AÑO 1910. Núm. 2209.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DIAGNOSTICO DE LA FIEBRE TIFOIDEA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

FLORO LAVALLE

"LA CIENCIA MEDICA"

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO

DR. D. ELISEO CANTÓN

VICE DECANO

DR. ENRIQUE BAZTERRICA

CONSEJEROS

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

SECRETARIOS

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

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

MIEMBROS HONORARIOS

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACO SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTO DE MAGALHAES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

PRESIDENTE

DR. D. EUFEMIO UBALLES

VICE-PRESIDENTE

DR. D. PEDRO N. ARATA

MIEMBROS TITULARES

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
14. » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15. » » DANIEL J. CRANWELL
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » JUAN A. BOERI
18. » » ANGEL GALLARDO
19. » » CARLOS MALBRAN
20. » » M. HERRERA VEGAS
21. » » ANGEL M. CENTENO

SECRETARIO

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Alfredo Lanari
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce (con lic.)
Fisiología General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbran
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 (con lic.
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
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito-urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
» Juan R. Fernandez

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Física Médica	Dr. Juan José Galiano
Anatomía Patológica	» José 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 Dermatológica y 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
Zoología Médica	Dr. D. J. Greenway
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Histología	» Julio G. Fernandez
Bacteriología	» Juan Carlos Delfino » Leopoldo Uriarte » Alois Bachmann
Higiene Médica	» Felipe Justo
Anatomía Topográfica	» Roberto Solé » Carlos R. Cirio
Clínica Ginecológica	» Jaime Salvador
» Oto-rino laringologica	» Eliseo V. Segura
Patología externa	» Carlos Robertson » Ricardo S. Gómez
Medicina Operatoria	» Pedro Chutro
	» Ricardo Colón
Patológia interna	» Pedro Labaqui
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Quirúrgica	» Francisco Llobet » Marcelo Viñas » Marcelino Herrera Vegas » José Arce
	Armando Marotta
» Neurológica	Mariano Alurralde
Medicina Legal	Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Luis Agote » David Speroni » Juan J. Vitón
Clínica Obstétrica	» Enrique A. Pado » Enrique Zárate » Arturo Enriquez » Alberto Peralta Ramos » Fáustino J. Trongé
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas » Mamerto Acuña « Genaro Sisto
» Génito urinaria.	» Bernardino Maraini » Joaquin Nin Posadas
» Psiquiátrica	» José T. Borda

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía, Fisiología, comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mújica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología 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	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Farmacognosia y posología razonadas	Dr. Juan A. Dominguez

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisioiógico y Clínica Obstétrica . .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	» Uraldo Fernandez
	» J. C. Llames Masini

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología . .	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» N. Etcheparerorda

CATEDRÁTICO SUPLENTE

Dr. Rodolfo Erauzquin

PADRINO DE TESIS :

DOCTOR EDUARDO BONDONE

A la memoria de mi Padre y de mi hermana Juanita

HOMENAJE.

A MI MADRE Y HERMANOS

A mis maestros :

Doctores ALLENDE Y PENNA

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Presento estas páginas á vuestras consideración científica, cumpliendo así con la última formalidad que, para optar al grado de Doctor en Medicina, me exigen los Reglamentos de la Facultad.

Quiero al hacerlo dejar constancia de mi agradecimiento hacia todos los profesores de esta escuela, que con sus lecciones y consejos, han intervenido en mi educación médica, y de quienes trataré de mostrarme digno en el desempeño de mi profesión.

A mi amigo y cuñado doctor Eduardo Bondone, mi sincero reconocimiento por el honor que me dispensa al acompañarme en este acto.

DIAGNOSTICO DE LA FIEBRE TIFOIDEA

El diagnóstico precoz de la fiebre tifoidea tiene gran importancia, deduciéndose de él indicaciones terapéuticas que puestas en prácticas oportunamente, pueden intervenir en forma favorable en la evolución de la enfarmedad. Por otra parte, nuestros conocimientos sobre su carácter infecto-contagioso nos ha enseñado que observando medidas higiénicas convenientes, es posible prevenir su desarrollo con carácter epidémico, que es sin duda el más temible

No menos importante que difícil es este diagnóstico precoz, dada la diversidad de maneras con que la fiebre tifoidea se manifiesta, la analogía que tiene con las enfermedades agudas en general y la pobreza de síntomas patognomónicos que contribuyen á facilitar el diagnóstico en otras afecciones semejantes.

Dividiremos este trabajo en dos secciones, comprendiendo la primera el diagnóstico directo de la en-

fermedad, tanto en el terreno de la Clínica, como en el campo del Laboratorio y estudiando la segunda el diagnóstico indirecto ó diferencial.

DIAGNOSTICO CLINICO

Junto á la cabecera del enfermo, en qué caso está el médico autorizado para sentar afirmativamente el diagnóstico de la fiebre tifoidea ?

La respuesta se deduce del estudio de los síntomás precoces y de los factores etiológicos que vamos á analizar, tratando de extendernos en las consideraciones que cada uno de ellos nos sugiera.

Indudablemente la enfermedad que nos ocupa no se halla entre las que se presentan de un modo brusco sin período prodrómico. Lo común es observar un período que abarca desde algunos días hasta más de dos semanas en que el enfermo experimenta esa sensación de decaimiento y malestar tan generalizada, por otra parte, en las infecciones agudas. Esta laxitud se acentúa y bien pronto otros fenómenos tales como la cefalalgia, el insomnio, los dolores de las extremidades y más raras veces los vérti-

gos y las epixtásis hacen su aparición. En la mayoría de los casos el enfermo desde un principio se ve obligado á guardar cama, molestado por su incesante cefalea y debilitado por su creciente astenia.

Comienza la enfermedad otras veces con todas las apariencias de un catarro gástrico, más ó menos banal, apirético, ó febril. Más raramente todavía este período de incubación pasa desapercibido por el enfermo, quien bruscamente va del estado de salud al de enfermedad, siendo entonces la fiebre el primer fenómeno y el primer factor para el diagnóstico.

Como se ve faltan, por completo, síntomas que en este período llamado de Invasión, puedan caracterizar la enfermedad y hagan posible entrever un diagnóstico basado exclusivamente en el estudio de los síntomas clínicos. Si tenemos en cuenta que el Laboratorio poco puede suministrarnos en este período de Invasión y dada, por otra parte, la carencia casi absoluta de síntomas clínicos, según lo que acabamos de exponer, debemos apelar al estudio de los factores etiológicos, únicos que pueden guiarnos para formular nuestro diagnóstico.

Enumeraremos estos factores :

Primero—El enfermo, no habiendo tenido anteriormente fiebre tifoidea, tiene en igualdad de circunstancias más probabilidad que otro para adqui-

rir la enfermedad. Las nociones que hoy poseemos respecto de la inmunidad adquirida, nos evita el comentario acerca de este enunciado. Sin embargo, se citan casos auténticos de personas que han contraído dos veces la enfermedad, la recidiva en la fiebre tifoidea es un fenómeno observado por Trousseau, Constantin Paul y Brouardel, pero aquí como siempre «la excepción confirma la regla», dice Muchison. Bien que muy rara no dudamos de la recidiva tifoidea, pero considerándola tanto ó más excepcional que la observada en la Escarlatina, y muchísimo más aún que en el Sarampión y en la Viruela.

Segundo—Un enfermo que no es de la localidad afectada por el Tifus, tiene en igualdad de circunstancias, más probabilidades que otro para adquirir la enfermedad. Es un hecho ya observado que esta enfermedad ataca preferentemente á las personas que no habitan la localidad infectada, repitiéndose aquí un hecho que hemos tenido ocasión de constatar á propósito del Sarampión : En las épocas de acuartelamiento el mayor número de conscriptos enfermos se cuentan entre aquellos que vienen de la campaña, es decir, que habitan lejos de los centros de población, donde el Sarampión es endémico.

Tercero—Las afecciones gastro-intestinales predisponen á la enfermedad, debilitando en ese terreno las defensas orgánicas.

Aparte de lo tratado figuran también como factores etiológicos el clima y la raza, así por ejemplo : la enfermedad respeta ó ataca la raza árabe, atacando en cambio grandemente á la europea (Brouardel y Gilbert).

Análogamente es necesario tener en cuenta como causas secundarias coadyuvantes de la infección tifoidea : la edad (los niños y los viejos están en menores condiciones de receptibilidad, que los jóvenes y adultos), la predisposición familiar, el sourmenage, las profeciones, y en una palabra, todo lo que directa ó indirectamente afecte en un momento dado las defensas orgánicas, aminorándolas y favoreciendo la eclosión de la enfermedad.

Ya en el período de Estado el estudio de la temperatura es, sin duda, el más importante y venga en nuestro auxilio la opinión de Jaccoud al sostener, que « por un sólo examen de una curva exacta y completa, puede un médico experimentado reconocer que se trata de una fiebre tifoidea con exclusión de toda otra enfermedad febril de larga duración ».

Las manifestaciones febriles del período prodrómico faltan por completo y cuando existen son pasajeras ó incompletas ; en cambio una vez declarada la enfermedad, una vez instalado el período que Jaccoud denomina de infección, el ciclo febril del tifus

abdominal, toma una forma especial, invariable, y por decirlo así, patognomónico.

Comprende la tifoidea, como toda enfermedad, tres períodos : el de ascenso, el de estado (reunidos ambos por Jaccoud bajo la denominación de período de infección) y el de declinación (período de reparación de Jaccoud), pues bien, á cada uno de estos tres estados los acompaña una marcha paralela de la curva térmica.

