

LA CRÓNICA MÉDICA

ORGANO DE LA SOCIEDAD "UNION FERNANDINA."

AÑO II. }

Lima, Julio 31 de 1885.

} N.º 19.

La oficina de la redaccion y administracion de "La Crónica Médica" se ha trasladado á la 6.ª calle de Azángaro (Juan Pablo), 143, reja izquierdá.

LA CRÓNICA MÉDICA

Lima, Julio 31 de 1885.

La instalacion de la Academia libre de Medicina.

Un hecho de alta significacion en el progreso científico del país se ha realizado en el presente mes, hecho por el que tenemos motivos para congratularnos, todos los que nos dedicamos, al cultivo de la Medicina pues el marca una nueva era para las investigaciones y los estudios profesionales tanto mas necesarios hoy, en que es indispensable seguir el vertiginoso adelanto por el que marchan las ciencias médicas; tal ha sido: la solemne instalacion de la Academia libre de Medicina verificada el dia 29 de los corrientes.

Despues de ocho meses de continuos trabajos preparatorios, ha podido convertirse en realidad, el proyecto de establecer un centro científico adecuado á las necesidades de nuestros prácticos, y en conformidad con los gloriosos antecedentes de la Medicina peruana, que todos estamos en la obligacion de conservar y engrandecer cada dia mas.

Si como es evidente los elementos de vitalidad de una institucion cualquiera, se aprecian por las cualidades de los individuos que la componen; tenemos derecho para esperar, que á la Academia libre de Medicina, le están reservados dias muy ve-

rosos, y que sus trabajos serán de gran utilidad para la ciencia y para el país: para la ciencia, porque allí estimulados por la emulacion trabajarán todos de consuno, seguros de que sus esfuerzos no se perderán en el olvido como por desgracia ha sucedido antes de ahora; y para el país, porque el establecimiento de esta institucion tan importante, junto con las diversas que se han fundado en estos últimos años, despues de los desastres de una guerra inícuca que nos lo arrebató todo, demuestra que el Perú á pesar de sus contrastes, marchará sienpre adelante en la via del progreso.

LEONIDAS, AVENDAÑO.

SECCION OFICIAL.

Documentos de la epidemia de viruela de 1884-85.

Lima, Abril 23 de 1885.

Señor Inspector de Higiene:

He tenido el honor de recibir el estimable oficio de US. en el que se sirve pedirme todos los datos relativos á la actual epidemia de viruela; en contestacion me es grato decirle que es tan pequeño el número de casos que se han presentado en el Cuartel de mi cargo, que no habria derecho para considerarlos epidémicos; con tanta mas razon cuanto que entre nosotros esta enfermedad casi puede decirse que se ha hecho endémica en esta estacion.

A fines de Enero próximo pasado se presentó el primer caso, despues hubieron dos en Marzo y últimamente uno en el presente mes; dos de estos han sido de viruela confluyente y los otros dos de viruela discreta; en todos ellos la enfermedad ha seguido un curso regular y el éxito ha sido feliz, sin que se haya presentado circunstancia alguna digna de mencion.

Dios guarde á US.

A. E. PEREZ ARANIBAR.

Facultad de Medicina.

En la sesion celebrada el dia 16 del presente, se dió cuenta de un oficio del Sr. Rector de la

Universidad, en que trascríbe las observaciones que la Comisión Económica ha hecho al presupuesto de la Facultad, y pide informe á esta corporación. Se acordó absolverlo teniendo presente los antecedentes que existen en Secretaría.—Se calificaron los expedientes para el grado de Bachiller de los alumnos Benjamín Rojas y Augusto Iturrizaga.—Prestó el juramento para ejercer la profesión de Médico y Cirujano, el Br. Juan M. Benites.—Se reservó para su oportunidad, una solicitud del alumno D. Abelardo Pretell, sobre exención de derechos.—Se pasó á la Comisión de Farmacia una solicitud del Farmacéutico D. Guillermo Geraldino, pidiendo se ensaye clínicamente una preparación compuesta por él, para curar la jaqueca, neuralgias faciales, cefalalgias simples, etc.—Se confirió el grado de Bachiller al alumno D. Melchor Chavez Villarreal.—Se pasó á la Comisión de Farmacia, otra solicitud de los Srs. Meyer y Hafemann, remitiendo muestras de *Muriato de Cocaína pura*, preparado por ellos.

Academia libre de Medicina de Lima.

SESION DE INSTALACION DEL DIA 29 DE
JULIO DE 1885:

Abierta la sesión á las 8. h.p.m., bajo la presidencia del Dr. Odriozola, y estando presente los miembros titulares: Drs. Almenara, Andueza, Arias Soto, Artola, Avendaño (L.), Carballo, Castillo (J. C.), Colunga, Chavez, Flores, Giraldes, Macedo, Moloche, Morales, Olano, Quiroga (J. M.), Romero, Sanchez Concha, Sosa, Velez, Villar y los Secretarios Ulloa, Barrios, y Perez Roca; de los asociados, libros: Srs. Grec, Dávalos y Dr. Olaechea (T.); y de los correspondientes nacionales: Drs. Arbaiza (en Chiclayo), Boza (R.) (en Ica), y Maurtua y Távara (en el Oallao), se leyó y aprobó el acta de la última sesión preparatoria.

En seguida el Sr. Presidente leyó su discurso inaugural, en él que después de hacer una rápida reseña de los progresos y trabajos de la Sociedad de Medicina desde su instalación en 1856 hasta que desapareció arrastrada por el cúmulo de calamidades que trajo consigo la última guerra; hizo ver los servicios eminentes que había prestado á la Ciencia y al país; consideró todos estos trabajos como preparatorios de la actual Academia; enumeró lo que esta había hecho en los ocho meses que han transcurrido desde su fundación; la favorable acogida que había recibido de propios y extraños; presentó el programa de sus trabajos y concluyó declarando instala-

da la Academia libre de Medicina de Lima.

Después el Sr. Presidente dió posesión de sus puestos, á los Srs. de la Junta Directiva elejidos en la última sesión preparatoria.

Se dió lectura á una proposición firmada por todos los miembros de la Junta Directiva, para que se publicara el cuadro de los benefactores de la institución; sin discusión fué aprobada por unanimidad.

Igualmente se dió lectura á una proposición suscrita por la Comisión de concursos, por la que se convoca para el 29 de Julio de 1886, á un concurso cuyo tema será el estudio de la Verruga peruana. Apoyada por los Doctores Macedo y Ulloa, fué aprobada por unanimidad.

El Secretario perpétuo Dr. Ulloa dió cuenta de haberse recibido, enviada por el socio correspondiente en Rio de Janeiro Dr. Freire, su obra sobre "La teoría microbiana de la Fiebre amarilla." Se acordó que pasara á la Comisión de Epidemias.

El Presidente concedió la palabra, al Dr. J. C. Ulloa, quien leyó el elogio fúnebre del Dr. Miguel Evaristo de los Rios, antiguo profesor del Colegio de la Independencia, fundador y catedrático de la Facultad de Medicina y segundo Decano de ella. El orador empezó su elogio con algunas consideraciones sobre los tres grandes hombres que dedicaron todos sus esfuerzos al establecimiento y adelanto de nuestra Escuela de Medicina: Unánue, Heredia y Rios; hizo presente que la Academia había saldado, en algo, la deuda que tenía para con los primeros, bautizando su observatorio meteorológico con el nombre de "Unánue," y su laboratorio biológico con el de "Heredia," y que para satisfacer la que tenía con el último había dedicado esta solemne sesión á su memoria.

El Dr. Ulloa relató detalladamente, la vida científica y política del Dr. Rios desde su nacimiento en el pueblo de Lircay, enumerando todas las dificultades que tuvo que vencer para llegar á la realización de sus designios, hasta su advenimiento al Decanato en el año de 1860. Durante este lapso de tiempo, fué nombrado Repetidor del curso de Matemáticas y Secretario del colegio de Medicina en el año de 1826; en el de 1827 fué premiado con la Contenta del grado

de Maestro ó Doctor en artes (hoy Doctor en letras); en el Congreso de 1822, formuló el proyecto de la primera ley reglamentaria sobre la enseñanza pública; pocos años despues ingresó como médico al hospital de la Caridad, de donde pasó al de San Andres en Octubre de 1840, revelando en esta larga práctica hospitalaria, sus grandes dotes de clinico y buen observador, unidas á un método de enseñanza en el que aprovechaba los buenos elementos que encontraba en los autores antiguos, rechazando con bastante prudencia las ideas exajeradas que en ese tiempo reinaban; en el año de 1843 obtuvo en concurso y por unanimidad de sufragios, la cátedra de Prima de Medicina; en 1848 despues de la reforma, llevada á cabo por el ilustrado Ministro de Instruccion Dr. Felipe Pardo, ocupó una de las vocalias de la Junta directiva de Medicina, creada en lugar del antiguo Proto-medicato; en 1849, fué designado como Catedrático de Patología y de Terapéutica general, en lugar del Dr. Manuel Solari que pasó á ocupar la cátedra de Clínica Médica, vacante por fallecimiento del Dr. Faustos, y allí dictó el curso mas completo hasta entonces de Terapéutica y materia Médica; en 1855 en el periodo de transformacion política que se inauguró entonces, "le tocó su turno á la enseñanza médica."

"El Dr. Rios fué uno de los principales colaboradores de Heredia en la obra de la reorganizacion de esa enseñanza; y, creada en Setiembre de 1856 la Facultad de Medicina, la primera de la actual Universidad, en la distribucion de sus cátedras tocó al Dr. Rios la que le tenian señalada sus antecedentes científicos: una de las dos de Clínica Interna."

"Terminado en Abril de 1860 el periodo que el Reglamento de la Facultad de Medicina señalaba a su Decano, el Gobierno nombró al Dr. Rios, para suceder en este cargo al Dr. Heredia, el regenerador de las instituciones y de los estudios médicos."

A partir de este punto el Dr. Ulloa, enumeró todas las reformas que implantó en la Facultad hasta colocarla en el brillante pié en que la sorprendió la guerra de 1879; estableció el Museo de Zoología y Mineralogía, el Jardín Botánico, el Laboratorio de Quimica; y emprendió la construccion de un nuevo An-

fit teatro de Anatomía, porque el antiguo era ya deficiente para las necesidades de la Escuela; por todos estos servicios prestados á la Facultad, ésta lo perpetuó en su cargo de Decano hasta sus últimos dias. Al recordar el orador que el Dr. Rios no pudo ver coronados sus patrióticos afanes por la inesperada guerra nacional, se expresó en los siguientes términos: "Esa funesta guerra posó tambien su planta sangrienta y destructora, sobre aquellas sagradas obras, objeto de respeto para todo pueblo civilizado, en los mas exaltados y ciegos paroxismos de la lucha; pero lo que queda en pié de ellas, esperaudo una mano reparadora; es bastante para que la posteridad médica conserve imperecedero recuerdo de los servicios prestados á la enseñanza de la medicina, por el segundo Decano de la Facultad de su nombre."

Hizo ver en seguida, el Dr. Ulloa, que tanto los gobiernos como las sociedades científicas nacionales y extranjeras, habian apreciado debidamente los méritos del Dr. Rios, en efecto: concurrió á tres Legislaturas sucesivas como Senador por el Departamento de su nacimiento; fué varias veces Presidente de la antigua Sociedad de Medicina; mereció el nombramiento de miembro honorario de la Facultad de Medicina de Santiago; y, fué miembro correspondiente de la Academia de Ciencias de California.

El Dr. Ulloa, terminó, manifestando que, aún despues de su muerte, se hizo sentir la accion benéfica del Dr. Rios para con la Facultad, pues esta fué uno de sus legatarios; y concluyó con los siguientes párrafos:

"He allí al abnegado maestro cuya vida profesional queda escrita en nuestros anales científicos, en nuestros imperecederos recuerdos, y mas que todo, en las obras con que enriqueció el material de enseñanza de nuestra Escuela de Medicina."

"La Providencia quizo ahorrarle grandes amarguras, que habrian atribulado su espíritu, en esas horas de decepcion y de desfallecimiento porque hemos pasado sus discipulos y sus colegas; si bien habrian sido templadas por su profunda satisfaccion, al ver nacer de las ruinas de nuestras esperanzas, esta institucion que encierra en su seno el porvenir de la Medicina nacional."

"Su imagen está allí, asistiendo á

nuestro advenimiento al mundo de la ciencia, y si desde las alturas de la eternidad es permitido alguna vez descender los ojos á la tierra, sus miradas vendrian á posarse sobre esta nascente institucion, para alentarla y animarla en la continuacion de sus difciles y patrióticas tareas, como fué su ejemplo durante su vida, una perpétua enseñanza de patriotismo y de amor á la ciencia y sus progresos."

Terminada la lectura del elogio, el Sr. Presidente levantó la sesion.

SECCION NACIONAL.

Lijeras observaciones sobre el Cápsicum.

I

A.)— Esta solanácea, probablemente conocida en Europa desde la época del Imperio Romano, es orijinaria de la India i de la América del Sur; de cuyos lugares ha sido llevada á distintos puntos del globo, habiendo pocos paises en que no sean conocidos sus frutos. (Alem. *Spanischer Pfeffer*; Arab. *behar*; Antill. *aji*; Esp. *pimiento*; Franc. *piment des jardins*; Hind. *chili*; Ingl. *red pepper*; It. *peperone*; Lat. *piper indicum seu hispanicum*; Mex. *chile*; Per. *uchu*; Port. *pimentas de India*; etc.)

El jénero *Cápsicum* comprende numerosas especies, tales como el *Cápsicum fastigiatum* (annuum de Lineo), el *C. grossum*, el *C. pubescens*, el *C. baccatum*, el *C. frutescens*, etc., todas mas ó ménos abundantes en *capsicina*, sustancia líquida, de aspecto aceitoso, volátil, sumamente irritante i cáustica, soluble en el agua, en el alcohol i en el éter. Muchas especies crecen en el Perú, i sus bayas son usadas como condimento, pero han recibido mui pocas aplicaciones terapéuticas: en efecto, entre nosotros el cápsicum ha sido por una parte empleado en inyecciones intravenosas contra la *fiebre amarilla* i recomendado para combatir la *albuminuria del mal de Bright* (Del Barco) i por otra parte usado en la *dysenteria crónica apirética* i en la *conjuntivitis* (Patron).—En cambio de la poca atencion que le hemos prestado, se le vé figurar en las farmacopeas extranjeras, principalmente en las de Inglaterra i Estados Unidos: en estos paises lo usan en la *apoplejia*, la

anjina diftérica, el *coma*, el *delirio de la fiebre tifoide*, el *delirium tremens*, la *dyspepsia atónica*, la *gota atónica*, las *hemorroides*, el *reumatismo crónico*, el *vómito negro*, etc. Por otro lado, la Escuela Homeopática ha estudiado á su manera la accion fisiológica del cápsicum, i se sirve de él para combatir la *nostálgia*, la *cefaláljia histérica*, la *diarrea*, la *dysenteria*, el *catarro bronquial*, las *fiebres intermitentes rebeldes*, i varias otras enfermedades.

II.

Hace mas de ocho años que el Profesor B....., entónces Jefe de Clinica en el Hospital "Dos de Mayo", contaba en cierta ocasion á los alumnos de su servicio, que, habiendo padecido de una *dysenteria crónica*, rebelde á todos los medicamentos, i estando aburrido con largos dias de dieta rigurosa; harto de pociones, i de enemas, i de papeles, i de pildoras,—en su desesperacion resolvió un dia romper la monotonia de su regimen, i tomó una comida abundante, i abundante en cápsicum, decidido á sufrir las consecuencias; pero el resultado fué contrario al que habia temido: sintió casi inmediatamente un alivio notable, i con el uso repetido del precioso condimento quedó pronto libre de su enfermedad.

En Junio de 1888 solicitó mis servicios un hombre de 28 años, en quien ciertos autores habrian encontrado el retrato exacto del hemorroidario: "grande, mas bien flaco que gordo, tiene el color plomizo i amarillento, gruesas venas serpentean sobre sus brazos, manos, piernas i piés;.....; es brusco, arrebatado, sus pasiones son violentas, sus resoluciones tenaces; come mucho, pero es indiferente en la eleccion de alimentos, quedando atormentado de flatuosidades i siempre constipado." Se quejaba de arrojar al fin de la defecacion cantidades variables de sangre (lo cual excitaba en él penosas i melancólicas aprensiones) sintiendo además pesantez e irritacion espasmódica en el ano, i siendo á veces los esfuerzos de expulsion tales que la mucosa rectal era arrastrada hácia fuera.

Era un caso corriente de *hemorroides internas* propiamente dichas, es decir nó procedentes,—eran hemorroides *fluentes* de las venas hemorroidales superiores, constituidas por pequeñas varicosidades,

no habiendo hipertrofia apreciable de la mucosa rectal.

Dos causas eficaces habían entrado en accion: 1.^a el uso diario, durante diez meses, de una mixtura drástica (jalapa i otros componentes que no he podido determinar) i que ni un solo día había dejado de producir sus efectos; 2.^a una constipacion tenaz despues que cesó el uso del purgante, junto con la cual no tardó en presentarse la sangre, cuya cantidad al día era, por término medio, de un gramo con corta diferencia.

III.

