AÑO 1909 Nº 2057

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PRONÓSTICO DE LA FIEBRE TIFOIDEA

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

AUGUSTO GOWLAND

«LA CIENCIA MÉDICA»
LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1909

Pronóstico de la Fiebre Tifoidea

AÑO 1909 Nº 2057

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PRONÓSTICO
DE LA
FIEBRE TIFOIDEA

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

AUGUSTO GOWLAND

«LA CIENCIA MEDICA»
LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080
BUENOS AIRES
1909

La facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tésis.

Artículo 162 del R. de la F

Pronóstico de la Fiebre Tifoidea

SUMARIO:

CAPÍTULO I.

PRONÓSTICO DE LA FIEBRE TIFOIDEA EN GENERAL.
IMPORTANCIA DEL PULSO.
TEMPERATURA.—ESTADO CEREBRAL.—ORINA.

CAPÍTULO II.

IMPORTANCIA DEL ESTADO DE LOS ÓRGANOS EN EL PRONÓSTICO DE LA FIEBRE TIFOIDEA.

CAPÍTULO III.

PRONÓSTICO DE LAS COMPLICACIONES.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS DE LA ACADEMIA

Presidente

DR. D. EUFEMIO UBALLES

Vice-Presidente

DR. D. PEDRO N. ARATA

1 DR. D. JOSÉ T. BACA
2 » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3 » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4 » » EUFEMIO UBALLES
5 » » PEDRO N. ARATA
6 » » ROBERTO WERNICKE
7 » » PEDRO LAGLEYZE
8 » » JOSÉ PENNA
9 » » LUIS GÜEMES
10 » » ELISEO CANTÓN
11 » » ENRIQUE BAZTERRICA
12 » » ANTONIO C. GANDOLFO
13 » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA

Secretario

DR. D. JACOB DE TEZANOS PINTO

Académicos Honorarios

DR. D. EDUARDO WILDE
« « MARTIN SPUNH
« « TELEMACO SUSINI
« « EMILIO R. CONI
« « OLHIUTHO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

Consejeros

DR. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÈ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » JUAN A. BOERI (suplente)
» » JUVENCIO J. ARCE

Secretarios

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

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica.	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica.	» Vacante
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina. . .	» PEDRO N. ARATA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos. . .	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana . . .	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica . . .	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica. . . .	» EDUARDO OBEJERO
» Dermatológica y Sifilográfica.	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica.	» PEDRO LAGLEYZE
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
» Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-Urinaria	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
» Juan R. Fernández

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedraticos extraordinarios
Fisica Médica	DR. JUAN JOSÉ GALIANO
Anatomia Patológica.	» JOSÈ BADÍA
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE » JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
Clínica oftalmológica.	» TEÓFILO A. MORET
Clínica Quirúrgica.	» DANIEL J. CRANWELL » AVELINO GUTIERREZ
Clínica Dermatol. Sifilográfica .	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES » JOSÉ R. SEMPRUN
Clínica Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoologia Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» ALFREDO LANARI (en ej
Botánica Médica	» RODOLFO ENRIQUEZ
Histologia	» JULIO G. FERNANDEZ
Bacteriologia	» JUAN CARLOS DELFINO » LEOPOLDO URIARTE » ALOIS BACHMANN
Higiene Médica	» FELIPE JUSTO
Clínica Ginecológica	» JAIME SALVADOR
» Oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA
Patologia externa	» CARLOS ROBERTSON » RICARDO S. GÓMEZ
Patologia interna	» RICARDO COLÓN
Clínica oftalmológica	« PEDRO LABAQUI » ENRIQUE DEMARÍA
» Quirúrgica	» FRANCISCO LLOBET » MARCELO VIÑAS » M. HERRERA VEGAS » JOSÉ ARCE
» Neurológica	» MARIANO ALURRALDE
Medicina Legal	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» LUIS AGOTE » DAVID SPERONI » JUAN J. VITON
» Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO » ENRIQUE ZÁRATE » ARTURO ENRIQUEZ » A. PERALTA RAMOS
línica Pediátrica	» MANUEL R. SANTAS » MAMERTO ACUÑA » GENARO SISTO
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
« Psiquiátrica	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedraticos
Zoologia general, anatomia y fisiologia comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y mineralogia	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.	» FRANCISCO BARRAZA
Farmacognósia y posologia razonada.	» 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	
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» FRANCISCO P. LAVALLE » RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedraticos sustitutos
Farmacognósia y posologia razonadas	DR. JUAN A. DOMINGUEZ (en e

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto Fisiológico y Clínica Obstétrica Parto Distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL » UBALDO FERNANDEZ » J. C. LLAMES MASINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomia, Fisiologia, Patologia	DR. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica Terapéutica dentarias, Medicina legal. .	» N. ETCHEPAREBORDA

PADRINO DE TÉSIS

DOCTOR ILDEFONSO GOWLAND

A MIS PADRES

Á LOS DOCTORES

FRANCISCO SICARDI Y JULIO MENDEZ

A mis Amigos y Condicipulos
Carlos A. Querencio.
Mauricio Jammes.
Alejandro Gowland.

Señores Consejeros

Señores Profesores

Someto á vuestra consideración este trabajo que no tiene más mérito que el de llenar la disposición reglamentaria que así lo exige.

No es nada más que una síntesis y si con ella llegáre á proporcionar alguna comodidad para el estudio del punto que trato, habré satisfecho mi deseo.

Antes de retirarme de las aulas quiero expresar mi agradecimiento al distinguido cuerpo docente de la Facultad, por sus sabias lecciones y especialmente al Dr. Francisco A. Sicardi con el que tanto he aprendido en sus clases de Clínica Médica y de las que he tomado algunos datos de verdadera importancia que intercalo en esta tesis.