Desde el comienzo en el período inicial la temperatura se eleva ; esto sucede habitualmente de los tres á los cinco primeros días en que vemos un aumento cuotidiano y vespertino de próximamente un grado, alternando con una remisión matutina de medio grado, sobre la temperatura de la víspera (Trousseau).

Por lo que acabamos de ver nada tiene de común esta iniciación febril con la que observamos en otras enfermedades, la neumonia, por ejemplo, en que el ascenso es brusco y la temperatura de un día es siempre notablemente superior á la del precedente.

La curva termométrica ofrece en esta enfermedad, un ascenso regular, pero sobre todo gradual y no interrumpido ; esta constancia de fenómenos observada primeramente por Thierferdelr, ha servido de base para que Wunderlich, emitiera las siguientes conclusiones erigidas hoy en leyes : « toda enferme-

dad que desde el primero ó segundo día presenta una temperatura de 40 grados, no es fiebre tifoidea ».

Y recíprocamente toda enfermedad en que la temperatura no llega en la tarde del cuarto día á la cifra de 39 y medio grados, no es tampoco fiebre tifoidea.

Repitamos entonces una vez más que el ascenso constante, cuotidiano y regular interrumpido por una ligera remisión matutina (que nunca supera á la exacerbación vespertina de la víspera), caracteriza este primer período llamado por Jaccoud de las oscilaciones ascendentes y aceptado por la inmensa mayoría de los clínicos.

La importancia clínica de estas constataciones no es efímera, no hay fiebre eruptiva, no hay escarlatina, no hay viruela que se presenten en esta forma ; el diagnóstico podrá permanecer dudoso cinco días, pero al cabo de ellos, su afirmación podrá desprenderse de estos hechos.

Así se constituye el período de estado caracterizado sobre todo por la falta de ascensos francos vespertinos y la débil intensidad de las remisiones matinales. Hay en este período una temperatura fija alrededor de la cual se establecen pequeñas oscilaciones exprimidas por algunas décimas de grado, constituyendo lo que la Patología General ha llamado Tipo de fiebre continua ; esta horizontabilidad de la gráfica termométrica contrasta notable-

mente con la oblicuidad manifiesta del primer período y esa temperatura que fué de 38 grados en el primer día, que subió á 39 grados en el segundo y que alcanzó á más de 40 grados en el tercero, se mantiene desde ahora hiperpirética.

Terminado este período de estado (período de las oscilaciones estacionarias de Jaccoud), al fin del cual se notan las grandes oscilaciones que constituyen el período anfíbolo de Wunderlich (observado generalmente en los casos graves), llegamos al tercero que por oposición al de ascenso se ha convenido en llamarlo de declinación (período de las oscilaciones decendentes de Jaccoud). Desde entonces las remisiones se acentúan, quedando invariable, sin embargo, la temperatura de la tarde; pronto se acentúa asimismo el descenso de la fiebre vesperal, más tarde todavía las remisiones se pronuncian de más en más, en fin la fiebre desaparece por la tarde, el ciclo febril ha terminado, la gráfica enseña la línea oblicua y quebrada que termina y caracteriza la curva térmica.

Hagamos notar que esta descomposición del ciclo febril no responde á la clásica división en semanas de la fiebre tifoidea, pero ello mismo sirve para probar lo arbitrario y artificial de esta división que no corresponde á las facias reales de la enfermedad,

que únicamente pueden basarse en la marcha del movimiento febril.

Esta es la marcha de la temperatura cuando la enfermedad recorre su período abadonada á sí misma, pero este cuadro tan ordenado y regular es susceptible de presentar interesantes particularidades, y así, por ejemplo : el período anfíbolo, como decíamos en páginas precedentes, se encuentra en los casos graves ; como también una hipertemia continuada suele observarse en casos fatales cuando se aproxima la agonía. Pero nada modifica la temperatura tan especialmente como lo hace la hemorragia intestinal ; si ella es poco importante la caida es pasajera, dura uno ó dos días, al contrario, en los casos muy graves la caída es brusca, intensa y aún puede observarse la terminación con hipotermia.

Aparte de la influencia que sobre la marcha de la curva térmica ejerce la hemorragia intestinal, señalaremos una discordancia neta y bien establecida entre la temperatura y el pulso, observada algunas veces en la evolución de la fiebre tifoidea ; con un pulso cuya frecuencia es de 120, 140 pulsaciones por minuto, coinciden temperaturas hiponormales, al ocuparnos del pulso veremos que este fenómeno es excepcional y debe vislumbrar un pronóstico reservado.

Estudiemos ahora otro fenómeno no menos im-

portante ; el pulso de los tíficos, pues de su observación se desprenden importantes deducciones diagnósticas y especialmente pronósticas.

Revistemos los caracteres que su palpación nos sugiere ; como en todas las infecciosas el pulso se encuentra en este caso más ó menos acelerado, esta aceleración es en los primeros días muy poco acentuada ; la frecuencia se pronuncia en el curso de la primera semana en la que se cuentan 100 ó 120 pulsaciones por minuto manteniéndose en esta forma hasta el fin del período de estado, para perder la frecuencia en el tercer período ó de declinación ; vemos, pues, que la curva térmica y esfígmica conservan un paralelismo únicamente perturbado en caso de complicación.

La aceleración del pulso es el reflejo de la forma en que evoluciona la enfermedad ; podríamos enunciar esta ley « la gravedad del caso está en razón directa con la frecuencia del pulso, esto es : cuanto más grave está el enfermo, más acentuada es la taquicárdia » ; una frecuencia superior á 110 pulsaciones por minuto en el adulto (porque debe constar que en el niño esta frecuencia es proporcionalmente mayor), es indicio de un estado grave ; una frecuencia de 140, 150 pulsaciones en el adulto (180 en el niño), sólo se encuentra cuando se aproxima la agonía.

Esta taquicardia es el fenómeno ordinario más no

el hecho absoluto y no es raro encontrar bradicardia permanente ó temporaria en el curso de la tifoidea, como también se observa en algunos casos, pulso de frecuencia normal.

El pulso es generalmente en un principio fuerte y amplio, pero bien pronto su tensión disminuye haciéndose más ó menos depresible y aumentando su frecuencia, puede aplicarse, por consiguiente, en la mayoría de los casos, lo que Louis había observado y que hoy conocemos con el nombre de ley de Marey : á mayor frecuencia menor tensión.

Pero la característica más notable que nos presenta el pulso del tífico es el dicrotismo ; encontramos en la fiebre tifoidea el ejemplo de dicrotismo más regular é intenso, no ignorando, por otra parte, que en lenguaje semiológico, dicrotismo quiere decir hipotensión.

Nótanse también otras irregularidades que obedecen á alteraciones más ó menos intensas del miocardio y que reflejan, por consiguiente, un estado de cansancio del órgano central, próximo al colapso cardíaco ; estas alteraciones se traducen en intermitencias y arritmias del pulso ó bien este es pequeño, blando y depresible.

Respecto á la presión arterial, transcribiremos íntegra la nota de Potain : « La fiebre tifoidea es de todas las enfermedades agudas la que más baja la

presión arterial » ; esta hipotensión se manifiesta desde el comienzo de la enfermedad, manteniéndose durante el período de estado y luego aumenta lentamente durante la convalecencia.

Nos ocuparemos ahora de otro signo importante para nuestro diagnóstico : las manchas rosadas lenticulares ; constituyen éstas una erupción máculo-eritematosa que aparece en el abdómen al finalizar la primer semana. Homolle dice á este respecto : « Toda enfermedad febril en la cual aparece al séptimo ú octavo día una erupción de manchas es una fiebre tifoidea ; é inversamente, toda fiebre continua que después de diez ó doce días no se acompaña de manchas rosadas, no es verdaderamente una fiebre tifoidea ».

La roseola tifoidea puede sobrevenir más tarde desapareciendo entonces su valor diagnóstico, pues la enfermedad está ya caracterizada por los síntomas generales. La erupción no aparece bruscamente, como ocurre en otras afecciones exantemáticas, su aparición es discreta, y se desarrolla paulatinamente, oxilando su duración entre tres y doce días, siendo su media de ocho días.

Considerados estos elementos, aisladamente nos presentan al examen macroscópico los siguientes caracteres : pequeñas máculas de dos á cuatro milímetros de circunsferencia, de color rosado, ligera-

mente elevadas y que á la presión del dedo desaparecen momentáneamente, su sitio habitual de localización es el abdómen y el pecho, rara vez se generalizan al dorso y los miembros.

La abundancia y la persistencia de estas eflorescencias marchan de acuerdo con la gravedad de la infección. Es un hecho de observación corriente constatar pronta curación ó, por lo menos, formas benignas de la enfermedad en aquellos casos faltos por completo de erupción ; por el contrario, cuando la roseola se estaciona y después de la primera invasión aparecen nuevas máculas ó cuando desde un principio la cantidad de ellas es muy abundante , los síntomas generales adquieren gran intensidad, y sino la evolución total de la enfermedad se hace más larga.

El exantema tífico tan común en la sintomatología de la dotienenteria, no es, sin embargo, patognomónico y propio de ella con exclusión de las demás, como se observa frecuentemente en otras enfermedades. La tuberculosis miliar aguda, por ejemplo. Aún aparte de ello, hay todavía otras especies de erupciones en la enfermedad que nos ocupa. Nos referimos á la sudamina ó fiebre miliar y á las manchas azules, cuya patogenia, oscura en los tiempos de Trousseau, se atribuye hoy á la pululación del parásito pediculoso de la ingle ; pero estas erupcio-

nes son evidentemente síntomas no comunes, secundarios y por lo mismo desprovistos de interés.

