órden reflejo en otras. Entre los signos que revelan sus sufrimientos tenemos la taquicardía, el alejamiento del primer tono en la punta, á veces embriocardia, aumento del área cardiaca soplos funsionales por parecía de los músculos papilares; arritmia, que no tendría gran valor puesto que se le observa en plena convalescencia, ruido de galope pequeñez y frecuencia del pulso, tensión arterial por debajo de la normal. Al lado de este cuadro sintomático que es el mas común se agreaaría en otros casos como lo he podido constatar en varios de nuestros enfermos signos de verdadero colapso cardiaco, cianosis y enfriamiento de las extremidades. Este fué el estado que presentó uno de nuestros enfermos como veremos más adelante y se terminó por la muerte.

La muerte en estos casos se dice que generalmente es producida por un síncope, cuando hay verdadera miocarditis; pero como hay casos en que la anatomía patológica del miocardio es de muy poco valor ó nula, no es posible explicar entonces la muerte por sincope.

Parece que no siempre es fácil diferenciar estos casos de verdera miocarditis, de aquellos en que no hay lesiones de miocardio; pero con síntomas iguales que cuando existen. La persistencia y la regularidad de estos, abogaría en favor de la verdadera miocarditis.

Las arritmias no tienen gran valor en este caso decía, porque es común observarlas en muchas afecciones febriles de la infancia y generalmente precede en la tifoidea al descenso de la temperatura y acompaña casi siempre la convalescencia. Estos hechos los hemos comprobado en la mayor parte de nuestros enfermos como vamos á ver al describir sus historias.

Al lado de la miocarditis hay autores que han observado con relativa frecuencia endocarditis, pericarditis, seca ó con derrame purulento; y lesiones áorticas persistentes en el curso de la infección tifoidea del niño. Arteritis obliterantes que han conducido en la generalidad de los casos á la gangrena; nos indican la localización del bácilo de Eberth ó las lesiones que por parte de los vasos determinan.

Respecto del sistema nervioso los accidentes meningiticos son los que dominan sobre todo en los niños menores de 6 años. Apa-

recen al principio de la fiebre tifoidea como hemos tenido oportunidad de observar en uno de los casos citados más adelante. Otras veces se presentan en el curso de la infección tifoidea, en el tercer septenario. Las convulsiones son más frecuentes también á esta edad.

El diagnóstico es á veces difícil cuando se presenta un cuadro meningitico al principio de una fiebre tifoidea. Todos los síntomas se encuentran reunidos con exepción de los fenómenos oculares, que son raros sino se trata de verdadera meningitis tifica. A veces no es posible expedirse sobre si se trata de verdaderos estados inflamatorios francos de las meninges, ó de accidentes puramente funcionales. El cito dianóstico (líquido céfalo raquideo) no siempre dá resultados. Sin embargo el Dr. Centeno nos ha manifestado haber observado caso de meningitis tifica con la comprobación del laboratorio evidente.

Tratándose de verdadera meningitis el pronóstico es grave. En nuestro enfermo que hacía referencia los accidentes meningiticos parecía pupilar, hiperestecia generalizada, posición en chien de fusil Kerning, rigidez del cuello; desaparecieron bien pronto para hacer

lugar á los fenómenos propios de la infección tifoidea.

Las lesiones del sistema nervioso central son más raras; sin embargo los autores colocan la afasia como algo relativamente común en estos casos. Por mi parte he tenido oportunidad de observar un caso de afasia en un adulto jóven, consecutiva á una fiebre tifoidea, enfermo que fué objeto de una conferencia dada por el Dr. Estevez. Parálisis y fenómenos vesánicos en sugetos de 7 á 11 años serían accidentes que en la mayoría de los casos se terminan por la curación.

En cuanto á las lesiones óseas y artículares que se observan en la infección tifoidea del niño, pueden presentarse al principio, ó en el tercer septenario de la enfermedad. Al decir de Marfan, son estas complicaciones incidentes bien frecuentes en el niño, por el estado especial de desarrollo del tejido óseo á esta edad de la vida, el predominio del bácilo de Eberth de localizarse en la médula ósea, y por ser la infección tifoidea una afección casi especifica del sistema linfático. Las lesiones óseas serían más frecuentes que las articulares y se localizarían generalmente en las costillas, cúbito, vértebras, presentándose bajo la forma de osteitis de marcha aguda,

para llegar á la supuración crónica, en otros casos y simulando abcesos fríos. Se han descrito formas reumáticas que desaparecen bien rápido y lesiones óseas de la columna vertebral que han simulado un mal de Pot al decir de Lauger.

Las lesiones articulares se presentan bajo la forma monoarticular ó poliarticular; sin gran reacción local, salvo dolores á lo largo de los miembros y mas localizado en la forma monoarticular. Estas lesiones pueden presentarse al principio ó en el curso de la enfermedad especialmente en el tercer septenario como deciamos en el párrafo anterior y serían consecutivas á lesiones epificiarias determinadas por el bácilo de Eberth.

Complicaciones de esta naturaleza he tenido oportunidad de observar en el consultorio externo del servicio de Pediatria del hospital de clínicas, en una niñita de 4 años de edad que acababa de tener una fiebre tifoidea bastante intensa, según me manifestó el Dr. Corti, quién la había atendido y visto en consulta con el Dr. Araoz Alfaro. Presentaba en el momento de ser examinada en el consultorio, la articulación coxofemoral derecha tumefacta, dolorosa á la presión, con dolores irradiados sobre el largo del miem-

bro y ligero cambio de coloración; había temperatura, la posición del miembro era en abducción y no podía caminar. Se habían producido abcesos cutáneos, al decir del médico que la traía y aún presentaban cicatrices las piernas que indicaban su existencia.

La enfermita no pudo ser internada en el servicio, ni volvió mas al consultorio por cuya razón no pude seguir la evolución ulterior de estas lesiones.

En cuanto á las complicaciones respiratorias son frecuentes observarlas en el curso de la infección tifoidea. La bronquitis abitual en los tifoideos puede ir en los niños hasta la bronconeumonía, teniendo en este caso de característico al decir de Cadet Gassicourt que muy rara vez pueden presentarse signos evidentes que corresponden á la bronconeumonía; como sucede en las formas clásicas de esta enfermedad cuando se presenta en otras condiciones: su cuadro sintomático en el tifoideo está esbozado por fenómenos propios á una bronquitis ligera. Este último hecho lo hemos costatado en uno de nuestros enfermos como veremos en seguida. Estas complicaciones por parte del aparato respiratorio pueden presentarse al principio de la enfermedad ó como un fenómeno intercu-

rrente. En nuestras observaciones hemos tenido casos en que estas perturbaciones se han presentado en el primer período en algunos y en otros como en la observación 2 en que apareció como incidente intercurrente una difteria laringia y se terminó por la muerte del sujeto. Al lado de todas estas perturbaciones han señalado los autores como un hecho poco frecuente los edemas generalmente localizados y albuminaria cuya patogenia no está perfectamente establecida. En nuestros enfermos no hemos visto estos últimos incidentes.

FORMAS CLÍNICAS

Además del tipo clínico que con más frecuencia parece observase en la fiebre tifoidea del niño; cuyo estudio dejamos bosquejado se han descripto numerosas formas que en su evolución puede revestir esta infección. División que responde en la generalidad de los casos, al tipo clínico de la enfermedad; al predominio de un sistema, ó localización especial, á su evolución general caracterizado por la benignidad en todo su curso ó en aquellos casos verdaderamente graves de la infección tífica sin predominio sintomático ni lo-

calización especial en ningún órgano de la economía.

Las formas graves raras en el niño no difieren al decir de los autores de lo que se observa en idénticas condiciones en el adulto. Las complicaciones en general mas frecuentes en estas formas, son semejantes en uno y otro caso.

Estas formas se iniciarían con vómitos, cefálea intensa, costipación y á veces chucho (West Rilliet.) Desde los primeros días se notan sintomas alarmantes; especialmente de órden nervioso, somnolencia, estupor durante el día, agitación y delirio por la noche convulciones á veces, en la primera infancia. En otros casos el principio sería análogo á las formas ligeras de esta infección que veremos en seguida y la invación de los síntomas se hace cada vez más acentuado. La fiebre adquiere rapidamente una gran intensidad, la temperatura alcanza desde el 3° al 4° día, 40° 40°5 y se mantiene á este nivel sin grandes remisiones durante una ó dos semanas.

En dos de nuestros enfermos (observaciones II, III) cuyas historias vamos á ver enseguida se ha reproducido este cuadro con cierta semejanza. El período de estado en esta forma ya sea que se inicie con síntomas

de una infección ligera, como puede notarse en la (observación II) ó con fenómenos propios á la forma grave, el estado del enfermo se agrava notablemente á esta altura de la enfermedad, el vientre que pudo estar plano en el primer período se pone abovedado, sensible á la presión especialmente en las fosas ilíacas: las epxitásis y las manchas se presentarían más comunmente en este período de las formas graves, y la constipación haciendo sitio á la diarrea constituye un síntoma dominante. Las deposiciones abundantes y muy líquidas, en número de 3 á 4 en las 24 horas primero voluntarias se harían involuntarias en todos los casos donde el delirio y la adinamia son muy acentuados. La lengua roja, las encías tumefactas recubiertas á veces de pequeñas placas blancas y blandas, los lábios son casi siempre secos ó ligeramente costrosos. En algunos casos puede observarse una verdadera estomatitis con pequeñas ulceraciones. El estado general del enfermo es grave, el niño es indiferente á todo lo que pasa en derredor suyo, y responde muy rara vez, á las preguntas que se le hacen. Las mejillas pálidas por la mañana toman por la tarde una colaración rojo violáceo, por la noche está agitado, el sueño no es natural y hay delirio.

En nuestras observaciones como puede verse estos últimos hechos los hemos constatado. La respiración es rápida, anciosa sobre todo á la noche, la auscultación no revela en estos casos mas que algunos rales sonoros diseminados. Las orinas son casi siempre cargadas de sales y ligeramente albuminosas.