Al Dr. Julio Mendez á quien estoy muy reconocido por las bondadosas deferencias con que me ha distinguido y del que tanto provecho he obtenido durante su profesorado.

CAPÍTTLO I

Pronóstico de la Fiebre Tifoidea en general

Chantemesse dice: «Que el pronóstico de la dotienenteria es siempre grave, pues las fiebres más intensas, como las más ligeras, pueden terminarse por la muerte.»

No obstante y de una manera general, podemos decir que su gravedad depende de una serie de circunstancias y que varía á sí mismo según las epidemias, los países, y el medio. (Hospitales, ciudades y campaña.)

Murchison y Griesinger, aprecian la mortalidad en un 18 á 20 por ciento.

Constituída la infección, las conclusiones pronósticas, se desprenden del estado de salud anterior, y de la evolución de los síntomas, pero desgraciadamente casi nunca es posible formarse un juicio desde el comienzo de ella, pues los datos de ver-

mos á veces en plena convalescencia, cuando la temperatura comienza á descender, cuando el apetito reaparece etc., y no se anuncia jamás por pródomos de ningún gènero.

Generalmente acompaña á las tifoideas benignas ó de mediana intensidad. (Dieulafoy.)

La explicación de estos hechos es un poco difícil y se atribuye á reflejos.

Dieulafoy emite la siguiente teoría: «El síncope de la fiebre tifoidea es debido en parte á una acción refleja, teniendo su punto de partida en el intestino enfermo; la excitación es trasmitida por los filetes contrípetos del gran simpático, hasta las células de la médula y el bulbo, y produce sobre los núcleos del neumogástrico (nudo vital) una verdadera acción siderante.

Hayem las considera debido á las alteraciones del músculo cardíaco, como sucede en todas las fiebres graves. El Dr. Sicardi participa de esta opinión, y cree también que es debido á miocarditis desconocídas.

A la teoría de Dieulafoy se le opone Tambareau diciendo: Que el período aquel en que sobreviene la muerte súbita, es precisamente cuando ha llegado el momento de la cicatrización de las placas ulceradas y que es muy curioso que la suceptibilidad á la exitación haya esperado este momento

para producirse. Huchard propone como explicación, no solamente el síncope, cualquiera que sea su causa excitante, sinó la asociación de éste á lesiones de simple paresia del corazón, con isquemia cerebral y que ésta resultaría de las alteraciones que la sangre sufre en la diotenentería las cuales producen á su vez alteraciones de nutrición en el cerebro.

Y por último Chantemesse cree que el estudio de la toxina tífica sobre los ganglios del corazón dilucidaría este punto tan obscuro por el momento.

IMPORTANCIA DEL PULSO

El pulso ha dicho Liebermeister, es la llvea del pronóstico. Y se concibe perfectamente que cualquier alteración del aparato cardio-vascular, ya sean lesiones vasculares mal compensadas, miocarditis, sinfisis cardiaca, aneurismas de los grandes vasos, etc., impongan un pronóstico sumamente reservado.

Su carácter particular es la variabilidad de frecuencia que se observa de un día para otro y aún duronte el mismo día. Estas oscilaciones, según ha podido constatarlo Wurchison, no tienen

relación alguna con las del cuadro térmico y más bien parecen obedecer á una irritabilidad nerviosa especial.

Se han observado casos en que, en pleno periodo febril, el pulso ha caido por debajo de 40, para no pasar de 56, durante toda la duración de lo pirexia.

Habitualmente su frecuencia empieza á acentuarse en el segundo septenario y se mantiene durante el periodo de estado de 80 á 104 pulsaciones en el hombre, pudiendo llegar hasta 120 en la mujer. Luego cuando comienza la convalescencia y el descenso de la temperatura es ya franco, y se mantiene, *se hace bradicárdico.*

Los datos pronósticos que pueden obtenerse del pulso, aparecen un poco tardiamente, pues es muy raro que se modifique en su frecueneia o calidad, antes de la segunda semana.

El peligro del debilitamiento del corazón empieza cuando ha llegado á 120 pulsaciones. Cuando el número está en 140 mueren, según estadísticas, el 50 por ciento; cuando pasa de 140, el 80 por ciento y cuando la cifra llega á 150, el porcentaje asciende al 90 por ciento, pudiendo considerarse el caso como fatal, cuando la taquicardia llega á 160. En estas circunstancias, el enfermo rara vez dura más de cuarenta y ocho horas (Sicardi).

De la forma del pulso se desprende una variedad muy interesante, el dicrotismo, que si bien es cierto, se le encuentra también en muchas otras infecciones, en ninguna es tan manifiesto como en la dotienenteria, donde parece responder á una paresia de la túnica muscular de las arterias. Por lo demás y no habiendo complicaciones de importancia en este aparato, el pulso se conserva igual aunque poco tenso.

. Cuando aparecen las intermitencias y las irregularidades, hay que dudar mucho de la buena evolución de la enfermedad, y si se acompañan de otros fenómenos generales, entonces el pronóstico es tanto más sombrío. En resúmen, la razón por la cual el examen del pulso es la llave del pronóstico, es ésta: En todas las complicaciones graves, el pulso se altera; la observación demuastra que se hace taquicárdico (Sicardi).

TEMPERATURA

El síntoma más constante de la dotienenteria es la temperatura, y de los caracteres de este ciclo térmico, pueden obtenerse conclusiones pronósticas de las más importantes.