Naturalmente, sometido el enfermo á un régimen hijiénico i á un tratamiento farmacéutico estrictos, se empleó todos los medios posibles (en un lugar algo escaso de recursos) principiando por los mas sencillos, para terminar en los mas activos i complicados, i cuya enumeracion no es mi objeto; se siguió los consejos de muchos autores, obteniendo mejoras que á veces duraban algunas semanas para desaparecer en seguida; en fin, en un periodo de año i cinco meses, se hizo, se deshizo, se rehizo i se volvió á deshacer una variedad de métodos curativos, con nó poco fastidio para el enfermo,—hasta que, agotados mis expedientes, i tambien mi paciencia, suspendí por algunos días todo tratamiento pensando pedir auxilios á la Cirujía, noticia que horripiló á mi paciente.

En estos días de descanso, en medio de mi preocupacion recordé el caso del Profesor B..., i sin mas, se me fijó la orijinal idea de que el cápsicum sobre el recto, podía hacer en pequeño, lo que el ácido nítrico, ú otro, hace en la terapéutica quirúrgica de las hemorroides. Buena ó mala, resolví poner en práctica esa idea, i me afirmé más en ella recordando que los individuos que usan grandes cantidades de cápsicum como condimento, saben bien que si algo es absorbido, pása nó poco con los residuos de la alimentacion.

Y como por otra parte había visto á los indijenas de la Sierra, devorar sin el menor inconveniente para su salud cantidades enormes de cápsicum, principié á administrar resueltamente el polvo de las semillas á dosis crecientes, con los alimentos; hubo alivio desde los primeros días, se insistió en la medicacion, i al cabo de dos meses (Enero, 1885) el paciente dejaba de serlo, quedando perfectamente curado.

IV.

Durante los días de este tratamiento ví que Gubler se ocupa de la aplicacion del cápsicum en las hemorroides, i advertí ademas que yo había leído ántes i marcado en el libro el párrafo respectivo para olvidarlo inmediatamente, cosa que dependió sin duda de la ninguna importancia que yo daba al cápsicum; i si algo me indujo á usar este medicamento, fué de seguro una reminiscencia vaga de la lectura de Gubler.

Mas tarde he encontrado recomendado el cápsicum por otros autores, i me ha servido en la misma enfermedad con resultado satisfactorio. Parece, pues, que M. Alegre ha introducido un remedio llamado á ocupar lugar importante entre los recursos extraños á la Cirujía, i que cuentan muchos sucesos, gracias á su empleo discreto.

Poco tiempo despues de la curacion referida, hice algunos experimentos con el cápsicum en un hombre sano, de 80 años mas ó ménos, que se prestó á ello. Tomó durante un mes, en las dos principales comidas, cantidades de cápsicum que fueron poco á poco aumentando desde 1 gramo hasta 8 gramos diarios, i notó en los primeros días un ligero ardor en el estómago, lijeros cólicos, diarrea insignificante, aumento de la temperatura i alguna excitacion jenesica, pero sobre todo un aumento grande del apetito. Los fenómenos citados, ménos el último, fueron disminuyendo de intensidad, áun cuando las dosis iban aumentando.

Para completar este ensayo de experimento que adolece de muchos defectos, cópio, por creerlo útil, el siguiente sencillo resumen (Gubler) de los efectos del cápsicum: — *Dosis pequeñas*: 1. calor al estómago, 2. aumento del apetito, 3. actividad aumentada de la digestion. — *Dosis moderadas*: 1. calor aumentado del cuerpo, 2. aumento de la sed, 3. actividad aumentada de los órganos jénito-urinaris. — *Dosis excesivas*: 1. inflamacion del estómago, 2. dolores abdominales i diarrea, 3. aturdimiento, embriaguez i cierto grado de parálisis.

V.

B). —Sabemos bien que el vómito no es en todos casos algo que depende del mismo estómago, algo que corresponde á un estado mórbido de una de sus capas ó de sus nervios, i que las más veces depende de alguna influencia perturba-

dora en un órgano remoto, es decir, es un síntoma, por lo que pudiera creerse que tan pronto como se ha subyugado la enfermedad á que el vómito pertenece, debe éste ser prontamente suprimido; pero en la práctica no sucede así, i muchas veces es menester atenderlo como si fuese una afección separada, porque parece que los músculos que contri buyen al vómito hubiesen, mediante el ejercicio, adquirido el hábito de un movimiento desordenado. Además, no pocas veces ese síntoma molesto se hace temible, porque viene á contrarrestar el efecto de los medicamentos mas oportunamente administrados.— Pues bien, he tenido ocasion de combatir el vómito en diversas enfermedades, con sustancias extrañas á las comunmente usadas (por falta absoluta de medicamentos en ciertos lugares), i entre esas sustancias la que mejor resultado ha dado es el cápsicum.

Hai una terapéutica general de los vómitos cualquiera que sea su causa, i una terapéutica especial cuando se les considera como síntoma de una enfermedad determinada. Nadie ignora que la abstinencia de todo alimento sólido ó líquido, las aguas gaseosas, las bebidas heladas, la pocion de Rivière, el opio i la belladona bajo diversas formas, etc., *intus*,— i los emplastos, las pulverizaciones de éter, los sinapismos, los vejigatorios, los cauterios, las sanguijuelas, las ventosas escarificadas, etc., *extra*,— combatirán con mas ó ménos eficacia el síntoma vómito, si estos medios son debidamente adaptados, variados i combinados en cada caso particular.

VI.

Habiendo observado muchas veces los efectos rápidos de los sinapismos para contener el vómito,— cualquiera que sea su modo de obrar,— pensé si no se podría obtener efecto parecido introduciendo en el estómago el cápsicum, que al exterior vale tanto como aquellos, i que al interior sería, segun me parece, superior al *Sinapis nigra*.—Se emplea la creosota, el nitrato de plata, la tintura de iodo, que son mas cáusticos é irritantes que el cápsicum ¿porqué no se habia de usar este último? Además, si Wright lo habia encontrado excelente contra el vómito negro de la fiebre amarilla ¿porqué no emplearlo contra cualquiera otra especie de vómito?

No pretendo—demás es decirlo—sos-

tener que he partido de un principio teórico exacto, al querer combatir el vómito trasladando la acción de un revulsivo, del epigastrio á la misma mucosa estomacal, pero es menester que conste que, con el cápsicum empleado al interior, el resultado ha sido prácticamente satisfactorio.

No cansaré la atención del ilustrado lector con una serie de historias clinicas mas ó ménos parecidas: mi objeto es solamente manifestar que el cápsicum ha sido en mis manos un medicamento eficaz, contra el vómito de dos estados mórbidos importantes, en los que á veces por mas que se haga, se presenta fatigoso, tenaz i rebelde.

VII.

1.º En la *fiebre biliosa de los países cálidos*, en esa fiebre remitente que sería la misma fiebre amarilla, sino fuesen su patogenia diferente i su docilidad á la quinina, el cápsicum ha vencido el vómito de una manera perfecta. Esto lo he visto repetidas veces, esto es terminante, i no tengo mas que añadir sino invitar al ensayo.

2.º En los *vómitos incoercibles* del embarazo, algunos en el 2.º periodo, lo cual supone bastante gravedad, vómitos de diez i doce dias de duración, en que era imposible para el estómago retener *absolutamente nada* de alimento, bebida ni medicamento; el cápsicum me ha dado brillantes resultados i lo he encontrado superior al bismuto, á la tintura de nuez vómica, al opio, al kirsch, á la pepsina i á la creosota, ó á la combinación de varios de estos remedios. Yo mismo he preparado i administrado el cápsicum varias veces, i con solo la primera cucharada he visto suspenderse el vómito, por algunas horas en mas de una ocasion.

En días pasados estaba resuelto á no escribir sobre el cápsicum mientras no estudiase algo mejor el asunto, cuando se me presentó un caso grave de vómito del embarazo: tenía ocho dias de duración como absolutamente incoercible; i algunos medicamentos sencillos, despues la pepsina, el kirschwasser, la creosota (cuya eficacia es incontestable), los sinapismos, etc., todos fueron completamente inútiles. Yo tenía la seguridad de no emplear el cápsicum, pues creia que el kirsch i la pepsina serian suficientes; pero confieso que la rebeldía del caso se me hizo temible, hasta desesperar

del éxito. Sin embargo, en cuatro días receté 6 gramos del polvo de cápsicum, en píldoras, prescribiendo la leche como único alimento i bebida, todo á horas estrictamente fijas;—hubo alivio desde el principio, i en los mismos cuatro días cesaron por completo los vómitos, los dolores de estómago i todo malestar (Junio 28).—Esto ya era demasiado, i resolví escribir las presentes desaliñadas apuntaciones, en que pongo los hechos tales como los he observado: si son simples coincidencias no lo sé, pero no lo creo; si hai error, es indispensable desvanecerlo.

VIII.

He empleado el cápsicum en algunas otras formas de vómito i siempre con buenos resultados; pero como se trata de casos aislados de distintas enfermedades, no merecen llamar la atencion, i solo por ser curioso, haré conocer uno en breves palabras:—una Señora de 80 años, de temperamento nervioso, sumamente impresionable, i de un estómago asaz delicado, sufrió una emocion triste, á cuya consecuencia sobrevino el vómito, que se hizo incontenible. Despues de ensayar infructuosamente algunos remedios, la enferma me mandó llamar: era imposible llenar la indicacion causal, receté pocion de Rivière, no hizo efecto; receté 30 centigramos de polvo de cápsicum, i cesó inmediatamente el vómito.

No pasaré en silencio el modo tan marcado como el capsicum combate la anorexia. En las citadas remitentes biliosas, no he visto una sino varias veces, que, enfermos en quienes aún existia fiebre, habia náusea continua, vómitos de vez en cuando, i— parece burla el decirlo — falta absoluta del apetito, despues de haber tomado una píldora de cápsicum, han podido sin esfuerzo comer una cantidad regular de alimentos, la mitad, mas ó ménos, de lo que tomarían estando sanos; i estas comidas extraordinarias se han repetido merced á nuevas dosis de cápsicum, sin inconvenientes posterior.

No se deduzca sin embargo, de todo lo que acabo de exponer, que soi partidario del cápsicum á todo trance. Este medicamento tiene ciertas aplicaciones, i fuera de ellas es claro que puede ser completamente rechazado. A veces será inútil, á veces nocivo i peligroso, en el cáncer i en la úlcera del estómago por

ejemplo. Por otra parte, hai medios mucho mas sencillos é inofensivos que el capsicum para combatir el vómito, i seria absurdo querer hacerlo de buenas á primeras con un medio activo sin haber apelado ántes á aquellos, i sin haberse informado bien acerca del estado inflamatorio que pudiera existir en el estómago ó en los intestinos.

IX.

Mas aún, cierta clase de vómitos no necesitará jamás del cápsicum:—un vómito ocasionado por sustancias extrañas en el estómago, ó en el útero, bien se sabe con qué podrá cesar; los vómitos de ciertas dispepsias tienen medicamentos conocidos; los vómitos histéricos tienen el valerianato de cafeina, ó la galvanizacion del pneumogástrico; los de la tisis se combaten con el *gavage* del estómago; los del mareo con el cloral; los provenientes de una hernia cesarán con un vendaje; á los de la gastráljia se opone el opio; los de la dispepsia urinosa no se debe combatir; los de las afecciones cerebrales no se puede atacar; el vómito de un niño alimentado con la leche de la madre embarazada no cederá á ninguna medicina; ni el tierno infante que vomita por replecion gástrica ha menester de la farmacopea.

Por otra parte, si en la fiebre remitente se puede tratar el vómito por la mezcla efervescente de carbonato de potasa i zumo de limon, ó acudir al opio, ó á un enema laudanizado, ó á la leche con agua de cal, ó en fin, á los sinapismos ú otros medios conocidos cualesquiera; i si en el vómito de las embarazadas se puede sacar partido del colombo, de las sales de cerio, del limon, del café, del cloral, del humo de tabaco, del carbonato de magnesia, del bicarbonato de soda, del Champagne, del opio, etc., etc., ¿para qué valerse del cápsicum á destiempo?

Creo oportuno agregar una circunstancia que se refiere al vómito del embarazo, i es, que éste nó siempre debe ser combatido; al contrario, cuando es ligero se le debe respetar, porque es un medio de que se vale la naturaleza para contener dentro de ciertos límites la congestion uterina, i solo cuando ésta traspasa aquellos que son razonables, se hace preciso intervenir.

X.

La mejor forma para administrar el cápsicum es la de píldoras hechas con

el polvo de las semillas, siendo dosis moderada para un adulto la de 20 á 50 centigramos al dia. Tambien se puede usar la maceracion, que, salvo el sabor, tiene la ventaja de poder ser preparada en pocos instantes, el extracto, la infusion, la tintura. Todas estas preparaciones variarán en actividad, segun la especie de cápsicum, por lo que sería preferible usar la *capsicina*.

Las sustancias incompatibles son las siguientes: acetatos de plomo, bicloruro de mercurio, carbonatos alcalinos, nitrato de plata, sulfatos de cobre, de hierro i de zinc.

En conclusion haré una advertencia confidencial, que el médico encontrará casi siempre provechosa para su crédito:— no hai que pronunciar jamás delante del paciente ó de sus allegados el nombre vulgar de la planta; poco ménos efecto haria la cabeza de Medusa.

San Pedro, Julio 8 de 1885.

DR. M. CEBALLOS TORRES.

Apuntes sobre la profilaxis de la tuberculosis.

(Conclusion.) *

Continuando con el exámen de las diversas causas que en nuestras ciudades, y principalmente en Lima, favorecen el desarrollo de la tuberculosis, nos ocuparemos de los colegios.

Salvo muy pocas excepciones, en los establecimientos de instruccion tanto de hombres como de mujeres, la alimentacion que se da á los internos deja mucho que desear. Escaza y de mala calidad, no puede bastar para reparar las pérdidas que sufre el estudiante; lo que trae por consecuencia un debilitamiento que los coloca en estado de oportunidad mórbida, siendo esto mucho mas grave en los que tienen la debilidad congénita. El modo de corregir esto es tan sencillo y fácil de comprender que es inútil indicarlo. Por otra parte, en estos establecimientos, como en todos en los que se reunen un gran número de individuos: teatros, templos, conventos, cárceles, etc., deben exijirse todas las mejores condiciones higiénicas posibles, ventilacion bien arreglada, excesiva limpieza, deben tenerse escupideras con líquidos desinfectantes, pues como

ya lo hemos dicho, y lo repetimos, está probado que los bacilos conservan su vitalidad en los esputos, y esto por algun tiempo, pues hasta los polvos que de ellos se desprenden despues de desecados, son peligrosos y nocivos.

Hay otra fuente de contagio de la tuberculosis, que puesta en duda por algun tiempo, es hoy reconocida y aceptada por la mayoría de los higienistas, principalmente despues de los estudios de Hipólito Martin, Vallin y otros: esta es la trasmision de la tuberculosis por la leche, carne y visceras de los animales que se emplean en la alimentacion. Por lo que hace á la leche, los mismos autores ántes citados, han demostrado que se puede aniquilar la vitalidad de los bacilos, cuando existen, por la coccion del liquido; de modo que todo se reduce á abandonar por completo la práctica antigua, de hacer tomar la leche cruda á las personas débiles ó atacadas de tuberculosis incipiente; y ordenar de una manera terminante que este liquido sea cocido antes de tomarlo, ya sea solo ó de cualquier otro modo. No sucede lo mismo con la carne y visceras; estas cuando provienen de animales tuberculosos, son dañinas porque son poco nutritivas, y porque trasmiten la enfermedad al hombre que hace uso de ellas; y la exposicion en este sentido es tanto mas de temer cuanto que nuestros ganaderos y las personas que intervienen en la matanza de los animales y venta de la carne, únicamente se preservan de la enfermedad carbonosa; las demas les preocupan poco, por el contrario, la carne de esos animales es vendida con mas facilidad por su bajo precio, y la parte de la poblacion que sufre mas, es la menesterosa, es decir la que se encuentra en mejor aptitud para el contagio. Debe pues observarse una estricta vigilancia en este sentido, y someterse á una severa inspeccion a todos los animales que ingresen al matadero, matándose e incinerándose aquellos que se encuentren enfermos, cuando la enfermedad que los aqueja sea la tuberculosis, a fin de impedir el contagio á los otros animales y al hombre; haciendo estensiva esta vijilancia a las reses que diariamente vienen á las lecherias. E insistimos mucho sobre estas medidas, porque en las ordenanzas municipales lo mismo que en los reglamentos de Sa-

* Véase los números 16 y 18.

nidad, no hay nada consignado á este respecto.