Estos serían los síntomas comunes á las formas graves de la fiebre tifoidea en su período de estado. Es á esta altura de la enfermedad en que se observa el predomio sintomático por algunos de los fenómenos que desde este momento imponen á la evolución de esta afección un tipo especial, y según la clase de fenómeno que domina ya sea de órden respiratorio ó nervioso, se describen las formas toráxicas y meningias que analizaremos en seguida. La primera caracterizada por la aceleración de los movimientos respiratorios, rales finos y húmedos diseminados en ambas bases pulmonares, la cara se pone violácea, la tos es frecuente y las fasies disneica. La bronconeumonía que no se traduce en la generalidad de los casos por signos físicos evidentes, al decir de Cadet de Gassicourt oscurece el pronóstico y hacen la asfiixia inminente. Este conjunto sintomático correspondería en la generalidad de

los casos, más que á un estado inflamatorio franco del aparato respiratorio, á una hipostasis pulmonar y á una paralisis vaso motriz habitual en los niños donde el estado adinámico es acentuado.

El predominio de los fenómenos nerviosos delirio, micciones y deposiciones involuntarias postracción general, serían comunes á los del adulto. No sucede lo mismo con los accidentes meningiticos más frecuentes en la infancia, y que á veces ocasionan errores de diagnóstico.

Los síntomas meningiticos aparecen desde el principio, ó estalla en el curso de la enfermedad. Tales son las convulsiones generalmente localizadas á los músculos de la cara ó de los ojos, estrabismo, desigualdad pupilar, sensibilidad aumentada á la presión en el globo ocular, y contractura de los músculos superciliares. La postracción puede ir hasta el coma profundo. En algunos casos como en la meningitis tuberculosa se producen en la piel del vientre al frotar rayas meningeas: la respiración es suspirosa hay gritos hidroencefálicos y pulso irregular.

En otros casos se observa hiperestesia cutánea, rigidez del cuello opistótonus, contracturas pasageras en los miembros y retención

de la orina. Estos síntomas espinales parecen no tendrían tanto valor á los efectos del pronóstico como los fenómenos oculares.

Rara vez este conjunto sintomático meningeo se desarrolla con la regularidad propia á la meningitis tuberculosa y en general se confunden en el curso de la fiebre tifoidea con los accidentes especiales á esta infección.

La marcha de la fiebre tifoidea en estas condiciones varía según los casos.

El período de estado caracterizado por la forma contínua de la fiebre, persiste durante la segunda semana y se extiende á veces hasta la tercera. En adelante la curva térmica se hace irregular; se observa el estado anfíbolo descrito por Wunderlich, y es en este momento que se presentan las complicaciones anunciándose por una elevación notable y persistente de la temperatura.

Este cuadro clínico con algunas diferencias vamos á detallar en dos de nuestras observaciones al terminar este capítulo.

La defervescencia está anunciada por el aumento de las remisiones matinales; sucediendo este período al estado anfíbolo de la curva térmica en la tercera, cuarta y aún quinta semana si la enfermedad se prolonga.

La temperatura termina por llegar á la normal á las mañanas, depués por las tardes en un intérvalo de tiempo variable de algunos días á dos semanas, según la mayor ó menor gravedad de los períodos precedentes.

Es en este período qué se observan las irregularidades é intermitencias del pulso como he podido constatarlo en algunos enfermos del servicio.

El sincope, la muerte subita parecen producirse también en este período de la enfermedad. En estas formas graves de la infeción tifoidea la muerte, sin ser tan frecuente como en el adulto en condiciones análogas puede ser la terminación y presentarse al fin de la primera semana como deciamos en otra lugar en medio de un estado comatoso ó como sucede más generalmente entre el décimo y veintiun días por asfixia progresiva con fenómenos ataxoadinámicos. Más allá de esta época rara vez se presenta y cuando se produce sería debida en la generalidad de los casos á una complicación.

La convalescencia en las formas graves parece hacerse de una manera gradual y muy lenta apareciendo por lo general entre la sexta y septima semana; estaría en razón direc-

ta con la duración y gravedad de la infección tifoidea.

Los niños sufren un adelgazamiento considerable, un debilitamiento psiquico é intelectual bién acentuado, pudiendo llegar al decir de algunos autores á simular un verdadero estado de idiotés.

En nuestros enfermos esta forma tal cual la acabamos de mencionar no se ha presentado ó al menos este conjunto sintomático no lo hemos visto reproducirse exactamente: sin embargo en dos de nuestros casos se han presentado accidentes que lo asemejan al principio brusco de estas formas graves pero muy pronto la enfermedad siguió un curso relativamente benigno y la curación fué la terminación como hemos visto en la observación primera.

En las observaciones que vamos á analizar en seguida vamos á tener oportunidad de ver algunos puntos de contacto con la exposición que dejamos apuntada.

Observación 2ª.

Angela Poleti. 11 años, argentina. Ha residido siempre en la capital.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia. Antecedentes personales: Coqueluche á

los 3 años; sarampión á los 5 años. Enfermedad actual. Comenzó hace 8 días por decaimiento general, cefálea, anorexía. La madre le administró un purgante y después ha seguido con diarrea (4 y 6 deposiciones diarias.) Durante seis días. Hace 4 días vino al consultorio de este servicio y se comprobó que tenía fiebre, (38°5). La cefalalgia, la postración general han persistido, acentuándose más y más por lo que la madre se decide á dejarla en el servicio.

Estado actual. Decúbito indiferente. Piel color blanca, cabello y bello castaño, mucosas rosadas, ganglios superficiales no se palpan, buen estado de nutrición. Esqueleto bién desarrollado para su edad; fuerzas conservadas. Lengua ancha muy sabural, dientes bién implantados.

Aparato circulatorio. Pulso regular igual buena tensión 108 por minuto. Corazón. Punta no se vé ni se palpa. Se ausculta en el 4° espacio línea mamilar. Límites percutorios normales. Tonos en sus focos. Arterias y venas normales.

Aparato respiratorio. Tipo respiratorio costo abdominal, movimientos respiratorios regulares é iguales. Pulmones. Nada de particular.

Abdomen. Forma abovedada, tensión aumentada. Venas superficiales no se vén. A la palpación se nota timpanismo bién acentuado en las fosas iliacas y epigastrio; gorgoteo en ambas fosas iliacas. No hay máculas. Higado. Borde inferior, reborde costal. Bazo. Se palpa, aumentado de volúmen. Deyecciones. Hay constipación. Orina. La diazoreacción hecha varias veces en la sala y laboratorio negativa.

Febrero 17. Magnesia dos cucharaditas con intérvalo de dos horas. Febrero 22 esta mañana ha habido una deposición poco abundante, con una gran cantidad de sangre intimamente mezclada y un cuágulo cruórico. Pulso 108, regular igual buena tensión. Se prescribe hielo al vientre, ergotina. Febrero 23 esta mañaña ha habido otra deposición con sangre. Pulso regular, buena tensión 104. Se insiste en la ergotina de Ivón X gotas.

Febrero 24. No ha movido el vientre hasta hoy. Pulso regular, igual buena tensión 90 por minuto. Se prescribe un enema. Febrero 25. Á las 6 a. m. sintió dolores abdominales intensos difusos, á los que siguió una deposición; después de lo cual continuaron los dolores y tuvo un vómito amarillento

abundante. La deposición no tiene sangre. La enferma está muy pálida, más abatida y se queja continuamente de que el hielo le aumenta sus dolores. Lengua muy saburral, pulso 124 por minuto; muy dicroto. Se suspende la ergotina y se dá 40 gramos de café con leche cada 3 horas.

Febrero 26. Ha pasado la noche tranquila está muy caida; pero dice que los dolores de vientre son menores. La palpación es menos dolorosa que ayer: ha habido vómitos, no hay deposiciones. Hay retención de orina y ayer ha sido necesario sondarla á pedido de la misma enferma. La orina salió por la sonda gota á gota en una cantidad de 400^{cc} más ó menos. Pulso 108, muy dícroto; ha tomado el alimento en la forma prescrita.

Febrero 27. Ha pasado la noche más tranquila. Ayer hubo deposición con enema y otra expontanea.

Febrero 28. El vientre menos doloroso que ayer, excepto en la fosa iliaca derecha, por debajo del punto de Mac-Burney, en donde existe una zona muy sensible. Facies más despejada, ha orinado más que ayer. Pulso regular igual muy dícroto 108 al minuto.

Marzo 2. Estado general muy mejorado. Dolores en la fosa iliaca derecha menos in–

tensos que en los días anteriores, pulso 96 por minuto; lengua húmeda, poco saburral.

Marzo 7. Estos días anteriores el estado general era mejor. El dolor en la fosa iliaca casi no se sentía: ayer en vista de la temperatura se ordena Paramidón 0.50 tres veces al día. Había un poco de timpanismo, el dolor se acentuaba nuevamente y también la costipación. Hoy el pulso está en 112 por minuto el dolor en la fosa iliaca derecha es más intenso. Ha habido una deposición con enema. Esta mañana ha vomitado. Lengua ancha húmeda y blanca.

Marzo 8. Por la mañana la enferma sintió frio y se puso cianótica. Pulso 120. Se suspende el Paramidón. Marzo 9. El dolor en la fosa iliaca derecha es intenso, hay timpanismo en ambas fosas iliacas; pulso 112 por minuto. Marzo 11. Gran somñolencia, no se nota cianosis, pulso 120, timpanismo acentuado; la (Diazo-reacción espositiva como también la Suero-reacción; esta última al 1:50 y 1:100. (Las siembras efectuadas con esta sangre dan cultivos de bácilos de Eberth puro dice el laboratorio.)

