

LA CRÓNICA MÉDICA

REVISTA QUINCENAL

DE

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano de la Sociedad Médica Unión Peruana



AÑO XXII } LIMA, 31 DE DICIEMBRE DE 1905 } N.º 408

TRABAJOS NACIONALES

Instituto de Higiene de la Ciudad de Lima

Dosaje volumétrico por el Felhing de los azúcares reductores.

Todo el que se ocupa de química analítica, conoce los inconvenientes y dificultades que hay que salvar en la práctica del dosaje volumétrico de los azúcares reductores por el Licor de Felhing para conseguir el fijar exactamente el momento en que todo el cobre está reducido.

Muchas son las modificaciones introducidas por los diferentes químicos para conseguir el objeto. Entre ellas figura como una de las más prácticas, la propuesta hace poco tiempo por Causse, consistente en redissolver el óxido de cobre mediante la adición de una solución al 1/20 de ferrocianuro de potasa, indicándose el fin de la reacción por una coloración roja producida por la adición de las últimas gotas del licor azucarado.

A título de información, hacemos conocer ahora, un nuevo método propuesto por M. E. P. Lavallo

(Clínica News, 1905, 91, pag. 209) que tomamos del Boletín de la Association des Chimistes.

La nueva manera de proceder, está fundada en el hecho de que un exceso de potasa cáustica disuelve casi totalmente el protoxido de cobre y la disolución queda incolora si todo el cobre es reducido. Se opera del modo siguiente: 5 centímetros cúbicos de Felhing colocados en una cápsula de porcelana son adicionados de 30 cc. de lejía, concentrada de potasa cáustica (al $\frac{1}{3}$ en agua) y 50 á 60 cc³ de agua. Se calienta, y desde el principio de la ebullición se añade poco á poco la solución azucarada, que se desliza de la bureta graduada, hasta el momento en que una gota haga desaparecer la última traza del color azul del Felhing.

El autor, en una serie de ensayos con soluciones de glucosa de concentración variada, ha constatado la exactitud del método.

Por nuestra parte no hemos conseguido obtener los mismos resultados con este procedimiento y con el método conocido de Violette, que nosotros practicamos con bastante exactitud, empleando una manipulación que creemos muy práctica y digna de ser recomendada. Consiste esta en reconocer el fin de la precipitación del cobre, absorbiendo—por medio de un tubo de vi-

drio cualquiera, de un centímetro de diámetro más ó menos, atacado de algodón en una de sus extremidades — el líquido en el que se efectúa la operación; con lo que se consigue el percibir en el líquido absorbido, con mucha claridad, la desaparición del color azul del Felhing.

Con el nuevo método en los pocos ensayos que hemos podido verificar, hemos obtenido valores siempre menores, es decir que se ha necesitado emplear mayor cantidad de solución reductora; operando en ambos métodos con el mismo Felhing y con la misma solución azucarada.

De cualquier modo que sea, y sin detenernos más en el asunto, el nuevo método permite apreciar muy claramente el fin de la reacción y podrá tener un sitio en los dosajes de materias reductoras, si el Felhing que se emplee ha sido titulado por el mismo método con soluciones azucaradas de valor conocido.

Lima—1905.

C. A. G.

TRABAJOS EXTRANJEROS

Valor de los diferentes síntomas
clínicos, para el

diagnóstico de la fiebre tifoidea

POR EL DR. TREUPEL

(Münch. Med. Wochenschor).

Durante esos últimos años el diagnóstico de la fiebre tifoidea ha sido objeto de importantes perfeccionamientos, gracias á métodos nuevos y mejores que los antiguos, y en particular ha adquirido más seguridad el diagnóstico precoz. Sin embargo, aun ahora hay todavía casos nada raros en los que no se consiguen hacer el diagnóstico has-

ta al cabo de algún tiempo, á pesar de la observación más detenida del enfermo, que permite la permanencia de éste en el hospital, y del empleo de todos los medios diagnósticos de que podemos disponer. Por este motivo he sentido una y otra vez la necesidad de comparar los casos nuevos con los precedentes hasta en sus detalles, para poder apreciar de este modo de una manera acertada el valor de cada síntoma. Si en verdad, como podría parecer muchas veces, el curso de la enfermedad, ha cambiado en comparación con el que se observaba antes, es cosa que no me atrevo á resolver, pero en el hospital vienen á mis manos con frecuencia los casos simples y claros.

Sirve de fundamento á las siguientes consideraciones, un material de 60 casos que han sido objeto en conjunto de un examen uniforme y que pertenecen en su mayor parte á los últimos dos años (1903 y 1904). Como ya se comprende, debe concederse una mayor importancia en nuestro estudio á los síntomas que pueden observarse inmediatamente en el momento de la admisión.