Ella es la que divide en tres períodos la evolución de la enfermedad y del estudio de cada uno de ellos, ya se trate de fiebres regulares ó anómalas, pueden tomarse elementos de juicio suficientes para prejuzgar sobre la marcha y terminación del caso.

Jaccoud, la considera esquemáticamenfe, como los tres lados superiores de un trapecio, es decir: un período de ascenso, uno de estado y otro de descenso, correspondiendo los dos primeros, á la infección, y el último, á la reparación.

Regularmente, el primer período se hace de una manera gradualmente ascensional, aumentando mañana y tarde de medio grado, con relación á la temperatura del dia anterior, luego, las oscilaciones se hacen al rededor de un punto fijo, para descender más tarde paulatinamente.

Como veremos, esta no es una forma absolutamente constante de evolución y en este sentido; no se puede ser terminante en manera alguna.

Wunderlich, por ejemplo, ha querido dar fuerza de ley á algunas proposiciones como éstas:

«El máximum de temperatura se observa siempre á la tarde».

«El séptimo día, se hace siempre una remisión de la temperatura que jamás llega á la normal».

«La deferveseencia se hace siempre por lisis,

etc. Aun cuando en esta forma se haga habitualmente la marcha de la enfermedad, hay que tener en cuenta frecuentes modalidades de la misma y así se observan: Fiebres de tipo inverso. otras que hacen su remisión al quinto día y que llegan hasta la normal, y por último, las hay que hacen una crisis y no una lisis.

La importancia de la tomperatura, en cuanto al pronóstico, es tanto más positiva, cuanto más nos alejamos del período de *debut*, pero aun cuando estos signos son muy útiles, no son precisamente absolutos.

Las temperaturas muy elevadas son en general peligrosas, para Friedler un máximum térmico, que pase á la mañana de 40°2 y á la tarde de 41°7 es casi fatal.

En cambio, cuando del quinto al décimo día hay remisiones matinales muy marcadas, la fiebre será lijera ó de mediana intensidad.

Jaccoud que se ha ocupado mucho del estudio de la temperatura en los tíficos, no cree que exista una relación regular entre el máximum térmico y el pronóstico, pero sí piensa que pueda haberla entre la precocidad del máximum y la gravedad de la enfermedad.

En cuanto á la energía de la fiebre puede decirse: Que es tanto mayor cuanto menores sean las

remisiones y que cuando éstas no llegan á medio grado, se trata probablemente de un caso grave (Murchison).

Cuando por la accion de un baño, la temperatura desciende sin mayores dificultades, *buen pronóstico*. Si al contrario no se modifica y se mantiene más ó menos lo mismo, *mal pronóstico*.

Murchison dice: que una remisión temporaria durante la segunda ó tercera semana, seguida de una exacerbación con agravación de los otros síntomas, se termina á menudo por la muerte.

Cuando la marcha de la temperatuaa no se hace de una manera regular y hay elevaciones súbitas, el pronóstico es desfavorable, lo mismo sucede con las remisiones bruscas, que no son producidas ni por un baño, ni por una hemorragia y que se acompañan de un mal estado general, entonces hay que pensar en el colapso (preducido por perforacián ú otra causa) y que constituye un accidente de lo más temible.

La intensidad persistente de la temperatura en el tercer septenario es grave. A menos que se trate de una recidiva subintrante, caso en el cual se acompoñaría de una nueva erupción de manchas lenticulares y aún en este caso el pronóstico sería desfavorable (Chantemesse).

No habiendo complicaciones la intensidad de

la temperatura disminuye á la cuarta semana y da lugar entonces al período anfíbolo, que es el que le precede á la lisis y que se caracteriza por oscilaciones muy irregulares. Otras veces éste no existe y la defervescencia se hace en escalones (Griesinger).

En los casos de adinamia profunda, de grandes hemorragias, de piohemias y de perforaciones, hay cianosis, traspiración abundante y una hipotermia excesiva, que hacen presumir el colapso, accidente casi siempre fatal.

ESTADO CEREBRAL

Muchos enfermos recorren todos los períodos de esta enfermedad, sin experimentar mayores perturbaciones por parte del cerebro.

La inteligencia queda perfectamente neta en un 33 por ciento de los casos (Murchison).

En el 67 por ciento hay delirios ó perturbaciones mentales, pero en la mayoría de ellos se trata de casos benignos que no comprometen mayormente la situación.

No obstante, á veces aparecen formas agudas de delirios, que no tardan en tomar todo el ca-

rácter de un delirium tremens y, agravan así considerablemente el pronóstico.

La violencia con que suele preseentarse hace evolucionar á muchos dotienentéricos de una manera fatal sobre 17 casos, de Louis mueren 12 y Murchison á su vez hace una cita de 12 casos mortales sobre 18 enfermos. La causa de estos delirios es debida sobre todo á la intoxicación de los centros nerviosos por toxinas microbianas y según la intensidad con que actúen estas, varian tambien los fenómenos producidos en esta forma de delirio febril y así describe. (Rogues de Fourzac):

1º. Una forma ligera que se acusa por un poco de torpeza cerebral é irretabilidad.

2º. Una segunda forma con disturbios de la ideación y por último una 3ª la más grave de todas y que constituye un verdadero delirio caracterizado: por una obnubilación más ó menos profunda, asociadas á ideas delirantes confusas, á perturbaciones psico-sensoriales múltiples y á una agitación á veces muy viva.

Se ha descripto tambien una forma de delirio alegre á la que algunos autores le asignan gran importancia pronóstica considerandolo como un signo de mucha gravedad.

El Doctor Sicardi ha tenido oportunidad de observar dos casos (en la 1er. semana) con gran hi-

pertermia y que fueron fatales. Louis, entre otros, la considera como de muy mal augurio y dice no haber visto mejorar á ninguno de sus enfermos.