Vamos á indicar, para concluir, una circunstancia que, aunque comun á casi todas las grandes ciudades, sin embargo creemos que en pocas tenga una influencia patogénica tan marcada sobre la tuberculosis como en Lima: es el trabajo excesivo y con tan poco provecho á que tienen que sujetarse las mujeres, particularmente las de las clases poco acomodadas. La costura, ya en máquina ó manual, es uno de los medios de subsistencia mas generales de una gran parte de nuestra poblacion femenina; este trabajo sumamente penoso compensaria sus esfuerzos y los proporcionaria los medios necesarios para la vida si fuera bien retribuido; pero sucede todo lo contrario, y la mujer para satisfacer sus necesidades y las de su familia, tiene que prolongar las horas de su faena, descuidando su alimentacion, trasnochando con un alumbrado perverso, con poca higiene en sus habitaciones, pues cuando concluye su trabajo tiene por necesidad que buscar algun descanso, y en una palabra en las peores condiciones imaginables; de tal modo que ese ser cuando es atacado por una enfermedad, ésta encuentra un organismo perfectamente dispuesto para servirle de pasto. Esta causa de un orden bastante elevado, y que se puede considerar como escluida del dominio de la Medicina, pues poco pueden los esfuerzos del higienista para remediarla; es sin embargo muy poderosa, y así lo han comprendido muchos gobiernos y muchas notabilidades administrativas, que encaminan todos sus esfuerzos, á proporcionar al sexo femenino ocupaciones, en que se concilien un trabajo apropiado á la debilidad de su constitucion con el producto suficiente para llenar cumplidamente sus necesidades. En efecto este es uno de los principales medios de mejorar la condicion de la mujer, el ser mas necesario de la familia, pues ella es la que tiene que suministrar la alimentacion á sus tiernos hijos; cuando por una enfermedad cualquiera, principalmente por la tuberculosis, no puede cumplir con los sagrados deberes de la lactancia; tiene que entregar sus hijos, ó á una nodriza mercenaria, lo que no es posible cuando se carecen de recursos pecuniarios, ó someterlo á la lactancia artificial con todas sus funestas consecuencias.

La tuberculosis, y en particular la tuberculosis pulmonar, ha tomado tal desarrollo, que no creemos que las medidas que se le pudiera oponer tuvieran un resultado inmediato. Pero por lo mismo que las circunstancias son alarmantes, no debe perderse un solo momento en llevar á la practica los medios que se conceptúan favorables. Las causas especiales á la localidad y á nuestro modo de ser son múltiples (no abrigamos la presuncion de haberles considerado á todas en estos desaliñados renglones), y se necesitan para modificarlas, el concurso unánime de los hombres de ciencia y de los encargados de velar por la salud pública.

LEONIDAS AVENDAÑO.

Inyecciones hipodérmicas.

SEGUNDA PARTE.

DE LAS INYECCIONES HIPODÉRMICAS ANTI-SIFILÍTICAS.

A los DD. L. Villar i R. L. Florea.

(Continuacion.)

BI-IODURO DE MERCURIO.

El bi-ioduro de mercurio siendo insoluble en el agua, no puede ser administrado por el método hipodérmico, sino al estado de ioduro doble de potasio ó de sodio.

El notable farmacéutico de Paris M. Ivon, fundándose en la idea teórica de que las soluciones mercuriales detenidas a las inyecciones, para ser rápidamente absorbidas i no ejercer accion local, no deben coagular la albumina, dá la siguiente fórmula, que, segun él llenaria esta condicion:

Bi ioduro de mercurio.....	1 grm.
Ioduro de potasio.....	1 „
Fosfato tribásico de soda.....	2 „
Agua destilada.....	50 „
Mezclese para Iny. hipodérmicas.	

Seis inyecciones de esta solucion fueron practicadas por mí en el enfermo de la Observacion I, pero dichas inyecciones le causaron tanto dolor al enfermo, que protestó de semejante tratamiento, que fué inmediatamente suspendido. El Dr. Florez á quien supliqué que emplease la solucion de Ivon, obtuvo iguales resultados. Creo por lo tanto que el bi-ioduro de mercurio no debe ser empleado en inyecciones subcutáneas, á causa

del dolor que produce i á causa tambien, de que las inyecciones de esta sal dejan nudosidades persistentes i dolorosas en el tejido celular.

ALBUMINATO DE MERCURIO.

Hace algunos años que Bamberger llamó la atencion de los médicos sobre una solucion mercurial, que denominaba *albuminato de mercurio*, recomendándola como la más eficaz para combatir los accidentes de las sífilis, i como la más propia para ser empleada por la vía subcutánea, aunque sin negar la dificultad de su preparacion.

Neumann, aceptando las ideas de Bamberger, esplicaba las ventajas del albuminato en estos términos:—"el sublimado para ser absorbido, necesita unirse á la albúmina de los tejidos; esto es lo que impide su absorcion rápida i lo que predispone á los abscesos i tubérculos ó nudosidades, cuando se sirve del agua destilada sola para su solucion; cuando al contrario, el bicloruro es inyectado en solucion albuminosa, no hai lugar á que se produzca esa desorganizacion, i el medicamento se absorbe con rapidez."

Hé aquí cómo se prepara el albuminato:

Se toma: Bicloruro de mercurio 1 g. m.

Agua destilada..... 20 „

Se disuelve el bicloruro en el agua i se añade una clara de huevo de unos 20 gramos próximamente, diluida en agua destilada.—Se ajita el precipitado que se forma i se añade una disolucion de:

Cloruro de sodio..... 2 grm.

Agua destilada..... 60 „

Se ajita la mezcla; se filtra, se pesa el líquido i se añade agua destilada hasta completar 130 gramos de líquido.

Cada centímetro cúbico de líquido (1 gm. 80), contiene 1 centígramo de albuminato de mercurio.

Como se vé, esta preparacion no difiere de la solucion cloro-albuminosa de Staub, de que me he ocupado antes, i adolece de los mismos defectos que aquella.

Aunque algunos han observado en la clínica que las inyecciones de albuminato producen, á veces, no siempre, menos dolor que las de bicloruro en simple solucion en el agua, no se puede en justicia, atribuirle ningun mérito al albuminato sobre el sublimado, i pienso que esa disminucion del dolor que muchos

han notado en las inyecciones de la solucion albuminosa, es debida á que el sublimado corrosivo se halla en presencia del cloruro de sodio, que le quita un tanto sus propiedades irritantes.

¿Cuál es el objeto que se desea alcanzar, empleando el albuminato de mercurio?—Impedir que el bicloruro coagule las sustancias albuminoideas del tejido celular, para evitar de este modo las induraciones i el dolor, dicen los partidarios del albuminato.—Bastaria en tal caso inyectar el bicloruro con un exceso de cloruro de sodio, puesto que, como lo he dicho antes, el sublimado en una solucion que contiene un exeso de sal marina, no da lugar á la coagulacion de la albumina, i no recurrir á la preparacion tan inestable i difícil del albuminato.

Por lo demas, el nombre de albuminato de mercurio que se dá á esta solucion es impropio.—La albumina no pueda desempeñar el papel de un ácido i menos de un ácido fuerte, para combinarse con el mercurio.—El sublimado corrosivo así como otras sustancias, precipita la albumina de sus soluciones, i este precipitado es disuelto á beneficio de un exeso de cloruro de sodio. He allí todo. Se forma, pues, un cloruro doble de mercurio i de sodio, i la albumina disuelta no desempeña más funcion que la de un vehículo cualquiera.

La solucion albuminosa, en mi opinion, lejos de mejorar las condiciones de la de bicloruro, la hace más defectuosa con la adicion de una sustancia animal, que se altera con tanta facilidad.

Doi en seguida, en resúmen, la observacion de una hemiplejia sífilítica que ha sido tratada en la «Maison de Santé,» por las inyecciones hipodérmicas de albuminato de mercurio, habiéndose empleado tambien las de bi-ioduro i cianuro.

OBSERVACION I.—R. M. chileno, de 30 años de edad, de temperamento sanguíneo, de constitucion robusta, soltero, empleado en la Aduana del Callao, durante la ocupacion chilena, entró á la «Maison de Santé», el 21 de Febrero de 1888, á ocupar la cama número 20.

Anamnesis.—Los antecedentes de este individuo no pudieron ser tomados de boca del mismo enfermo, porque tenia absoluta imposibilidad de hablar; pero, por las personas que lo condujeron al hospital, se pudo saber:—que la salud de este enfermo había sido antes buena,

al menos en apariencia;—que no se tenia seguridad de que hubiera padecido de enfermedades venéreas, pero que era de suponerse, en vista de la vida libertina que llevaba;—que se embriagaba con frecuencia;—que antes del ataque por el que fué conducido al hospital, trabajaba en su oficina, de una manera que no hacia dudar del buen estado de sus facultades intelectuales; i que dicho ataque le sobrevino de la manera siguiente;—una noche—despues de una comida en la que no escasearon los licores—fué á jugar billar con algunos amigos. En medio del juego, se para de repente, suelta el taco de billar que tenia en la mano derecha, pierde el equilibrio i hubiera caido al suelo; sino le sostienen las personas que se hallaban cerca. Interrogado sobre lo que le pasaba, no pudo contestar palabra alguna, pues habia perdido el uso de ella, junto con el movimiento de la pierna i del brazo derechos. Entonces condujeron á su casa á este hombre—que poco antes parecia completamente sano—mudo i paraltico—ó—para hablar el lenguaje científico—*afásico i hemipléjico del lado derecho.*

El médico que lo asistió en el Callao, le mandó un vejigatorio á la nuca i unas cucharadas, cuya composicion se ignora.... Tres dias despues del ataque, fué conducido á la «Maison de Santé.»

Exámen del enfermo.—Dos sintomas principales llamaban la atencion en este enfermo: una *afasia* completa i una *himeplejia derecha* tambien total. La *afasia* era tan considerable, que fue imposible hacerle pronunciar ni los monosílabos *si* ó *no*, para que contestase con ellos á las preguntas que se le hacian, ante las cuales se quedaba absorto, como si tratara de comprender lo que se le hablaba.—La *hemiplejia* nada presentaba de particular, sino el ser jeneralizada á todos los músculos de los miembros superior é inferior.—La sensibilidad se hallaba disminuida en el lado paralizado.

Ademas de estos síntomas se notaba una desviacion de la lengua hácia la izquierda, revelando una glosoplejia derecha—hallándose tambien la boca desviada hácia aquel lado.

El exámen de los órganos de la respiracion, circulacion, dijestion i el del aparato jenital, tampoco reveló particularidad alguna. En la ingle izquierda se halló solamente un ganglio infartado.

Examinada la garganta i la cavidad bucal, no se halló señal alguna de placas mucosas. Nada de particular del lado de la piel,

La boca entreabierta; el labio inferior pendiente i dejando escapar la saliva; la mirada vaga, sin espresion i una i estúpida sonrisa con que contestaba al interrogatorio, daban á este hombre la fisonomía de un imbécil, de cuyo cerebro se habia retirado la intelijencia.

Diagnóstico.—Ante datos tan incompletos no podia asegurarse un diagnóstico positivo. El enfermo que era el único que podia completar dichos datos, no se hallaba en condicion de hacerlo. El enfermo no era anémico, todo lo contrario, era sanguineo; no habia sufrido cambios bruscos de temperatura; no recibió confusiones; no tenia fiebre. ¿Qué pensar de este hemiplejia? Dificil era, como he dicho, dar un diagnóstico positivo. Sin embargo, los DD. Villar i Flores, médicos de la «Maison de Santé,» teniendo en consideracion la vida desreglada de este individuo i á falta de las otras causas que ordinariamente determinan la hemiplejia, creyeron que debia considerarse éste como un caso de *sifilis cerebral de forma hemipléjica*, recordando sin duda aquellas frases de Fournier:—“*Toda hemiplejia sobrevenida antes de los 45 años, i, á fortiori, toda hemiplejia sobrevenida en un sujeto joven, tiene numerosas probabilidades de ser de origen sifilítico.*”

Tratamiento.—En consecuencia, los DD. creyeron conveniente prescribirle un régimen antisifilítico, esperando que el tratamiento específico, con buenos resultados, daría la certidumbre al diagnóstico.

Régimen:—Una inyeccion hipodérmica de albuminato de mercurio, conteniendo 1 centigramo de sal mercurial, por día;—un gramo de ioduro de potasio en alterna. Las inyecciones comenzaron á practicarse el 22 de Febrero, eligiéndose por sitio, la rejion dorso-lumbar.

Durante los primeros 15 dias, esta medicacion no dió resultado apreciable alguno; pero, al cabo de este tiempo, el enfermo pudo articular algunos monosílabos, i poco despues, algunas palabras, que las aplicaba indistintamente á todos los objetos, sin que hubiera la mas pequeña relacion entre la palabra i la idea que queria expresar. Mas tarde, repetía, como un eco, las últimas palabras ó las

últimas sílabas de las preguntas que se le hacian. Había pues, en este sujeto, el fenómeno designado con el nombre de *ecolalia*.

La mejoría del paciente era insensible i sería imposible seguir, en esta historia, las modificaciones que su salud experimentaba día á día.

Hasta el 7 de Marzo, se continuó éste régimen: 1 inyeccion hipodérmica de un centígramo de albuminato i 1 gramo de ioduro de potasio en alterna.—No hubo accidentes locales.—El dolor producido por las inyecciones era mui soportable para el enfermo.—Se le suspendieron las inyecciones por 15 días, continuándose con el ioduro de potasio á la dosis de 1 gramo en alterna.

Continuó este régimen hasta el 22 de Marzo. En este día se comenzó de nuevo con las inyecciones hipodérmicas de la misma dosis de albuminato, pero en días alternados, i se le practicaron hasta el 22 de Abril, 15 inyecciones, más dolorosas que las anteriores, en las rejiones dorso-lumbar i glútea. Se le aumentó la dosis de ioduro de potasio á 2 gramos en alterna, es decir 6 gramos por día. Mejoró el enfermo notablemente: movía ya lijaramente el brazo i la pierna paralizados.

Desde el 22 de Abril hasta el 2 de Mayo se le hicieron 5 inyecciones más de albuminato de mercurio de 1 centígramo de sal mercurial cada una, sin mas accidente local que una inflamacion en la rejion anterior del antebrazo, que cedió pronto á las cataplasmas, inflamacion, que fué producida por una inyeccion hecha en ese lugar. Ioduro de potasio 2 gramos (alterna). El 3 de Mayo se le prescribieron inyecciones de la solucion de Ivon. Los días 4, 5, 6, 7, 8, inyecciones de dicha solucion, sumamente dolorosas.—En esos días no tomó ioduro de potasio.

El 9 de Mayo, el enfermo pide que no se le hagan mas inyecciones de bi-ioduro, porque no las puede soportar—Ningun otro accidente local, fuera del dolor. La mejoría sigue adelante; el enfermo puede andar ayudado de un baston; habla con alguna facilidad; lee, pero no puede escribir. Se le hace una aplicacion de corrientes eléctricas intermitentes en los músculos paralizados—

Los días 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, una inyeccion de 5 miligramos de cianuro de mercurio.—Estas inyeccio-

nes son mejor soportadas, sin accidentes locales. Aplicaciones eléctricas en los músculos paralizados. El enfermo sigue mejor: anda con ayuda de un baston; levanta el brazo paralizado hasta ponerlo horizontal; pronuncia perfectamente palabras de muchas sílabas.—Ha continuado tomando 2 gramos de ioduro de potasio en alterna.

El 20 de Mayo se le suspende las inyecciones, pero sigue tomando el ioduro de potasio—6 gramos por día—hasta el día 7 de Junio, en que deja el hospital, hallándose á su salida en el estado siguiente:—Ha vuelto á su carácter habitual, que es alegre;—lee perfectamente;—pronuncia sin dificultad las palabras más difíciles;—no tiene desviacion de la lengua ni de la boca;—anda bien, aunque ayudandose de un baston;—mueve bien el brazo, pero no puede escribir, porque sus dedos no tienen aun fuerza ni destreza para manejar la pluma. El estado jeneral es completamente satisfactorio.

Resúmen:—35 inyecciones de albuminato de mercurio conteniendo cada una 1 centígramo de sal mercurial (35 centígramos);—55 miligramos de cianuro de mercurio en 10 inyecciones de 5 miligramos cada una. Sin accidentes locales 6 inyecciones *sumamente dolorosas* de la solucion de Ivon, que hace el total de—0'06 de bi-ioduro de mercurio.—Un flemon del antebrazo, por una inyeccion de albuminato.

(Continuará.)

DAVID MATTO.

La Cafeina.

TESIS LEIDA POR ANDRES S. MUÑOZ, AL OPTAR EL GRADO DE BACHILLER EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LIMA, EN LA SESION DEL 23 DE DICIEMBRE DE 1884.

A mi Padre el Doctor Don Mariano Donato Muñoz.

(Continuacion.)

VII.

EFFECTOS FISIOLÓGICOS Y TÓXICOS DE LA CAFEINA.

Debo principiar este capitulo por declarar que, á pesar del gran número de experimentos que registran los anales científicos conducentes á dilucidar la accion fisiológica y tóxica de la cafeina, aún no se ha dicho, de una manera com-

pleta, la última palabra sobre esta parte de la historia de este alcaloide: tal es la afirmación que se deduce después de revisar los trabajos de los autores que se han ocupado de esta cuestión, notándose, al mismo tiempo, que reina una lamentable confusión, que existe una notable divergencia en las opiniones que, con fundamento ó sin él, han tenido á bien emitir estos diversos experimentadores.

No puedo atribuir esa confusión sino á que no se ha sabido distinguir claramente lo que pertenece á la cafeína de lo que corresponde al café, es decir, que se ha confundido las propiedades de ambos, como si la cafeína, por el solo hecho de formar parte integrante del café, debiese tener las mismas propiedades que éste, que es un cuerpo bastante complejo y que, por consiguiente, debe las suyas al conjunto de las que poseen todas y cada una de las sustancias que entran en su constitución. La práctica diaria viene á confirmar estas consideraciones teóricas, revelando que, si algunas veces son semejantes, no siempre son iguales las propiedades de la cafeína á las del café.