Otro síntoma precoz que ya hemos citado es la cefalalgia ; no constituye, por cierto, un síntoma especial, pues figura en el cuadro de casi todas las enfermedades infecciosas agudas ; pertenece á los signos de aparición más rápida en el curso de la fiebre tifoidea ; es ordinariamente moderada, continua y frontal ; otras veces es violenta paroxística, duradera, constituyendo en muchos casos el síntoma predominante de los primeros días ; raras veces afecta forma neurálgica con puntos dolorosos, correspondientes á la esfera de los nervios craneanos : occipitales y orbitarios.

Hemos dicho que la cefalalgia acompaña á casi todas las enfermedades agudas ; sin embargo, toma en cada una de ellas caracteres particulares que pueden contribuir al diagnóstico. En la influenza, por ejemplo, la cefalalgia ocupa un lugar importante ; es en el curso de la Grippe acaso el signo más constante y generalmente más intensa y duradera que en la fiebre tifoidea. En las fiebres eruptivas (escarlatina, sarampión, viruela), caracteriza el período de invasión ; es frontal y muy violenta en la viruela y unida á la raquialgia pueden considerarse como los síntomas prodrómicos de esta enfermedad.

Estudiemos ahora otros síntomas del período de

invasión, que si bien no tienen la importancia de los ya enumerados, cooperan en la formación del diagnóstico. El insomnio, fenómeno que puede considerarse constante, siendo por esto un síntoma de gran valor ; los dolores occipitales, zumbidos de oídos y vértigos, suelen presentarse también con relativa frecuencia. Pero ninguno de ellos ofrece en este sentido la importancia diagnóstica de la hemorragia nasal ; la epixtásis es en la fiebre tifoidea un fenómeno común y entre las hemorragias indudablemente la más frecuente. Su aparición en el período de invasión en que la sintomatología es escasa tiene un valor diagnóstico importante, pero no es ésto lo general. Las epíxtasis son frecuentes variando la cantidad de sangre perdida desde algunos gramos hasta más de un litro en ciertos casos.

La hemorragia nasal no es muchas veces sino una manifestación de la fiebre tifoidea hemorrágica ; comúnmente se presenta como síntoma ordinario de la enfermedad ; aparte de la importancia que puede atribuirse á la cantidad de sangre perdida, se debe considerar la epixtasis como un signo desprovisto de significación. No faltan, sin embargo, autores que como Herrck lleguen á considerarlo como un fenómeno crítico, opinión que nos parece exagerada.

La anorexia es otro síntoma no desprovisto de significación diagnóstica por su precocidad y cons-

tancia ; en el período de incubación la disminución del apetito ya es marcada, acentuándose desde que se inicia el período de invasión ; más tarde, en cambio, al comenzar la convalecencia el fenómeno se invierte, siendo reemplazado por una voracidad muy marcada que puede ocasionar accidentes consecutivos cuando no se vigila.

Algunos autores atribuyen la anorexia á la dieta y alimentación líquida á que se someten la mayoría de los enfermos ; en apoyo de esta teoría se cita el hecho de que los tifoideos alimentados conservan su apetito ; sin embargo, estas teorías sostenidas en Francia por Baquez no tienen á nuestro juicio razón de ser. La anorexia es un fenómeno de observación vulgar y corriente en muchas enfermedades, y si en la mayoría de ellas se atribuye á la intoxicación y movimiento febril no comprendemos porqué en el caso particular de la fiebre tifoidea, enfermedad eminentemente febril y aguda, estas mismas razones no la explican.

La polidipcia es otro fenómeno observado generalmente en el principio de la infección ; es á juicio de Muchison excesiva en casi la mitad de los casos.

Nos ocuparemos del estudio del bazo, cuya sintomatología clínica, aunque dotada de una importancia diagnóstica considerable, se reduce en el lenguaje anátomo-patológico á su hipertrofia ; este au-

mento de volumen de mayor ó menor grado puede considerarse constante. Se manifiesta desde el principio de la infección y es tanto ó más considerable cuanto más joven es el sujeto, marchando en general la hipertrofia en razón directa á la gravedad del caso. La Esplenomegalia tífica no es á pesar de todo un síntoma infaltable. Hagamos ahora su estudio semiológico : la inspección poco ó nada nos dice ; la palpación permite generalmente tocar el bazo como una eminencia más ó menos redondeada y regular, pero no olvidemos que comúnmente la tensión de la pared, el meteorismo ó el dolor impiden que pueda efectuarse un examen clínico regular ; la percusión permite corroborar los datos de la palpación y nos demuestra que si el área normal de la matitez esplénica abarca desde el borde superior de la novena costilla hasta el borde inferior de la undécima, esto es de ocho á diez centímetros, puede en muchos casos llegar á quince centímetros y sobrepasarlos aún.

Hasta aquí nos hemos referido á la hipertrofia simple, que es el síntoma más frecuente, pero aparte de ella se observa, aunque poco á menudo, síntomas clínicos que hacen sospechar otras lesiones siendo, sin embargo, impotentes para el establecimiento de un diagnóstico preciso ; estas lesiones secundarias son por orden de frecuencia : los infar-

tos, los abcesos, la ruptura y la peritonitis enquistada ó general.

Los trastornos en el aparato digestivo son propios del período de estado, pero en muchos enfermos aparecen ó se inician con el período de invasión; la lengua en un principio limpia, húmeda y ancha, pierde cuando se inicia el período de estado estos caracteres, haciéndose saburral y pastosa, signos que nada tienen de especial, pues son comunes á todas las infecciones de asiento gastro-intestinal. Sobrevienen más tarde modificaciones que hacen de la lengua del tífico un signo poco menos que patognomónico; el órgano se seca con gran rapidez, se adelgaza permaneciendo saburral en su centro y rojo en sus bordes y en la punta; más tarde todavía, se achica, se retrae, ofreciendo el aspecto de la carne asada; de ahí la denominación de «rotie» con que la conocen los franceses; agitada por un temblor continuo que es propio de todas las infecciones en general, no tarda en cubrirse de mucus desecado y ennegreciéndose por las hemorragias que invaden además los dientes y las encías y que se conocen con el nombre de fuliginosidades.

La faringe consérvase generalmente intacta; á veces se encuentra tapizada por mucus concreto ó presenta pequeñas ulceraciones superficiales redondeadas ó irregulares, de bordes adelgazados y sin reac-

ción periférica, asentadas de ordinario en la parte inferior de la faringe.

La diarrea es frecuente, fétida, amarillenta, conteniendo en gran cantidad el bacilo específico. La enfermedad se inicia casi siempre por constipación, presentándose luego la diarrea precedida por el gorgoteo de la fosa ilíaca que es su compañero infaltable. Esta (la diarrea) puede faltar, y en este caso el constipado que se inicia con la enfermedad, la acompaña durante el período de estado, manteniéndose en toda su evolución. El gorgoteo de la fosa ilíaca no tiene un valor clínico apreciable, pues, se le encuentra en muchas afecciones intestinales, banales ó específicas (colitis, tuberculosis).

La comprobación del gorgoteo nos trae á la memoria un hecho enseñado por la observación; nos referimos á la hemorragia intestinal que sobreviene en enfermos sometidos á largas secciones de palpación, como acontece, por ejemplo, en los hospitales con pacientes sujetos al examen prolongado é inhábil de los estudiantes.

La sensibilidad exagerada y los dolores abdominales constituyen también síntomas comunes de la fiebre tifoidea; en general no son expontáneos, sino provocados por la presión, persisten ordinariamente en el curso de la afección, atenuándose cuando ésta declina. Se observa además frecuentemente el me-

teorismo raras veces precoz, su grado es proporcional á la enfermedad constituyendo cuando se presenta exagerado un síntoma grave, no sólo por sí mismo, sino por sus consecuencias probables (la perforación intestinal).

El aparato respiratorio es el asiento de complicaciones precoces, notándose en el período de invasión de la fiebre tifoidea congestiones bronquio-pulmonares que se traducen á la auscultación por sibilancias y rales húmedos diseminados en ambos pulmones; en ciertos casos el desarrollo de esta localización pulmonar imprímele á la enfermedad un sello especial.

Pasemos ahora al estudio de los síntomas nerviosos que más ó menos banales en otras afecciones semejantes reúnense en ésta para constituir lo que se ha llamado el estado tifoideo; no olvidando al hacerlo que existen trastornos de orden psíquico cuya intensidad imprime á la fiebre que tratamos un carácter especial.

Estudiaremos ante todo la postración, acaso el más precoz y constante de los síntomas nerviosos; hay en el tifoideo un debilitamiento tal, una astenia tan intensa que el paciente, como dijo Louis, puede considerarse como un cuerpo inerte. Su aparición es variable, observándose á veces desde el primer día, adquiriendo una considerable importancia diag-

nóstica ; encuéntrase también en el curso de la primera ó segunda semana en su máximum de intensidad y según la expresión de Muchison, se encuentra en la tercer semana. Otro síntoma casi constante, pero menos precoz en su aparición que el anterior es la somnolencia ; aparece generalmente en la segunda semana y una vez instalada hace progresos que están en razón directa con la gravedad de la infección.

El estupor del tifoideo es el síntoma nervioso más mo un sello especial de indiferencia que unida á su marcada palidez, la lengua seca y las fuliginosi- importante, es el que imprime á la cara del enferdades, ha construído la facie tifoidea, tan especial en que el paciente se convierte en un ser inconciente, incapaz de razonar, apático é indiferente (Brouardel y Gilvert).

El delirio es frecuente en el curso de la fiebre tifóidea, generalmente poco intenso es vespertino ó nocturno pero infaltable habitualmente, adquiere á veces una intensidad tal, que hace necesaria la constante vigilancia del enfermo.