Á las 6 1[2 se ordena un baño sucesivamente enfriado de 34° á 26° durante 20 minutos. Entró con 39°2 de temperatura y 130

pulsaciones por minuto: salió con 35°5 de temperatura y 98 pulsaciones (se le dá café con cognac. A las 9 1[2 baño en la misma forma pero bajarlo hasta 27°. Entra con 39° de temperatura, 125 pulsaciones y sale con 36°8 y 110 pulsaciones.

Pulso muy poco tenso: cafeína 0.20 y café con cognac. Marzo 12 á las 6,30 p. m. baño enfriado hasta 27° y de 10 minutos de duración. Entra cen 40° grados y 125 pulsaciones: sale con 37°5 y 115 pulsaciones: pulso regular igual buena tensión. No se prolongó más el baño porque se produjo un escalofrío muy intenso. A las 9,30 p. m. baño enfriado hasta 27° y 15 minutos de duración. Entra con 39°5 y 130 pulsaciones; sale con 36°4 y 120 pulsaciones: se le dá café con cognac. Marzo 13, anoche la enferma ha tenido tres vómitos, dolor abdominal intenso. Hay 128 pulsaciones. Dolor intenso provocado por la palpación abdominal; timpanismo. Se prescribe una cucharadita de magnesia cada dos horas. A las 6 p. m., pulso 150 por minuto regular igual poco tenso. Vomitó á las 4,30 p. m. Inyección de cafeína. A las 9 p. m. la enferma tiene intensos dolores abdominales, sudores fríos, extremidades superiores muy frías: pulso regular igual poco tenso 150 por

minuto. Tonos cardiacos normales menos en la punta donde el primero está muy alejado. Se hace una inyección de aceite alcanforado 1 gramo. A las 11 p. m. pulso muy poco tenso desigual 165 por minuto y 66 respiraciones; sudores frios fasies anciosa, inteligencia conservada, dolores intensos abdominales, timpanismo muy acentuado temperatura 37° 8 y vómitos á las 10 p. m.: se inyecta 1 gramo de aceite alcanforado. A las 12 p. m. el pulso es dificilmente palpable. Marzo 14 á las 9 a. m. inyección de éter.

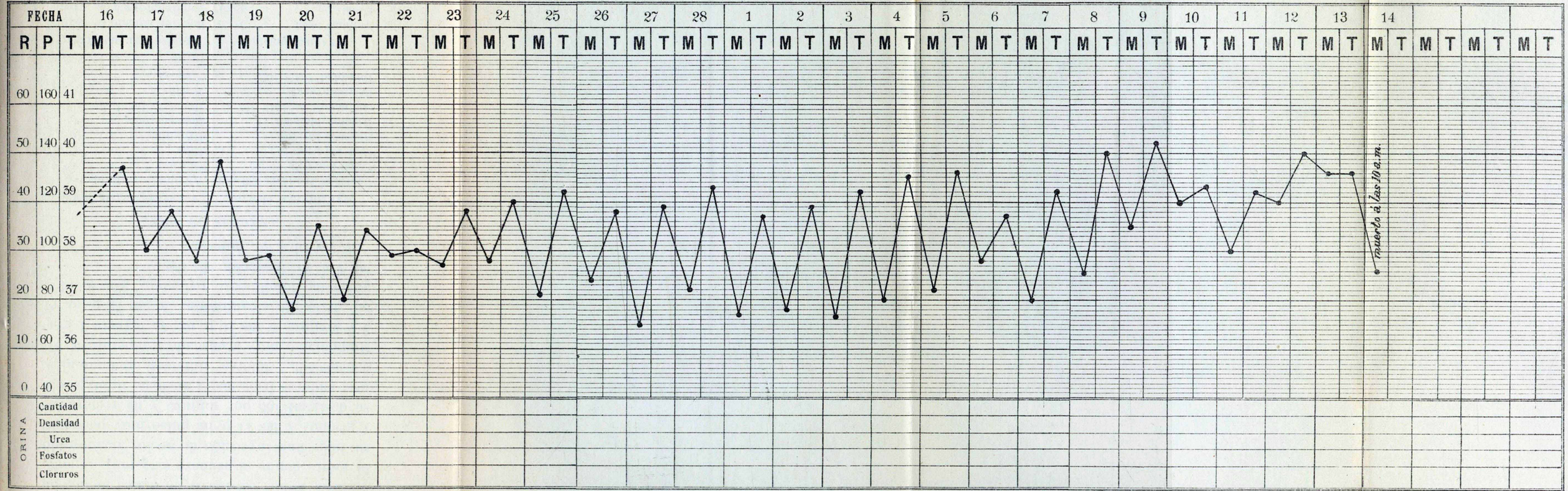
A las 10 a. m. muerte.

ANALISIS DE ORINA

CARÁCTERES FÍSICOS	ELEMENTOS PATOLÓGICOS
Cantidad remitida 230 grs.	Albumina vestigios 1 %
Color amarillo rojizo	Glucosa » »
Olor sui generis	Bilis » »
Aspecto turbio	Urubilina » »
Espuma blanco	Indican tiene
Sedimento escaso	Hemoglobina tiene
Reacción ácida	Mucina »
Densidad + 15° 1022	Peptona »
	Escatol »

ANÁLISIS QUÍMICO	EXAMEN DEL SEDIMENTO
Resíduo total . . . 51.26	Regular número de células
Urea. 38.47	epiteliales planas y rege-
Cloruro de sodio . . 2.10	lar número de leucocitos
Acido fosfórico. . . 1.50	granulosos: escasos gló-
Acidez en acido cl. . 1.50	bulos rojos.
Acido úrico 1.50	Diazo-reación positiva.

CAMA N° 42, DE FEBRERO 16 HASTA MARZO 14 DE 1907



En esta enfermita como hemos visto en su historia el comienzo de su enfermedad se ha hecho en una forma más ó menos semejante al del adulto, y en este sentido estamos de acuerdo con nuestro maestro cuando piensa que es ésta la manera de iniciarse en el segundo periodo de la segunda infancia; á que corresponde este caso. Su evolución justifica lo que deciamos al ocuparnos de las formas que podía revestir el principio de estos tipos graves de la infección tifoidea, de comienzo lento.

Antes de ingresar al servicio nos presenta un periodo prodrómico, con un conjunto sintomático relativamente intenso, y en el estado actual hecho el día 17 nos revela el predominio de perturbaciones por parte de su aparato gastro intestinal. En los días subsiguientes hasta el 23 de Febrero se producen deposiciones abundantes, líquidas y sanguinolentas, ha expulsado un coágulo, cruórico; con un pulso de 104 y una temperatura que ha oscilado entre 37° y 39°9. Se prescribe hielo al vientre y ergotina. El día 25 las perturbaciones intestinales se acentúan, hay dolores abdominales difusos, vómitos, 124 pulsaciones, muy dicroto y con una temperatura que oscila entre 39° y 38°9. En los días

subsiguientes hasta el 2 de Marzo este cuadro á predominio intestinal, con vómitos, constipación y gran postración; retención de orina con acentuación de los dolores abdominales á la presión en la fosa iliaca derecha al nivel del punto de Mac-Burney, con un pulso muy dicróto y una temperatura con exacerbaciones y remisiones bien acentuadas, oscilando entre 39° y 36°4; es sustituido por un periodo de cinco días de relativa mejoría hasta el 7 de Marzo, en que se produce una nueva agravación de su estado general. El timpanismo, el dolor en la fosa ilíaca derecha se acentúa, la temperatura se mantiene entre 39° y 40° el pulso sube á 112, hay constipación y vómitos.

El día 8 habiéndose agregado á este cuadro fenómenos de colapso cardíaco, que motivó la suspensión del Paramidón que se le había administrado el día anterior, ha continuado á pesar del tratamiento indicado con una acentuación progresiva de los síntomas presentados, notándose la participación evidente del míocardio hasta el momento en que se produce la muerte con un cuadro peritoneal probablemente por perforación intestinal. No se pudo practicar la autopsia porque el cadáver fué requirido el mismo día que se produjo la muerte del sujeto.

La evolución de la enfermedad en este caso ha revestido desde su principio cierto carácter de gravedad con modificaciones poco acentuadas en el estado general, hasta el momento en que debía iniciarse el periodo de defervescencia que se produce la serie de accidentes que hemos anotado, y determinaron la muerte del sujeto al final del tercer septenario.

La observación tercera que va á continuación, con un principio análogo al anterior es más ilustrativo, en cuanto que á su comienzo los fenómenos intestinales sin ser del todo poco marcados han predominado perturbaciones de órden nervioso. El delirio, la hipertermia y los signos de astenia cardiaca han dominado en este enfermo hasta el momento en que se produce su difteria laringea, que determinó la muerte del sujeto.

En este enfermo se nos ha presentado una forma atacxo-adinámica. Su evolución ha sido grave desde su principio, hipertermia bien acentuada sin grandes remisiones hasta el momento en que una afección intercurrente aceleró la marcha de la enfermedad y determinó la muerte del sujeto.

Veamos la historia:

Observación 3ª. Cama N. 13

Alejandro Gari; 14 años.

Ha residido siempre en La Plata.

Antecedentes hereditarios: El padre murió de una afección de vientre que no especifican. La madre vive y es sana. Antecedentes personales: Sarampión á los 6 años. Enfermedad actual: Hará 15 días más ó menos, comenzó á perder sus fuerzas; decaimiento general y disminución del apetito. Se notaba más constipado que habitualmente. No ha tenido epixtasis. Hace tres días tuvo tres vómitos alimenticios; lo llevaron á la Asistencia Pública y le dieron un purgante. Este le produjo tres deposiciones pero siguió caido y con fiebre. Anoche pasó intranquilo con delirio.

Estado actual: Decúbito indiferente, piel color blanco, pelo y cabello castaño, mucosas rosadas, ganglios superficiales no se palpan. Estado de gordura regular, fuerzas conservadas, esqueleto bien desarrollado para su edad. Boca, faringe; secas, labios secos fuliginosos, lengua húmeda saburral más roja en los bordes. Dientes sanos bien implantados. Aparato circulatorio. Pulso; regular igual poco tenso 110 por minuto. Corazón.