1. La *anamnesis* característica que ofrecen nuestros enfermos, consiste en que desde algún tiempo antes se sienten decaídos y aplastados; han perdido el apetito y sienten dolores de cabeza, tienen escalofríos y al caer de la tarde experimentan sensación de calor. Son más raros los sufrimientos especiales que dirijan la atención hacia un órgano determinado. Según el relato de los enfermos, las molestias existen generalmente desde ocho ó diez días antes, mas rara vez desde cuatro ó cinco ó desde algunas semanas. En dos casos se remontaban á algunos meses. En 28 enfermos (46'6 por 100) los trastornos eran de índole puramente general, sin que prevaleciera ninguno de los aparatos del organismo. En 17 casos (28'3 por 100) se asociaban á

aquellos, síntomas digestivos como eructos, mareo, opresión de estómago, náuseas y vómitos, dolores de vientre, diarrea ó estreñimiento. En 6 casos (10 por 100) existían molestias consistentes en tos, expectoración, punzadas y dolores en la garganta, durante la deglución, ó en el pecho; y por consiguiente, síntomas procedentes del aparato respiratorio. En 3 casos los enfermos se quejarán de dolores "reumáticos", y tan sólo una vez el padecimiento principal consistió en "palpitaciones de corazón", sin que, por lo demás pudiera comprobarse ninguna alteración importante en el corazón. Finalmente, 5 enfermos presentaron el cuadro de una afección que databa de pocos días, esto es, 2 con molestias generales que habían ya desaparecido, 2 con un escalofrío inicial y fiebre alta que había empezado uno ó dos días antes (entre estos dos casos, el último se había desarrollado con frío intenso y fiebre á manera de una fiebre puerperal, dos días antes).

2. *Curso de la temperatura.*—El hecho de que sea tan rara la observación de la curva térmica de Wunderlich ó de otra análoga ó de que en general se la observe tan sólo en las recaídas, depende seguramente de que la mayor parte de los enfermos, como ya hemos visto, vienen al hospital cuando la enfermedad está ya adelantada. Por este motivo falta en las curvas generalmente el característico ascenso inicial por escalones. En un caso de infección hospitalaria en el cual la fiebre tifoidea se enlazó con una erisipela de la cara después de un intervalo de catorce días de apirexia, la enfermedad empezó repentinamente con un escalofrío y una fiebre continua de 40°, de modo que durante los primeros días, pensamos en una neumonía central. En 28 casos (49'6 por 100) se observó una fiebre continua con un período anfibológico más ó menos

pronunciado y un descenso por lisis, durante el conjunto del período febril de diez días á tres semanas. En 13 enfermos (21'6 por 100) la fiebre ofreció un carácter remitante marcado con oscilaciones diarias hasta de 4° durante un período que varió entre diez días y seis semanas. Algunos enfermos, en número de 10, (16'6 por 100) ofrecieron durante unos días tan sólo, una fiebre completamente irregular, bien que en 4 de ellos podían ser considerados como los últimos movimientos febriles de una afección que había evolucionado en una forma ambulatoria. En 9 casos (15 por 100) finalmente, se trataba de formas de transición entre la fiebre continua y la fiebre fuertemente remitante, las cuales las más de las veces son una recidiva típica bajo el punto de vista del curso febril.

Siempre que el curso de la fiebre sea atípico y el cuadro general del enfermo sea grave, debe pensarse también en una complicación con la tuberculosis, hasta en aquellos enfermos en los que la exploración detenida de los pulmones y del esputo no proporcionan, por de pronto, ningún fundamento absolutamente seguro en este sentido. Tengo la costumbre de practicar el examen oftalmoscópico de todos estos enfermos, con intervalos regulares de dos ó tres días, y hasta ahora he tenido la satisfacción de no haber quedado nunca sorprendido en la mesa de autopsias por un diagnóstico de "tuberculosis miliar". Pero no es siempre únicamente la tuberculosis miliar generalizada en la que hay que pensar, sino que no es raro en modo alguno que, al mismo tiempo que la fiebre tifoidea, adquiera incremento una tisis hasta entonces latente, y se produzca una neumonía tuberculosa que se propague rápidamente. Durante estos últimos días hemos visto terminar por la muerte un caso grave de fiebre tifoidea con

hemorragia intestinal, en el cual tres días antes de la muerte, el estado general se agravó rápidamente, reapareció de nuevo una bronquitis que ya se había extinguido acompañándose entonces con una infiltración extensa de los pulmones, sobrevino una hemoptisis y pudieron comprobarse los bacilos tuberculosos en el esputo, cuando al fin apareció éste, después de un largo período durante el que se procuró en vano averiguar su existencia.

3. *La participación de los órganos de la respiración* en la fiebre tifoidea es muy frecuente. En 29 casos (48'3 por 100) existió una bronquitis moderada con extertores bronquiales gruesos y persistentes tos escasa y expectoración mucosa; en 7 casos (11'8 por 108) sobrevino una bronquitis de los bronquios finos, grave y extensa, acompañadas á veces de infiltraciones bronco-neumónicas, y en 4 enfermos se interesó al propio tiempo la laringe de un modo intenso, bien que sin producirse ulceración alguna. Nunca hemos observado la neumonía crupal. En 20 enfermos, esto es, en la tercera parte de los casos, el árbol respiratorio quedó completamente libre.

4. Por lo que toca al *estado de los órganos circulatorios*, nada tenemos que añadir á lo ya sabido y estudiado. Es muy particular la frecuencia del pulso, escasa en comparación con la temperatura. Tan sólo en 4 enfermos hemos encontrado muy exagerado el número de pulsaciones, y en uno de ellos, este fenómeno dependía de una miocarditis concomitante. En la gran mayoría de los casos (52 ó sea 86'7 por 100) existía una pronunciada lentitud de las pulsaciones. Con menos frecuencia de lo que esperábamos, pudimos comprobar por medio de la palpación y del esfigmógrafo el dicrotismo del pulso durante la convalecencia.