Los movimientos automáticos son frecuentes, figurando en primera línea la carfología ; el enfermo agita sus manos y hace ademanes de seguir con ellas objetos suspendidos en el aire, la significación pronóstica de este síntoma especial es sombría á decir

de Muchison. Menos frecuentes que los revistados son los temblores ; agitan las manos, los labios y la lengua, teniendo gran semejanza los de las manos con el temblor alcohólico.

Como trastornos psíquicos, nos contentaremos con citar los siguientes : la amnesia, las ilusiones y alucinaciones y la confusión mental.

Los fenómenos renales han sido notados diferentemente por la mayoría de los autores, resumiendo las opiniones vertidas por ellos puede decirse que la nefritis tifóidea no es una localización rara de la infección ; y la albuminuria su síntoma más importante se encuentra en la tercera parte de los enfermos, su aparición habitual es en el curso de la segunda ó tercera semana, raramente en la primera. La cantidad de albúmina excretada parece estar en relación con la gravedad del proceso tífico.

Como fenómenos de orden vesical se citan por orden de frecuencia, la incontinencia y la paresia esfinteriana seguida de retención y que obliga para efectuar la evacuación vesical al cateterismo.

Por último citaremos un signo habitualmente observado en la fiebre tifóinea llamado signo palmo-plantar (Filipowez), constituído por una coloración amarillenta de la palma de las manos y más comun-

mente la planta de los pies y que á decir de Sibirzky se debería al depósito de la hemosiderina en las redes conjuntivas del dermis.

EXAMEN BACTERIO-DIAGNOSTICO

El laboratorio es un complemento para el examen clínico, pues, puede determinar de una manera exacta, reacciones que no dejan la menor duda. Estas reacciones son exclusivas del bacilo de Eberth y se pueden hacer: directamente con la sangre del enfermo y caldo de cultivo, constituyendo el Hemo-diagnóstico, ó bien con suero de la sangre del enfermo con caldo de cultivo de Eberth, llamándose el Suero-diagnóstico.

Tanto uno como otro procedimiento tienen hoy un valor indiscutible en clínica; sin embargo hay que tener en cuenta que el bacilo de Eberth falta á veces en la circulación periférica, encontrándose en otras ocasiones de una manera temporal. Se ha aconsejado para encontrarlo más habitualmente, hacer una punción en plena matitez esplénica, previa una rigurosa desinfección de la región á puncionar

y hacer siembras con el líquido obtenido. Este procedimiento no es aceptado hoy por la inmensa mayoría de los clínicos debido á las frecuentes alteraciones del bazo y á su marcada fríabilidad en el curso de la fiebre tifóidea que pueden dar lugar á sérias complicaciones.

Hemo - Diagnóstico. — Para efectuar el hemo-diagnóstico se elije generalmente una vena del pliegue del codo ; se desinfecta esta región y se practica la ligadura por encima del punto á puncionar, se prepara una aguja de platino y se punza la vena absorviéndose la sangre por medio de una jeringa Luer y se echa esta sangre en un medio de cultivo (método de Newfeld), generalmente caldo.

Este es el procedimiento que hemos usado para la investigación del bacilo de Eberth ; recientemente Curmont ha demostrado que se podía poner en evidencia el bacilo específico, en la sangre venosa desde los primeros días de la fiebre ; para efectuarlo se sacan tres centímetros cúbicos de sangre siguiendo la técnica recién indicada y se la siembra en quinientos centímetros cúbicos de caldo, observado éste de las doce á las veinte y cuatro horas se nota un enturbiamiento que al agitarlo produce ondas sedosas, este es un método de ejecución rápida y sirve para

adquirir la certidumbre, en los casos de duda, de la fiebre tifóidea.

Suero - Diagnóstico. — Pfeiffer demostró que el suero de convalecientes de fiebre tifóidea inyectado en el peritóneo del cobayo al mismo tiempo que un cultivo de bacilos de Eberth inmovilizaba y aglutinaba á dichos bacilos, lo que no hace el suero normal. Gruber y Durham demostraron que el suero de los tíficos gozaba invitro de las mismas propiedades, es decir fuera del organismo.

En el año 1886 Widal deduce conclusiones ó hechos prácticos, de estas constataciones, y establece su método de Suero - diagnóstico ó Suero - reacción, universalmenteu sado hoy. Para efectuar el método de Widal son suficientes algunas gotas de sangre obtenidas de un punto cualquiera del organismo, la sangre se recoge en pequeños tubitos de ensayo y se la deja coagular á la temperatura ambiente, pudiendo acelerarse esta coagulación por medio de la refrigeración ; una vez coagulada se toma una porta objeto perfectamente limpio y se le pone una gota de suero diluyéndolo en caldo puro, y luego se le echa una gota de caldo de cultivo tífico de 24 horas. Esta preparación observada al microscopio presentará el fenómeno de la Aglutinación.

Con el fin de medir el poder aglutinante (Widal

y Sicard) en vez de usar, como hemos indicado precedentemente, suero puro le agrega á la gota, X, XX, XXX, etc. gotas de caldo, si se saca una gota de esta dilución, que será al 1/10, 1/20, 1/30, etc. y se pone en contacto con una serie de porta objetos que contienen X, XX, XXX, etc., gotas de cultivo de Eberth y se observan al microscopio al cabo de 3 horas para ver cuales son las preparaciones que presentan la Aglutinación; si la observamos en la primera, por ejemplo, es porque el suero tiene un poder Aglutinante de 1/100, etc.

Podemos usar en el procedimiento de Widal y Sicard en lugar de suero, sangre pura, pero tiene el inconveniente de no ser tan clara la preparación.

Fibrino-Diagnóstico. — Este método preconizado en la fiebre tifóidea por Marfan, Rosenthal y Mashenier reposa sobre la ausencia ó por lo menos en la tenuidad de la red fibrinosa en la sangre de los Eberthianos.

Para efectuar el Fibrino-diagnóstico se hace una picadura en la yema de un dedo, se recoge rápidamente sobre el disco central de una lámina á rigole, una gota de sangre de uno á dos milímetros de espesor, hay que cubrir inmediatamente con un cubre objeto que se apreta con cuidado al nivel de sus ángulos para obtener asi una adherencia tan completa como sea posible; al examen microscópico con un objeti-

vo á seco de un aumento de 300 diámetros se observará una red fibrinosa extremadamente tenue.

El valor del Fibrino-diagnóstico en la dotienenteria es relativo, porque en muchas afecciones asi como en la Granulia, por ejemplo, la red fibrinosa es también muy tenue.

Valor diagnóstico del examen cuantitativo y cualitativo de los leucocitos. — Una hipoleucocitósis con ligera polinucleósis es lo que habitualmente se observa del octavo al décimo día de la fiebre tifóidea; salvo complicaciones como una neumonía intercurrente, supuración ó perforación intestinal, casos en los cuales la forma leucocitaria varía. La numeración de los glóbulos se hace por los procedimientos ordinarios (hematimétros de Malassez y de Hayen).

Investigación del bacilo de Eberth en las manchas rosadas y en el bazo. — El bacilo de Eberth ha sido aislado en las manchas rosadas siendo un elemento de diagnóstico su investigación. Newfeld puncionaba con una aguja de platino las manchas lenticulares, aspiraba la sangre y la sembraba en una cantidad suficiente de caldo (50 centímetros cúbicos por gota) y observando este medio de las seis á las doce horas presentaba los caracteres del bacilo específico.

Frankel disecaba las manchas rosadas colocándolas después en caldo á la temperatura de 37 gra-

dos durante 8 horas, terminadas las cuales las retiraba para fijarlas al formol y después de incluirlas en parafina hacía cortes con el micrótomo ; observadas al microscopio, dichos cortes presentaban colonias características.

La punción del bazo preconizada por Philippowich y Lucatello, método que ha estado muy en boga, como hemos dicho, hoy día está abandonado por ser un método infiel y peligroso ; otro tanto podemos agregar respecto á la investigación de las manchas rosadas.

Investigación del bacilo en las materias fecales.— El procedimiento para investigarlo es largo y difícil, conocido con el nombre de los autores que lo estudiaron y lo difundieron Drigalsky y Conradi los cuales han llegado á componer un medio favorable que permite aislar el bacilo tífico.

Los principios sobre los cuales reposa la composición de este medio y la diferenciación del bacilo de Eberth, son las siguientes : el cultivo con agar, peptona, lactosa, tintura de tornasol alcalinizada toma el aspecto de color rojo en presencia de los colibacilos transformando el azúcar de leche gracias á la presencia de la tintura de tornasol ; el bacilo tífico al contrario no atacando el azúcar y nutriéndose de productos azoados deja el medio de color azul.

Vamos á explicar el procedimiento de Drigalsky y Conrradi :

1°. — *Preparación del agar*. Se toman, con este fin, 1500 gramos de carne de buey ó de caballo desgrasada y bien picada, se ponen á macerar al hielo en dos litros de agua durante 24 horas. El agua exprimida se hierve durante una hora, después se filtra y se le adiciona 40 gramos de peptona y 10 gramos de cloruro de sodio, se cuece una hora, se filtra y se le agrega 60 centímetros cúbicos de agar, se caliente durante dos horas, una hora en el Autoclave, se alcaliniza ligeramente, se filtra colocándolo nuevamente al fuego durante media hora.

2°. — *Preparación de la solución de lactosa tornasolada*. Se hace hervir durante diez minutos 300 centímetros cúbicos de una solución de tornasol (solución de Kahlbaum de Berlín) se le agrega 30 gramos de lactosa y se pone al fuego durante 15 minutos, después se deja enfríar á una temperatura de 70 grados proximamente.