Punta. Visible en el cuarto espacio por dentro de la línea mamilar. Límites percutorios, normales.

Tonos en sus focos. Arterias y venas normales. Aparato respiratorio. No se nota nada de anormal. Abdómen. Tensión regular, forma normal. Venas superficiales no se ven. A la percusión timpanismo marcado en ambas fosas ilíacas y en el epigastrio. Higado. Borde inferior; reborde costal. Bazo. Se palpa facilmente á un travéz de dedo del reborde costal, lizo y duro.

Marzo 18. Se le administra calomel á la dósis de 0.40 y 25 gramos de sulfato de soda.

Marzo 19. Se le prescriben dos baños diarios de 34° bajándolo sucesivamente hasta 28°; salicilato de magnesia, 0.20 dos veces al día.

Marzo 20. Baño de 34° que se bajó á 24° entró con 110 pulsaciones y 39°6 de temperatura; sale con 100 pulsaciones y 36°4 de temperatura duración del baño 15 minutos: se produce escalofrío; se hace calorificación y se le dá café con cognac. A las 9 1[2 p. m. baño de 8 minutos de 34° bajarlo á 26°, entra al baño con 39°5 y 106 pulsaciones, sale con 36°8 de temperatura y 98 pulsasiones; muy poco tenso; café con cognac. Marzo 21. A las 6 1[2 p. m. baño de 10 minutos de 34° á 26° entra

con 39°6 de temperatura y 110 pulsaciones: sale con 36°8 y 106 pulsaciones. Café con cognac. A las 9 1[2 p. m. baño de 15 minutos de duración; entra con 118 pulsaciones y 39°5 de temperatura y sale con 114 pulsaciones y 37°8 de temperatura.

Marzo 22. Anoche ha tenido delirio tranquilo de palabra, á las 12 se le coloca una bolsa de hielo en la región precordial.

Marzo 23. El pulso de 118 ha bajado á 100 con más tensión, la respiración se ha regularizado, la temperatura á las 9 a. m. es de 38°9, orinas más claras. Marzo 24. Ha pasado la noche tranquilo, no ha habido delirio, pulso 100, el timpanismo persiste. Marzo 25, ha pasado la noche tranquilo, el pulso alcanza á 108 por minuto. Marzo 26. Ayer á las 6 p. m. tenía 130 pulsaciones, esta mañana 112 por minuto. Ayer ha tenido 6 deposiciones espontáneas con dolores; se le administraron dos gramos de subnitrato de bismuto. Marzo 27. A las 6 p. m. tenía 100 pulsaciones y 36°6 de temperatura, pulso muy poco tenso. Se le administra 1[2 milígramo de estrignina (inyección.) A las 6 a. m. pulso de 120 muy poco tenso; 1[2 milígramo de estrignina. Ha tenido un vómito mucoso; á las 8 1[2, 120 pulsaciones poco tenso y muy dicroto (300

gramos de suero.) A la 1 1|2 p. m. el pulso muy poco tenso, 126 por minuto; 1|2 milígramo de estrignina y 300 gramos de suero. Marzo 28. Pulso 130 por minuto poco tenso, regular é igual; pasó la noche tranquilo no ha vuelto á tener vómitos, (inyección de 1|2 milígramo de estrignina), timpanismo acentuado; á las 3 1|2 p. m. pulso 120 por minuto muy poco tenso, extremidades frías cianoticas aceite alcanforado: á las 8 p. m. pulso 128 regular igual, muy dicroto; extremidades frias y cianóticas inyeccion de 1|2 milígramo de estrignina y 300 gramos de suero. La úbula del enfermo se presenta de color blanco ceniciento sobre un fondo pálido: hay afonía, y tos frecuente. A las 11 1|2 p. m. el pulso está en 130 por minuto. Marzo 30. Pulso 142 por minuto muy poco tenso regular, igual. Membrana diftérica en la faringe; á las 9 a. m. se inyectan 1500 unidades suero antidiftérico Berhig; á las 7 1|2 p. m. pulso regular igual 126 por minuto. La membrana no se ha desprendido: se hace otra inyección de 1500 unidades suero antidiftérico. A las 9 a. m. disnea con tirage superior é inferior: pulso 140 muy poco tenso.

Bajo el ángulo inferior del omóplato se nota un foco con doble soplo y rales subcrepi-

tantes. Se le administra un gramo de aceite alcanforado y ventosas secas en el pulmón derecho. (Aparatos de intubación y traqueotomía listos.) A las 10 a. m. intubación con el aparato del Dr. Perez Avendaño. La respiración parece hacerse con escasa ventaja: pulso sumamente blando y paradojal. A las 11 a. m. expulsión de la cánula. Se observa al enfermo que respira con la misma dificultad con la cánula y sin ella. A las 2 p. m. se produce la muerte del sujeto.

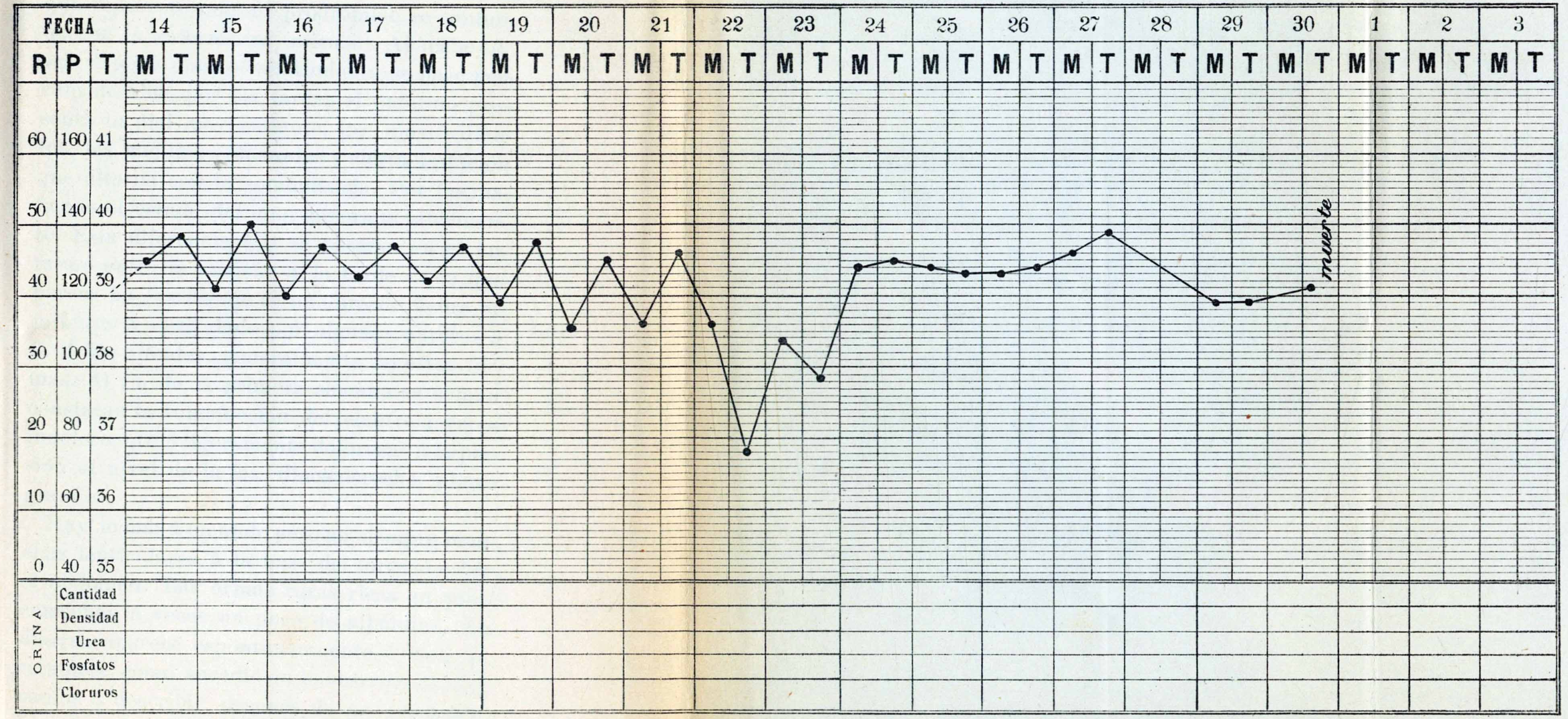
Siete días después del ingreso del enfermo al servicio se pide la suero-reacción de Vidal al laboratorio y es positiva al 1:50 y 1:100.

Cuando aparece el escudado faringio se solicitan los recursos del laboratorio y este nos dice que «en los cultivos y preparaciones practicadas con dicho exudado se encuentran abundantes bacilos de Loefler.»

Al lado de las formas que hemos mencionado se describen las formas ligeras ó leves de esta enfermedad y que seguramente son las más frecuentes en el niño.

En este caso el pasage del estado de salud al de la enfermedad confirmada es poco marcado; el niño pierde el apetito se fatiga facilmente, su sueño es agitado y la temperatura si hay oportunidad de tomarla desde

CAMA N° 13, DE MARZO 14 HASTA MARZO 30 DE 1907



su comienzo, se vé que vá cada día haciéndose más acentuada hasta el momento en que todo este período prodrómico se confunde con la enfermedad misma. Al cabo de seis á ocho días, el abatimiento se hace más considerable, por las tardes el enfermo presenta la piel muy caliente, los ojos brillantes, las mejillas coloreadas y cierta agitación que alterna con la somñolencia. Por las mañanas el estado del niño mejora notablemente. Esta diferencia que se observa en el enfermo entre la mañana y la tarde es lo que parece ha justificado el nombre de fiebre remitente infantil dado por algunos autores á la fiebre tifoidea, generalmente en estas formas. Al fin de la primera semana es común constatar la tumefacción del vientre á veces indoloro, otras ligeramente dolorosas á la presión al nivel de la fosa ilíaca derecha; y bazo grande.