En cuanto á la otra forma de delirio su pronóstico dice Rogues de Fursac, no depende tanto de su intensidad como de los síntomas fisicos que lo acompañan, pero de una manera general, puede decirse que siempre que sea violento debe considerarse como grave. En los casos mortales á la agitación incesante en que se encuentran á veces, les sigue el coma y así terminan.

Los delirios de los tifoideos comienzan en general á fines del segundo septenario, cuando se inician con el período de *debut* revisten á menudo mayor gravedad y por último se los observa también en la convalescencia (delirio de hambre).
durante la convalescencia se suelen observar verdaderas psicopatias, caracterizadas por estados vecinos de la estupidez, con pérdida de memoria é incoherencia de lenguaje. En estos casos el Doctor Sicardi hace *buen pronóstico*, pues los que él ha observado han llegado siempre á la curación.

El insonnio es frecuente al principio durante los tres ó cuatro primeros dias, más tarde es reemplazado por la somnolencia. Cuando esta aparece con la enfermedad y se mantiene haciendose cada vez más profunda *mal pronóstico*, (Murchison).

Sobre cuarenta y seis casos mortales de Louis se ha observado en 4 desde el primer día y en 5 durante la primera semana. En tanto que sobre 88 casos felices solo se ha observado en dos, durante el primer septenario.

La meningitis es una complicación sumamente grave á la que sucumben casi fatalmente. Estas resultan en general de la infección tífica ó bien de supuración del oido medio etc. Otras veces se trata de una meningitis bacilosa, que hace su explosión en el cuerso de una dotienentería y cuyo pronóstico es fatal.

ORINA

Siendo el riñón el principal emunctorio del organismo, de su integridad depende la buena eliminación de los principios tóxicos y productos de desasimilación que se elaboren en la economía, y la retención de estos elementos implica necesariamente una agravación de los síntomas y en consecuencia del pronóstico.

En la dotienentería los carácteres urologicos varían con las formas y periodos de la enfermedad y tienen una verdadera importancia en cuanto

se refiere á la apreciación que puede hacerse de la evolución favorable de un caso dado.

Robin que ha hecho un estudio muy interesante de las orinas de los tíficos, les confiere á estas un valor semiologico y pronóstico incontestable.

En el período de estado la cantidad de orina disminuye como también la eliminación de materiales sólidos, y á medida que nos acercamos á la convalescencia no solo aumenta la cantidad de aquella sino también la excresión de estos.

En las formas graves como la adinámica por ejemplo el color es verde, la consistencia viscosa, la cantidad disminuída y los materiales solidos apenas llegan á 40 grs. estos casos son casi siempre funestos.

En la forma cerebral los fosfatos terreos están notablemente aumentados. En la forma renal, variedad que describe por primera vez Robin, la orina es muy semejante á la de los brighticos; con gran cantidad de albúmina, de sangre, de globulos blancos y de cilindros granulosos, estos casos son sumamente graves. Sobre seis enfermos que cita este autor, murieron cuatro, pero si bien es cierto que hay nefritis infecciosas graves, sobre todo, si se acompañan de fenómenos uremicos (vease nefritis) en su gran mayoría, evolucionan de una ma-

nera favorable y generalmente llegan á la curación.

Sintetizando: gran cantidad de orina, de materiales sólidos, de úrea, de acido urico, densidad elevada, y una ligera traza de albumina; *buen pronóstico.* En cambio orina escasa por debajo de 800 c3, con una densidad de 1.020 y gran cantidad de albumina indican *mal pronóstico.*

Los síntomas premonitores de la desfervescencia están constituídos por el aumento de la cantidad de orina, unido á una abundante excreción de materiales sólidos; estas verdaderas crisis urinarias, preceden en general á la modificación favorable que se opera en los tifoideos y á menudo 48 ó 72 horas después de haberse producido estos fenómenos, se inicia el descenso de la temperatura, acompañado de una reacción del estado general.

En la convalescencia de fiebre graves, se observa á veces una reaparición de la temperatura, que en muchos casos es probable que proceda de una nefritis provocada por la sobre-actividad funcional porque pasa el riñon en este perído. (Robin).

En cuanto al olor amoniacal de las orinas parece también estar relacionado con el principio de la convalescencia.

Capítulo II

Importancia del estado de los órganos en el pronóstico de la fiebre tifoidea

Gran cantidad de gérmenes que pululan en nuestro organismo ó viven una vida latente pueden en un momento dado exitar su virulencia y exponernos así á cualquiera de los estados morbosos que son cspaces de provocar.

Pero para que se produzcan estas invasiones microbianas, es necesario que el terreno en que se desarrollan estas luchas, les sea propicio y puedan triunfar sobre las defensas naturales que están debilitadas por cualquier circunstancia y determinar de este modo una infección, que tendrá sus caracteres propios, según el lugar donde se ha verificado el proceso y la clase de gérmen que ha intervenido en él.

Ahora bien, suponiendo que la infección esté

constituída y se halla dado lugar así á una enfermedad, cualquiera que sea, la lucha entre ambos elementos continua y de ella triunfará ó el elemento de ataque si es bastante enérgico, ó el elemento de defensa si es bastante capaz para ello.

Por último es necesario también tener en cuenta la cantidad de gérmenes, sus asociaciones, la intensidad de sus toxinas etc., como también el estado de salud del individuo en que se desarrollan, de tal modo que podemos decir de una manera general:—Que las infecciones se producen con tanta mayor facilidad, cuanto menores sean las resistencias orgánicas; *y que una vez constituídas, aquellas evolucionan con tanto mejor pronóstico cuanto mejores sean las condiciones de los órganos que han de intervenir en la defensa.*

Así pues, un hepático, un cardíaco, un renal, etc., son individuos que le oponen pocas resistencias á las infecciones y sucumben á ellas frecuentemente; en cambio, un *bien portant* puede entablar la lucha con ventajas y triunfar de estas invasiones con la misma frecuencia con que aquellos perecen.