3°. — *Mezcla y alcalinazación*. A la mezcla caliente de agar se le incorpora la solución lactosa tornasolada, la mezcla se hace roja, y entonces se empieza á hacer la alcalinización, maniobra que debe efec-

tuarse con mucho cuidado ; para hacer esto, se coloca en un balón donde está la mezcla pequeñas cantidades de solución de soda al 10 % se agita y observa la coloración de la espuma y cuando ésta pasa del color rojo al azul quiere decir que la cantidad de solución de soda es suficiente. Una vez efectuada y comprobada la alcalinización se agrega 20 centímetros cúbicos de una solución fresca de cristal violeta de Hochst titulada á 0,10 centígramos por ciento de agua destilada, puede agregarse para su completa alcalinización 2 centímetros cúbicos de solución de soda al 10 %.

Hecho esto el medio es conservado en frascos de Herleumeyer de 200 centímetros cúbicos durante muchas semanas. Cuando llega el momento de usar el líquido conservado en la forma indicada, se le coloca en una cápsula de Petri de 25 centímetros de diámetro debiendo tener el líquido un espesor de medio centímetro y presentar un color azul claro ligeramente violeta ; hecho esto se siembran las materias fecales que pueden ser de dos clases : líquidas ó sólidas, en el primer caso se siembra con la varilla de Drigalsky, en el segundo se tratan de desleir las materias con suero fisiológico de manera á producir una papilla para poder efectuar fácilmente la siembra, hecho esto se colocan en la estufa á 37 grados durante 18 á 20 horas ; observándose al

cabo de este tiempo colonias de coli bacilo que son rojas y de Eberth, azuladas y más pequeñas, pudiéndose notar además otras colonias de microbios patógenos. por el mismo procedimiento puede investigarse la presencia del bacilo en la orina.

El método de Drgalsky y Conradi que acabamos de describir, es oficialmente aceptado en Alemania y se usa en las estaciones Sanitarias encargadas de la lucha contra la fiebre tifóidea.

Diazo-reacción. — El valor diagnóstico de la diazo-reacción en la fiebre tifóidea dista mucho de ser absoluto, pero debemos convenir con Brouardel en que se presenta con notable frecuencia en el curso de la dotienenteria.

La reacción diazoica es un fenómeno común en el curso de otras enfermedades infecciosas ; sarampión, escarlatina, viruela y tuberculosis, pero repetimos su frecuencia es tal en la fiebre tifóidea, que la constatación de su ausencia verificada múltiples veces desde el quinto hasta el décimo día de iniciada una afección febril puede descartar la hipótesis de la dotinenteria.

La técnica de la reacción de Ehrlich reposa en la eliminación por la orina de cuerpos aromáticos que en presencia de substancias diazóicas engendran una coloración especial ; para efectuar esta reacción se

requieren dos soluciones frescas, preparadas según las fórmulas siguientes :

1º.—Nitrito de sodio . . . . 0,50 ctgs.
Agua destilada . . . . 100 grs.

2ª.—Acido sulfanílico . . . 5 grs.
Acido clorhídrico . . . . 50 cts. cúb.
Agua destilada . . . . 950 id id

Se echan en un tubo de ensayo 2 centímetros cúbicos de orina recien emitida se agrega dos gotas de la solución primera y 5 centímetros cúbicos de la solución segunda, se añade amoniaco y se agita, si la reacción es negativa la solución persistirá amarillenta, en caso positivo el líquido y más marcadamente la espuma toma una coloración que va desde el rojo anaranjado hasta el vermellón.

Una vez efectuados todos los procedimientos indicados en páginas anteriores con el único fin de comprobar la existencia del bacilo de Eberth y de aislarlo, pasemos ahora á estudiar sus caracteres en los diversos medios.

Cultivos. — Para cultivar el bacilo de la fiebre tifóidea no son necesarios medios especiales, los métodos de cultivo comunes son suficientes para desarrollar una rica vegetación del parásito tifógeno.

Cultivo en caldo. — En caldo peptonizado neutro se desarrolla determinando un enturbamiento uniforme que se puede notar desde las diez horas á la temperatura de 37 grados. Después de 4 á 5 días llega al máximum de enturbiamiento comenzando entonces á sedimentar un depósito blanquesino.

Cultivos en placas de gelatina. — Es característico el aspecto que toman las colonias en las siembras hechas en placas de gelatina, observadas de las 24 á 48 horas estas colonias tienen el aspecto de un disco redondeado, trasparente con un tinte ligeramente amarillo y de bordes nítidos, estos discos se van agrandando y presentan surcos profundos que fragmentan la superficie de la colonia de la periferia al centro.

Las colonias pueden desarrollarse ora en la superficie adquiriendo enseguida contornos irregulares y un aspecto transparente, hialino y un tinte azulado que la hacen asemejar á pedacitos minúsculos de hielo, ora en el espesor desarrollándose éstas de un modo débil.

Las colonias del tercero al quinto día y á una temperatura de 15 grados llegan á tener de 2 á 3 milímetros de diámetro y cuando en los días sucesivos de la incubación llegan á 6 milímetros, quedan estacionarias.

Cultivos en tubo de gelatina. — En los cultivos hechos en tubos de gelatina por punción, el bacilo forma á lo largo del trayecto pequeñas colonias de un blanco amarillento y en la superficie un platillo delgado transparente ó ligeramente ópaco.

El cultivo en pico de flauta, con siembra á estrías, se presenta bajo forma de una capa delgada homógenea, azulada, casi trasparente, ligeramente lechosa y á bordes sinuosos, otras veces el cultivo adquiere un aspecto blanco sucio v es más espeso. Ningún olor se desprende en los cultivos del bacilo de Eberth ó por lo menos si en las primeras horas del desarrollo ha existido, desaparece en los días sucesivos.

Sobre agar simple, agar glicerinado y suero de sangre, su desarrollo es fácil, pero no toma en ninguno de estos medios algun carácter particular.

Cultivos sobre papas. — Es el más característico, al cabo de dos días de hecha la siembra, la superficie queda húmeda y brillante, si se la raspa se recoge fácilmente una substancia mucosa que examinada al microscopio presenta un grandísimo número de bacterios ; después de un tiempo más largo se forma una marcada estractificación amarillenta.

El aspecto característico de los cultivos sobre papas, se obtiene mejor á la temperatura del medio ambiente que á la de 37 grados, quizas porque á la

temperatura ordinaria la reacción propia de las papas ejerza menor influencia sobre la vegetación del micro organismo.

Cultivos en leche. — En la leche el desarrollo del bacilo de Eberth es rápido y vivaz, después de 24 horas y á una temperatura entre 30 y 35 grados este medio contiene una gran cantidad de bacilos.

Cultivos en medios coloreados. — Uno de los medios más nuevos y frecuentemente empleados, es el procedimiento de los medios coloreados. El honor de la primicia se debe á Abundo, quien observó que el bacilo de Eberth cultivado en un caldo teñido con azul de metileno, con pardo de Bismarck ó fuchina, toma la substancia colorante para dejar el medio decolorado. Después de Abundo, otros observadores como Birch - Hirschfeld, Noeggerath, Grancher y Dechamps, Gasser, Cassedelat y otros como Drigalsky y Conradi procuraron utilizar este método especial.

Antes de terminar con este importante capítulo vamos á abordar sumariamente el estudio importante del diagnóstico diferencial del bacilo tífico con sus especies similares.

Hay una serie de bacterias que presentan caracteres comunes con el bacilo de Eberth; la confusión es posible, pero felizmente poseemos hoy ma-

terial suficiente para que con ayuda de un examen atento y minucioso puedan ponerse de relieve particularidades que sirvan para establecer una distinción segura y específica ; el diagnóstico se hace por eliminación.

Estos bacilos englobados con el nombre genérico de Pseudo - tíficos ó Eberthiformes, han dado lugar á grandes complicaciones, pues basados sobre el pretexto de similitud de colonias, muchos autores han agrupado en este cuadro, especies netamente caracterizadas hoy día, tales como : micrucocus, estafilococus, etc.

De entre todos ellos uno solo el coli - bacilo ó bacilo de Escherich, tiene con el bacilo que nos ocupa reales analogías y puede decirse que hoy es el único cuya diferenciación con el bacilo de Eberth se efectúa.

Es bueno recordar siquiera sucintamente los caracteres del bacilo tífico, esto nos facilitará grandemente la resolución del problema, nos hará muy sencilla la distinción con todas las especies similares y especialmente con el coli - bacilo cuyo parentesco con él es ciertamente mucho más estrecho.

A ejemplo de Mace, vamos á revistar estos caracteres, siguiendo el orden aconsejado por los autores que han tratado el punto ; el aspecto de la cultura en placas de gelatina es de importancia, sin pre-

sentar sin embargo, un valor absoluto ; la movilidad de la bacteria que como sabemos se debe á la presencia de cilias vibrátiles es un buen carácter ; la cultura sobre papas, es no diremos característica, pero si muy especial en el caso que nos ocupa ; el bacilo de Eberth no licua la gelatina y es decolorado por el método de Graam, en fin, la reacción aglutinante de Widal con el suero de animales vacunados ó enfermos, es característica.

Veamos ahora, basándonos en estos caracteres morfológicos y en la manera de comportarse en los cultivos, como podemos diferenciar el bacilo de Escherich del bacilo de Eberth ; el aspecto de las especies bacterianas es casi idéntico, las dimensiones poco ó nada difieren, ambos responden de un modo semejante al método de Graam ; la movilidad del bacilo tífico se considera superior á la de su homólogo, pero son estos fenómenos de apreciación más que difícil ; de todos los medios de cultivos, es sin duda el de la papa el que más nos enseña, sin tener por ello un carácter absoluto.