Hay lo más á menudo pero no siempre manchas lenticulares, á la base del torax ó sobre el abdomen. Las orinas raras ricas en sales contienen á veces un poco de albúmina. La diarrea aparece espontaneamente ó bien se establece como sucedió en la observación que vamos á describir, después de un purgante. Las deposiciones muy líquidas en número de

dos á cuatro en las 24 horas, en otros casos es la constipación que domina. Por parte del aparato respiratorio se puede constatar algunos rales sibilantes generalizados á las bases. Los enfermos se quejan de cefalea, tienen á veces epixtasis, están agitados y deliran á veces por la noche. La temperatura que alcanza del tercero al cuarto día 39 á 40 por la tarde, presenta al partir del sexto ú octavo día, grandes remisiones matinales características de la fiebre tifoidea en la forma que estamos describiendo, y que se ha reproducido con cierta identidad en nuestro enfermo de la observación cuarta.

Los síntomas quedan estacionarios ó disminuyen rapidamente á partir de la segunda semana, las remisiones matinales se hacen más marcadas y en general á partir del once al quince días la temperatura cae á la normal por las mañanas, no obstante de mantenerse por las tardes entre 38° y 39°5.

En estas formas la enfermedad evoluciona generalmente entre trece y veinte y un día y con un pronóstico casi siempre favorable.

Este es el tipo clínico que creo se ha presentado en nuestro enfermo cuya historia vamos á pasar en revista.

Observación 4ª Cama N° 6

Julio 5 de 1907. Cirilo Marino. Edad 8 años Ha residido siempre en la capital.

Antecedentes de familia: Sin importancia. Antecedentes personales: Sarampión á los 4 años, coqueluche á los 5 años. Enfermedad actual: Su enfermedad actual data de seis días comenzó por dolor de cabeza, chucho y dolores abdominales, al día siguiente se le dá un purgante, después de lo cual ha quedado con dos ó tres deposiciones díarias casi líquidas y con muchas mucosidades. Siguió siempre con fiebre, sed é inapetencia. No hay enfermos en la casa, donde se consume agua de pozo.

Estado actual: Julio 7. Decúbito dorsal. Piel color blanca, cabello y bello castaño, mucosas rozadas, ganglios superficiales, no se palpan, esqueleto bien desarrollado para su edad, buen estado de nutrición. Boca faringe y lábios secos, con algunas filiginosidades la lengua roja seca con papilas muy visibles frambuesada. Dientes bien implantados.

Aparato circulatorio: Pulso regular igual, poco tenso, 132 por minuto. Corazón. Punta no se vé, se palpa en el cuarto espacio línea

mamilar. Límites percutorios normales. Tonos en sus focos. Arterias y venas normales. Aparato respiratorio. Tipo respiratorio costo abdominal. Pulmones. Se sieten algunos rales finos al fin de la expiración en ambas bases. Límite hepato pulmonar, quinto espacio, línea mamilar, espacio de Traube libre, hay tós muy poco intensa.

Abdómen. Forma y tensión normales, venas superficiales no se vén. A la palpación es doloroso en los flancos y fosas ilíacas. Abundantes máculo, pápulas en el abdómen y torax. Percución normal. Higado. Borde inferior, reborde costal. Bazo se palpa, agrandado y de consistencia blanda.

Julio 7. Constipación: se le administra magnesia tres cachet de 0.50 al día con una hora de intérvalo. Dieta, lactea. Julio 8. Baño de 30° bajándole hasta 25°, entra con 140 pulsaciones y 39°7 de temperatura; sale del baño con 130 pulsaciones y 36°8 de temperatura. Duración del baño 10 minutos. Julio 10. Baño como el anterior entra con 140 pulsaciones 39°7 de temperatura y 36 respiraciones sale con 130 pulsaciones, 28 respiraciones (al minuto) y 36°7 de temperatura.

Julio 11. Baño como el anterior, entró con 128 pulsaciones, 34 respiraciones y 39° de tem-

peratura, sale del baño con 120 pulsaciones 30 respiraciones y 36°9 de temperatura.

Julio 13. Inyección de 1|2 milígramo de estrignina. Julio 16. Pulso 132 regular igual poco tenso, un enema. Julio 17. Ha movido el vientre espontáneamente: pulso en 136 al minuto. Julio 21. Hay una deposición ex-pontánea cilíndrica y bien ligada. Julio 22. Pulso 128 al minuto; ha pasado la noche tranquila. Julio 28. Pulso 128 regular igual buena tensión. Agosto 2. Pulso 112: no se palpa el bazo. Agosto 8. Buen estado general, deposiciones espontáneas normales. Se agrega á su régimen alimenticio sopa de sémola.

Dos días después de ingresar al servicio se pide al laboratorio la suero-reacción de Vidal y es positiva al 1:50. Diaso-reacción negativa.

Analisis de sangre		Investigaciòn citológica	
Hemoglobina	42	Polinucleares	84.78 %
Glóbulos rojos	4.500000	Linfocitos	11.00 »
Glóbulos blancos	12000	Mononucleares	1.61 »
Relación globular	1: 325	Transición	2.58 »
Valor »	0.46	Eosinófilos	0.00 »

Los glóbulos no presentan anomalías marcadas.

ANALISIS DE ORINA

Carácteres fisicos

Cantidad remitida 300 grs.
Color ambar
Olor sui generis
Aspecto turbia
Espuma blanca
Sedimento escaso
Reacción ácido
Densidad á + 15° 1.013

Elementos patológicos

Albúmina tiene 0.10 °/oo
Glucosa no tiene
Bilis » »
Urobilina vestigios
Indican tiene mucho
Hemoglobina no tiene
Mucina si »
Peptona no »
Escatol » »

Analisis quimico

Resíduo total	30.29
Urea	16.65
Clorudo de sodio	2.10
Acido fosfórico	1.10
Acidez en H. Cl.	1.10
Acido úrico	1.10

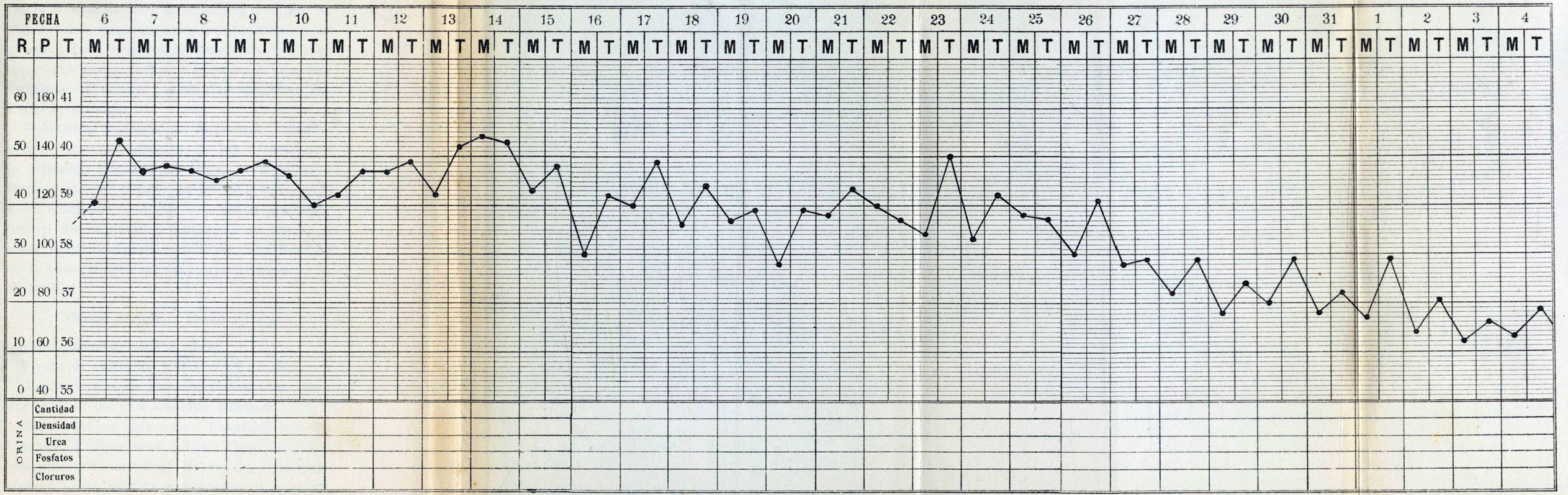
Examen del sedimento

Escasas células epiteliales planas. Regular número de leucocitos. Algunos cilindros hialínos; granulosos.

Como se vé en este niñito la evolución de la enfermedad ha revestido desde su principio un carácter relativamente benigno, sin gran predominio sintomático local como hemos visto en las observaciones anteriores y su modo de desarrollarse se ha realizado en casi todos sus periodos, con alguna semejanza de los caráctores que hemos dejado anotados. Los recursos solicitados al laboratorio dos días después de su ingreso al servicio han confirmado el diagnóstico.

Sus periodos como vemos en la curva termica, justifican lo que deciamos al principio.

CAMA N° 6, DE JULIO 6 HASTA AGOSTO 4 DE 1907



El periodo de oscilaciones ascendentes y de estado, casi se confunden; con una duración de 14 á 15 días para iniciarse el periodo de oscilaciones descendentes acentuándose progresivamente con remisiones cada vez más marcadas hasta llegar á la normal con una duración de veinte y ocho días desde su entrada al servicio.

Volviendo nuevamente al párrafo anterior cuándo nos ocupábamos de las formas que la infección tifoidea presentaba con relativa frecuencia, por debajo de los seis años, primera infancia: es decir, con cierto predominio en los fenómenos meningíticos, vamos á tener oportunidad de constatar estos hechos en la observación quinta, cuya historia es la siguiente:

Observación 5. Cama N. 49

Juana Oressi; edad 3 años.

Fecha de entrada, Febrero 26 de 1907.