En cuanto á esa divergencia de opiniones, pienso que debe atribuirse á que, siendo, con no poca frecuencia, los efectos tóxicos de un medicamento absolutamente opuestos á sus efectos terapéuticos, no todos se han puesto en las circunstancias convenientes para apreciar esta distinción, originándose, como consecuencia, la diversidad de pareceres que á este respecto se encuentra entre los autores. Esa oposición de los efectos fisiológicos y tóxicos de una misma sustancia, se observa especialmente en la clase de los tónicos del corazón, en cuyo número se cuenta la cafeína, la que,—como han puesto en evidencia los recientes trabajos de Giraud y las no menos recientes investigaciones de Leblond,—á dosis fisiológica, disminuye el número de las pulsaciones y de los latidos del corazón, aumentando la tensión vascular, es decir, obrando como tónico del corazón; mientras que, á dosis elevadas, produce efectos tóxicos y diametralmente opuestos á los anteriores, puesto que las pulsaciones y los latidos del corazón se aceleran y se vuelven irregulares. En una palabra: la cafeína, á dosis fisiológica, es un tónico del corazón, mientras que, á dosis mas

elevadas (dosis tóxica), se convierte en un veneno cardíaco. Este ejemplo prueba, pues, que, variando las dosis empleadas, variarían también los efectos de un medicamento, pudiendo aún llegar á ser hasta enteramente contrarios, circunstancias que siempre deben tener presentes el práctico y el experimentador.

Además, habiéndose experimentado los efectos de la cafeína en animales de diferente especie, era natural obtener resultados también diferentes, que no podían prestarse á una demasiada generalización, falta cometida por algunos autores, aumentando así esa confusión y esa divergencia que se notan en sus opiniones: olvidaban, pues, que los efectos de una sustancia varían también según los animales y las condiciones en que se experimente, no siendo extraño, como sucede con mucha frecuencia, que se obtengan, en los animales, resultados muy diversos á los que se obtiene en el hombre, y aún en éste mismo, según que se le encuentre al estado fisiológico ó al estado patológico.

A pesar de tantas dificultades, pasará al estudio de los efectos fisiológicos y tóxicos de la cafeína, teniendo el cuidado, en lo posible, de elegir los mejores guías; y, como complemento de esta parte, colocará, al terminarla, las conclusiones del importante trabajo del Dr. Leblond.

a.)— ABSORCIÓN Y ELIMINACIÓN.— Una vez introducida en el tubo digestivo, la cafeína es rápidamente absorbida. Su eliminación se verifica, indudablemente, también con rapidez, puesto que sus efectos fisiológicos, y aún los fenómenos tóxicos graves que provoca, siempre desaparecen muy pronto, si no se ingiere una nueva dosis de cafeína.—Se elimina con la bilis, y principalmente con la orina, sin sufrir modificación alguna, según unos (Strauch), y, según otros, sufriendo una combustión parcial en la economía. La falta de datos á este respecto se debe á la dificultad que hay para reconocer la cafeína en la orina, puesto que esta base no precipita por el reactivo común á la mayor parte de los alcaloides, el ioduro de potasium iodurado. Habiendo comprobado el Dr. Rabuteau, que el ácido fosfo-molibdico—que precipita todos los alcaloides—da, en una solución de cafeína, un precipitado amarillo abundante, tanto mas considerable cuan-

to mayor es la cantidad de cafeina, cree que este ácido podría servir para reconocer la presencia de aquel alcaloide en la orina, para lo que, y teniendo en cuenta que el ácido fosfo-molibdico produce precipitados en la orina, será necesario, como operacion prévia, añadir á este liquido, acetato de plomo, evaporar despues, tratar el residuo por el alcohol y determinar, entonces, la cafeina por el indicado reactivo. Podría seguirse este procedimiento, á fin de lograr la resolucion del problema.

b.)—ACCION DE LA CAFEINA SOBRE EL APARATO DIGESTIVO.—Es poco conocida. Solamente se sabe que, excita las secreciones salivar, estomacal é intestinal, ignorándose si lo hace por accion directa, ó, por efecto de la escitacion general (histeria cafeica) que determina; que, á dosis elevada, aumenta la secrecion biliar y provoca, á veces, diarrea; que, acrecienta la contractilidad de los planos musculares del estómago y del intestino, hecho que Fonssagrives considera como innegable y que explicaria, sobre todo cuando es administrada á dosis tóxica, la sensacion de contraccion y la ansiedad epigástricas, las náuseas y vómitos, los movimientos que se perciben en la masa intestinal, acompañados de la produccion de borborismos, indicio cierto de las contracciones intestinales que se realizan y de la emigracion de gases, la facilidad con que se verifican las funciones alvinas en los constipados, etc. Para Nasse, al contrario, los movimientos intestinales no experimentan modificacion alguna.

c.)—ACCION DE LA CAFEINA SOBRE EL APARATO RESPIRATORIO.—Esta accion es, ó nula, ó poco marcada, cuando las dosis son débiles; pero, todos los experimentadores han señalado la aceleracion respiratoria como un efecto de las altas dosis. Cree Fonssagrives que esta anhelacion es de origen cardiaco y que se debe atribuir mucho mas á los trastornos de la circulacion misma, dificultada por un estado semi-tetánico del corazon y de los vasos, que á una influencia directa ejercida sobre el bulbo, sobre los neumogástricos ó sobre los músculos de Reissessen.

Nothnagel y Rossbach, teniendo en cuenta—sin duda—que, al principio, es acelerada la respiracion—en tanto que son mas activos los reflejos—y retardada mas despues, creen, por el contrario,

que en el centro respiratorio pasan fenómenos semejantes á los que tienen lugar en la médula espinal.

Segun Uspensky y Aubert, la respiracion artificial puede hacer cesar el tétanos provocado por la cafeina.

d.)—ACCION DE LA CAFEINA SOBRE EL APARATO URINARIO.—A pesar de los experimentos de Eustratiades, está, hoy, casi universalmente reconocido que la cafeina activa la secrecion urinaria, es decir, que es un *verdadero diurético*. Segun Fonssagrives, el agua predomina en la orina, disminuyendo los compuestos azoados y fosfaticos. Bæcker ha encontrado, en este mismo liquido, que la proporcion de la úrea baja de 22 á 12, la del ácido úrico de 0,578 á 0,402 y la del ácido fosfórico de 1,291 á 0,854; éstas cifras indicarian una lentitud notable en el movimiento de los fenómenos de nutricion intersticial.

No insisto mas sobre la accion diurética de la cafeina, porque volveré á ocuparme de ella, con mejor oportunidad, en otros lugares de esta tesis.

e.)—ACCION DE LA CAFEINA SOBRE EL APARATO NERVIOSO Y SOBRE EL SISTEMA MUSCULAR.—La cafeina es un escitante de los sistemas nervioso y muscular, pero á un grado inferior que el café, sobre todo cuando éste es tostado, porque, entonces, se desarrolla un aroma particular, que es debido á una sustancia que se produce bajo la influencia del calor sobre el café, denominada *cafeona*.

La cafeina estimula débilmente las *funciones intelectuales*.

Como dice Fonssagrives, y lo demuestra la experiencia diaria, la cafeina *aumenta la sensibilidad normal*, pero *disminuye la sensibilidad morbosa*.

Los efectos de la cafeina sobre el *cerebro*, pueden ser comparados, segun Nothnagel y Rossbach, á los producidos por la morfina, con las diferencias siguientes: para producir efectos análogos, hay necesidad de emplear dosis mas elevadas de cafeina; la escitacion provocada por ésta, se prolonga por mayor tiempo, mientras que es menor el narcotismo que le sucede, y, finalmente, los resultados de la accion de la cafeina desaparecen mucho mas rápidamente que los producidos por la morfina.

Segun la mayor parte de los experimentadores, la cafeina tiene, sobre la *médula espinal*, una accion semejante, pero muy inferior, á la de la estricnina. En

efecto: se ha comprobado que la cafeina provoca, sobre todo en los animales de sangre fría (Rana esculenta), una exaltación muy marcada de la excitabilidad refleja; que es menor en los animales de sangre caliente, y que todavía es mucho menor en el hombre, y, por último, que es necesario emplear, para provocar efectos comparables á los de la estricnina, dosis excesivamente mas considerables de cafeina, esto es, en los animales de sangre fría, dosis cien veces mas crecidas, y, en el hombre, mas de doscientas veces superiores de cafeina que de estricnina.

En resumen: la cafeina ejerce, sobre los centros nerviosos del hombre, primero una moderada excitación—que es más ó menos graduada segun los individuos y las dosis empleadas— que se hace sentir mas sobre el cerebro que sobre la médula espinal, *periodo de excitación* al que, despues de un tiempo mas ó menos largo, sigue otro de *depression*, que es mucho mas corto que el anterior.

Si se aumentan las dosis de cafeina (60 centigramos á 1 gramo 50 centigramos, administrados en una sola vez), se presentan fenómenos *tóxicos*, comprobados en sí mismos por diversos experimentadores, y que consisten en: violenta excitación de los sistemas vascular y nervioso; pulso frecuente, irregular, intermitente; opresión torácica, cefalalgia, zumbidos de oídos, fotopsia y fosfenos; alucinaciones, delirio, vértigos, insomnio, priapismo, frecuentes deseos de orinar, etc., etc., fenómenos todos que caracterizan al periodo de excitación, al que subsigue el de una depression mas ó menos acentuada. Frerichs, que fué uno de esos experimentadores, tuvo vómitos al cabo de una hora, con ayuda de los que todos los accidentes desaparecieron poco á poco, sin dejar vestigios.

Respecto á la acción de la cafeina sobre los *nervios periféricos*, éstos sufren su influencia mucho despues que los centros nerviosos: no se les ha encontrado alterados, ni á los nervios motores, ni á los sensitivos. Bennett es el único que ha señalado la *parálisis* de estos últimos. Pero, cuando un nervio motor es sumergido en una solución de cafeina, no tarda en ser paralizado, y sucede lo mismo con los nervios sensitivos vecinos del punto en que la cafeina ha sido inyectada (Eulenburg).

Como ya he dicho, y lo confirma la

experiencia, la cafeina es tambien un estimulante de la contractilidad de los *músculos de fibras estriadas* como de los *músculos de fibras lisas*: éste es uno de los hechos mas culminantes de la historia fisiológica de la cafeina. Bajo su influencia, segun Leven, ambos sistemas musculares, el de la vida de relacion y el de la vida orgánica (fibras del estómago, del intestino, de la vejiga, etc.), se contraerian enérgicamente en un principio, fatigándose despues, como sucede al sistema nervioso. Esta acción seria suficiente, segun algunos autores (Rabuteau), para explicar el aumento de actividad del corazón, seguido de su lentitud, y los— como ellos llaman—pretendidos efectos diuréticos, pues, apoyándose en los experimentos personales de Eustratiades, creen que no hay sino una necesidad mas frecuente de orinar—debida á la acción de la cafeina sobre las fibras musculares de la vejiga— que una verdadera diuresis, siendo así que experimentos mas autorizados y concluyentes permiten afirmar que, en realidad, bajo la influencia de la cafeina, hay emisión de una mayor cantidad de orina: es, pues, un perfecto diurético.

f.)— ACCION DE LA CAFEINA SOBRE EL APARATO CIRCULATORIO Y SOBRE LA NUTRICION.—Segun las observaciones de Hoppe y de Rabuteau, los *cambios orgánicos* serian moderados bajo la influencia de la cafeina; pero, como ha hecho notar Voit, estas observaciones son defectuosas y, por tanto, no pueden considerarse sus resultados como concluyentes.—Segun Nothnagel y Rossbach, "la cafeina no ejerce probablemente influencia alguna sobre los cambios orgánicos."

Pueden clasificarse en tres grupos distintos las opiniones de los autores que se han ocupado de los efectos de la cafeina sobre el corazón: unos, como Gentilhomme (de Reims), han sostenido que la cafeina no tenia acción alguna sobre el corazón; otros, como Trousseau, Rognetta, Penilleau, Dettel, Sabarthez, Prompt, etc., admiten que excita la circulación y que, por tanto, acelera los latidos cardiacos; por el contrario, serian moderados estos mismos latidos, si nos referimos á los experimentos de Caron, de Méplain, de Fonssagrives, etc.

Por los estudios y experimentos, ya fisiológicos, ya clínicos, de Jaccoud, Dujardin-Beaumetz, Lépine y Giraud, Huchard y Leblond, está, hoy dia, perfec-

tamente reconocido que *la cafeina, á dosis fisiológica ó terapéutica, goza de las propiedades de aumentar la energía de las contracciones del corazon y la tension intravascular, á la vez que de disminuir la frecuencia del número de los latidos cardiacos y de las pulsaciones.*—Ya dije que, á dosis tóxica, sus efectos son diametralmente opuestos.

El aumento de la fuerza de las contracciones del corazon, bajo la influencia de dosis fisiológica de cafeina, se explica, en primer lugar, por escitacion directa de los elementos nerviosos del sistema motor intrínseco (gánglios nerviosos automotores) y extrínseco (nervios cardiacos provenientes del eje cerebro-espinal) del corazon, y, en segundo lugar, por una accion semejante ejercida sobre sus elementos musculares.—Una consecuencia del efecto anterior, viene á ser el *aumento de la tension intravascular, á cuyo resultado tambien contribuye la mayor contractilidad de los vasos por escitacion de los nervios vaso-motores constrictores.*—Siendo mas enérgicas las contracciones del corazon y aumentando la tension arterial, necesariamente tienen que hacerse mas regulares los latidos cardiacos, al mismo tiempo que disminuir de frecuencia, asi como tambien el pulso.

Por el estado de concentracion de los vasos, *isquemia*, que determina la cafeina en los diferentes puntos del organismo, se explica la palidez de la mucosa digestiva, la decoloracion de la piel de la cara, la tendencia sincopal por isquemia encefálica, señalada por algunos autores, la dilatacion de la pupila por estrechamiento de los vasos del iris, etc.

Aún no son suficientes los experimentos de termometría clinica para apreciar la influencia de la cafeina sobre el *calor animal*; pero, la induccion permite suponer que este es mas bien moderado que aumentado. Así tambien cree el Dr. Huchard. Mas, el Profesor Binz, dice que la cafeina ejerce sobre la temperatura animal una accion inversa de la de la quinina, es decir, que aumenta el calor animal; que, en un perro, basta una dosis de 70 centigramos para elevar de un grado su temperatura, al cabo de una hora; que, á dosis fuertes, la temperatura se eleva mucho y que la muerte puede resultar de accesos convulsivos; y que, á dosis moderada, la cafeina acrecienta la presion sanguínea—en lo que

estamos de acuerdo con él—haya sido, ó nó, cortado el nervio vago.

Tampoco está bien conocida la accion de la cafeina sobre el *aparato genital*.

A fines del año pasado (1883), ha publicado el Dr. E. Leblond, de Paris, un interesante trabajo, con la direccion del Dr. Huchard, titulado: "*Etude physiologique et thérapeutique de la Caféine,*" teniendo por base 33 experimentos fisiológicos practicados en diversos animales y 27 observaciones clinicas, que le permiten formular las siguientes conclusiones, á que hice referencia al principiar este capitulo:—

"*A dosis fisiológica, la cafeina: 1.º es un escitante de los sistemas nervioso y muscular;—2.º disminuye la frecuencia del pulso aumentando la energía de los latidos cardiacos y la presion sanguínea por constriccion vaso-motriz;—3.º hace descender la temperatura periférica;—4.º en nada modifica la formacion ó la escrecion de la úrea; y 5.º su accion principal es diurética, accion descubierta por Zwinger en 1725 y estudiada despues por Gubler, Giraud, Lépine y Huchard.*"

"*A dosis tóxica, al contrario, la cafeina: 1.º exajera el poder éscito—motor de la médula, paraliza los nervios sensitivos periféricos y obra tambien sobre el neumogástrico, cuya escitabilidad disminuye;—2.º hace bajar rapidamente la presion sanguínea por parálisis de los vaso-motores;—3.º en los animales de sangre fria, deprime mas y mas el corazon, hasta que se detiene en sístole; y, en los animales de sangre caliente, se acelera hácia el fin del envenamiento y se detiene en diástole;—4.º produce una accion tetánica sobre el sistema muscular;—5.º hace descender rapidamente la temperatura; y 6.º aumenta la denutricion.*"

Ademas, ha comprobado que, á la inversa de la cafeina, la infusion de café produce intermitencias del corazon.

(Continuará)

ANDRES S. MUÑOZ.

Revista Tocológica.

JUNIO DE 1885.

En el presente mes han ingresado á la Maternidad las siguientes parturientas:

Entradas	17
Salidas.....	17
Peruanas	16
Ecuatoriana	1
<hr/>	
Total....	17

En el mes presente ha habido diez partos menos que el mes pasado, y siete menos que en igual mes del año próximo pasado.