Entre los muchos medios propuestos para llegar á esta diferenciación por Piorkouski, por Elsner, por Ramond, por Kashida, etc. nos contentaremos con exponer en pocas palabras el método de Robin conocido también por método del azul de metileno

y el método de Brourdel y Thoinot basado en el empleo del ácido arsenioso.

Robinprepara el medio siguiente:

Cloruro de sodio	0,50 ctgs.
Fosfato de sodio	0,05 »
Peptona	5 grs.
Agua	250 ctgs. cúb.

Este medio se lleva á ebullición agregándole después 1 centímetro cúbico de una solución acuosa de azul de metileno puro y soluble al 1 % y algunas gotas al décimo normal de hidrato de potasio hasta completa decoloración; se deja de calentar y se añaden 20 gramos de lactosa, se filtra y el total se distribuye en tubos de ensayo por cantidades de diez centímetros cúbicos.

Empleando la gelosa Robin, se atiene á esta fórmula.

Fosfato de sodio	0,10 ctgs.
Azul de metileno (en solución al 1 %)	1 cts. cúbico
Peptona	5 grs.
Gelosa	8 id
Solución de potasa (al décmo normal)	35 cts. cúb.
Agua	250 id id

Se disuelve la gelosa por calentamiento á 115 gra-

dos, desde entonces la solución debe aparecer con un ligero tinte gris, si asi no fuera habrá que mantener la ebullición y añadir un poco de solución de potasa, obtenido el resultado, se agregan 10 gramos de lactosa y se distribuye el todo en tubos esterilizados y se ponen á refrigerar en posición inclinada (pico de flauta).

¿Qué es lo que ocurre ? el bacilo de Eberth se desarrolla sobre estos medios sin colorearlos ; el coli-bacilo tiñe en azul ambos medios después de 15 horas próximamente.

Método de Brouardel y Thoinot. Estos experimentadores declararon en el año 1898, que el bacilo tífico apenas se desarrollaba ó no se desarrollaba absolutamente cuando sembrado en caldo peptonizado se agregaba una pequeña cantidad de ácido arsenioso (0,10 ctgs. por litro de caldo) ; en cambio observaron que el coli-bacilo se cultivaba muy bien en tales medios aún con mayores adiciones de ácido arsenioso (hasta 2 gramos por litro).

En el estudio del diagnóstico directo de la enfermedad, hemos tenido ocasión de ver cuales son las deducciones de orden precoz que podían brindarnos la sintomatología clínica ; hemos visto también lo que ha podido enseñarnos el laboratorio abordando el asunto desde una faz clínica.

Vamos á ver ahora, en que forma pueden alumbrarnos el diagnóstico indirecto ó diferencial en la conquista del fin que perseguimos.

DIAGNOSTICOINDIRECTO O DIFERENCIAI

Acabamos de hacer notar las dificultades con que tropieza el clínico para establecer el diagnóstico de la dotionenteria, si pretende basarse exclusivamente en el estudio de su sintomatología ó en las nociones que el laboratorio le suministra ; de esto se desprende la importancia de un diagnóstico diferencial bien establecido, pues ello implica el descartar las enfermedades que por su evolución y sintomatología semejantes pueden en un momento dado confundirnos, dejando entonces libre campo para que el estudio directo pueda más fácilmente llevarnos al fin.

Muchas son las afecciones que simulan la fiebre tifóidea, pero son sobre todo aquellas que en un período de su evolución pasan por un estado llamado tifóideo, tan semejante á la enfermedad que nos ocupa, que fácilmente pueden confundirnos.

Trataremos de establecer el diagnóstico diferen-

cial ó indirecto con aquellas afecciones que las consideremos similares.

El tifus exantimático, afección rara, nunca observada en nuestro país y hasta poco conocida en las naciones que como Francia la han cobijado con caracter de epidemia. Podemos decir que el tifus exantemático realiza el tipo del estado tifóideo en su caracter de mayor intensidad ; nunca la dotienenteria presenta tanta postración y no es posible que la facie conjestiva del paciente afecto de tifus exantemático pueda confundirse con la fisonomía pálida pero tan especial del Eberthianos.

El tifus exantemático se caracteriza, por su marcha especialmente rápida y su terminación brusca ; los fenómenos intestinales faltan, el exantema es característico, las probabilidades de contagio son mucho mayores, la enfermedad en conjunto reviste un carácter de gravedad inmediata, que la dotienenteria no presenta en la mayoría de los casos.

Muy á menudo la fiebre tifóidea especialmente en su tipo clínico ataxo-adinámico, puede simular la meningitis cerebro-espinal y efectivamente muchos son los caracteres comunes á ambas afecciones : la cefalalgia, la depresión física, la somnoliencia, el delirio y el coma se encuentran indistintamente en cada una de ellas y muchas veces el médico se pregunta, si se trata de una meningitis á

forma tifóidea ó de una tifóidea á forma meningítica ; por otra parte la infección tífica puede también despertar la infección meníngea. Como elementos para establecer el diagnóstico diferencial debemos tener en cuenta la duración, la evolución, el signo de Kernig característico de la meningitis y que no se observa por el contrario en la tifóidea, la reacción de Widal es sin duda el signo que más valor tiene en favor de la dotienenteria ; la punción lumbar y el examen cito-bacteriológico y el precipito diagnóstico de Vincent del líquido céfalo raquídeo pueden suministrar presunciones en favor de la meningitis y á pesar de que la misma sero reacción es en muchos casos lenta y en algunos poco concluyente, podemos llegar asociando todos estos signos á hacer un diagnóstico preciso, no olvidando que por coincidencia rara, es cierto, pudieran presentarse en un mismo enfermo las dos afecciones.

Dieulafoy cita casos en que fué posible la confusión de la fiebre tifóidea con la meningitis y hasta con la influenza ; la aparición del exantema roseólico que tardío y el sero-diagnóstico solo pudo precisar en un período avanzado el verdadero origen de la enfermedad ; el caso á que hace referencia el maestro francés, llegó también á presentar el signo de Kernig, que sin embargo tantos lo consideran como patognomónico de la menigitis, pero es bien notable

que en el caso que hacemos alusión no había asociación de enfermedades y si nos hubiéramos dejado llevar por el signo especial antes citado, diagnosticaríamos sin duda meningitis complicada de fiebre tifóidea ó vice - versa.

La tifosis sifilítica esencial, bajo cuya denominación entiende Fournier la sífilis maligna hipertóxica y la tifósis sifilítica con localizaciones intestinales estudiada por Hayen y Tissier puede simular la fiebre tifóidea ; Letulle y Dieulafoy han observado casos análogos, sus enfermos eran específicos y presentaban sin embargo una fiebre contínua é intensa, un vientre meteorizado, una legua seca y un bazo grande.

La sífilis hipertóxica se inicia como una enfermedad infecciosa banal ó tifóidea ; la temperatura aciende rápidamente á 39 grados, la cefalalgia, los vómitos, la postración, los vértigos y la epíxtasis son síntomas comunes de ambas afecciones y habituales en la tifósis específica.

No insistimos pero citamos nuevamente la cofusión posible de la roseola sifilítica y de las manchas rosadas lenticulares tifóidicas ; sabemos ya que en la dotienenteria los trastornos generales son más acusados y agudos que en la sífilis ; el golgoteo doloroso de la fosa ilíaca derecha, la diarrea fétida y amarilla la facie estúpida y la reacción aglutinante

son sígnos y síntomas que no se observan en el curso de la enfermedad de Ricord, en cambio la evolución tan especial, los síntomas subjetivos tan peculiares, la sifilide y la reacción benigna al tratamiento mercurial, son particularidades que no pueden establecer dudas al respecto, entre una afección y otra.

En la peste bubónica se observan formas tifóideas, con intensa adinamia, con postración y en una palabra con el conjunto sintomático más ó menos pronunciado de la enfermedad producida por el bacilo de Eberth.

El diagnóstico diferencial se establece por las manifestaciones locales (adenopatías, bubones) y generales (marcha de la temperatura); pero no debemos olvidar que hay casos de peste bubónica con ausencia de estas manifestaciones locales (pestes á forma acepticémica) que la caracterizan y es en ello sobre todo que la confusión es posible. En tales casos el laboratorio y el tratamiento por el suero Yersin pueden ilustrarnos.

El cólera en su período de reacción puede confundirse con la dotienenteria, sobre todo cuando asiente en el aparato digestivo que es la llamada reacción tifóidea; el enfermo está muy abatido, habla poco, teniendo un delirio más ó menos marcado, hay polidipcia, la lengua es saburral en su cen-

tro, roja en sus bordes y cubierta de fuliginosidades, exactamente igual á la lengua del tífico, los vómitos son abundantes existiendo á veces una marcada intolerancia gástrica (Roye); el abdomen está timpánico abovedado y á la palpación se nota gorgoteo en la fosa ilíaca, provocando ésta un vivo dolor; la diarrea es el síntoma más importante en este período, es muy tenaz, pudiendo ser biliosa, sanguinolenta tomando en los casos graves un caracter francamente hemorrágico.

No debemos olvidar que á veces puede coexistir al mismo tiempo el cólera y la fiebre tifóidea, Briquet y Mignot han observado varios casos habiendo sido todos de un desenlace fatal; Simmonds ha descrito un caso muy curioso en el cual ha encontrado á la autopsia, el vibrión de Koch en el intestino y el bacilo de Eberth en el bazo; Hamenrich dice que la aparición del cólera en un enfermo atacado de dotienenteria hace desaparecer rápidamente la tumefacción esplénica y Friedlander ha observado que esta asociación microbiana actúa sobre la curva térmica disminuyendo la fiebre.