Antecedentes de familia: Padre sano; madre muerta de una afección cardiaca.

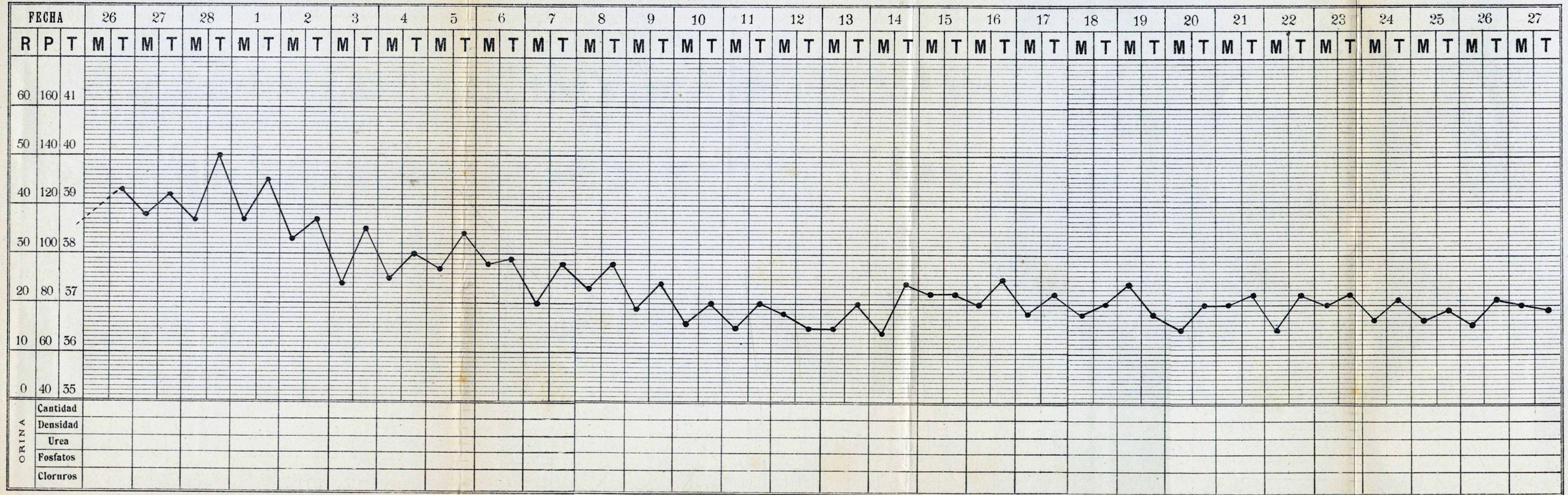
Antecedentes personales: Coqueluche á los 5 meses. Enfermedad actual: Comenzó hace seis días por anorexia, fiebre, que han persistido hasta hoy: tuvo ayer dos vómitos alimenticios.

Estado actual. Decúbito indiferente, piel color blanco, mucosas rosadas, ganglios superficiales no se palpan. Estado de gordura regular, fuerzas conservadas, esqueleto bien desarrollado para su edad. Boca, faringe y labios sanos, secos. Lengua seca, poco saburral, roja en los bordes. Dientes bien implantados.

Aparato circulatorio. Pulso: regular, igual buena tensión, 134 por minuto. Corazón punta; no se vé ni se palpa: se ausculta en el quinto espacio linea mamilar. Límites percutorios normales. Tonos en sus focos. Arterias y venas normales. Aparato respiratorio: Tipo respiratorio costo-abdominal; movimientos respiratorios regulares é iguales. Los pulmones á excepción de las bases que presentan rales generalizados de bronquitis no muestran nada de anormal. Abdomen. Forma y tensión normales. Venas superficiales no se ven. Higado: Borde inferior; reborde costal. Bazo: Se palpa el borde á un travéz de dedo por debajo del reborde costal.

Tratamiento. Febrero 28; una cucharadita de magnesia cada dos horas, tres veces por día. Marzo 3, ha pasado la noche tranquila y ha tenido tres deposiciones muy líquidas é hipercólicas. Marzo 10, la niñita está muy

CAMA N° 49, DE FEBRERO 26 HASTA MARZO 27 DE 1907



caída, se queja en cuanto la tocan; pulso 148. Ligera paresia pupilar, posición en gatillo de fusil, hiperestesia generalizada y ligera rigidez del cuello. Marzo 18, los sintomas meningíticos han desaparecido completamente, el estado general de la enfermita ha mejorado notablemente y sale del servicio completamente curada el 27 de Marzo de 1907.

La suero-reacción de Vidal, pedida al laboratario cinco días después de su ingreso al servicio, resulta positiva al 1°/₀. El análisis de sangre practicado en esa misma fecha es el siguiente:

Globulos rojos	4.760000	Polinucleares	65.76%
» blancos	4600	Mononucleares	3.60 »
Hemoglobina	90	Linfositos	28.82 »
Relación globular	1103	Eosinófilos	0.02 »
Valor globular	094	Formas de transición	1.80

Como vemos el tipo clínico que la enfermedad ha revestido en nuestra enfermita corresponde indudablemente á las formas relativamente benignas; con una evolución no interrumpida por accidentes que importasen un pronóstico sombrío, y á parte de los fenómenos meningíticos que desaparecieron bien pronto, los fenómenos que la enfermedad ha presentado en nuestro caso y su curva térmica

sin grandes temperaturas y con remisiones cada vez más acentuadas justificaron el pronóstico favorable que se hizo en este caso y la curación fué el resultado que se obtuvo después de 22 días de duración desde su entrada al servicio.

En lo que se refiere á las recaidas que pueden sobrevenir en el curso de la fiebre tifoidea no son raras en los niños y creen algunos autores como Giraud, que serían más frecuentes que en el adulto. Entre nosotros hemos tenido un caso como vamos á ver en la observación sexta que se presentó ocho días de iniciada la defervescencia. Las recaidas se inician por una nueva exaservación de la fiebre, á veces nueva erupción de manchas lenticulares; y de ocho á quince días de duración: con caracteres análogos á los del ataque primitivo, ó con un cuadro sintomático que simula otro estado patológico. El período que separa la recaida del primer ataque es variable, oscila generalmente entre ocho y quince días, presentándose á una época en que el estado general del enfermo y la temperatura no es normal, la lengua está saburral y la temperatura se mantiene elevada ó se acerca del tipo común que se presenta á esta altura de la enfermedad.

El pronóstico de una recaida es generalmente benigno, no obstante es suseptible de presentar las mismas complicaciones que la enfermedad primitiva.

En cuanto al número de recaidas que pueden sobrevenir en el curso de esta enfermedad algunos citan hasta tres, recaidas tardías y recidivas que deben indudablemente ser muy raras.

Para algunos maestros como Henock y Cadet de Gassicourt las recaidas serían una forma de la enfermedad, «consecuencia de una evolución incompleta del virus mórbido al decir de este último autor.» De donde resultaría que la recaida no tiene causa puesto que es una manera de ser de la infección tifoidea y no un accidente. Nosotros no sabemos dice el mencionado maestro porqué tal fiebre tifoidea tiene una recaida, como no sabemos porqué tal otra es benigna ó maligna, atáxica ó prolongada.»

Tratándose de recaidas nos decía nuestro profesor de pediatria que era un hecho de observación al menos en el niño, que casi la generalidad de los casos las formas benignas de esta infección eran candidatos seguros á una recaida. Esta proposición la hemos visto realizada en la observación siguiente:

Observación 6. Cama N 4°

Juan Aguilar, edad 10 año.

Enero 2 de 1908. Antecedentes hereditarios: La madre es enferma de la matriz. No se tiene antecedentes del padre. Son siete hermanos todos sanos. Antecedentes personales Fuera de trastornos digestivos ligeros que han durado poco tiempo nunca ha estado enfermo. Habita una casa que se provee de agua de pozo semi-surgente.

Enfermedad actual. Se encuentra enfermo desde hace más de veinte días. La enfermedad comenzó gradualmente por caimiento, sueños, sin diarrea é inapetencia. Dos días tuvo epíxtasis. Ha seguido en estas condiciones con una fiebre que ha ido ascendiendo hasta ahora y como no mejora se deciden sus padres á internarlo en el servicio. Estado actual. Niño en buen estado de nutrición, buen esqueleto, no hay ganglios superficiales, apreciables á la palpación excepto en las ingles donde se encuentran varios y muy pequeños. Aparato circulatorio. Punta se vé y se palpa en el cuarto espacio por dentro de la línea mamilar. Tonos normales. Corazón. Límites percutorios normales. Boca

faringe y paladar nada de anormal, lengua seca, roja en sus bordes, lábios fuliginosos.

Abdómen. Forma normal, poco tenso, no hay gorgoteo en las fosas ilíacas, se palpa en la fosa ilíaca derecha materias fecales. Hígado. No se palpa, se percute un dedo por debajo del reborde costal. Bazo. Se palpa. Tres días después de su ingreso al servicio se pide al laboratorio la suero-reacción de Vidal y es positiva al 1:50. Diaxo–reacción positiva.