Las localizaciones microbianas se hacen como ha podido probarlo Max Schuller, en los lugares de menor resistencia y así se ve en el curso de las infecciones el predominio marcado que existe, por tal ó cual órgano afectado de antemano.

Más adelante en el estudio de las complicaciones veremos á qué cantidad de ellas está sujeto un dotienenterico, y veremos también que estas tienen una particular afinidad con ciertos órganos y sistemas según los antecedentes individuales de cada uno. Aquellos que tienen un tara nervioso hereditaria están sujetos á fenómenos nerviosos graves; los que por cualquier causa tienen deficiencias de su aparato cardio vascular, son pasibles más facilmente de miocarditis, arteritis, flebitis, etc., que revisten en ellos tanta mayor gravedad, cuanto peores sean las condiciones en que la infección ha encontrado á este sistema. Y en este mismo orden de ideas, pueden citarse otras tantas perturbaciones de la misma índole por las que pasan estos enfermos, que por cualquier circunstancia llevan consigo una deficiencia funcional de tal ó cual aparato. Por otra parte el rol protector que desempeñan los órganos contra estas invasiones microbianas estará disminuído si ellos están alterados y por lo tanto siendo menor la defensa el ataque será mas eficaz.

El hígado que recibe por el sistema porta todas las toxinas y productos de desasimilación que ha recogido en su trayecto, le sirve de depurador y filtro á todos estos elementos y hasta regula la emisión que de ellos hace antes de verterlos en el torrente circulatorio, no fatigando así al riñón y

dando tiempo á que se verifique la eliminación á medida que ellos van entrando en la circulación general. En cuanto á la elaboración de la bilis, Charcot la ha visto casi incolora en los casos de fiebre tifoidea.

De todo esto se desprende pues la importancia capital de la integridad funcional de esta glándula y lo trascendental que puede ser para un dotienentérico la perturbación de cualquiera de los cargos que ella desempeña. Si á las toxinas producidas por el Eberth, á los veneneos pútridos que provienen del intestino cuyas fermentaciones son más intensas que normalmente á los venenos celulares debidos á una desasimilación exagerada, le agregamos la deficiencia de los órganos encargados de destruir estas toxinas y venenos, fácil es comprender que así como las fuentes de intoxicación son múltiples, lo son también los peligros que ella entraña, y si el organismo resiste es porque una parte de estos elementos escapa constantemente por los diversos emunctorios y muy especialmente por la vía renal haciéndose entonces la orina hipertóxica etc. (véase orina) y centribuyendo de este modo al mantenimiento del equilibrio que debe haber entre el ingreso y egreso de todos estos productos nocivos, que no podrían acumularse sin riesgo de muerte en estos enfermos.

Es evidente pues que de la integridad de este órgano puede depender á veces el éxito de muchos tifoideos, que en caso contrario sucumbirían á la intoxicacación tífica.

El rol que juega el bazo en las enfermedades infecciosas en general y particularmente en la dotienenteria es considerable. Toma una parte muy activa en la fagocitosis como en la destrucción de las tóxinas. Se hipertrofía considerablemente sobre todo en el niño durante el período de estado, para disminuir en la cuarta semana cuando su actividad es menos exogerada y su concurso menos necesario. A esta descripción somera que expresa más ó menos la importancia que tiene el estado de los órganos para el pronóstico, agrego á continuación un párrafo tomado de Charcot Bouchard, que me parece muy concluyente y que servirá para completar este capítulo. «Eliminar los venenos, dice, he ahí una obra saludable. La curación sería singularmente facilitada en los casos en que concurrieran á realizarla, una serie de condiciones. Si el riñón deja pasar anchamente los productos solubles, si el pulmón expulsa las substancias volátiles, si la piel, el intestino, la bilis, se prestan á esta eliminación. Si el hígado transforma los principios nocivos, si los fagocitos suprimen los elementos figurados, si los humores se hacen microbicidas se comprenderá como la reación de la economía de

volverá la salud. *Rol fácil cuando esta económia está perfectamente sana y no ha sufrido ninguna de sus vísceras alteraciones importantes.* Rol igualmente fácil si el virus es moderado, débil, y si no ha penetrado en el organismo en cantidad exagerada y de una manera brusca.» Como se ve pues, del modo de reaccionar del organismo depende el éxito de estas infecciones y claro está que para que esta reacción se produzca, es necesario pues contar con la integridad funcional de los diversos elementos de que dispone la economía al entablar la lucha con los gérmenes patógenos.

La muerte sobreviene en la mayoría de los casos, sobretodo por la intoxicación, exceptuando como es natural, las formas bruscas en que terminan á veces (hemorragias, inhibiciones, actos, reflejos, etc.)

Cuando se mueren por el riñón ó por el higaco, mueren envenenados, cuando sucumben por el pulmón, sncumben á la afixia. Si la muerte viene por hemorragia, por insuficiencia del corazón, es también por privación de oxígeno que los tejidos y los centros bulbares no funcionan más.

De tal modo se ve pues que la causa de la mnerte es ante todo la intoxicación (Charcot Bouchard) y contra ella es necesario poner en juego, todos los elementos de que dispone el organismo, que serán tanto más eficaces, cuanto mejores sean sus condiciones funcionales.

Capítulo III.