Raza de las parturientas:

Blancas.....	2
Indias.....	6
Mestizas.....	5
Negras.....	4
<hr/>	
Total.....	17

Naturaleza de los partos:

Naturales.....	15
Manuales	2
Instrumentales	1
<hr/>	
Total.....	18

La operacion instrumental fué una aplicacion de forceps en el estrecho superior, por encontrarse la cabeza del feto enclavada hácia la izquierda, la mujer era múltipara, el feto salió vivo.—Ademas hemos tenido un parto de jmelos en una mujer de raza blanca de 28 años de edad, los dos fueron hombres tenian una placenta comun que pesó 930 gramos; el primero salió bien, y en el segundo tuvo que hacerse una version, ambos salieron vivos.

Sexo de los niños:

Hombres.....	11
Mujeres.....	7
<hr/>	
Total.....	18

En este mes el sexo masculino ha sido el que ha obtenido predominio sobre el femenino.

Estado de los niños al nacer:

Vivos.....	17
Muertos.....	1
<hr/>	
Total.....	18

El niño que aparece muerto fué un caso en el que por una caída de la mujer, hubo hemorragia antes del parto y ésta se combatió con el taponamiento, en seguida una vez dilatado el cuello, se rompieron las membranas y salió el

feto muerto; continuó la hemorragia despues de desprendida la placenta, á pesar de todo lo que se hizo para contenerla, y solo se la pudo hacer minorar con la aplicacion de la máquina eléctrica, la que se cohibió por completo con los refrigerantes, etc.

Estado civil de las parturientas:

Solteras.....	12
Casadas.....	3
Viudas.....	2
<hr/>	
Total....	17

Primiparas.....	5
Múltiparas.....	12
<hr/>	
Total.....	17

Posiciones:

O. I. I. A.....	12
O. I. I. P.....	4
O. I. D. P.....	1
S. I. I. A.....	1
<hr/>	
Total.....	18

Edad de las parturientas:

De 15 á 20 años.....	5
„ 20 á 25 „.....	4
„ 25 á 30 „.....	7
„ 30 á 35 „.....	1
<hr/>	
Total.....	17

Peso medio de los niños.

Hombres.....	2k. 744 gr.
Mujeres.....	3k. 106 „

Peso medio de las placentas:
485 gramos.

N. FERNANDEZ CONCHA.

Estadística demográfica.

LIMA, JUNIO DE 1885.

NACIMIENTOS.

En la seccion respectiva de la H. Municipalidad se han inscrito durante el presente mes 355 nacimientos, que se descomponen del siguiente modo:

HOMBRES.

	B.	I.	N.	M.	T.
Lejitimos.....	36	8	1	84	79
Ilejítimos	14	20	„	60	94
<hr/>					
Mayor Totales.....	50	28	1	94	173

MUJERES.

	B.	I.	N.	M.	T.
Lejitimos	40	12	„	24	76
Ilejtitimos	14	26	3	63	106
Totales.....	54	38	3	87	182

De los 355; han nacido 21 en los hospitales y 334 en la poblacion.

Han habido 4 gemelos y 4 nacidos muertos.

En el presente mes han nacido 83 mas que en Junio del año pasado (272). Lo mismo que en meses anteriores, hay mayor número de ilejitimos (200) que de lejitimos (155). La raza que predomina es la mestiza, y la negra disminuye cada dia más y más.

MATRIMONIOS.

Persistiendo el aumento que ya anteriormente hemos indicado en las uniones conyugales, se registran en el presente mes 45 matrimonios; a pesar de lo que, como ya hemos visto, nacen mas ilejitimos que lejitimos. Se han realizado 27 entre peruanos, 8 entre extranjeros y 15 entre extranjeros y peruanos. El mayor número se han verificado entre blancos. La menor edad en los contrayentes (mujer) es 17 años, y la mayor (hombre) es de 65 á 70.

DEFUNCIONES.

La ciudad de Lima ha perdido en el presente mes 328 habitantes. Al cabo de muchos meses podemos consignar un aumento en favor de los nacimientos (27), que aunque significa poco, es algo; y, que deseamos continúe, pues seria una prueba de haber mejorado las condiciones de la higiene privada, pues por lo que hace á la pública, no se ha iniciado hasta ahora ninguna mejora positiva.

En cuanto al sexo y raza se descomponen así:

	H.	M.	T.
Blancos	57	49	106
Indios.....	72	59	181
Negros.....	10	11	21
Mestizos.....	40	28	68
Ignorada.....	2	„	2
Totales.....	181	147	328

Atendiendo á la edad:

Menores de 12 años.....	146
De mas de 12 años.....	182

Total..... 328

En el periodo de la vida comprendido entre 2 y 12 años, han ocurrido el mayor número de defunciones. De mas de 90 años han fallecido 2.

Por lo que hace á la nacionalidad:

	H.	M.	T.
Peruanos	154	143	297
Extranjeros.....	27	4	31
Total.....	181	147	328

Atendiendo á la asistencia médica tenemos:

En el hospital.....	123
En la poblacion:	
Sin asistencia médica.....	37
Sin asistencia pero reconocidos (?)	36
Total sin asistencia...	73
En sus domicilios.....	132

Total poblacion..... 205

Total..... 328

La tuberculosis realizando siempre su obra de devastacion, figura como el principal elemento de la mortalidad de Lima; habiendo causado la tuberculosis pulmonar en el presente mes 60 victimas, 31 en el hospital y 29 en la poblacion. Los fallecimientos por las otras afecciones tuberculosas, son: 11 por meningitis, 1 por tuberculosis laríngea y 1 por tuberculosis quirúrgica (tumor blanco.)

Ocupa el segundo lugar como causa de las defunciones la viruela, que ha victimado á 35, mas que en el mes anterior, lo que confirma la opinion de los autores que aseguran que esta enfermedad toma mayor incremento en el invierno.

Entre las afecciones del aparato digestivo tenemos: 24 por enteritis (atrepsia) 9 por disenteria, y 10 por afecciones diversas.

Ha habido 22 casos fatales de neumonia, 1 de pleuro-neumonia, 1 de pleuresia, 4 de bronquitis y 3 de bronco-neumonia.

La intermitente perniciosa ha ocasionado 11 fallecimientos, la remitente 1, la tifoidea 8, la amarilla 1 y el tífus exantemático 1.

Hay 3 defunciones por diátesis cancerosa, 4 localizada en el útero.

Por obstruccion intestinal han fallecido 2.

Por accidente han sucumbido 5.

De las 828 defunciones, 123 corresponden á los hospitales y 205 á la poblacion.

LEONIDAS AVENDAÑO.

Bibliografía.

Ultimamente, hemos recibido los siguientes folletos médicos:—

I.—INFLUENCIA DEL CLIMA EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR, por *Melchor Chavez Villarréal*. (Tesis para optar el grado de Bachiller en la Facultad de Medicina de Lima.—1884).

Con Jourdanet, sostiene que: "la tuberculosis pulmonar se desarrolla con mas frecuencia y es mas favorecida en su evolucion, en los climas en que hay exceso en el oxígeno inspirado, relativamente á la cantidad consumida en el organismo;"—y, tratando de investigar la influencia patogénica del oxígeno, apoyándose en experimentos y análisis de Brown-Séguard, Gairdner, Andral y Garvarret, dice: "es fácil concebir que habiendo exceso de oxígeno absorbido, la hiperarterializacion sanguinea traerá consigo la disminucion de los glóbulos, el aumento de la fibrina y la aceleracion de la metamorfosis formativa. En virtud de esta aceleracion de formacion y de la disminucion de los glóbulos, cuya proporcion normal es necesaria para la conservacion de las fuerzas del organismo, las células nuevamente formadas por la accion del oxígeno, ó bien no podran alcanzar su completo desarrollo, como creén Rokitansky y Lebert, ó bien, cuando aun llegan á formar células perfectas, éstas no tendran la suficiente fuerza para su estabilidad y degeneraran fácilmente, como pretenden Virchow y Vulpian. A cualquiera de estos dos procesos acompañará entonces la implantacion del microzoma "Bacillus tuberculosis", descubierto últimamente por el Dr. Koch."

*

II.—ÉTUDES SUR LA PHYSIOLOGIE DE LA PHONATION, par *M. le Dr. Eug. Martel*, Redacteur en chef de la "Revue Bibliographique universelle des Sciences Médicales."—Paris, 1885.

Despues de exponer los resultados de

sus observaciones personales y los hechos precisos que ha comprobado por el método experimental, termina con las proposiciones siguientes: 1.º La voz de pecho, es producida por las vibraciones de una doble lengüeta membranosa, constituida por la mucosa de las cuerdas vocales inferiores. Cuanto mas larga, tensa y estrecha sea esta lengüeta, tanto mas elevados seran los sonidos. — 2.º La voz velada (voix sombrée), es debida á la disminucion de la presion en la columna de aire traqueal, que se produce por efecto de la abertura mas ó menos grande de la glótis interarritenoidea. — 3.º Los diferentes grados que los cantores dan á su voz, se producen por disposiciones particulares del conducto supra-laríngeo. — 4.º La voz de tiple, es producida por la laringe transformada en instrumento con embocadura de flauta, constituyendo la glótis, la luz, y las cuerdas vocales superiores, el labio superior tallado en bisel del tubo sonoro.

*

III.—L'ERYTHROXYLUM COCA.—*La Coca et la Cocaïne.—Historique—Physiologie—Thérapeutique—par le Dr. A. FEIGNEAUX*, Directeur-gérant de "L'Art Médical," etc.—Bruxelles.—Mai, 1885.

Es un resumen analítico completo é imparcial de los numerosos trabajos á que ha dado lugar la coca, desde Pedro Cieza de Leon (1553), Nicolas Monardes (1580), José de Acosta (1590), Dodoneus (1608), José Hipólito Unánue (1794), —que fué el primero que la estudió bajo el punto de vista médico y experimental,—Mantegazza (1857), etc., etc., —hasta nuestros dias, no dedicando, empero, á la cocaína sino muy pocas palabras.

Despues de ocuparse de la parte botánica de la coca (aclimatacion, cultivo, recoleccion, consumo,) y tratar de su historia, comercio, uso y modo de empleo entre los indígenas, se ocupa de los efectos fisiológicos de la coca y cita los experimentos de Bibra (1855), Moreno y Maiz (1868), Gazeau (1870), Espinoza (1877, Buenos Aires), Berra (id., id.), deduciendo que la coca no sería un alimento de ahorro (d'épargne) sino un agente de oxidacion, un agente acelerador de las combustiones orgánicas como los hipofosfitos y los ferruginosos. Habla, en seguida, de sus usos higiénicos (como dentrífico para la conservacion de los dientes, para calmar los do-

lores de la dentición y como antiséptico), de sus aplicaciones terapéuticas entre los antiguos, que la consideraban como una panacea, y de su empleo en la terapéutica moderna: así, en virtud de sus propiedades tónicas y estimulantes, convendrá la coca en el tratamiento de la anemia ó de la cloro-anemia de las personas linfáticas, poco irritables; en la anemia consecutiva á las afecciones crónicas y en las largas convalecencias; y para sostener las fuerzas en los individuos cuyo sistema nervioso está debilitado (trastornos cerebrales de los hombres de gabinete y de los estudiantes, que determinan una anemia mas ó menos grave); y siendo contra-indicada en la anemia acompañada de nervosismo; —aconseja su empleo como eupéptico y para disminuir la sensibilidad de la mucosa bucal y gastro-intestinal; como astringente en las estomatitis aftosas, de los escorbútics y mercurial: combate el dolor y el tialismo; contra la esofagitis simple y los espasmos que acompañan al cáncer de esta region; en las dispepsias gastro-intestinales; en las gastralgias agudas y las neurosis variadas del estómago; en la polakifagia dolorosa (Beugnier-Corbeau) que alterna ó coincide frecuentemente con gastralgias sin dilatación del estómago, que se presenta con las cloro-anemias y los flujos leucorreicos; en las enteralgias, en las diarreas que suceden á las malas digestiones acompañadas de cólicos, exceptuando los casos de inflamación aguda y contra los vómitos en general y los de los tuberculosos en particular (Rienzi); —al interior la coca, y mas eficazmente como tóxico, en pulverización ó mejor en embadurnamientos, contra diversas afecciones del istmo de las fauces, de la faringe, laringe, etc.; pero, en estos casos, el empleo de la coca se halla, hoy, ventajosamente sustituido por el de las soluciones de *clorhidrato de cocaína* (para mas pormenores á este respecto, puede verse nuestro trabajo sobre la *Cocaína* en el N.º 15 de «La Crónica Médica»); —por ser la coca estimulante de la actividad cerebro-espinal, estaria indicada en los trastornos nerviosos dependientes de un estado atáxico, en las irritaciones de la médula, en la enajenación mental acompañándose de melancolía, en las convulsiones idiopáticas (Mantegazza), la paraplegia nerviosa (en este caso, el Dr. Feigineaux empleó, con éxito, 1 gramo de

polvo de hojas de coca con 1 gramo de bromuro de potasio, por dia, durante varios meses), etc., estando contra-indicada en casos de congestión activa, inflamación ó alteración orgánica de los centros nerviosos. —Ademas, —con razon en unos casos y sin ella en otros —ha sido aconsejada la coca por Jorchanoff contra la obesidad, la gota y la diabetes; por Reisse, en el cólera; por Schwank, en el tratamiento de la neumonia y de la fiebre intermitente; en las poluciones nocturnas, las pérdidas seminales, etc., resultados obtenidos que necesitan ser debidamente confirmados. —Termina su interesante trabajo ocupándose de las diversas preparaciones farmacéuticas de la coca: tisana, infusión, decocción, maceración, vino, pastillas, jarabe, elixir, extractos, tintura alcohólica (1 á 2 cucharadas por dia), polvo (8 á 16 gramos por dia, con azúcar), píldoras, en masticatorio (5 á 10 gramos por dia), en enema, etc., y recomendando que, cualquiera que sea la preparacion que se elija, se tenga cuidado de evitar: 1.º la antigüedad de las hojas y 2.º la acción del calor que altera la cocaína: se desechará, pues, por ej., la decocción, el extracto acuoso, á menos que se practique la evaporación en el vacío, etc.

ANDRES S. MUÑOZ.

Revue bibliographique universelle des sciences médicales, publiée par fascicules mensuels, grand in-8.º par le Dr. Cte. Meyners d'Estrey. —Chroniques mensuelles, comptes rendus, résumés analytiques, traductions, analectes, librairie médicale, presse médicale travaux en langues étrangères, mémoires, variétés, notes de thérapeutique, informations, communications.

Index alphabétique annuel de la presse et de la librairie médicales, volume supplémentaire de la *Revue bibliographique universelle des sciences médicales*, formant un répertoire général des travaux de l'année précédente.

Abonnements: *Revue et Index*, un an 30 francs. *Revue seule*: 15 fr.; *Index seul*, 20 fr. Un numéro de la *Revue*: 1 fr. 50. Administration et Rédaction, 6, place Saint-Michel, Paris. Vente au numéro à la librairie Berthier, 104, boulevard Saint-Germain, Paris.

REVISTA EXTRANJERA.

SINOPSIS DE LAS ENFERMEDADES DE LA LARINJE, PULMONES I CORAZON.

POR EL DR. F. DE HAVILLAND HALL —(DE LONDRES).

Traducido por David Matto.

(Continuacion.)

XXIII.—Rejion precordial.

REJION.	SITUACION	
VÉRTICE DEL CORAZON	Entre la quinta i sexta costilla, sobre el lado izquierdo, cerca de dos pulgadas de la tétilla i una pulgada sobre su lado esternal.	Debe tenerse presente que el orificio tricúspide, es el más superficial, luego sigue el pulmonar, despues el aórtico, i más profundamente situado está el orificio mitral. De arriba abajo, se hallan así colocados: primero el orificio pulmonar, despues el aórtico, en seguida el mitral, i últimamente el tricúspide.
BASE DEL CORAZON	Al nivel de los cartilagos de la tercera costilla.	
ORIFICIO TRICÚSPIDE	Extendido de la union del cuarto cartilago costal izquierdo con el esternon, detras de este hueso, á la articulacion de él con el sexto cartilago derecho.	
ORIFICIO MITRAL	A la izquierda de la válvula tricúspide, inmediatamente detras del cuarto cartilago costal.	
ORIFICIO PULMONAR	Inmediatamente detras del borde izquierdo del esternon, en la union de este hueso con el tercer cartilago costal.	
ORIFICIO AÓRTICO	Cerca de media pulgada debajo i á la derecha del orificio pulmonar, detras del esternon i al nivel del tercer espacio intercostal.	

Exámen físico de la rejion precordial.

EXÁMEN POR	LO QUE SE APRECIA.
INSPECCION	Forma del tórax. Sitio en que la punta del corazon, golpea la pared torácica. Regularidad del impulso i extension sobre que es perceptible.
PALPACION	Fuerza i regularidad del impulso. Presencia ó ausencia de estremecimiento catario ó frémito de frote
PERCUSION	Extension é intensidad de la macidez precordial.
AUSCULTACION	Carácter del ritmo.

AREA DE LA MACIDEZ CARDIACA SUPERFICIAL.

Es triangular (triángulo imperfecto), siendo el lado derecho del triángulo la línea media esternal, desde el nivel de la 4.^a articulacion condro-esternal hacia abajo; la hipotenusa está formada por una línea dirigida de la misma articulacion á un punto situado inmediatamente encima del lugar en que late la punta del corazon; la base es una línea dirigida debajo de este último punto al punto de reunion entre el limite superior de la macidez del higado i la línea media esternal.