5. El *estado general* depende en

tre otras cosas de la gravedad de la infección y de los efectos del tratamiento, especialmente del balneario. Sin embargo, algunas veces nos ha chocado la considerable desproporción entre el estado subjetivo y las graves manifestaciones objetivas. En tres casos existía un bienestar pronunciado, y en un total de 34 personas (56'7 por 100) el estado general era notablemente bueno durante todo el curso de la enfermedad. En 17 enfermos (28'3 por 100) el estado general presentaba trastornos considerables, consistentes ora en una prostración acentuada, ora en delirio, y en 3 casos existían psicosis pronunciadas, una de las cuales persistió durante largo tiempo hasta muy adelantada la convalecencia (excitación maníaca intensa con alucinaciones y conceptos delirantes).

6. *La lengua y la faringe* adquieren pronto un aspecto distinto cuando el tratamiento está bien, dirigido, de manera que en el hospital no se observa más que durante los primeros días el cuadro de la lengua tífica. Por este motivo la estadística que sigue no se tiene en cuenta el aspecto de la lengua y de la faringe más que durante los dos primeros días de la permanencia en el hospital. En tales condiciones, encontramos en 10 casos (16'7 por 200) una verdadera lengua fuliginosa con formación de un triángulo pronunciado; una capa saburral gruesa y grisácea en 18 enfermos (30 por 100); una capa moderada y algo listada en 22 (36'6 por 100) y en 10 [16'7 por 100] no existía capa lingual alguna. La angina catarral con ó sin participación de la faringe se presentó en 33 enfermos (55 por 100, la lacunar y la aftosa una vez cada una, al paso que en 25 casos [41'6 por 100] la región faríngea estaba sana.

7. El estado de los *órganos digestivos* era muy variable. Las deposiciones tíficas características á manera de papilla de guisantes cons-

tituían la excepción, y el estreñimiento, ordinariamente muy pertinaz, la regla general. Para combatirlos nos hemos servido siempre con el mejor éxito de la administración regular del aceite de ricino. En 20 enfermos. (33'3 por 100) existieron con frecuencia, durante semanas enteras, meteorismo y sensibilidad general del abdomen á la presión; en 6 [10 por 100], gorgoteo limitado á la región íleo-cecal; en 6, igualmente sensibilidad á la presión limitada al mismo punto; en 5 [8'3 por 100], sensibilidad á la presión en el epigastrio, finalmente en 23 (38'3 por 100) no existieron molestias de ningún género por parte del abdomen.

8. Como ya se sabe, el *infarto del bazo* forma parte de los datos clínicos más importantes para el diagnóstico. Para poder sacar un partido conveniente de los resultados de la exploración del bazo, es absolutamente necesario practicar la percusión y palpación del bazo cada día, y en cuanto sea posible á las mismas horas señalando en la piel del enfermo con lápiz de anilina los límites que cada vez se obtengan, y comparando unos con otros los límites de la macidez en cada exploración. En los casos dudosos, es muy recomendable comparar la figura de la macidez obtenida cuando el enfermo está sentado. En efecto, las dos figuras de macidez guardan cierta relación mutua que puede expresarse en lo esencial en los términos siguientes: la figura obtenida cuando el enfermo está acostado, está en general algo más bajo y en dirección más horizontal que la obtenida cuando el enfermo está sentado, sobre cuyo hecho por lo demás ya llamó la atención Weil en su manual de percusión topográfica, dando de él una explicación detallada. Si se practica la percusión del bazo en la forma indicada, no se escapan al observador, ni aun los aumentos moderados en el volumen del órga-

no. Tan sólo cuando el meteorismo sea considerable y persista durante semanas enteras, será á veces imposible demostrar la existencia del infarto esplénico. Si prescindo de los casos de este género (en número de 5), no quedan más que 3 (5 por 100) en los que no ha sido posible comprobar la presencia de aquel hecho. Entre los 52 enfermos (86'7 por 100) con engrosamiento manifiesto del bazo, 25 (41'7 por 100) presentaban ya durante los primeros días un bazo perceptible por medio de la palpación, en 10 (16'7 por 100), el infarto tan sólo podía comprobarse por medio de la percusión, al paso que durante el descenso de la enfermedad, podía percibirse por medio de la palpación en 8 casos, el infarto que al principio no podía comprobarse más que por medio de la percusión.

9. La apreciación de la *roseola tífica* no reviste menos importancia que la del infarto esplénico. También merece recomendarse para ella el empleo del lápiz de anilina, que circunscribe y señala la localización de la erupción, El observador deberá guardarse de confundir este síntoma con el período inicial de erupciones acneiformes. Es de importancia seguir el curso de cada mancha, la claridad sucesivamente mayor que se presentan las manchas rojas características, ligeramente elevadas y que desaparecen á la presión, su desaparición progresiva, la aparición de nuevas manchas, su localización preferente en el tronco y más rara vez en las extremidades, sus brotes por actos separados de manera que no existen generalmente más de treinta ó cuarenta de ellas á la vez. Hemos prestado mucha atención á la presencia de la *roseola*, de manera que no creo que nos haya pasado desapercibida en ningún caso. Hemos podido comprobarla 43 veces (17'7 por 100) y faltó en 17 (28'3 por 100).