Pronósticos de las Complicaciones

APARATO RESPIRATORIO

Bronquitis: Esta complicación aunque frecuente no reviste en general mayor importancia, en muchos casos acompaña a la tifoidea desde un primer momento, pero más ordinariamente aparece en la cuarta semana unida á las congestión hipostática de los pulmones y entónces puede ser capaz de retardar la convalescencia.

Neumonia lobular: Rara vez aparece antes de la tercera semana y generalmente acompaña el último período de la dotienenteria, puede terminarse por pequeños abcesos y muy raramente por gangrena.

Cuando en estos casos hay gran elevación de la temperatura y la disnea se hace intensa, el peligro es grande y muchas veces difícil de conjurar.

Neumonta lobar: Puede aparecer en cualquier momento de la enfermedad, ya sea al principio de ella, enmascarándola á veces y cuyo pronóstico es en general benigno, ó bien durante su curso aumentando considerablemente la disnea y la adinamia y agravándolo en consecuencia.

Pleuresia: Es una complicación muy rara y sumamente grave, sobre todo si es purulenta. Murchisón cita dos casos, uno de ellos cura y el otro sucumbe un año después á una tuberculosis pulmonar.

Tuberculosis: Cuando se hace en un baciloso una dotienenteria el pronóstico es muy reservado, lo mismo sucede cuando se produce esta intercurrencia en el curso de una tifoidea. Sartlet dice haberla observado con frecuencia como consecutiva á esta enfermedad y piensa que cuando en la cuarta semana ó á fines de ella persisten la hecticidad de la fiebre y la bronquitis hay que temer la presencia de tubérculos.

Neumotorax: En algunos casos aunque muy raramente, se ha podido constatar esta temible complicación; su pronóstico es muy grave.

Laringitis: A veces resulta ser una seria complicación, puede llegar á producir ulceraciones que se extienden hasta la tráquea (Pericondritis tifosa de Rokitansky) y determinar así un edema agudo de la glótis que impondría la necesidad de una traqueotomia, ó bien si estas lesiones son muy profundas originaria un enfisema generalizado que debutaría por el cuello y cuyo pronóstico sería muy reservado. En otros casos dá lugar á la formación de abcesos ó á una laringitis crónica. El edema agudo lo ha observado Murchisón independientemente de las lesiones laringeas. Esta es una complicación que dura mucho tiempo.

APARATO CARDIO-VASCULAR

Miocarditis: Es la complicación más frecuente y temible de parte de este aparato, se traduce por la blandura é irregularidad del pulso, por el alejamiento de los tonos, por la desaparición de uno de ellos y por lo que en clínica obstétrica se conoce con el nombre de embrocardia ó ritmo fetal.

La taquicardia es la regla—140 á 150 pulsaciones por minuto y volvemos á repetir aquí que la situación pronóstica es inquietante pasando de

120 ó 180. Conviene no confundir la embriocardia con ciertos estados de astenia tóxica profunda que se encuentran en las fiebres tifoideas graves—lo que resuelve el problema es que en la miocarditis la embriocardia es constante, *mientras que la auscultación de las profundas astenias permiten siempre oir los dos tonos en las válvulas respectivas*, (Sicardi).

En los casos de miocarditis todos los síntomas presentados por el tifoideo se agravan considerablemente. (Sicardi).

El pronóstico de esta complicación es gravísimo, casi siempre mortal.

Arteritis: Aparece ya sea, en el curso ó en la convalescencia de esta enfermedad y trae consigo la gangrena correspondiente al territorio de la arteria que invade. A veces, cuando la arteritis no es de mucha gravedad, puede pasar sin llegar á la gangrena, no obstante una vez producida ésta el pronóstico se agrava.

Bourgeois cita un caso en que el enfermo cura, después de haber perdido la pierna derecha.

Patry hace referencia de otro que fué fatal; Hayem en un trabajo que pública en 1877 sobre, « *las manifestaciones cardiacas de los tifodeos* » habla de otro caso fatal, en cuya autopsia se en-

cuentran coagulos en las dos crurales, que ascienden hasta la aorta.

Muchisón ha tenido oportunidad de observar gangrenas del pene, de la vagina, de la pared abdominal, de los labios, de la oreja, etc.

Patry en una observación que hace en 1888 describe otro caso de obstrucción de la carótida externa, que provoca la gangrena de la oreja izquierda y se extiende luego á las mejillas, parpado y frente.

Trousseau en sus lecciones clínicas cita otros casos análogos.

Flebttis: Como la arteritis, es relativamente frecuente en la dotienenteria y puede aparecer durante su curso ó en la convalescencia. Tiene una predilección especial por la pierna izquierda y es capaz de dar lugar á fenómenos sumamente graves y á veces mortales. Ya sea originando una embólia que va á terminar al corazón derecho ó á la arteria pulmonar, ó si los coagulos son pequeños ir á localizarse en el pulmón.

Estas lesiones producidas á distancia son como es natural de un pronóstico fatal, no sucede así con las lesiones locales, en estas dá lugar á una hipertrofia del miembro tanto de la masa múscular, como de su sistema oseo. Estas perturbaciones tróficas parecen responder en algunos casos á una

sobrecarga grasosa (Lesage) y en otros á una hipertrofia verdadera con aumento de la energía múscular. (Cerne). En otras circunstancias y por razones de mecánica origina las *hidropesias* Estas flebitis duran meses.

APARATO DIGESTIVO

De parte de la cavidad buco-farigea son muy pocas las complicaciones de importancia, pueden citarse las anginas pultáceas, membranosas á stafilococos ó á streptococos y muy raramente las difté-ricas.