—(Dr GEE.) Universidad Nacional Mayor de San Marcos

XXIV.—Ruidos é impulso del corazon.

RUIDO.	CARÁCTER.	PUNTO DE MAYOR INTENSIDAD.	CAUSA.	Tiempo.	ESTADO DE LA CIRCULACION.
1. ^{er} RUIDO (sistólico.)	Oscuro i prolongado.	4. ^o i 5. ^o espacios intercostales hasta el nivel de la tetilla izquierda,	Cerradura de las válvulas auriculo-ventriculares i tambien contraccion de los ventriculos mismos.	4 10	Contraccion de los ventriculos, dilatacion de las aurículas. Cerradura de las válvulas auriculo-ventriculares, abertura de las válvulas arteriales; impulsión de la sangre á las arterias. Impulso del corazon inmediatamente seguido por pulso en la muñeca.
1. ^a PAUSA	...	...	.....	1 10	Dilatacion de las aurículas.
2. ^o RUIDO (diastólico)	Corto i claro.	Base del corazon o puesta al 3. ^{er} cartilago costal.	Cerradura repentina de las válvulas aórticas i pulmonares.	2 10	Dilatacion de las aurículas i los ventriculos. Cerradura de las válvulas arteriales, abertura de las válvulas ventriculares.
2. ^a PAUSA	...	...	.....	3 10	Completa distension de las aurículas, seguida por su contraccion i distension de los ventriculos. Válvulas auriculo-ventriculares abiertas, las arteriales cerradas.
IMPULSO.	...	Entre la 5. ^a i 6. ^a costilla, cerca de una i media ó dos pulgadas debajo de la tetilla.	Debido en parte á la ascension del vértice, pero principalmente al cambio en la forma del corazon, que, durante el sistole se vuelve más duro i más globular, i se hace convexo adelante.		

XXV.—Murmullos endocardiacos.

TIEMPO.	SITUACION.	ORIFICIO.	NATURALEZA.
Sistólico..... 1	Base	Aórtico	Obstructivo
..... 2	»	Pulmonar	»
..... 3	Vértice	Mitral	De reflujo
..... 4	»	Tricúspide	»
Diastólico..... 1	Base	Aórtico	»
Presistólico..... 1	Vértice	Mitral	Obstructivo

El murmullo de reflujo pulmonar (diastólico), i el murmullo obstructivo tricúspide (presistólico), son mui rara vez apreciados en clinica i para la práctica, se puede hacer abstraccion de ellos.

Las combinaciones más frecuentes de estos murmullos son:—

- 1.—Estrechez aórtica combinada con insuficiencia.
- 2.—Estrechez mitral con insuficiencia.
- 3.—Varias combinaciones de las dos formas precedentes, estando enfermas las válvulas aórtica i mitral.
- 4.—Estrechez mitral con ventriculo derecho dilatado i consiguiente, insuficiencia tricúspide.

ORDEN DE FRECUENCIA DE LOS MURMULLOS ENDOCARDIACOS, PRINCIPIANDO POR EL MAS COMUN.

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| 1.—Insuficiencia mitral. | 5.—Insuficiencia tricúspide. |
| 2.—Estrechez aórtica. | 6.—Estrechez pulmonar. |
| 3.—Insuficiencia aórtica | 7.—Insuficiencia pulmonar. |
| 4.—Estrechez mitral. | 8.—Estrechez tricúspide. |

ORDEN DE GRAVEDAD RELATIVA.

Insuficiencia tricúspide.
Estrechez é insuficiencia mitral.
Insuficiencia aórtica.
Estrechez pulmonar.
Estrechez aórtica.

“Estimada no solamente por su tendencia letal, sino por el aumento de accidentes complicados que inflije.”

Dr. WALSHE.

XXVI.—Aórtico.

	ESTRECHEZ.	INSUFICIENCIA.
Efecto sobre el corazon.	Hipertrofia del ventriculo izquierdo.	Hipertrofia i dilatacion del ventriculo izquierdo.
Vértice desviado.	A la izquierda.	Hacia abajo i á la izquierda.
Macidez cardiaca acrecentada.	A la izquierda, notablemente.	Hacia abajo i á la izquierda, más acrecentada que en la estrechez.
Impulso	Poderoso. (*)	Más fuerte que en la estrechez i sobre una área más ancha.
„ dónde?	A la izquierda del esternon.	A la izquierda del esternon.
Murmullo, su direccion.	Hacia adelante; ventriculo-aórtico.	Hacia atras; aórtico-ventricular.
Murmullo, tiempo.	Sistólico; mas fuerte al principio del sistole.	Diastólico; post-sistólico; más fuerte al principio del diástole.
Punto de mayor intensidad.	Borde derecho del esternon en el segundo espacio intercostal.	Borde derecho del esternon, en el tercer espacio intercostal.
Direccion en que se propaga.	Hácia arriba, á la articulacion externo clavicular derecha.	Hácia abajo, á lo largo del esternon i hácia el vertice.
Carácter del ruido (mui incierto i de pequeño valor para el diagnóstico.)	Fuerte, áspero ó soplante.	De mayor intensidad que en la estrechez, i decreciendo rápidamente en fuerza desde el principio.

(*) Segun Traube (“Collected Works,” vol. II, p. 831), en la estenosis aórtica hay un pulso deficiente i no elevado i fuerte, como se dice jeneralmente

Relacion á los ruidos normales del corazon.	Reemplaza al primero en la base.	Reemplaza al segundo en la base i dura más ó menos la misma pausa.
Efecto sobre el segundo ruido. (*)	Depende del estado de las válvulas, pero el segundo ruido aórtico es jeneralmente débil.	Intensidad aparente del segundo ruido pulmonar.
Thrill.	Sistólico; en el segundo espacio intercostal derecho.	Detras del esternon; diastólico.
Efecto sobre el pulso—		Pulsacion visible en las arterias (pulso locomotor.)
Frecuencia	Normal ó mas bien disminuido.	Normal ó disminuido.
Volúmen	Disminuido.	Aumentado.
Poder.	id.	id.
Ritmo.	Regular.	Regular.
Duracion.	Lento.	Veloz,
Tendencia jeneral á la ...	Anemia arterial; con frecuencia anjina de pecho.	Como en la estrechez, pero la muerte repentina es más comun que en cualquier otra forma de enfermedad valvular.

XXVII.—Mítral.

	ESTRECHEZ.	INSUFICIENCIA.
Efecto sobre el corazon.	Hipertrofia i dilatacion de la auricula izquierda i de las cavidades derechas.	Hipertrofia i dilatacion de las cuatro cavidades.
Vértice desviado.	A la izquierda i ligeramente abajo.	A la izquierda i abajo.
Macidez cardiaca acrecentada.	Grandemente á la derecha del esternon i tambien á la izquierda, en la base.	A la derecha del esternon i tambien á la izquierda i abajo.
Impulso.	Débil, ondulante i difuso.	Mayor en todo.
» dónde?	A la derecha del esternon i en el epigastrio.	Jeneralmente aumentado en toda la rejion cardiaca.
Murmullo, su direccion.	Hacia adelante; auriculo ventricular.	Hacia atras; ventriculo-auricular.
Murmullo, tiempo.	Diastólico, presistólico, ruidoso al fin del diastole.	Sistólico, más ruidoso al principio del sistole.
Punto de mayor intensidad.	Encima del punto en que late la punta del corazon i en este mismo punto.	Un poco fuera i encima del lugar en que late la punta del corazon.
Direccion en que se propaga.	Arriba i adentro, hacia la derecha de la base.	Arriba, hacia la izquierda de la base; detras hacia la axila.
Carácter del ruido (muy incierto i de poco valor para el diagnóstico.)	Rudo i áspero jeneralmente.	Soplante; ruido de fuelle.

(*) Para mayor claridad los murmullos estan clasificados separadamente, pero debe tenerse presente que la estenosis aórtica se halla por lo comun combinada con cierto grado de insuficiencia, i que un murmullo presistólico pasa frecuentemente desapercibido en un murmullo sistólico.

Relacion á los ruidos normales del corazon. (*)	Precede inmediatamente al primer ruido en el vértice, que es frecuentemente fuerte	Reemplaza al primer ruido en el vértice.
Efecto sobre el segundo ruido.	Intensidad mayor del segundo ruido pulmonar.	Intensidad mayor del segundo ruido pulmonar.
Thrill.	Presistólico; hácia arriba i adentro del vértice.	En el vértice i hácia la axila.
Efecto sobre el pulso.—		
Frecuencia.	Aumentado.	Aumentado.
Volúmen.	Disminuido.	Algo disminuido.
Poder.	Mui disminuido.	Poco disminuido.
Ritmo.	Mui irregular.	Un tanto irregular.
Duracion.	Veloz.	Aproximado al estado normal.
Tendencia jeneral á la ...	Conjestion venosa i pulmonar; muerte lenta por asfixia.	Como en la estrechez.

(Continuará.)

(*)—El ruido de galope del corazon, que se observa al principio de la pericarditis, es tambien causado por reduplicacion del primero ó segundo ruidos ó por un impulso anormal del corazon contra la pared torácica en el momento de la diástole, debido jeneralmente á las adherencias pericardiales.

Nota del Autor.

Del diagnóstico de la fiebre tifoidea en el primer periodo.

LECCION CLÍNICA DEL SR. PROFESOR HARDY EN EL HOSPITAL DE "LA CHARITÉ," RECOJIDA Y PUBLICADA POR EL DR. ARMANDO SREDEY; TRADUCIDA Y ANOTADA POR PABLO PATRON.

Señores:

Hace algun tiempo que estais viendo en nuestras salas un cierto número de enfermos, que han presentado, junto con una temperatura elevada, los accidentes generales que con el nombre de estado tifódico habitualmente se describe.

Entre estos enfermos algunos casos han sido de diagnóstico facil, pues la presencia de las manchas rosadas lenticulares nos ha permitido reconocer al punto la dotienenteria (1). Los otros han sido de una interpretacion mas di-

ficil, y mas de una vez habeis sorprendido nuestra perplejidad. De estos últimos casos son de los que deseo hablaros.

En efecto, cuando á los fenómenos generales que constituyen el habitual cortejo de la fiebre tifoidea, se unen las manchas rosadas lenticulares, el diagnóstico se revela por sí mismo; en cierto modo teneis á la vista la firma de la enfermedad.

Mas no es asi cuando las manchas faltan, y tanto mas cuanto que casi siempre existe alguna incertidumbre sobre el principio de los accidentes (2). ¿Está uno en presencia del periodo inicial de una fiebre tifoidea antes de la aparicion de las manchas? ¿O bien se trata de manifestaciones tifódicas secundarias en re-

(1) "Las manchas rosadas cuando se muestran en su data regular, con todos sus caracteres bien claros, solo pertenecen á la fiebre tifoidea." (HOMOLLE. Art. *ievre Typhoide*. Dicc. de Jaccoud.) Dutroulau, Colin y Laveran, han observado que estas manchas son raras en los países cálidos; Brossac dice que no las ha observado, ni en epidemias graves. El Dr. Torres Homen del Brasil, las considera tambien como poco frecuentes en esos climas. (CORRE. *Fievers Biliueuses et Typhiques des Pays Chauds*). En la sierra del Perú (Departamento de Ancachs) no son frecuentes, ni duran mucho.

(2) De allí resulta, dice Niemeyer, hablando del calofrio, que sobre todo en los enfermos que poco se observan, siempre está uno lejos de obtener noticias conmemorativas exactas sobre el momento de invasion de la enfermedad. (*Pathologie interne*). Wunderlich tambien dice que, "es necesario guardarse mucho de creer lo que digan los mismos enfermos; que pueden hacernos caer en un error involuntariamente, pues, con frecuencia ellos mismos se engañan sobre el principio de su afeccion." (*De la Temperature dans les Maladies*). "La primera vez que se ve á un enfermo, dice Dieulafoy, algunos dias despues de la invasion de la fiebre, está uno con frecuencia muy embarazado para inscribir sobre la hoja de observacion, el principio preciso de la enfermedad." (*Manuel de Pathologie interne*.)

lacion con una enfermedad general de otra naturaleza?

A menudo se difiere el diagnóstico, y á veces es imposible decidirse antes de la aparición de un síntoma decisivo, pero sin embargo, creo que, en un gran número de casos, se puede llegar al diagnóstico mediante un minucioso análisis de los fenómenos generales, que se observan en los diversos aparatos.

Y hoy justamente voy á hablarlos de los signos diagnósticos, por cuyo medio podreis sentar como un hecho la existencia de la enfermedad en su primer periodo.

Importa, desde luego, precisar el principio de la enfermedad, y en este asunto encontrareis grandes dificultades. Rara vez el calofrio inicial es apreciable (3), el cansancio ó la laxitud (4), la cefalalgia, el malestar general no tienen caracteres bastante claros para que pueda el enfer-

(3) "Es raro cuando no hay prodromos, dice Niemeyer, que el calofrio sea tan violento y tan largo como los que preceden á un paroxismo febril de una fiebre intermitente, ó de una neumonia; de ordinario no hay ni temblor, ni cascaneoteo de dientes." (Loc. cit.) Jaccoud dice, que cuando no hay prodromos, los calofrios pueden algunas veces faltar; puede tambien principiar la enfermedad por "un calofrio único y violento," pero el caso es raro; y agrega que lo mas comun es que hayan calofrios pequeños y repetidos durante el primero ó los dos primeros dias. (Path. int.) Littré dice que "sobre todo en la noche ó despues que los enfermos han tomado algun alimento." (Art. *Dothienenterie*, Dicc. en 30 vol.) De 150 casos solo en 11 lo ha observado Kraft-Ebing, y Louis en la cuarta parte de sus enfermos. Se explica por el modo como principia el movimiento febril que "es gradual y generalmente sin elevacion brusca y considerable de la temperatura," la falta en la gran mayoria de los casos del gran calofrio inicial (Homolle.) Sin embargo se muestra en los dos extremos: ya el calofrio intenso tanto aparece en las formas abortivas, como observa Liebermeister, ya tanto se presenta en fiebres que deben ser graves ó de larga duracion. (Homolle.) Tambien existe en la tifoidea de forma sudoral y puede repetirse al principio de cada paroxismo.

(4) Por regla general los enfermos sienten desde los primeros dias repugnancia y dificultad para servirse de su sistema muscular, y se acuestan desde temprano. (E. Littré.) En la forma adinámica aparece desde que el individuo cae enfermo. "Los sujetos mas fuertes presentan la forma adinámica desde el principio; pero quizá con menos frecuencia que las personas debilitadas por la miseria, por enfermedades anteriores ó por los pesares." (Compendium.) Tambien se muestra con alguna intensidad cuando la tifoidea comienza por sintomas análogos á los del gripe. (RAYBAUD, *Franco Méd.*, 1876.) Este abatimiento precoz no existe en la forma sudoral; pero en cambio lo hay hasta en la forma apirética,

mo señalar exactamente su primera aparición.

Generalmente cuento el principio de la tifoidea, desde el momento en que el enfermo está obligado á hacer cama, y no creo que esta cuenta exponga á mas de uno ó dos dias de error (5).

Cuando puede observarse el primer malestar, como á veces sucede en la práctica de la ciudad, el estudio de la temperatura nos suministra uno de los mejores elementos del diagnóstico (6). En efecto se ve elevarse progresivamente la curva térmica por una serie de oscilaciones (7) que no encontrareis en ninguna otra piroxia. Desde el primer dia subirá el termómetro en la noche á 38.5-

(5) Esto no es tan exacto. Murchison ha visto que de 62 enfermos, 7 hicieron cama desde el primer dia, 21 desde la primera semana, y 6 no se acostaron hasta la tercera. (*A Treatise on the continued Fevers*.) Esto proviene de que en varios casos las fuerzas no decaen mucho, hasta que no sobrevienen las complicaciones. "Tomando por guia, dice Homolle, el dia en que el enfermo ha hecho cama, ó ha suspendido su trabajo está uno expuesto á cometer con frecuencia un error de 3, 4 ó aún mas dias."

(6) Wunderlich, Thomas, Greisinger, Jaccoud, Murchison, Liebermeister, Niemeyer, Jürgensen, Homolle, etc., en una palabra, todos los observadores reconocen la importancia de la temperatura y la necesidad de conocer su marcha. "Se observan diariamente, dice el Dr. Robert, fiebres tifoideas en España, cuyo único síndrome por espacio de algunos dias (desde 7 á 20 y hasta 30) consiste en un movimiento febril, faltando del todo la vasta serie de desórdenes viscerales que caracterizan las que podríamos apellidar tifoideas clásicas. (*Revista de ciencias médicas*, de Barcelona, 1855.) De aquí la ventaja de tener presente la regla práctica de Chomel, modificada por Murchison: "Toda fiebre que con excepcion del paludismo, persiste mas de siete dias sin erupcion cutánea, y sin localizacion visceral, es casi con seguridad ó de tuberculosis ó tifoidea." (Loc. cit.) Pero no debe olvidarse que el sintoma-fiebre puede faltar, pues se sabe que hay una forma apirética de la infeccion tifoidea estudiada por Vallin y últimamente por Brothier.