10. En cuanto á la aparición de

la *diazo reacción* en la orina de los tifódicos, no es posible formarse ningún criterio sobre ella, más que repitiendo la reacción en cada enfermo cada día hasta el período apirético, empleando orina reciente y reactivos recientemente preparados. Haciéndolo de este modo, hemos encontrado una *diazo-reacción* positiva en 44 enfermos (73'3 por 100 al paso que no se la encontró en 16 casos (26'7 por 100).

11. Hemos empleado la *reacción de Gruber-Vidal* en todos los enfermos, hasta en aquellos en que tan sólo cabían sospechas diagnósticas, y además en la mayor parte de los casos los resultados que hemos obtenido han sido sometidos á la comprobación en el Instituto de Terapéutica experimental. Cuando apareció el *medio diagnóstico* de Ficker, empezamos desde luego á emplearlo comparativamente, y no podemos hacer más que confirmar las opiniones favorables á este medio que durante este tiempo se han publicado. Al principio no se practicó más que la prueba de la aglutinación para los bacilos tíficos, pero más tarde se determinó también de un modo metódico la graduación para los bacilos paratíficos A y B. Consideramos en general como un dato positivo demostrativo, la aglutinación con una dilución 1:40, con tal que no exista ninguna complicación, como por ejemplo la ictericia y la cistitis que enturbien la reacción, y suponiendo por otra parte que pueda excluirse la existencia de una afección tífica en una época precedente. Una reacción de resultados positivos con diluciones 1:10 ó bien 1:20 justifican una sospecha y de todos modos es preciso repetir las al cabo de algunos días. En general, no hemos llegado á practicar la reacción con diluciones mayores que 1:60.

(Sigue un cuadro en el que se detallan los resultados obtenidos en los 48 casos en que el procedimiento de la aglutinación dio reacción

positiva— En 22 casos se obtuvo la reacción en el primer día de la permanencia del enfermo en el hospital con diluciones á 1:40 ó mayores, excepto en 5 casos en que se emplearon diluciones á 1:10 ó á 1:20. En cuatro de estos enfermos se repitió más adelante con diluciones á 1:160 y hasta á 1:640 según los casos, obteniendo también reacciones positivas. En el quinto caso no se repitió por haberse encontrado bacilos tíficos en la sangre. En 10 casos se llevó á cabo la reacción el segundo día de la permanencia del enfermo en el hospital, y las diluciones variaron entre 1:40 y 4:160.—En 4 casos se practicó la reacción el tercer día con diluciones que variaron entre las mismas cifras que en el caso anterior.—5 casos la reacción se practicó el cuarto día y las diluciones variaron entre 1:160 y 1:320.—En 3 casos se practicó la reacción el día quinto y las diluciones variaron entre 1:10 (un caso que quedó confirmado tres días más tarde con una dilución 1:10) y 1:60. En fin, en los 4 casos restantes se practicó la reacción en los días octavo, décimo, décimo cuarto y décimo séptimo con diluciones que variaron entre 1:40 y 1:610).

En los enfermos en los que la reacción empleada sobre los bacilos tíficos dió resultado negativo, se hizo el ensayo con bacilos paratíficos obteniéndose resultados positivos en 4 casos con diluciones 1:80, dos veces el primer día y las otras dos el día cuarto de la permanencia del enfermo en el hospital.

Quedan finalmente 8 casos, que requieren un estudio especial. En 3 de ellos, en los que el diagnóstico parecía suficientemente asegurado por el resultado de los otros exámenes clínicos, dejó de practicarse la reacción de Widal por otros motivos. En 1 caso se repitió la reacción por haberse obtenido con la sangre del enfermo cultivos de bacilos tíficos. En otro caso se ob-

tuvo durante la convalecencia una reacción positiva sobre los bacilos tíficos y paratíficos con una dilución 1:80. En 2 casos que presentaban el cuadro de la fiebre tifoidea, el ensayo de la aglutinación de los bacilos tíficos dio resultados negativos aun repitiendo el procedimiento, y por desgracia no se buscó en ellos la reacción sobre el bacilo paratífico. Finalmente, hemos de mencionar además el caso de un joven que presentaba el cuadro clásico del tífus abdominal, tanto por su anamnesia como por sus caracteres clínicos, en el cual se obtuvieron cultivos de bacilo tífico con la sangre, y sin embargo, la reacción de Widal sobre los bacilos de éste género dio constantemente resultados negativos con diluciones 1:20, aun empleando cultivos de diferentes procedencias. También dio resultados negativos en este caso la diazo-reacción repetida diariamente durante treinta días.