En el curso de una tifoidea á veces se constata una disfagia espasmódica, muy pronunciada, que según Vergely, pueden ser los preludios de fenómenos nerviosos graves, durante la convalescencia.

Peaturbaciones gástricas.—Al principio de la enfermedad, pueden observarse vómitos, dato de poca importancia, pero los producidos durante el segundo y tercer período y aún durante la convalescencia, parecen responder á ulceraciones estomacales, causa á veces de hematémesis, ó bien responder á los primeros síntomas de una peritonitis.

Las perturbaciones gástricas en general, no resultan graves, son accidentes más ó menos benignos inherentes á la misma enfermedad y que pasan con ella; pero á veces dan lugar á catarros gástricos muy rebeldes (Sicardi).

Hemorragias intestinales.—Estas se producen durante el segundo y tercer período con mayor frecuencia; su gravedad depende de la cantidad de sangre que se pierde en ellas; Trousseau no les asigna mal pronóstico siempre que no sean exasperadas; del mismo modo piensa Graves y Griesinger.

No obstante, aunque en muy pocos casos, han sido seguidas de muerte. Trousseau refiere un caso de éstos, consecutivo á una de esas hemorragias abundantes y Leymarie habla de otro que murió en menos de una hora, *saigné á blanc.*

Dieulafoy por su parte las considera en estos casos como precursoras de perforación y les confiere un pronóstico en consecuencia.

Cuando estas hemorragias son moderadas y no se repiten con frecuencia, pueden tener hasta una buena significación pronóstica, pues sirven de derivativo, al mismo tiempo que se eliminan con la sangre que se pierde, gran cantidad de toxinas.

Si ellas aparecen en la cuarta semana, coincidirían con la caída de las escaras, y en tal caso

revisten mayor gravedad, dada la facilidad que hay para las perforaciones.

PERITONITIS TÍFICA Y APENDICITIS PARA-TIFOIDEA

La peritonitis encuentra su origen ya sea en la perforación intestinal, ya en la perforación del apendice ó bien en la ruptura de un ganglio mesentérico ó de las paredes de la vejiga ó de la vesícula biliar, etc.

Su pronóstico cualquiera que sea su modo de producción en la gran mayoría de los casos es fatal. No obstante cuando se ha dado lugar á la formación de adherencias, puede formarse así una peritonitis localizada curable. La peritonitis por propagación, de la que Dieulafoy hace una descripción magistral, se verifica á condición de que se exalte la virulencia de los gérmenes en una cavidad cerrada, hecho que puede realizarse en el apéndice determinando la *Apendicitis para-tifoidea* que á su vez puede terminar en una peritonitis, ya sea después de perforado éste ó de propagada la infección, y termina haciendo las conclusiones siguientes:

1º. Hay peritonitis por perforación que sobrevienen de preferencia durante el período de estado ó durante la recaida de la fiebre tifoidea.

La perforación puede hacerse en el ileon, ciego, apéndice y cólon. Que los síntomas sean lijeros ó graves, hay amenudo, (pero no siempre) caida brusca de la temperatura. Estas peritonitis son extremadamente graves, a menos que sean detenidas desde su principio, por adherencias que limitan á tiempo la perforación.

2º. Hay apendicitis *para-tifoideas* que sobrevienen habitualmente en el curso ó durante la convalescencia de la fiebre tifoidea. Estas apendicitis son generalmente acompañadas de una vuelta de la fiebre y de una elevación de la temoeratura; ellas evolucionan con una apendicitis banal, el proceso toxi-infeccioso puede limitar su acción al simple ataque apendicular, sin peritonitis y puede igualmente llegar á todas las complicaciones de la apendicitis, peritonitis, abcesos de hígado, etc.

APARATO BILIAR - HÍGADO

Debido á la migración de los agentes microbianos que se encuentran en el intestino, puede hacerse una infección ascendente de las vías bilia-

res, dando lugar así á las complicaciones que se observan de parte de este aparato. De su intensidad depende el pronóstico, pues si bien es cierto que algunas de ellas pueden pasar desapercibidas, otras en cambio pueden dar lugar á perforaciones y provocar de este modo peritonitis mortales.

A veces estos procesos agudos, que parecen terminar su evolución junto con la dotiementeria que acompañan, recrudecen cuatro ó cinco meses más tarde y aparece entonces una colecistitis supurada ó no. Girode y Gilbert publican un caso el año 1893, que se tomó por una *colecistitis calculosa*. Se intervino y se constató una *colecistitis tífica supurada*, consecutiva á una tifoidea que había terminado un mes antes.

Dupré refiere otro caso análogo en el que después de intervenir, se descubre al examen bacteriológico de la vesícula calculosa el bacilo de Eberth.

Barbe cita un caso de Dieulafoy que termina por la muerte, consecutiva á una peritonitis por perforación.

De parte del hígado y debido á la acción tóxica de los gérmenes, se observan degeneraciones de la célula hepática misma, que repercuten sobre el funcionamiento de esta glándula, trayendo consigo á veces todo el cuadro de una ictericia grave. Su pronóstico es casi siempre fatal.

Esta complicación aparece en general en el último período, no obstante Frerich, refiere un caso en que se produce á los cinco días y muere á los ocho.

En cuanto al abceso del hígado, complicación bastante rara, su pronóstico aunque siempre grave, depende de su situación y de su evolución. Cuando éste se abre en los órganos toráxicos ó abdominales, un cincuenta por ciento, más ó menos, terminan con la muerte.

En casos excepcionales se reabsorbe, y cuando no se evacúa determina grandes exacerbaciones vesperales, caquexia progresiva, sudores profusos, edema de los miembros inferiores, terminando siempre de una manera fatal.