La fiebre tifóidea sobre todo en su forma benigna ó abortiva puede en su período prodrómico y cuando todavía los síntomas clásicos de iniciación se encuentran apenas acusados ó se manifiestan en forma velada, simula un ataque de grippe (Brouardel,

Dieulafoy). Aparte de ello puede la dotienenteria presentarse consecutivamente á una influenza (Rendu, Potain, Widal), en tales casos la grippe alarga su evolución ó hace desfervecencia incompleta, entonces se inicia la tifóidea por sus oscilaciones ascendentes características. Respecto al pronóstico de esta dotienenteria post-grippal, Potain acepta la frecuente benignidad, pero otros autores han observado casos graves y mortales.

La endocardites infecciosa debe figurar también entre las afecciones que pueden simular la fiebre tifóidea, su iniciación es la misma, su evolución se mantiene semejante, pero llegará un día más ó menos tardío en que síntomas especiales nos quitarán las dudas, tales son para el caso de la dotienenteria : la postración, las facies y la temperatura ; encontramos en cambio el reumatismo en la amnamnesis de la endocarditis infecciosa, el soplo sistólico de la insuficiencia mitral, el choque vibrante de la punta, la ansiedad precordial y sobre todo los núcleos de infartos embólicos y los abcesos metastáticos consiguientes, además la sero-reacción de Widal será siempre negativa en estos casos.

Widal y Nobecourt en una publicación hecha en el año 1897 y anteriormente Netter, Bensande y Achar nos han legado el estudio de las infecciones para-tifóideas.

La posibilidad de confusión entre el tifus y el para-tifus es mayor que la de las afecciones tratadas hasta ahora, sobre todo cuando los bacilos para-tifóideos provocan infecciones á forma gastro intestinal. Aparte la sero-reacción que es negativa en tales casos, hemos indicado ya en las páginas que se ocupan del bacterio-diagnóstico cuales son los medios que podemos poner en práctica para desligar estas afecciones tan semejantes.

Entre las enfermedades infecciosas la ostio-mielitis aguda, debe también tenerse en cuenta al establecer el diagnóstico diferencial. Hay una forma de esta enfermedad caracterizada sobre todo por la intensidad de los fenómenos generales; el delirio, la aceleración del pulso y la hipertermia predominan sobre las manifestaciones locales (dolor, tumefacción, y edema); volvemos á repetir que son la adinamia, el aspecto del enfermo, la lengua seca, el pulso dícroto y el laboratorio quienes deben decidir el diagnóstico en favor de la dotienenteria.

El reumatismo poli-articular agudo, puede iniciarse de una manera semejante á la fiebre tifóidea; el insomnio, la cefálea, la anorexia, el decaimiento físico, la hipertemia y la taquicardia son síntomas comunes á amabas afecciones, pero en cambio la diarrea, la roseola lenticular, el gorgoteo doloroso de la fosa ilíaca derecha son síntomas que caracte-

rizan sobradamente la enfermedad que nos ocupa.

Entre las enfermedades del aparato digestivo, que presentan en su sintomatología la hemorragia intestinal, las hay que obedecen á lesiones muy distintas, algunas como el cáncer y las hemorroides asientan en el recto, las otras obedecen á lesiones intestinales no ulcerativas, las hay dependientes de lesiones cardíacas y hepáticas ó aún de trastornos muy variados, renales, discrásicos ó nerviosos, pero son sobre todo las enteropatías dependientes de lesiones intestinales ulcerativas las que pueden inducirnos al error ; en este sentido debemos aislar la hemorragia de la ulceración tífica, de la melena tuberculosa, disentérica, cancerosa y urémica que son las más importantes.

Sin detenernos á repetir cuales pueden y deben ser los signos y síntomas capaces de encaminarnos al diagnóstico del origen tifóideo del síntoma que nos ocupa, nos limitaremos á revistar las caraterísticas que acompañan á las afecciones etiológicas antes citadas.

El tuberculoso portador de ulceraciones intestinales es generalmente afecto del aparato pleuro pulmonar (Louis), en él la emasiación es extrema, la diarrea profusa, los sudores nocturnos frecuentes y los trastornos digestivos marchan á la orden del día.

En el desentérico se encuentran también ulceraciones y se observan hemorragias intestinales, pero es ésta una enfermedad que aparece comunmente en un medio epidémico, sus localizaciones intestinales prefieren el colón descendente é ilio-pelviano (contrariamente á lo que ocurre en la fiebre tifóidea), el tenesmo es intenso y las deyecciones características.

En el curso de la uremia puede producirse también enterorragias, pero cuando á tal estado conduce el braightismo están el ritmo de galope, la parálisis y la albuminuria para delatarlo.

El cáncer del tubo intestinal, finalmente se caracteriza por la percepción del tumor, los dolores localizados, las alternativas de constipación y diarrea, la edad del enfermo, la marcha rápida y la caquexia; por lo que acabamos de ver, su confusión es apenas posible.

Algunas veces la colitis, sobre todo cuando afecta la forma disentérica, puede semejarse á la fiebre tifóidea; enumeraremos los síntomas de aquella afección banal que puede llevarnos al establecimiento del diagnóstico diferencial, que son los siguientes: la diarrea sanguinolenta ó mucosa, los dolores diseminados por todo el vientre, y la mucosa ano-rectal congestionada; en cambio la postración y la temperatura son signos que pueden inducirnos á error, pero la tumefacción del bazo y los carac-

teres de la deyección en la dotienenteria, son signos, con los cuales puede edificarse un buen diagnóstico.

La apendicitis observada en el período de estado puede también simular una fiebre tifóidea ; la amnamnesis indicándonos el modo de iniciarse la afección nos quitará las dudas al respecto.

Vamos á citar ahora la confusión posible de la dotienenteria con la tuberculosis infecciosa á forma tifóidea. Grancher y Barbier, aseguran sin embargo que ambas enfermedades tienen sobrada diferencia para que se cometa error en su clasificación, en tales casos tiene una importancia considerable los antecedentes remotos del enfermo, demostrando un primer ataque de fiebre tifóidea, pues sabemos, que si la recidiva en dicha enfermedad es innegable puede considerarse excepcional.

Muchos tuberculosos tienen ciertamente el aspecto tífico y presentan más ó menos desarrollados ciertos síntomas, tales como el estupor, postración y delirio, que de un modo tan claro caracterizan la dotienenteria, pero el estudio del enfermo encontrará siempre en el tuberculoso aparte de los signos positivos de dicha enfermedad, el enflaquesimiento precoz, la fiebre tan irregular y sobre todo vesperal, la extrema taquicardia y los sudores nocturnos son síntomas que nada tiene de común con la diarrea

ocre, las manchas rosadas y la marcha termométrica del tífico.

Aparte de la granulia, infección tuberculosa generalizada, la tuberculosis pulmonar aguda simple presentan algunos síntomas semejantes con los de la enfermedad que nos ocupa, pero en ella el enflaquecimiento es más rápido, la adinamia menos pronunciada, la fiebre no tan elevada, la lengua es húmeda y la tumefacción esplénica se acompaña del aumento de volúmen del hígado, lo que no sucede en la dotienenteria.

La cuti-reacción, la dermo-reacción, la oftalmo-reacción y la inyección de tuberculina en un caso, y la reacción aglutinante en el otro, son medios de ayuda no despreciables que el laboratorio puede ofrecernos.

Hoy no se duda ya de la semejanza y lo que es más aún de la naturaleza idéntica de algunos embarazos gástricos febriles con la fiebre tifóidea. Muchos son los autores que llegan á considerarlo como una forma benigna de la enfermedad que nos ocupa.

El embarazo gástrico principia generalmente por prodromos (cefalalgia, somnoliencia, insomnio, fiebre) pero puede manifestarse de un modo brusco con escalofríos; el diagnóstico diferencial se basa en el estudio de la sintomatología y de la evolución de la enfermedad.

« La fiebre tifóidea puede simular en un principio una fiebre intermitente y recíprocamente una fiebre palúdica, puede tener en su aparición el carácter de una fiebre tifóidea », asi encabeza Trousseau uno de los memorables capítulos que sobre la dotienenteria nos ha legado ; es un hecho que ya anteriormente al gran maestro lo habían consignado Van - Swieten, Sydenham y otros.

Trousseau citaba el caso de una enferma de dotienenteria, que día por medio presentaba escalofríos á una hora fija, los cuales eran seguidos de calor y grandes sudores, estos paroxismos febriles sobreviniendo en un principio cada 48 horas se hicieron bien prontos cuotidianos, la enferma presentaba un aumento considerable del volúmen del bazo, la lengua estaba roja en sus bordes y saburral en el centro, pronto aparecieron las manchas rosadas lenticulares ; es decir que « esta fiebre que había empezado por una forma intermitente terciaria primero, y doble terciaria después, se hizo remitente y luego contínua, siendo en verdad una dotinenteria de las más francamente caracterizadas.

Para terminar citaremos la confusión siempre posible con otras afecciones menos semejantes, tales como : la neumonía, la icteria grave, el flemón peri - nefrítico y ciertos envenenamientos caracterizados por postración, enterorragia ó hematuria.

OBSERVACION PERSONAL

Nombre. — E. P. A.

Edad. — 22 años.

Estado. — Soltero.

Profesión. — Comerciante.