Por lo tanto, si dejamos aparte los siete casos primeros que hemos mencionado de un modo especial, hemos encontrado entre 53 casos que ofrecían el cuadro clínico del tífus abdominal, un resultado positivo de la reacción de Gruber-Widal sobre los bacilos tíficos en 48 enfermos (90'5 por 100] y sobre los bacilos paratíficos cuatro veces, y tan sólo un caso, el últimamente mencionado, con bacilos tíficos vivos en la sangre, nos demuestra que algunas veces un caso de tífus abdominal puede evolucionar sin que presente reacción de aglutinación. Entre paréntesis sea dicho, hemos observado con frecuencia reacciones positivas con diluciones 1.80 en la ictericia y en la cistitis, y además hemos visto un caso de enfermedad de Weil en que los bacilos tíficos eran aglutinados de un modo intenso con una dilución 1:60 y de un modo débil con una dilución 1:320.

Por lo que se refiere á la cuestión

de la aglutinación mixta hemos observado en 12 casos (cifra relativamente escasa) en lo que hemos buscado la aglutinación del bacilo paratífico, dos veces tan solo un resultado positivo de ella al propio tiempo que el de la aglutinación del bacilo tífico. Aquella aglutinación fué obtenida con una dilución 1:14. En uno de dichos casos se comprobó además la existencia de la fiebre tifoidea por medio de cultivos de bacilos procedentes de la sangre.

12. *Comprobación del bacilo.*— A pesar de los considerables perfeccionamientos del procedimiento, ideados por Elsner, Digralski y Corrandi y Löffler, la desmostración de los bacilos tíficos en las deposiciones es todavía una operación que exige mucho tiempo y que no es nada fácil. A esto se añade que no es posible más que á partir del noveno día de la enfermedad poco más ó menos. En cuanto ha sido posible, hemos examinados nosotros mismos y hemos hecho examinar en el Instituto seriterápico las deposiciones de nuestros enfermos con resultado negativo en la mayoría de los casos. En cambio, durante la convalecencia hemos obtenido cultivos tíficos con orina extraída por medios estériles, según el procedimiento de Levy y Gissler, sin embargo, coincidiendo con la opinión de Curschmann, podemos recomendar sobre todo el examen de la sangre en busca de bacilos tíficos por el método de Schotmüller. Hemos extraído sangre de nuestros enfermos en 23 casos con objeto diagnóstico por medio de la jeringa de Luer, sembrándola en caldo. De estos casos dejamos á un lado 12, en los cuales ya de antemano se podían tener dudas de si se encontrarían bacilos tíficos en la sangre, era porque había ya sobrevenido la apirexia, ya porque se trataba de casos muy ligeros bajo el punto de vista clínico. De los 14 casos restantes hemos comprobado

en 13 la presencia de los bacilos típicos en la sangre. Si se reflexiona que esta comprobación puede hacerse ya el segundo día, y de un modo seguro en el tercero, se comprenderá sin necesidad de añadir nada más alto valor diagnóstico del procedimiento.

No puedo emitir ninguna opinión sobre el número de los leucocitos (leucopenia) porque no lo hemos estudiado con bastante regularidad.

En fin, debo mencionar, que por lo que se refiere á las complicaciones, hemos observado en estos 60 casos: siete veces una recaída característica, tres veces hemorragias intestinales, cinco veces trombosis (en un caso de ambas venas femorales y una peritonitis por perforación). Hemos tenido en total dos casos de defunción (3'3 por 100).

El tratamiento ha consistido en la aplicación metódica de baños según los preceptos de Vagl, combinada con la regularización cuidadosa de las deposiciones por medio de la administración de aceite de ricino, la alimentación absolutamente líquida hasta diez días por lo menos después de la desaparición de la fiebre y una asistencia general esmerada procurada por un personal numeroso (una enfermedad para, á lo más, cuatro enfermos).

Si ahora vuelvo al punto de partida de esta consideraciones y paso otra vez revista á nuestros 60 casos, para contestar á la pregunta: *¿cuáles son los signos diagnósticos y más precoces de la afección tífica?* resulta lo siguiente:

1. Los *datos anamnésicos* de tal género que hicieran pensar constantemente en la posibilidad de una fiebre tifoidea se presentaron en 45 enfermos=75 por 100.

2. La *curva febril típica* durante todo el curso de la enfermedad se

presentó en 28 enfermos=46'7 por 100.

3. La *bronquitis* más ó menos intensa al principio de la afección se presentó en 29 casos=48'3 por 100.

4. La *lentitud del pulso* relativamente á la cifra térmica, persistente durante toda la enfermedad, se presentó en 52 casos=86'7 por 100.

5. La tendencia á la *euforia*, esto es, á una *sensación de bienestar general pronunciado*, se presentó en 34 casos=56'7 por 100.

6. (a) *Lengua tífica* con depósito fuliginoso abundante en 10 casos =19'7 por 100.

(b) *Angina* (catarral en 33 casos, folicular una vez y aftosa una vez) en 35 casos=58'3 por 100.

7. *Trastornos de naturaleza abdominal* (meteorismo, sensibilidad á la presión, etc.) en 37 casos=61'7 por 100.

8. *Infarto esplénico* manifiesto (perceptible por la palpación en 34 casos) en 52 enfermos=86'7 por 100.

9. *Roseola tífica* en 43 casos=71'7 por 100.

10. *Diazo-reacción* en la orina en 44 casos=73'3 por 100.

11. *Reacción de Gruber Widal* (no entran en el cálculo más que 53 casos) en 48 enfermos=96'6 por 100.