APARATO GENITO-URINARIO

Nefritis: Complicación bastante frecuente y en general benigna. Es debida á las tóxinas que actúan sobre el epitelio renal y termina cuando cesan de actuar estas.

En otros casos más raros constituye una complicación muy seria á la que se le suelen agregar accidentes urémicos, haciéndose así el pronóstico fatal.

En otras formas menos graves, pueden ser estas nefritis, el punto de partida de un *mal de Bright*, que aparecerá más tarde.

Se observan también parálisis vesicales de origen tóxico que obligan al cateterismo y que en general terminan por la curación.

Orquitis: Es poco frecuente y no comporta mayores peligros. Es siempre unilateral y jamás conduce á la impotencia ó á la atrofia.

Embarazo: La fiebre tifoidea en los estados gravídicos, provoca generalmente el aborto. El pronóstico siendo grave para la madre, es casi siempre fatal para el feto.

Parotiditis: Es una complicación muy rara y tiene un pronóstico muy reservado.

Puede aparecer ya sea en el curso de la dotienenteria ó en la convalescencia.

Trousseau ha sido uno de los primeros en describirla y en su tratado de Clínica Médica, se expresa así: «Esto que los viejos llaman una crisis ó una metastasis yo la llamo: una funesta complicación y las miro como un accidente muy grave». Murchison las considera del mismo modo.

Hematomas y Abcesos musculares: Son poco frecuentes y se localizan de preferencia en los músculos del muslo y del abdomen. La intervención quirúrgica está caai siempre indicada. Estos hema-

tonas pueden supurar y dar lugar así á la formación de abcesos y tanto los unos como los otros evolucionan con buen pronóstico.

Lesiones Oseas: Estas complicaciones aparecen lo más amenudo durante la convalescencia ó aún mucho después de habər terminado la enfermedad. La lesión establecida, puede terminarse por resolución, por exostosis, ó por supuración dando lugar á fistulas interminables. Son producidas por el bacilo tífico solo ó asociado á Streptococos y Stafilococos. Su pronóstico rara vez es grave.

ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Ojos: Se han observado ulceraciones de la cornéa, ambliopias amaurosis. (Nothnagel). Gilepsie refiere un caso en que sobreviene una ceguera total que dura seis semanas. Estas complicaciones son muy raras.

Oído: La otorrea es muy común, á veces, cuando es muy intensa, puede interesar el oído medio y la apofisis mastoidess determinando luego una meningitis; ó bien, ocasionar la perdidade este sentido. En cuanto á la sordera, que aparece en general en el segundo período y que coincide

con un catarro de la trompa, no reviste gravedad alguna.

Piel: Puede ser asiento de erupciones múltiples, morbiliformes y escalatiniformes. Siendo en algunos casos banales, en otros constituye verdaderos eritemas infecciosos que se llevan el enfermo en cuarenta y ocho horas. (Hutinel y Martín de Gimardi). La erisipela lo más amenudo de la cara, comporta muy sérios peligros para estos enfermos. Sobre nueve casos de Louis 6 han sucumbido y Murchison sobre nueve ha visto morir cuatro.

Los edemas generalizados ó parciales parecen ser frecuente sobre todo en los niños pero no revisten mayor gravedad. Debido al estado de aniquilamiento en que caen estos enfermos es común observar la formación de escaras, ellas cubren el sacro los trocanteres y aún los codos, los talones y el occipucio. El CANCRUM ORIS es sumamente raro y solo se lo ha observado en los niños.

West: Menciona dos casos y sobre 98 casos observvdos por Tourdes (de gangrena de la Boca) 7 son consecutivos á la fiebre tifoidea.

Ordinariamente es una complicación mortal.

Polineuritis: Transcribo á continuación un parrafo tomado de la tesis del Doctor Mauricio Jammes sobre «Neuritis Alcoholica» muy bien descripto y con el que termino el pronóstico de las complicaciones.

«Las polineuritis infecciosas febriles sobrevienen sea expontáneamente, sea á continuación de un resfrio, de un surmenage ó en el curso de enfermedades agudas tales como la difteria, la viruela, la tifoidea. Los dolores son vivos y paroxisticos, acompañándose de hormigueos, de hiperalgesia cutánea que más tarde es reemplazada por anestesia. Esta paresia bilateral y simétrica se presenta con fiebre, estupor y anorexia. La parálisis progresa rápidamente. La contractibilidad electrica no existe. Estos síntomas pueden desaparecer bien muy lentamente ó al contrario seguir una marcha progresiva tomar la parálisis al diafragma y por consiguiente llevarse al enfermo».

El Doctor Sicardi ha observado casos de polineuritis terminados por curación; siendo el proceso curativo sumamente lento, y agrega: que todos los casos que ha tenido oportunidad de ver, se han curado.

Buenos Aires, Julio 15 de 1909.

Nómbrase al señor Consejero, Doctor Francisco Sicardi, al Profesor titular Doctor Angel M. Centeno y al Profesor suplente Doctor Mamerto Acuña, para que, constituídos en comisión revisora dictaminen sobre la presente Tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la ordenanza sobre exámenes.

E. Canton.
R. S. Gómez.
Secretario

Buenos Aires, Agosto 2 de 1909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente Tesis, según consta en el acta Nº 2057 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. Canton.
R. S. Gómez.
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Utilidad del exámen del pulso en el pronóstico de la fiebre tifoidea.

FRANCISCO SICARDI.

II

El pronóstico de la fiebre tifoidea en la primera y en la segunda infancia.

ANGEL M. CENTENO.

III

Valor de la curva térmica en el pronóstico de la fiebre tifoidea.

MAMERTO ACUÑA.