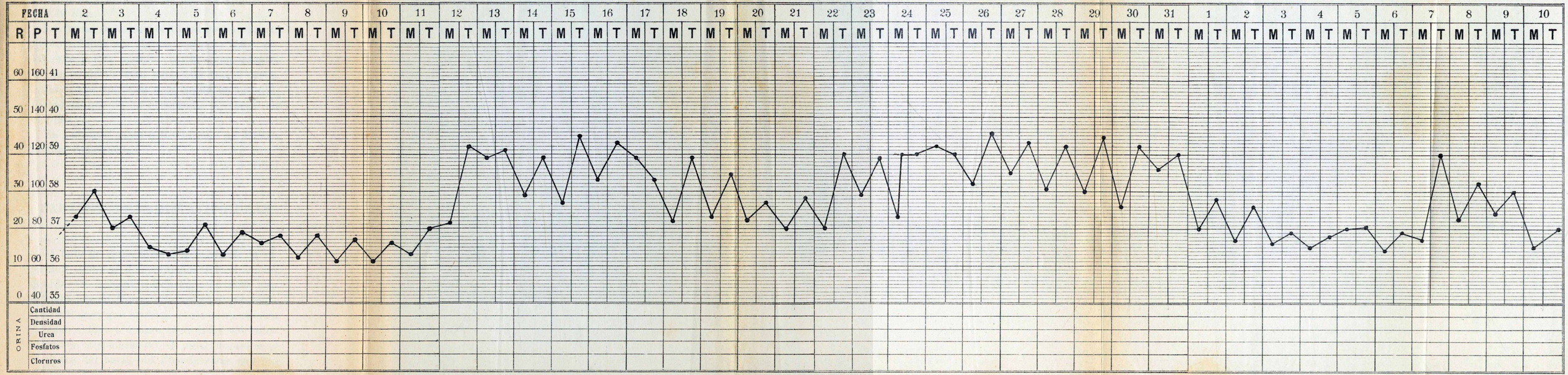
Como vemos en este caso la evolución de la enfermedad se ha realizado en un tiempo relativamente largo puesto que alcanzó á estar en el servicio algo más de cuarenta y cinco días. En todo este tiempo y pasado el período febril correspondiente al primer ataque de la enfermedad, se produce cuatro á cinco días después, de iniciada la apirexia, una exaserbación brusca de la temperatura y vuelven á presentarse los fenómenos que caracterizaron su primer ataque. Sobre entendido que eliminamos toda perturbación producida por un régimen dietético defectuoso. La duración de la recaida en nuestro enfermo ha sido de doce días. Hemos notado en este caso al iniciarse la defervescencia en el primer ataque de la enfermedad, una descama–

ción pitiriasica generalizada que respetó la palma de manos y piés, hecho que está de acuerdo con la observación de Marfan al sostener que estos sitios son respetados por la descamación. En este caso como se vé la evolución de la enfermedad con su recaida justifica lo que tiene observado nuestro profesor de niños al creer que en estas formas benignas de la enfermedad donde es más frecuente la recaida.

El estado del enfermo al ingresar al servicio su modo de iniciarse y muy especialmente la terminación por lisis en un período relativamente corto durante el cual se presentó la recaida, pudieron haber hecho pensar en uno de los estados descritos con el nombre de paratifoideas, pero el laboratorio tres días del ingreso del enfermo al servicio nos aleja de esta suposición porqué el suero-diagnóstico (Vidal) resultó positivo como también la Diazo-reacción de Erlich.

Tales son las formas que con más frecuencia reviste la infección tifoidea en el niño: las más escenciales y las que aceptan la generalidad de los autores. Sin embargo hay otras más raras indudablemente que evolucionan de una manera especial sin un cuadro sintomático común á la enfermedad que

CAMA N° 4, DE ENERO 2 HASTA FEBRERO 10 DE 1908



nos ocupa, las formas abortivas caracterizadas por la hipertrofía esplénica y algunas manchas rozadas cuya duración no depasarian en la generalidad de los casos más de 8 á 10 días.

La forma descrita por Cadet de Gassicourt fiebre tifoidea sin signos, caracterizada solamente por la marcha de la temperatura: en apoyo de lo cual menciona varios casos.

La forma apirética más común en el adulto parece que se ha observado á veces en el niño.

En nuestros casos estas formas no hemos podido constatarlas.

PARATIFOIDEAS: METATIFOIDEAS

Al lado de estas formas que reviste la infección tifoidea, determinadas por el bacilo de Eberth, Achard y Bensaude en 1896, han introducido en Nosografía, estados patológicos análogos, que evolucionan con un cuadro tifoideo evidente ó simulan estados mórbidos variados respondiendo á microorganismos distintos del bacilo de Eberth; estas son las

Paratifoideas. Los autores mencionados han descrito el bacilo paratífico, el que sería en muchos casos aislado ó asociado al bacilo de Ebérth, causante de estados febriles prolongados, y sin localización especial, de apariencia tifoidea, que se observan en la infancia más comunmente que en el adulto. Las infecciones paratifoideas pueden presentarse bajo apariencias clínicas diversas, pero en la inmensa mayoría de los casos el paratífus reviste el aspecto de la fiebre tifoidea. De intensidad mediana, su duración oscila entre tres ó cuatro semanas. Una de sus carecteristicas serían las recaidas que se han observado en un 10 % de los casos al decir Bensaud y Rivet.

La temperatura generalmente se inicia de una manera brusca pudiendo alcanzar 39° y 39°5 con ligeras remisiones matinales: en este estado se mantiene varios días, dos semanas más ó menos y su terminación se hace por lísis rápida. A esto se agrega el abatimiento, la distensión del vientre, el gorgoteo de las fosas ilíacas, bazo grande y manchas lenticulares, con lo que se completa un cuadro tifoideo.

En la evolución de las fiebres paratifoideas pueden notarse dos formas.

Una forma tifoidea con un cuadro clínico idéntico al de la infección ebertiana, y una forma que simula un embarazo gastro-intestinal. Al lado de estas dos formas más comunes se han descrito otras como la piohémica, con localizaciones infecciosas múltiples y oscilaciones térmicas bien acentuadas.

Fuera de la forma piohèmica el pronóstico es en general benigno; no obstante puede observarse en su evolución las mismas complicaciones que se presentan en la fiebre tifoidea, pero siempre con menos frecuencia.

Bajo el punto de vista clínico lo que nos interesa saber es cuando debemos sospechar la existencia de una paratifoidea. He aquí lo que á este respecto sostienen Bensaud, Rivet y Guinón. Se puede pensar en la posibilidad de un caso de paratifoidea, si se nota en el enfermo un periodo prodómico relativamente corto, una postración más precoz, una curva térmica que alcanza más rápidamente su máximo para decrecer en lísis menos prolongada; ausencia de sequedad de la lengua, y dicrotismo del pulso. Pero es precisamente en la persistencia de una sero-reacción negativa, cuando el cuadro clínico responde á una fiebre tifoidea, que la suposición adquiere valor. En presencia de una suero-reacción

negativa y sobre todo si varios exámenes han dado el mismo resultado á varios días de interválo se deberá pensar que no se trata de infección ebertiana.

La confirmación del diagnóstico al decir de estos autores, se haría investigando la presencia del bacilo en el organismo (sangre) y haciendo la sero-reacción específica sobre este microbio ó sus cultivos. Pero como se han descrito varios tipos de bacilos paratíficos haciéndose las variedades A., B y el tipo Gärtner con propiedades diferentes y capaces de producir lesiones también distintas, resulta que al hacer el sero-diagnóstico de un suero humano; de sujetos en los cuales se supone la existencia de una paratifoidea, habría que solicitar del laboratorio el estudio de sus propiedades aglutinantes para estos agentes paratíficos y el bacilo de Eberth; y en estas condiciones el microorganismo, que fuese más aglutinado sería el causente de las lesiones observadas en el sujeto de que se trata.

Son estas más ó menos las conclusiones á que llegan Nicolle y Catoire, que indican requerir en todos los estados tifoideos la sero-reacción que acabamos de mencionar sobre cuya importancia al decir de Guinon, es

considerable y necesaria en clínica. El Dector Morquio de Montevideo, confiere en estos casos á los recursos que el laboratorio puede suministrarnos inmenso valor á los efectos de errores de diagnóstico que en estos estados paratifoideos pueden llegar á producirse y muy especialmente con una tuberculosis aguda, cuyo pronóstico como es natural difiere absolutamente.

La característica de esta enfermedad (fiebre paratifoidea) sería su evolución, que á pesar de ser á veces bastante prolongada al decir de Guinón es casi siempre de pronóstico benigno.

La infección, parece producirse por medio del agua de consumo; en otros casos se ha imputado á las carnes alteradas dando lugar á estados paratifóideos que respondían al bacilo de Gärtner.

Ultimamente Mandelbaun, llamó la atención sobre la existencia de estados tifóideos que con un cuadro clínico análogo al determinado por la infección tífica, (á bacilos de Eberth respondían batereológicamente á un agente patógeno que él, llama metatífico, cuyas propiedades morfológicas difieren absolutamente del bacilo de Eberth, y de las distintas formas en lo que se refiere á los para-

tíficos causantes de estados patológicos muy semejantes. El autor aludido lo ha constatado en la sangre y materias fecales de enfermos que presentaban un estado tifóideo evidente.

Nuevo dato entonces que justifica el emsistemático de los recursos que el laboratorio puede suministrarnos en todos estos casos; hecho sobre el cual vamos á insistir en otro lugar.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

La evolución y pronóstico de la fiebre tifoidea en el niño depende indudablemente de varios factores.

Por parte del sujeto, la edad ha que me he referido en el presente trabajo juega un rol de primer órden: la vitalidad del elemento anatómico en general, la integridad de los distintos órganos y sus funciones en esta edad de la vida son condiciones bien superiores para resistir con éxito á la infección. El regimen higiénico y dietético á que el niño há estado sometido antes y durante la enfermedad son factores esenciales que el práctico

debe darles real importancia cuando tiene que expedirse sobre enfermos de esta naturaleza. Un régimen alimenticio deficiente no adaptado á las condiciones requeridas por el organismo del niño, al lado de las múltiples perturbaciones que esta determina en toda su economía le coloca como es lógico en condiciones muy desventajosas para resistir á la infección. En lo que se refiere al régimen dietético á que debe someterse el niño en el curso de una fiebre tifoidea, me parece que el que tiene como base el régimen lácteo es el más racional y el que debe preferirse en la totalidad de los casos. Aparte de las ventajas que como alimento reconocemos á la leche, del poco trabajo digestivo que esta requiere y la disminución de los fenómenos de auto-intoxicación que con ésta se consigue, son conocidas las localizaciones intestinales de la infección tifoidea y si bien es cierto que las enteroragias y perforaciones son una excepción y de valor relativo no es esta una razón de peso para justificar una alimentación carnea ó mixta que requiere un funcionalismo digestivo completo que en el tífico ha de ser dificil encontrarla.