12. *Comprobación de la presencia de bacilos típicos en la sangre* (no entran en el calculo más que 14 casos) en 13 enfermos=92'8 por 100.

Creo que estos números hablan por sí mismo. Y, sin embargo, he de añadirles todavía unas cortas consideraciones. Como es de desear que en todos los casos se establezca un diagnóstico seguro tan pronto como sea posible, prescindimos desde luego de todos aquellos síntomas que no pueden apreciarse sino después de una observación prolongada, como sucede sobre todo con el curso de la temperatura. Entre todos los demás síntomas deben considerarse como los más mi-

portantes la comprobación de los bacilos tíficos en la sangre y el resultado de la reacción de Gruber-Widal. En mi opinión, el primero es todavía mejor que el segundo, porque es el medio diagnóstico que está más al abrigo de objeciones y el que puede obtenerse en una fecha más precoz, y puede ser decisivo en casos en que la reacción de Widal fracasaría ó quedaría dudosa por algún motivo.

Al mismo tiempo que estos dos datos morbosos, por decirlo así etiológicos, tienen una gran importancia bajo el punto de vista diagnóstico: el infarto del bazo, la frecuencia relativamente escasa del pulso, la diazoreacción y la roseola tífica, y entre ellos quisiera subrayar de un modo especial el valor diagnóstico de la roseola, en concordancia con la opinión de Curschmann. Siguen después de estos signos y no deben en modo alguno ser desatendidos, los datos que pueden sacarse de una anamnesis convenientemente recogida. Vienen á continuación la angina, los trastornos digestivos, cierta euforia, una bronquitis difusa moderada y, finalmente, la existencia de una curva térmica más ó menos típica, bien que á propósito de ésta he de insistir de nuevo en el hecho de que los casos que recibimos en el hospital desde el principio de la enfermedad son los menos.

Entre los 60 casos que menciono, se encuentran 12 en los que no pudo establecerse el diagnóstico de fiebre tifoidea más que después del trascurso de algunos días y aun de semanas. Permítaseme añadir á este propósito algunas explicaciones á las que ya he dado antes. En tres de estos enfermos se presentó el cuadro de una rino-laringo-bronquitis sin infarto esplénico, diazoreacción ni roseola. Tan sólo á consecuencia de algunas reflexiones dedicadas al diagnóstico diferencial, se practicó la sero-reacción de Widal el día quinto de la permanencia

del enfermo en el hospital. Su resultado positivo aseguró el diagnóstico de fiebre tifoidea, que quedó confirmado por el curso subsiguiente. De la misma manera en otros dos casos con fiebre completamente atípica y falta de la diazoreacción y de la roseola, el suero diagnóstico permitió establecer el diagnóstico de paratífus.

Otros 3 casos con fiebre atípica de curso prolongado y falta permanente de la roseola y de la diazoreacción, no pudieron ser calificados de un modo seguro de fiebre tifoidea hasta que se practicó con éxito positivo la reacción de Widal. Una mujer en la que sobrevinieron escalofríos durante un período avanzado del puerperio, fue diagnosticada al principio de sepsis puerperal. Como el útero se encontraba ya en una involución adelantada y existía una euforia persistente, se practicó la reacción de Widal. El resultado positivo de ella produjo alguna sorpresa, pero el curso rápido favorable y una pequeña recaída de fiebre tifoidea típica dieron la razón al diagnóstico bacteriológico. Merece también con signarse el curso de la enfermedad en un joven que presentó de un modo persistente una sensibilidad considerable á la presión en la región de la vejiga biliar, un infarto esplénico moderado, fiebre remitente y lentitud del pulso, pero nunca roseola, ni diazoreacción. También en este caso la reacción de Widal con éxito positivo decidió la cuestión. En fin, recuerdo además una mujer casi completamente caquéctica ya en el momento de la admisión, con obscuridad manifiesta en los vértices pulmonares, fiebre héctrica, diazoreacción positiva é intensa, falta de infarto esplénico y durante las primeras semanas falta de roseola. Como el catarro pulmonar siguió siendo poco intenso, el esputo estuvo siempre libre de bacilos tuberculosos, la diazoreacción iba siendo cada vez más inten-

sa y el fondo del ojo no permitía reconocer nada que hiciera sospechar una tuberculosis miliar, acabó por practicarse la reacción de de Widal. El resultado fue positivo y tan intenso que se produjo una aglutinación instantánea. Durante los días inmediatos pudimos obtener cultivos del bacilo tífico con pus procedente de unos forúnculos de la pierna y con la orina. La enferma curó por completo.

Por lo tanto, como se ve en todos estos casos tan sólo la reacción de Widal ha hecho posible el diagnóstico.

(De la "Revista de Ciencias Médica" de Barcelona).

Publicaciones recibidas

La cirugía de las manifestaciones filariósicas, por el Dr. D. Enrique Núñez, profesor auxiliar de cirugía y ginecología de la "Escuela de Medicina".

Memoria profusamente ilustrada, laureada con el "Premio Gutiérrez" por la Academia de Ciencias Médicas de la Habana. Concurso de premios de 1905.

Habana. Imprenta Mercantil, Teniente Rey, 12—1905.