(7) Como muy bien dicen los clínicos, existe una forma media ó comun en la fiebre tifoidea, cuyo tipo nada tiene de abstracto y que corresponde á la gran mayoria de los casos; pero al rededor de ella existen otras formas mas ó menos leves, mas ó menos graves, cuyos tipos no difieren del de aquella en los caracteres fundamentales, sino en los sintomas aisladamente considerados, que presentan mas ó menos irregularidad. Esto pasa con el sintoma calor. Hay casos excepcionales, como ha observado Wunderlich, en que la temperatura sube desde el primero ó segundo dia, á 40 y 41 grados. "Advertisiré, dice el Dr. Robert, que en ocasiones la piroxia se desarrolla tan bruscamente y con tanta fuerza, que en las primeras 24 horas el ter-

y bajará á 37.8 á la mañana siguiente, para en la noche volver á subir á 39, y á la mañana siguiente bajar á 38 ó 38.5, y llegar próximamente á 40 al cuarto día (8). Esta subida gradual de la temperatura con ligeras remisiones matuti-

mómetro marca hasta 41, y como esto puede ocurrir despues de un frio inicial mas ó menos intenso, de pronto ocurren dificultades diagnósticas. . . . Sin duda que esta brusca invasion tifoidea no constituye el hecho mas comun; pero como veo arraigada, en algunos, la creencia de que en todos los casos las fiebres tifoideas tienen prodromos de varios dias, y que despues la fiebre va progresivamente aumentando, importa mucho la manifestacion que acabo de hacer." (Loc. cit.) Estas fiebres son casi siempre de forma atáxica que, como dice Jaccoud, cuentan entre sus principales síntomas, una temperatura exesiva y una marcha irregular y tumultuosa; fenómenos distintivos cuyo desa-rollo es muy precoz y con frecuencia inicial. (Loc. cit.) Las tifoideas de forma fulminante, en consonancia con su nombre, llegan al maximum térmico desde los primeros momentos.

(8) Lo que Hardy dice en la leccion es la regla general, que durante algun tiempo se ha creído muy comun, pero no es tan exacta y tiene numerosas excepciones. Con razon Le-reboullet en 1878, decia: "Los numerosos trazados que hemos recojido en diez años, nos han probado que existe todavia en esta materia, considerada con frecuencia como definitivamente dilucidada, muchas dificultades, que solo un estudio muy profundo de las variaciones termométricas permitirá resolver." (*Gazette Hebdomadaire*.) Las variaciones son tantas que Williams Popper ha sostenido que es la excepcion y no la regla, el que se encuentre un caso de fiebre tifoidea tipico bajo el punto de vista de la temperatura. (*La France Médicale*, 1885.) Es la primera que no puede asignarse dia fijo al maximum térmico, pues depende de varias circunstancias. Por lo general, dice Jaccoud, que en las fiebres atáxicas ó de mas larga duracion (véase la nota 7) el maximum inicial es precoz y puede presentarse á las 24, 48 y 72 horas. En algunas fiebres abortivas la ascension es rápida, pero las depresiones son profundas y el termómetro, como dice Homolle, no permanece mucho tiempo elevado. Jürgensen en 74 casos de fiebre abortiva, ha visto la temperatura elevarse á 40, sin zic-zag y en 36 horas. (*Medical Times and Gazette*, 1874.) Liebermeister admite que en las abortivas la temperatura llega, á los dos ó tres primeros dias á 40° y aun á 41°. En 94 casos de fiebre observados por Jaccoud, 50 veces el maximum ha sido precoz, pues ha ocurrido antes del octavo dia. Como se ve, hay en esto tan poca firmeza, que en la mitad de los casos hay mas ó menos adelantado, habiendo caido la mayoría en el quinto dia (25 veces), que es él que Jaccoud ha señalado, tiempo ha, como el mas frecuente. (*La Semaine Médicale*, 1884.) Suele presentarse esta variacion como carácter general epidémico, como lo ha observado el Dr. Castan en una, en que el fastidium tenía lugar al tercer dia. (*Traité élémentaire des fièvres*, 1872.)—El maximum tardío se observa en la forma lenta nerviosa, en la cual pueden transcurrir 8, 10 y mas dias sin que sea ganado (Jac-

nas (9), es propia de la fiebre tifoidea, y permite reconocerla antes del periodo de estado. En las otras piroxias gana la temperatura con mas rapidez su maximum.

Pero este es un carácter que casi nun-

coud), y sin que tampoco se hayan presentado las temperaturas elevadas que en este tiempo se observan en las formas comunes. En los 94 casos de que hemos hablado, 22 veces, ha sido el maximum del octavo al noveno dia, y 9 veces del décimo al duodécimo, lo que arroja una proporcion de mas de un 32%. Solo en 13 casos el maximum ha sido en el dia señalado, (*La Semaine Médicale*, 1884.) Es la segunda que no siempre es el maximum 40°. "No puede señalarse como dato térmico seguro, dice Robert, que la temperatura de los tifoideos alcance los 40° en un dia ú otro del curso del mal, pues se observan enfermos de fiebre tifoidea cuya cifra mayor no excede de 39°, y no pueden, sin embargo, ocurrir dudas diagnósticas, pues, el síndrome se completa con los caracteres viscerales propios de la enfermedad." (Loc. cit.) En las formas ligeras es raro que la temperatura suba tanto como en las corrientes; las exacerbaciones vespertinas no pasan de 38° y 39°. (*Johnston, Liebermeister*, etc.) Este maximum se observa en las fiebres de las personas agotadas y débiles, que son por lo general de curso rápido, y muerte frecuente por la intensidad de los demas síntomas. (Homolle.) Pero que el maximum sea bajo, no es un impedimento para que se atrase, y así lo confirma en efecto el Dr. A. Jammieson, á quien le han ocurrido casos de esta naturaleza en su práctica. (*Custom's Gazette*, 1874.)—Es la tercera que no puede señalarse dia fijo al descenso de la temperatura, que por lo general viene al fin del periodo inicial, y cuya duracion es de 10 á 12 horas. Jaccoud no lo ha observado sino en un 50%, y cosa notable, de 11 casos mortales solo en uno, y de 10 veces 7 por la mañana y 3 por la noche. En 43 casos lo ha visto presentarse desde el quinto hasta el décimo dia. (Loc. cit.) Pero lo mas importante es que esta remision puede hacer bajar la temperatura hasta la normal; de modo pues, que el principio aquel de que "una enfermedad que despues del primer dia presenta una temperatura normal una sola vez en el primer setenario, no es un tífus abdominal." (*Jaccoud, Lecons cliniques de la Charité*"), no puede ser hoy admitido. Sin embargo, Homolle lo conserva, "se puede, dice, separar del diagnóstico la fiebre tifoidea, siempre que la temperatura sea normal en un momento cualquiera de la primera semana." Jaccoud ha presenciado este fenómeno 13 veces en 75 casos, en los cuales se ha realizado en uno de los dias 5.°, 6.°, 7.° ú 8.°; pero ni una sola vez en los casos mortales (Loc. cit.) Por último, debe saberse que en las tifoideas de los sujetos anémicos, ó debilitados por una causa cualquiera, y de las personas de edad ocurren irregularidades mas ó menos notables, durante la primera semana.

(9) "Con ligeras remisiones matutinas." No siempre son en la mañana, ni tampoco son siempre ligeras: "Es comun, que por la mañana en unos enfermos, por la tarde en otros, la temperatura descienda un grado ó algunos déci-

ca tenemos ocasion de utilizar en el hospital, á no ser en la época de la aparicion de las recaidas, porque los enfermos nos llegan ordinariamente algunos

mos." (Robert.) En 94 casos Jaccoud ha visto la remision matinal, 13 veces. (Loc. cit.) Ultimamente Hollopeter ha observado 6 casos en que las temperaturas mas elevadas eran matutinas. (*Philadelphia. Med. Times.* 1885). "Este tipo inverso, dice Homolle, puede mostrarse en una época cualquiera de la enfermedad, y durante un tiempo variable, pero no en todo su curso." Bajo el punto de vista del pronóstico, estos casos son tan curables como los otros. á pesar de la opinion de Niemeyer que considera las fiebres como mortales, desde que toma la temperatura el tipo inverso. (*La France Médicale*, 1885.) Torres Homen dice, que hay casos en que la diferencia entre la temperatura de la noche y de la mañana, es de mas de un grado. (Corre. Loc. cit.) Tampoco puede afirmarse que la subida de la temperatura sea siempre normal; "otro modo de invasion todavia mas raro, simula el principio de una fiebre intermitente; con ó sin malestar precursor, estalla la fiebre por un calofrío; pero en lugar de ser continua cesa al cabo de algunas horas; y así hay durante 3 á 5 dias accesos intermitentes." (Jaccoud. Loc. cit. *Patho. int.*) Por lo comun se presentan, dice Robert, por espacio de dos ó tres dias consecutivos, sesiones febriles intermitentes ó remitentes, que no ceden á la accion de la quinina, y mas tarde queda establecida la continuidad de la fiebre" (Loc. cit.) El conocimiento de este fenómeno no es nuevo, pues como lo ha hecho notar Trousseau, él ha sido conocido por todos los principales médicos antiguos, quienes por este hecho creian en la transformacion de unas fiebres en otras, y se asombraban no poco de este suceso. (*Clinique Médicale de l'Hotel-Dieu.*) "Se sabe, dice Colin, cuan frecuentes son al principio de la fiebre tifoidea, los accesos periódicos de tipo mas ó menos regular que señalan su invasion. Los que han fundado la historia de esta afeccion, M. M. Louis y Andral sobre todo, han señalado cuidadosamente estos fenómenos periódicos del principio." (*Traité des fièvres intermittentes.*) Efectivamente "Andral que ha fijado su atencion en este punto dice, haber visto que en un cierto número de enfermos, el calofrío se declaraba en la noche todos los dias ó cada dos dias; este calofrío era seguido de calor y sudor, y la fiebre continúa se notaba en seguida." (*Compendium.*) Este principio se observa en la forma sudoral, en la cual siguen los accesos durante casi toda la enfermedad. Tambien hay otras formas de principio intermitente ó remitente, pero debido á la accion del paludismo. "Es sobre todo, dice Trousseau, en las comarcas en que las fiebres palúdicas son endémicas, que vemos á la dotienentaria tomar en su principio el tipo intermitente." (Loc. cit.) "Importa saber que en las tifoideas contraidas en las regiones palúdicas, la influencia del paludismo puede manifestarse durante todo el curso de la enfermedad por exacerbaciones de periodicidad mas ó menos claras, que son completamente extrañas á la forma comun de la enfermedad. Hay allí á decir verdad, una doble accion morbígena, (fiebre tifoidea palúdica)." (Jaccoud. Loc. cit.) De manera pues que en esta ocasion el problema diagnóstico es muy complicado en los países cá-

lidos y no basta el conocimiento de la curva térmica para resolverlo. Con razon ha dicho Germain Séé que, "nada es mas difícil, y sobre todo en los países palúdicos, que el diagnóstico de la fiebre tifoidea, en su primer período." (*Gazette des Hôpitaux*, 1869.) "Muy á menudo la fiebre tifoidea comienza como una verdadera fiebre intermitente regular del tipo cuotidiano ó doble terciano, cuyos accesos lejos de ser modificados por el sulfato de quinina, vuelven al contrario con intensidad creciente, siendo cada vez de una duracion mas larga, y el intervalo apirético cada vez mas corto. La fiebre se vuelve remitente con francas exacerbaciones vespertinas, y despues se hace continua, y es entonces cuando se declaran los fenómenos característicos del tífus abdominal." (Corre. Loc. cit.) Así habla el Dr. Torres Homen dudando si estos fenómenos provienen ó no del paludismo, y agrega: "En muchos casos la enfermedad principia como fiebre subcontinua palúdica, durante dos, tres y cuatro dias el movimiento febril, redobra en la noche y disminuye en la mañana, sin ningun otro síntoma salvo una ligera congestion al hígado. Al quinto ó sexto día es cuando se desarrollan los demas síntomas de la fiebre." De modo pues que la confusion es completa y para fundar el diagnóstico diferencial no es suficiente, como ya hemos dicho, la curva térmica. "En una misma fiebre, dice Corre, aún en las que se pretende que el tipo es lo mas fijo, como en la fiebre tifoidea, las modalidades térmicas estan sujetas á importantes variaciones; y podemos decir que el mejor observador estaria de seguro, embarazado, en mas de un caso, para establecer el diagnóstico de una pirexia cualquiera por el simple examen de las curvas termográficas. Con mayor razon en los países cálidos donde las condiciones climatológicas, endémicas y epidémicas engendran tan gran número de combinaciones y de transformaciones mórbidas, el tipo debe perder mucho de su importancia delante de los grandes síndromes característicos de las formas clínicas." (Loc. cit.) Vamos á tratar de hacerlo por la gran importancia que para nosotros encierra esta materia, aún á riesgo de alargar demasiado esta nota.

Deben ser tres los diagnósticos diferenciales: 1.º entre las palúdicas periódicas, la tifoidea y la tifoidea tambien periódica; 2.º entre las palúdicas continuas y sub-continuas, y las tifoideas; y, 3.º entre las tifoideas y las tifoideas palúdicas.

Para el primero es necesario tener presente que, en las tifoideas al lado de los síntomas periódicos existen otros que no corresponden sino á la tifoidea, y que se prolongan hasta en los intervalos de apirexia, como lo indica Trousseau, tales como el vértigo, dolor de cabeza é insomnio, la tendencia á la diarrea con el gorgoteo de la fosa iliaca, y ademas, como dice Jaccoud, "durante los accesos, la temperatura queda muy inferior al grado que tendria en la intermitente legitima, pues no va mas allá de 38º ó 38.5º." (Loc. cit. *Patho. int.*) Sin embargo, esto último en los países palúdicos no lo creemos muy seguro. Mas valor tiene la marcha inversa del tumor esplénico en una y otra enfermedad. He aquí los

aparatos y funciones del organismo; y entonces por la reunion de un cierto número de detalles, sin importancia cuando están aislados, se puede casi con certidumbre, diagnosticar la dotienteria

otros caractéres diferenciales: 1.º en la tifoidea los paroxismos se van alargando, lo cual no pasa en la intermitente franca; 2.º el abatimiento de las fuerzas, de que hemos hablado, no es proporcional, ni á la intensidad del proceso, ni á su corta duracion, cuando es una tifoidea; 3.º que en los intervalos se conserva y á veces crece el apetito en las palúdicas, mientras hay anorexia en las tifoideas; 4.º el catarro bronquial de la tifoidea, que falta en las intermitentes; 5.º los caractéres de la orina tifoídica, de que hablaremos mas adelante, que no los hay en la intermitente; 6.º el suceso terapéutico de la medicacion quínica." Siempre que se trata de la verdadera infeccion palúdica, están acordes todos los observadores, en admitir la desaparicion de los paroxismos, al primero ó segundo dia (?) de principada la dicha medicacion. (D. BORRELLI *Le Febre*, 2.ª ed.) Esta última diferencia no es tan fácil de apreciar como lo quieren la mayoría de los autores; mas adelante nos ocuparemos de ella; y 7.º la falta en las fiebres palúdicas de las manchas rosadas lenticulares.

El segundo diagnóstico es todavía mas árduo, pues todo el mundo sabe lo fácil que es confundir una fiebre palúdica continua ó sub-continua, con una tifoidea: "allí donde durante la vida habia comprobado algunos de esos accidentes, que constituyen la perniciosidad: coma, delirio violento desde el principio, aljidez, donde tambien en razon de ataques anteriores de fiebres, podia creer en una enfermedad dependiente exclusivamente del paludismo, encontraba (en la autopsia) las lesiones típicas de la dotienteria; y en otros casos en que la lentitud y la calma relativas de la evolucion mórbida, la ausencia de afecciones palúdicas anteriores, parecian asegurar el diagnóstico: *fièvre tifoïde*, la autopsia negativa á este respecto no me daba sino las lesiones de la fiebre perniciosa." (Colin. Loc. cit.) He aquí los únicos elementos que pueden dar luz diagnóstica: 1.º la ausencia, en general, de síntomas del aparato respiratorio, en las fiebres palúdicas. "Es necesario cerciorarse de este hecho negativo, dice Dutroulau, como diagnóstico diferencial entre las formas de tipo continuo de esta fiebre, (la palúdica) y las continuas graves de naturaleza no palúdica que se encuentran en los mismos climas que ella, y que tienen sus alteraciones particulares de la respiracion." (*Traité des maladies des Européens dans les pays chaudés*). Desde luego como el mismo lo reconoce, esta diferencia pierde su valor en los casos de fiebres palúdicas neumónicas ó pleuríticas; 2.º los síntomas abdominales tifoideos son en general mas marcados, y tienen sus caractéres especiales mas pronunciados en la infeccion tifoidea en que la palúdica; 3.º la existencia de las manchas rosadas lenticulares, segun el principio de Homolle, (véase nota 1); 4.º la aparicion al principio de las petequias es señal de paludismo; 5.º "al termómetro y á la observacion clinica, una sub-continua palúdica verdadera, puede muy bien asemejarse á una línea compuesta de varias partes que se juntan, pero sin tocarse, que son contiguas,

antes de la aparicion de las manchas rosadas que inauguran el segundo setenario.