Creo que en estas condicciones al intestino ya enfermo agregariamos con este ré-

gimen fermentaciones anormales medio de vitalidad á los saprofitos intestinales y muy especialmente las entero-rragias y perforaciones serían más inminentes por el trabajo directivo que un régimen alimenticio de esa naturaleza requiere. Y es este el criterio que nos ha guiado en la alimentación de nuestros tificos en el servicio de Pediatria del Hospital de Clínicas el que he visto practicar en otros servicios en casos análogos y el que indican los pediatras franceses á sus niños tifoideos ó al menos entra como base fundamental en la alimentación líquida de estos enfermos, el régimen lacteo.

No obstante esto Vinokourof de Odessa y Kissel de Moscou imponen á sus tifícos una alimentación sólida carnea y mixta que dado el número de almuerzos (seis al día) hecho por estos enfermos contituyen una verdadera sobrealimentación, lo que es ya un defecto al decir de Marfan, puesto que este autor sostiene que en la alimentación del tifoideo se deben evitar dos peligros una dieta rigurosa y la sobre-alimentación.

Balabame que es quien ha seguido de cerca el método propuesto por los autores rusos, en el servicio de Vinokourof ha constatado en casi todos los casos observados la

prolongación de la enfermedad y del período febril en estos enfermos que llegaba hasta cincuenta días lo que es raro que suceda con el régimen impuesto por los autores franceses y los maestros de nuestra escuela.

Volviendo nuevamente á los factores que intervienen en la evolución y pronósticos de la infección tifoidea y dejando á un lado la disgresión que acabo de mencionar por haberla creido oportuna en este párrafo: tenemos que el tipo clínico, el caracter endémico ó epidémico de la enfermedad juega un rol no menos importante, observándose en estos casos con más frecuencia las formas complicadas de la infección que hacen más severo el pronóstico. Las condiciones higiénicas, los cuidados de asepcia y el tratamiento que esta clase de enfermos requiere al lado de los factores ya mencionados constituyen elementos escenciales á que debemos referir su verdadera importancia cuando tenemos á nuestro cuidado enfermos de esta naturaleza. El tratamiento que hemos hecho á nuestros tifoideos á falta de medicación específica ha sido sintomático, A parte de la balneoterapia que ha ocupado un lugar prominente en el tratamiento aludido, nuestro arsenal terapéutico se ha reducido como he-

mos visto en cada una de las historias que preceden á bien poca cosa. La magnesia á dosis laxativa, el paramidon como antitérmico á dósis correspondientes, éter, aceite alcanforado y ergotina han sido en las distintas ocasiones que hemos detallado en cada uno de nuestros enfermos los agentes con que hemos llenado las indicaciones que á cada uno correspondia.

La cafeina y muy especialmente el sulfato estrignina á dósis (este último) de un milígramo al día como tónico cardiaco lo hemos preferido á otras medicaciones como la cafeínica por ejemplo, usada en estos casos porque las propiedades exitantes comunes á este último no son imputables á la estrignina. Sus efectos son evidentes y su empleo puede continuarse sin los inconvenientes de aquella: no se acumula, ni hay fenómenos de intolerancia. En nuestros enfermos hemos usado el sulfato de estrinina en inyecciones hipodérmicas á la dósis de medio míligramo dos veces al día.

La medicación antiséptica que algunos proponen en estos casos recurriendo á la série de cuerpos como el Salal Benzo-naftol, etc., que se les reconoce tales propiedades, no creo que en la fiebre tifoidea llenen ni me-

diariamente el fin que se busca con su empleo. Yo no niego de ninguna manera las propiedades antisépticas de todos estos agentes que es cosa establecida; pero á las dósis que se ordena á los tifoideos su acción eficas es suceptible de ponerla en duda. Sería evidente á dósis bien superiores á las que comunmente se emplea pero en este caso se vuelven tóxicas. Yo prefiero y en este sentido coincido con la opinión de mi maestro de Pediatría la medicación laxativa que hace desinfección no porqué sean agentes antisépticos sino porqué desembarazan al intestino de los productos sépticos que contiene.

Y es con este criterio que hemos procedido en todos los enfermos tifoideos del servicio á cargo del Profesor Centeno en el Hospital de Clínicas cuando hemos pensado en la antisepsia intestinal de estos enfermos.

Respecto á la Balneoterapia hemos recurrido en los distintos casos á baños cuya temperatura maxima han oscilado entre 32° y 35° bajando á 28° y 25° según los casos.

Su duración ha sido regida por el estado del enfermo retirándolo del baño al producirse escalofrio ó después de 10 á 15 minutos de duración. Como hecho de observación según se vé en las historias que preceden

hemos notado cierts resistencia á los anti-térmicos físicos, baños y bolsas de hielo que también hemos empleado, en el descenso del pulso, en que rara vez cae paralelo con la temperatura, se mantiene relativamente constante respecto del descenso térmico en frente de los agentes físicos mencionados. La balneoterapia hecha en la forma que hemos anotado todas las veces que la temperatura de nuestros enfermos se mantuvo entre 39° y 40° no hemos visto producirse sinó muy rara vez fenómenos de colapso tan comunes con el baño frío de Brand y los baños prolongados de Buchard.

CONCLUSIONES

De lo que dejamos apuntado y de la observación de los casos que acabamos de pasar en revista y de otros análogos que he seguido en el servicio podemos deducir sin pretender que éstas conclusiones tengan un valor absoluto y general; pero que expresan con sinceridad el juicio que de estas observaciones me surgiere: Que la fiebre tifoidea del niño en sus formas normales es en la generalidad de los casos de una evolución y pronóstico más benigna que en el adulto.

Que son estas las formas que predominan en la infancia; pero las complicaciones intercurrentes más comunes en esta edad pueden llegar á presentarse y á veces con relativa frecuencia.

Que las complicaciones más frecuentes en la fiebre tifoidea del niño, hacen siempre más grave la evolución y compromenten el pronóstico como sucede en casos análogos en el adulto.

Que si es exacto que las complicaciones son raras, debemos estar prevenidos porque

pueden presentarse aún en los tipos clínicos de apariencia benigna; ya que en nuestras observaciones hemos tenido dos casos de esta naturaleza lo que arrojaría un porcentaje en su favor bastante respetable. Que debemos tener siempre en cuenta y no olvidar las perturbaciones intestinales de nuestros niños tifoideos, enterorragias, diarreas, etcétera, á que los clásicos no les imputaban gran valor pronóstico, pueden llegar á comprometerle y determinar la muerte de estos sujetos, puesto que en muchos casos, son estos fenómenos que presagian las perforaciones del intestino. En apoyo de esta proposición valgan las observaciones de Guinon ya citadas en otro lugar.

Que debemos siempre insistir en el laboratorio todas las veces que en presencia de tipos clínicos no bien definidos, tengamos que expedirnos sobre el diagnóstico, evolución y pronóstico respecto de la posiblidad de las fiebres paratifoideas, en cuyo caso habremos procedido con un criterio juicioso y una base científica evidente.

Arturo Luque.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

En la niña, baños templados ó frescos dan en el tratamiento de la fiebre tifoidea tan buenos resultados como los baños frios de Braudt en el adulto.

G. Araoz Alfaro.

Pronóstico de la fiebre tifoidea en los niños.

F. Sicardi.

Estado de la sangre en la fiebre tifoidea infantil.

M. A. Santos.

Buenos Aires, Marzo 28 de 1908

Nómbrase al Sr. Consejero Dr. Gregorio Araoz Alfaro, al Profesor titular Dr. Francisco Sicardi y al profesor suplente Dr. Manuel A. Santos, para que constituidos en comisión revisora dictaminen respecto de la presente tésis, de acuerdo con el art. 4º de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON

R. S. Gómez

Habiendo la Comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis según consta en el acta Nº 1766 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON

R. S. Gómez

BIBLIOGRAFÍA

A. D'Espine et C. Picot.—Traite des maladies de L'enfance.

A. Nil Filatow.—Diagnostic et Semeoilogie des maladies de L'enfance.

Barthez et Sanne.—Maladies des enfants.

Cadet de Gassicourt.—Maladies de L'enfance.

Collet F. J.—Pathologie Interne.

Debore G. M. et A. Sallad.—Traité elementaire de Clinique Medicale.

Dr. Bordó.—Fiebre tifoidea en un niño de 21 mes.

Archivo Latino Americano de Pedriatria. Junio de 1906.

E. Weill.—Medicine Infantile.

Fernand Deloziere.—A propos d'un sindrome special ou cours de la Fiebre typhoide chez l'enfant. Thése de París, 1906.

Grancher et Comby.—Traites des maladies de L'enfance.

Poodhart.—Maladies des enfants.

G .Dieulafoi.—Pathologie Interne.

Gaston Lion.—Clinique Thérapeutique.

Julio Mendez.—Le remede typhique dans, la Fievre typhoide. Revista de la Sociedad Médica Argentina.

P. Nobecourt.—Précis de Médicine infantile.

West.—Enfermedades de Niños.

Nicolle et Catoire.—Des Fievres Paratyphoides

Folia Haematológica Enero 5 1906.

Mandelbaum.—Sur la presence dans certains, cases de fievre typhoide d'une bacterie noc en core decrite (Munich Med. Woche) 3 dc Setiembre de 1907. Analizado en Semaine Médicale de 18 de Diciembre de 1907.

Dr. Maidahan—Fiebre tifoidea infantil y he-morragias intestinales. Archivos latinos. Americanos de Pediatría. Setiembre 9 de 1907.

Fuinon—Un cas de Earatyfheide. Revue Men suelle des Maladies de L'enfance. Enero 1906.

Cr. Morquio—Las Paratifoideas. Archivos. Lutino Americanos de Pediatria. Abril de 1907.