La lucha antituberculosa.—Libro de lectura para uso de los alumnos de 1ª y 2ª enseñanza por el Dr. D. Antonio Espina y Capo.

Madrid.—Librería editorial de Baily—Bailliere é hijos. Plaza de Santa Ana N° 10, 1905.

Reemplaza a la Morfina.—Las "Tabletas de Antikamnia" aliviarán los dolores neurálgicos sin dañar la sensibilidad táctil.

Las "Tabletas de Antikamnia" aliviarán Ciática, dolor útero-Ovárico, dolor de Cabeza y otros males nerviosos

Las "Tabletas de Antikamnia" aliviarán los dolores parecidos á

relampagueos de la Ataxia Loco"triz.

LA MORFINA PRODUCE AQUELLOS RESULTADOS.—Con las "Tabletas de Antikamnia" no se entorpece al paciente, toda sensibilidad táctil queda intacta y no hay excitación del corazón ó cianosis. Las opiniones de la Profesión Médica en todos los Estados Unidos nos convence de que después de un diagnóstico completo en el cual se tome en consideración la condición anémica, así como cualquiera otra peculiaridad de la constitución, nuestra medicina no produce malos efectos posteriores.

Lima, abril 7 de 1903

Señores Scott y Bowne, Nueva York.

Muy Señores míos: Me creo obligado en conciencia y por deber de humanidad á declarar que la ya popular Emulsión de Scott—recomendable por la feliz asociación de sus poderosos componentes—produce en la práctica los más halagüeños resultados como reconstituyente heróico y regenerador de organismos debilitados ó afectados de escrofulosis, linfatismo, raquitismo y tuberculosis, enfermedades por desgracia tan generalizadas en esta Capital. Los niños en quienes son más frecuentes tan funestos padecimientos, toleran perfectamente tan benéfica preparación.

Felicito á Uds. por tan marcado adelanto en la senda del progreso y tengo el placer de suscribirme de Uds. su obsecuente S.S.,

MATEO CASTILLO

Ex-Profesor de Obstetricia y enfermedades de los niños de la Facultad de Medicina de Lima; Especialista en enfermedades de los niños.

Imp. San Pedro.—34909

INDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN EL TOMO XXII

AÑO DE 1905

A

- Alcohol en dietética, 25.
 Agua potable. Análisis químico del, 33.
 Aguas potables. Sobre el procedimiento rápido de análisis de los— por los comprimidos, 45.
 Agua de los pozos artesianos del Callao. Análisis bacteriológico del, 61.
 Análisis de azúcares y polarimetría, 77.
 Asma. tratamiento del, 90.
 Adrenalina y otros preparados análogos en ginecología, 119.
 Afecciones articulares por medio de la congestión pasiva. Tratamiento de las, 120.
 Aspecto médico quirúrgico de la guerra ruso-japonesa, 151.
 Aire, alimento y ejercicio en la prevención de la tuberculosis, 154.
 Afasias. El problema de las, 162.
 Albuminúricos. Régimen alimenticio de los, 170.
 Anestesia local, 186.
 Agua. Purificación del, 192, 210.
 Actualidades parisienses. Les Avaries, 205.
 Acero. Un nuevo, 234
 Arrenal como parasitocida y anti-térmico. El 258.
 Aborto. Lo que se debe hacer cuando amenaza, 261.
 Apendicitis. Momento oportuno de intervención en la, 280.
 Angina de pecho, 284.

- Anemia febril de naturaleza desconocida, 315.
 Anatomías. El estudio de las, 333.
 Azúcares. Nuevo método de dosaje por el licor de Fehling. 365.

B

- Bronquitis aguda de la infancia, 15.
 Bubónica. Instrucciones contra la peste, 94.
 Bacilo tífico. Sobre algunas modificaciones morfológicas del, 111.
 Blenorragia. Tratamiento abortivo de la, 138.
 Bibliografía, 316.
 Bacteriología de la enfermedad de Carrión, 335, 349.

C

- Cáncer del estómago. Tratamiento médico del, 57,
 Cólicos abdominales en los arterioesclerosos, 89.
 Cirugía en "Santa Ana", 109.
 Conservas alimenticias. Reglamentación de la importación de, 137.
 Congreso médico panamericano de Panamá, 181.
 Ciática. Neuralgia, 267.
 Corrientes eléctricas. La muerte y los accidentes producidos por las 275, 290.
 Carrión. Homenaje á, 312.

D

- Dimal, 11.
 Diabetes. Tratamiento de la, 14, 89.
 Desinfección mecánica ó química de las manos? 214.
 Dionina y su empleo en el tratamiento de la coqueluche, 237.
 Diarrea infantil, 283.
 Destete, 297, 309, 328, 344.
 Demografía de Lima, 314.

E

- Escuelas. Higiene de las, 80.
 Epididimitis blenorragica. Punción en la, 90.
 Efélides del embarazo, 92.
 Estadística de la clínica quirúrgica de la facultad de medicina en "Santa Ana", 128.
 Epilepsia. El tratamiento de la, 136.
 Estovaina. La, 149, 165.
 Enfermedades nerviosas. Terapéutica de las, 189.
 Euquinina, 263.
 Eclampsia, 304.