Enfermedad actual. — Comienza el 12 de Marzo de 1910, en que el enfermo que se encontraba cumpliendo el servicio militar en el Campo de Mayo, destacado en el 8 de caballería, como aspirante á oficial de reserva, dice que experimentó una sensación de gran decaimiento físico, con pérdida del apetito, fuerte cefalalgia, y un estado especial de omnubilación intelectual, que le impedía darse clara cuenta de sus obligaciones de soldado y de las ordenes de sus superiores. Por mal comprendido amor propio continúa en este estado, sin atreverse á dar parte de enfermo, hasta el día 16 de Marzo, en que dado su estado y por la acentuación de los síntomas

arriba indicados se le envía á su domicilio, teniendo nosotros en la tarde de ese mismo día, ocasión de examinarlo.

Antecedentes personales próximos. — Desde su estadía en el cuartel, experimentaba frecuentes trastornos gastro intestinales, que á juicio de él, no debieran conocer otro origen, que el género inadecuado de alimentación que observaba, compuesta casi exclusivamente á base de fríos (fiambres, conservas) habiendo el enfermo recurrido á ellos, por serle menos agradable la composición del rancho.

Antecedentes personales remotos. — No recuerda haber tenido ninguna de las enfermedades propias de la infancia.

Hábitos. — Los de vida ordenada, no es bebedor siendo regular fumador.

Antecedentes hereditarios. — Padres y hermanos sanos.

Estado actual. — Como acabamos de adelantar nosotros, examinamos el enfermo el día 16 de Marzo, presentando los siguientes caracteres :

Individuo bien desarrollado, buen estado de nutrición, regular panículo adiposo, piel y mucosas bien coloreadas.

Aparato digestivo. — Lengua húmeda ligeramente saburral en su centro, rojiza al contrario en sus bordes y punta.—Buen estado de dentición—estómago normal—vientre ligeramente meteorizado, no doloroso, lijero gorgoteo en la fosa ilíaca derecha—el enfermo ha tenido una deyección líquida — presenta anorexia y polidipcia.

Aparato circulatorio. — Pulso regular, igual, buena tensión, frecuencia de 113 pulsaciones por minuto.

Corazón. — Tonos normales.

Aparato respiratorio. — Ligera bronquitis y algunos rales de congestión—36 respiraciones por minuto.

Hígado. — A la percusión límites normales, no se palpa por debajo del reborde costal.

Temperatura, (observada á las 6 p .m.) 40°3.

Orina, escasa y rojiza.

Reflejos y sensibilidad, normales.

Marcha de la enfermedad. — El día 16 de Marzo se somete el enfermo á dieta láctea, se administra un baño de sábana y la temperatura desciende de 39°5 á las 9 p. m. á 39° á las 12 p .m.

Día 17. — Se pide la sero-reacción de Widal;

el resultado es negativo—la orina contiene vestigios de albúmina y bilis—el enfermo ha tenido tres deyecciones líquidas—El número de respiraciones desciende á 28 por minuto, el pulso á 104 por minuto—La temperatura máxima (observada á las 3 p. m.) llega á 39°8—la mínima es de 39°—Tratamiento : dieta láctea, te, cafe, alcohol (cognac, oporto)—Magnesia calcinada—Piramidon y quinina.

Día 18. —Lengua seca, se acentúa el meteorimo intestinal y se inician de un modo discreto las manchas rosadas lenticulares—El enfermo tiene 2 deyecciones líquidas—el número de respiraciones se mantiene en 28—las pulsaciones suman 108 por minuto teniendo buenos caracteres.—La temperatura máxima llega á 40° á las 3 p. m. hora en que se administra un baño á 28° bajando la temperatura á 37°2.—Aparece también en ese día una epíxtasis poco abundante.

Día 19. —Temperatura máxima 39°8, oxila alrededor de 39°—se administran tres baños á 28°—pulso bueno, manteniéndose alrededor de 105 por minuto.—Las manchas rosadas se generalizan en el abdomen, tórax, pudiendo observarse en el miembro superior (hombros).—Se inicia el delirio y la cartología.

Día 20. — La temperatura oxila alrededor de 39° 1/2.—Máxima 40°2—Mínima 39°2, se administran 4 baños á 28° y lociones de vinagre aromático.—Se le dan 0,50 cts. de clorhidrato de quinina.—El delirio se hace muy intenso haciendo necesaria la vigilancia constante del enfermo.

Día 21. — La máxima termométrica es de 39°8 mínima 38°6—se administra un baño—dandole lociones de vinagre aromático cuando la temperatura llega á 39°.—Se da 0,50 cts. de quinina.—Se efectúa la prueba de la diazo-reacción, con resultado francamente positivo.—El pulso como el día anterior.—Hay una deyección líquida—Se administra magnesia calcinada.

Día 22. — La fiebre oxila alrededor de 39° y tiende á tomar el tipo contínuo.—El pulso es bueno. Se administran dos baños y 0,50 cts. de quinina.—Hay una deyección líquida—la orina es escasa.—Durante este día se administran dos baños.

Día 23. — Se declara con fuertes dolores una otitis purulenta (glicerina fenicada al 20 %). La temperatura oxila alrededor de 39°, se administra tres baños—la orina es escasa y contiene como en los días

precedentes vestigios de albúmina.—Hay una deyección líquida.

Día24. —La sero-reacción de Widal es negativa.—La temperatura máxima es de 39°9—la mínima de 38°4—se administra 4 baños—las epíxtasis como en los días anteriores, continúa siendo poco abundante.El pulso se mantiene alrededor de 100 pulsaciones por minuto siendo buena su calidad.—El delirio continúa en una forma muy marcada.—Hay dos deyecciones líquidas.

Día 25. —La temperatura se mantine alrededor de 39°.—Se administran dos baños y lociones de vinagre aromático.—Aparece una otitis purulenta del lado izquierdo.—La orina es escasa conteniendo vestigios de albúmina.

Día 26. —La temperatura máxima observada este día se mantiene alrededor de 39°4 administrándose para combatir esta temperatura un baño á la temperatura de 28°.—El pulso disminuye de tensión conservando la frecuencia normal ; administrase por vía gástrica 0,50 ctgs. de cafeina.—La respiración se sostiene alrededor de 24 por minuto.—La orina contiene vestigios de albúmina.—Aparecen en este día unos forúnculos en la cara interna del muslo,

tercio superior, provocando mucho dolor é incomodidad al enfermo.

Día 27. — En este día la temperatura disminuye á 39°, administrándose para combatirla un baño. El pulso mantiénese con una frecuencia normal notándose la disminución de tensión, que para combatirla se le sigue administrando cafeina por vía gástrica.—Hay una deyección líquida, no contiene sangre ni provoca dolor.—Al examen de la orina nótase el aumento de cantidad y la ausencia de todo elemento anormal.

En este día quéjase el enfermo de un intenso dolor localizado en el brazo derecho, siendo una neuralgia y desapareciendo por la aplicación de la siguiente fricción : salicilato de metilo, cloroformo, láudano y alcohol alcanforado.

En los días subsiguientes este cuadro se mantiene con ligeras variantes, el descenso de la temperatura se va acentuando, el pulso aumenta de tensión y el día 31 se suspende la cafeina y la balneación.

El día 3 de Abril el enfermo entra en pleno período de convalecencia, administrándosele entonces los cuidados que debe observar para evitar toda complicación.

Diagnóstico. — Henos aquí ante un caso en que el laboratorio ha fallado, dándonos por dos veces

negativo el resultado de la sero-reacción de Widal, y que á pesar de ello nuestra impresión clínica nos lleva desde un principio á pensar, que la enfermedad de que se trata encuadra dentro de la fiebre tifóidea.

Para ello hemos tenido muy en cuenta los factores etiológicos que hemos analizado en páginas anteriores, á saber: 1°. El no haber tenido anteriormente nuestro enfermo, fiebre tifóidea. 2°. El haber reinado en el lugar en donde él contrajo la enfermedad (Campo de Mayo) una epidemia de fiebre tifóidea y no ser nuestro enfermo de ese lugar y 3°. Los antecedentes próximos del enfermo mostrándonos una predisposición gástro intestinal, que ha favorecido la eclosión de la enfermedad.

Pues bien, todos estos factores que acabamos de enumerar se encontraban presente en nuestro caso, sumados ellos á los síntomas premonitores é iniciales de la infección, creemos que se obtiene un conjunto que coloca al médico en condiciones de sentar un diagnóstico posible de doctionenteria, diagnóstico que la evolución de la enfermedad nos ha confirmado en nuestra afirmación.

Floro Lavalle.

BIBLIOGRAFIA

E. Macé. — Traite de Bacteriologie.

Contane y Maragliano. — Trattato di Patologia e Terapia Medica.

E. J. Collet. — Manual de Patología interna.

G. Dieulafoy. — Manual de Patología Interna.

S. Yaccoud. — Manual de Patología Interna.

Trousseau. — Clínica Médica del Hotel Dieu de París.

S. Yaccoud. — Clínica Médica de la Charite.

S. Yaccoud. — Clínica Médica de Lanboisiere.

Vulpian. — Clínica Médica.

Grases. — Clínica Médica.

Coutance. — Diagnóstico Médico.

Buenos Aires, Junio 30 de 1910.

Nómbrase al señor Consejero Dr. J. R. Semprun, al profesor titular Dr. M. V. Quiroga y al profesor suplente Dr. J. C. Delfino, para que consitituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4°. de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTON.
R. S. Gómez.
Secretario.

Buenos Aires, Julio 6 de 1910.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.° 2209 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 de la sero-reacción.

Semprun.

II.

Alteraciones del pulso en la fiebre tifóidea.

M. V. Quiroga.

III.

Valor diagnóstico de la aglutinación.

Juan Carlos Delfino.