F

- Fusil japonés. Efectos del, 168.
 Fiebre tifoidea por el aceite esencial de eucaliptus. Tratamiento de la, 186.
 Forunculosis, 284.
 Fiebre tifoidea, valor de los diferentes síntomas clínicos para el diagnóstico de la, 366.

G

- Galactógeno. Jarabe, 92.

H

- Hemorroides por la adrenalina. Tratamiento de los, 87.

- Hematimetría. Algunos procedimientos prácticos para la 173.
 Hemorragias ocultas en el diagnóstico de ciertas afecciones gástricas, 202.
 Hospital de mujeres. Nuevo, 253.
 Hematológicas. Notas, 272.

I

- Internos del Callao. La actitud de los, 93.
 Invalidez. Informes sobre, 125, 207, 209.
 Institutos de Higiene y de vacuna de Santiago de Chile, 141.

J

- Jaqueca de origen gástrico. Tratamiento de la, 135.

L

- Leprosos en Iquitos. Lazareto de, 75.
 Laringitis catarral aguda, 91.

M

- Medicina práctica, 11, 86, 186, 257, 261, 280.
 Miomas uterinos. Tratamiento de los, 188.
 Mantequilla, 243.
 Medicina en Austria, 301.

N

- Neuropatías. El examen objetivo en las, 3.

P

- Publicaciones recibidas, 16, 30, 59, 85, 107, 121, 139, 155, 171, 204, 207, 234, 284, 364, 300 y 374.
 Paludismo en nuestra costa. El, 103.

Pastillas. Un argumento en favor de las, 136.
Prurito, 283.
Poción expectorante, 283.

Q

Quiroga. Dr. José María, 1.
Quemaduras. Tratamiento aséptico en las, 67.
Quistes hidáticos, 285.

R

Raymondi. En homenaje á, 134.
Reconocimiento de concripto, 176.
Rabia. Experimentos en la llama 269.
Regicidios en 1905, 316.

S

Septicemia escarlatiiforme, 5.
Sarampión en 1903. Epidemia de 8.
Sangre en cirugía. Valor semeiológico del examen de la, 50.
Sífilis. Tratamiento de la, 86.
Sobrealimentación azucarada en terapéutica, 88.

Sanitaria. Información, 94.
Sanidad militar. Reglamento de, 97.
Supuraciones pelvianas. 317.

T

Tripanosomiasis. Las, 115.
Tuberculosis pulmonar. Profilaxia de la, 224, 237.
Tenia en los niños, 282.

U

Urticaria, 170.
"Unión Fernandina", 232, 312.

V

Validol, 11, 359.
Vacuna jeneriana. Bacteriología de la, 17.
Variedades, 168.

Y

Yema de huevo. La cura por la, 201.



Estadística de la información 94.
 Estadística de la información de
 91.
 Estadísticas de la información 917.

Estadística de la información en favor
 de las 198.
 Estadística 198.
 Estadística de la información 289.

ESTADÍSTICA DE LA INFORMACIÓN

Estadística de la información de las 115.
 Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.

Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.

Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.

Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.

Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.

Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.

Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.

Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.

Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.

Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.
 Estadística de la información de la información 115.

ÍNDICE DE AUTORES

A

Auset 15.
Aubry. C. 77.
Arce. J. 94.
Avenidaño L. 12-5. 17 6. 207
209. 312.

B

Bunge a. 25.
Buch. 89.
Balta. 94.
Buni. 120.
Bardet, 135.
Botto. O.—285.
Beauvy. A., 297, 309, 328, 344.
Belaunde.A., 312.
Barton. A., 315.

C

Corvley. L. M., 243.
Corminas., 257.

D

Demay de Certant, 87.
De Renza, 89,
Delestre 291.
Devove. 267.
Decref. J., 275. 290.
Duot, 283.

E

Eldlefen, 283.

F

Fuchs. F., 138

Fernandez de Ibarra M., 155.
Ferradas. R. 192, 210.
Friedenwald. J. 202.
Ferradas. M., 317.

G

García. C. Alberto., 33, 156, 365.
García E. L., 314.
García Godos. M 45.
Gailletton 86.
Gastiaburú g. c, 111, 272.
Gellineau, 136.
Gómez de la Matta, 149. 165.
Gaing. E. 237.
Gourin, 264.

H

Hall, 186.

J

Jaworski H.,3, 162, 189, 205.
Jaulin, 170.

K

Koch. R. 115.
Kuesten, 186.
Korte, 280.
Klonk. M., 359.

L

Laubry, 90.
López L. L., 103.

M

Monin, 92.

Muñiz, 97.
Martín, 188.

N

Nicastro. C. F., 263.

P

Pick, 90.
Peters. C., 119.
Piérola. Luis O. de, 224, 237.

R

Robin, 14, 57.
Rumpf, 284.

S

San Bartolomé. J. A, 5, 304.
Seaman. R., 157

Schaeffer. R., 214.
Sisto. G., 237.
Stein, 251.

T

Tamayo M. O., 17, 61, 128, 134,
141, 269, 335, 349.
Tuffier, 50.
Toulouse, 88.
Tizón y Bueno 134.
Treupel, 366

V

Vaquié, 67.

Z

Zúñiga M. F., 7.
Zavala y Zavala. M., 125, 176,
207, 209.