El hábito exterior de los tifoídicos merece una minuciosa atencion; desde que

pero no continuas. "Están formadas por una serie de pequeñas exacerbaciones contiguas, formando otros tantos accesos separados por remisiones sedativas." Las continuas palúdicas se forman por el aumento numérico de los paroxismos en un tiempo determinado; es decir por la disminucion progresiva y despues por la desaparicion del estado aperítico." (G. BACCCELLI. *Leçons cliniques sur la perniciosité*) Corre. dice tambien lo mismo: "Accesos primero separados por un periodo de apirexia franca, se aproximan mas y y mas y concluyen por unirse los unos á los otros. Si el nuevo acceso comienza hácia el fin del precedente la apirexia no tiene lugar, sino solamente una mejoría de los síntomas, que constituye la remision; pero si el nuevo acceso estalla antes de toda retrogradacion del primero, no hay apirexia ni remision, sino continuidad del proceso febril por la fusion mas ó menos completa de los paroxismos." (Loc. cit.) De manera que esta marcha constitutiva y característica de estas fiebres palúdicas, solo puede aprovecharse cuando la fiebre no es continua, pues en el caso contrario es imposible averiguarlo; 6.º la eficacia de las sales quínicas, que en las fiebres palúdicas continuas, hacen reaparecer desde las primeras dosis, el tipo mas ó menos claro de los accesos "que la intensidad del proceso y la rapidez de las repeticiones, habian extrañamente pervertido" (Baccelli), y á los tres ó cuatro dias una defervescencia que puede ser mas ó menos completa; pero que continuando la medicacion se acentúa mas. Para que este signo diagnóstico pueda considerarse como tal, son precisas dos condiciones: 1.º que las sales quínicas sean no solo dadas en las dosis precisas y en tiempo oportuno, sino absorbidas en su mayor parte; y, 2.º no olvidar que las dichas sales propinadas en la tifoidea, traen tambien, aunque de diferente modo la curacion: la defervescencia no es tan rápida, y ni es tan brusca la terminacion, sino poco á poco; 7.º los caractéres de la orina tifoídica, como veremos mas adelante; 8.º el exámen histológico de la sangre es de rigor en caso de duda, pues por él se puede saber si hay ó no paludismo. Basta investigar la existencia de los leucocitos melaníferos y de los glóbulos deformados. Es verdad que no falta quien niegue la importancia de este hecho; pero la mayoría de los observadores están conformes en darle el valor que efectivamente tiene. "En cuanto al pigmento, dice Jaccoud, que realmente circula en la sangre, parece estar contenido al principio en células semejantes á los leucocitos de la sangre ó del bazo." (Loc. cit. *Path. int.*) Laveran y Tessier, le dan tambien preferente atencion á los leucocitos melaníferos. (*Nouveaux éléments de Pathologie et de clinique médicales*, tom. 1.º) "Se encuentra en efecto en la sangre de los enfermos (palúdicos), todas las formas que puede tomar el glóbulo en su proceso de destruccion, desde la aparicion arriba descrita, y que seria el principio del ataque, hasta las granulaciones pigmentarias libres en el liquido ó recogidas por los leucocitos, que los Srs. Crudelli y Klebs habian ya observado que re-

el enfermo está acostado permanece habitualmente en el decubito dorsal; está inmóvil y no trata de moverse en su ca-

presentaban el último término de la descomposición. Como términos intermedios se encuentran: hematies, que parecen agujereados sobre uno ó varios puntos, y que encierran granulecillas pigmentarias, masas en media luna, aplastadas en sus extremidades y que llevan en su parte media, una mancha negra formada de granos de pigmento; en una palabra, todas las formas que puede presentar un glóbulo muerto que se disuelve ó es corroído irregularmente en su contorno." [DUGLAUX *Ferment et Maladies* 1881.] Pero como ha demostrado Kelsch, es necesario no olvidar que la melanemia es intermitente y está íntimamente ligada á los accesos. Aparece durante ellos, sobre todo en el momento del paroxismo. Es muy abundante en los casos de fiebres graves ó perniciosas; en los accesos lijeros y no frecuentes sino distantes, el pigmento melánico puede desaparecer entre dos de ellos, y aún cuando sean graves y repetidos, no dura mas de seis á ocho dias despues del acceso último. (*Archives de Physiologie*, 1875.) Lo mismo dice Bizzozero, en cuanto á lo variable de la melanemia: "que su cantidad varia mucho en una misma enfermedad, y que suele aumentar despues de un acceso febril." (*Manuale di Microscopia clinica*.) Para evitar una causa de error muy comun recomienda este autor, no confundir los glóbulos melaníferos con la sustancia bruna ó negra que proviene de la atmósfera, que accidentalmente se encuentra en casi en todas las preparaciones microscópicas. (Loc. cit.); 9.º La etiología, tanto de la tifoidea como de la palúdica.

Hemos por fin llegado al tercero y último diagnóstico. Antes de todo, para facilitar la cuestion es indispensable proceder con método, viendo cuantas clases ó formas hay de tifo-malaria, y estudiar en seguida el diagnóstico de cada una de ellas. "La tifo-malaria es una fiebre idiopática de tipo mixto, causada por una combinacion del paludismo y de las influencias patógenas, con marcadas remisiones y exacerbaciones al principio, y que despues de un periodo variable se hace fiebre continua con síntomas tifóidicos." (*Clymer*.) "Entendemos por fiebres tifo-malarias, dice Corre, las pirexias que enjandradas bajo la doble influencia de condiciones palúdicas y de condiciones tifóidicas, presentan un encadenamiento de fenómenos que recuerdan los de una y otra intoxicacion." (Loc. cit.) Así, pues, la base para el diagnóstico está en que se hallen reunidas las condiciones etiológicas de una y otra fiebre; circunstancia sin la cual no pueden existir las tifo-malarias. La formacion de estas fiebres idiopáticas, puede ser de dos modos: 1.º por duplicado de los elementos mórbidos ó su asociacion; y, 2.º por reunion íntima ó unificacion. Las primeras están constituidas por "la evolucion simultánea y paralela de las dos enfermedades," la cual puede hacerse de diversas maneras, pero las principales son dos: a) La fiebre palúdica abre la escena, despues de varios dias aparece la tifoidea; la palúdica puede permanecer mas ó menos clara durante todo este tiempo, hasta la convalecencia, en que reaparece nuevamente; b) Principia por la tifoidea, y en el curso de ella sobreviene un acceso de intermitente que se sigue

ma, parece evitar todos los movimientos.

El rostro está un poco pálido (10), los ojos brillantes é inyectados (11), las pupilas dilatadas (12), las narices secas y á veces pulverulentas (13). La máscara

repetiendo guardando su periodo, y se agrega á la tifoidea como un epifenómeno periódico. Estos dos tipos de la tifo-malaria por asociacion, se diagnostican por la presencia durante el curso de la enfermedad, de los síntomas de una y otra especie mórbida. Las del segundo modo están formadas por una enfermedad mixta pero de marcha simple; la fusion ó amalgamiento, por decirlo así, puede efectuarse tambien de dos maneras; a) Prelominio de los síntomas palúdicos, á los cuales se agregan otros que son propios de la tifoidea (fiebre palúdica tifoidiforme ó tifoidisante), y el diagnóstico reposa, fuera de los caracteres comunes á estas fiebres, en la constipacion inicial frecuente; en que dura por lo general siete á diez dias el periodo intermitente ó remitente del principio; en que la temperatura llega á los 40 grados desde las primeras 24 ó 36 horas, y baja á menos de 39.5 desde el cuarto ó quinto dia; en la falta de las manchas rosadas lenticulares; en que hay con frecuencia dolor hepático ó sub-ictérica; y en los síntomas palúdicos manifiestos. Pero cuando al principio y aún despues del primer setenario, la palúdica tifoidiforme ha sido abandonada á los solos esfuerzos de la naturaleza, presenta muy notables semejanzas con la fiebre tifoidea. (*Corre*); b) La tifoidea forma el fondo de la enfermedad, mas algunos síntomas palúdicos (tifoidea palúdica), y su diagnóstico está basado en su naturaleza: así hay habitualmente diarrea inicial, pulso dicroto, y manchas rosadas lenticulares. La temperatura no sigue la marcha indicada en la anterior. Sorel da gran importancia al estado de las fuerzas y de la inteligencia, y á la falta de vértigos. Por supuesto que el exámen histológico de la sangre no debe descuidarse, ni tampoco el efecto de la medicacion química.

(10) Las mejillas están con frecuencia coloreadas (*Clymer*), pero es raro que lo estén solas, salvo que la enfermedad esté complicada con neumonia. (Flint) En la forma sudoral la facies se asemeja mucho á la del sarampion al principio, desde el fin del primer acceso.

(11) M. Harris ha observado las conjuntivas ya "con un tinte rosado muy delicado, uniforme sin vasos distintos, ya con una inyeccion ordinariamente lijera, á veces desigual en las conjuntivas de ambos lados." Este fenómeno no comienza desde el principio de la enfermedad, sino cuando ya tiene algunos dias. (*Littre*).

(12) Este síntoma observado por W. Jenner, y al cual daba gran importancia Delarrouque, ha sido observado por Murchison en las tres cuartas partes de sus enfermos. Jaccoud dice, que "en algunos casos raros se encuentra la desigualdad de ellas ó el estrabismo", y que cuando este fenómeno coincide con la existencia de tosis, contracturas generales y vómitos hay una meningitis incipiente.

(13) "El estado pulverulento de las narices está marcado por el color blanquizco que toman los pelos situados en el orificio de cada nariz; este color es debido á los corpúsculos pulverulentos que se adhieren allí." Tambien se ob-

facial está inerte, la fisonomía sin expresión (14). El enfermo está indiferente á lo que pasa á su alrededor. Está generalmente grave, serio, conserva un aspecto severo y nada le hace cambiar de seño. Algunas veces apenas sonríe (15), nunca lo vereis reír; y á propósito os diré que considero la aparición de la alegría, la risa, como uno de los buenos signos de la convalecencia.

Si dirijis la palabra al enfermo, sus respuestas son estrictamente limitadas á la pregunta que se le ha hecho, no agrega ninguna explicación; el tifódico no habla espontáneamente, rehuye la conversación, como evita los movimientos, por un deseo de inercia. (16)

Ahora mismo al detenerme con vosotros al pié de la enferma que ocupa la cama número 1 de la sala de Sta. Ana, me ha chocado la precisión de sus respuestas, la insistencia con que espontáneamente contaba las diversas particularidades de su enfermedad. Esta lucidez no es propia de la fiebre tifoidea, y, en el presente caso, es uno de los fenómenos que me han hecho dudar de la existencia de esta piroxia. Casi siempre la inteligencia del enfermo está intacta; comprende bien lo que se le dice, no delira (17.) Solamente en la noche tiene

serva, diremos de paso, el estado pulverulento de las pestañas, debido á que "por su extrema sequedad, se depositan sobre ellas los polvos que voltejan en la atmósfera, y el de los labios que dura poco y aparece, á veces muy temprano..... y por lo general cuando la fiebre es alta". (*Compendium.*)

(14) "Es raro que el rostro de un tifódico exprese sea la alegría, la satisfacción ó el pesar, la intranquilidad, el descontento." (*Homolle.*)

(15) "No sabe ni sonreírse, ni conmoverse, como si el placer y la pena fueran impresiones demasiado delicadas para su obtusa inteligencia." Así es raro que se preocupe mucho de su estado. (*Homolle.*)

(16) El tifódico está en la inmovilidad mental en tanto que las causas exteriores no lo provocan. "Toda repuesta exige de su parte un esfuerzo para cuya duración es impotente; las frases correctamente comenzadas las interrumpe, ó las acaba de una manera incoherente." (*Homolle.*) "Casi siempre contesta con monosílabos y lentamente; si habla es también con lentitud, de la punta de los labios y como mascando las palabras." (*Bouillaud.*)

(17) El mayor número de tifódicos tiene al fin de la primera semana su inteligencia en estado de dar detalles sobre su salud habitual y su enfermedad. "Pero es raro que estos datos sean suministrados espontáneamente, casi siempre deben ser provocados por preguntas precisas y múltiples. La atención del tifódico se fatiga pronto, sino es excitada y sostenida, su me-

algunos desvarios y profiere algunas palabras incoherentes, pero todos estos fenómenos cesan en cuanto despierta (18).

El insomnio es en general uno de los buenos síntomas del principio. En general el sueño falta del todo; con frecuencia está reducido á un simple adormecimiento interrumpido por penosas pesadillas, y despierta el enfermo fatigado sin sentir el bienestar que sigue al sueño en el estado normal. (19)

moria le es infiel y debe ser ayudada y dirigida." [*Homolle.*]

[18] "Entre los fenómenos iniciales de la fiebre tifoidea hay uno que al momento encontrareis, es el estupor. Este fenómeno es tan constante que su nombre ha servido y todavía sirve para caracterizar la enfermedad. Este estupor es como el anuncio del delirio que estallará mas tarde." [*RAYNAUD. Gazette hebdomadaire. 1877.*]

"El estupor es un estado mórbido á cuya producción concurren la expresión facial, la torpeza de los sentidos, la inercia intelectual y la debilidad del sistema muscular." "*Estado de reposo de la inteligencia, de la motilidad facial y de la fonación, ineptitud de los sentidos para ponerse activa y espontáneamente en relacion con el mundo exterior,* tal es en resumen el primer grado de estupor que corresponde ordinariamente al principio y primer setenario de la fiebre tifoidea." (*Compendium.*) "Cuando el delirio aparece desde el principio, lo cual es muy raro, alterna, en los casos mas favorables, con periodos de lucidez casi perfecta ó de calma casi completa." [*Homolle.*] Hay delirio precoz: 1.º cuando hay fiebre intensa, y la prostración y estupor alternan con un delirio activo y casi siempre violento, delirio furioso. [*Jaccoud, Griesinger*]; 2.º en los sujetos débiles, anémicos, nerviosos, y en las mujeres histéricas, etc., que con reacción febril baja, tienen excitación cerebral muy viva, pero sin notable estupor. [*Los mismos.*] En estos suele ser tan repentina la invasión de los accidentes cerebrales, y tal su intensidad, que simulan un ataque de manía aguda [*Los mismos.*] "Cuando el delirio es precoz á veces desaparece, en cuanto se hace la erupción de las manchas rosadas lenticulares." [*Jenner.*] Pero por lo comun el delirio comienza al fin de la primera semana ó principio de la segunda; es casi siempre "un delirio suave, tranquilo, monótono y nocturno." El enfermo en la noche comienza á balbucir palabras incoherentes, y se agita y permanece en este sub-delirio hasta por la mañana en que duerme un corto rato. Tal es el de la forma lenta nerviosa. El delirio comun puede ser, no solo verbal sino también de acción, hasta el grado de tener que emplear medios coercitivos. (*Jaccoud.*) El delirio del principio es sistemático, ordenado y puede decirse que constantemente versa "sobre una idea triste, persecución, deshonra, etc.; mantiene ilusiones tristes; un incendio, ladrones, figuras horribles, monstruos, esas son las cosas que nos pinta el enfermo" (*Raynaud.*) En la forma sudoral no hay delirio.

[19] A veces tanto el insomnio como la somnolencia y las pesadillas aparecen desde los prodromos (*Jaccoud*); lo cual está en relacion

La cefalalgia aparece desde los primeros dias, y puede variar de lugar e intensidad. (20) Muy violenta algunas veces (21), puede otras reducirse a una simple sensacion de cargazon, de pesadez. (22) Con frecuencia frontal es occipital á veces, (23) y se irradia hácia la rejion posterior de la cabeza; de donde

con la gravedad del caso. (Homolle.) "El enfermo dice que no ha dormido, bien que los parientes que lo rodean afirman lo contrario, porque su sueño se ha acompañado de penas pesadillas." (*Compendium*.) Suele ser tal que el enfermo parece presto á dormirse entre cada una de sus palabras y de sus actos, aún los mas elementales (Homolle.) En la forma sudoral no hay insomnio.

(20) La cefalalgia es uno de los síntomas más constantes; de 133 enfermos solo 6 no la tuvieron (Louis), y Jacqout no la ha visto faltar una sola vez en 108 casos. A veces precede por varios dias á los fenómenos piréticos; pero casi siempre marca la invasion de la enfermedad (Chomel), pues es raro que aparezca en el segundo, tercero ó cuarto dia. (Littre.) En la forma apirética es uno de los signos mas importantes. En la sudoral estalla con una violencia excesiva, y dura á veces solo sin ningun otro sintoma de 24 á 48 horas antes que aparezca la fiebre, despues á veces persiste con fuerza extraordinaria durante el primer periodo hasta en los intervalos de apirexia. Flint ha observado que en la cefalalgia tifódica, por lo general cuando no existen complicaciones meningeas, no hay tanta intolerancia para la luz y los sonidos, como en la jaqueca. Homolle tambien dice que en estas condiciones es rara la fotofobia. Pero hay exasperacion por el ruido y la luz, cuando uno de los síntomas prodrómicos es el catarro gástrico.

(21) Como hemos dicho que es en la forma apirética, y mas en la sudoral. "En algunos casos muy raros, constituye el sintoma predominante (Littre). Tambien es muy fuerte cuando existen complicaciones meningeas, que pueden sobrevenir desde muy temprano, y entonces está unida al delirio y á otros síntomas cerebro-espinales, como mas adelante veremos.

(22) "La cefalalgia general no es tan rara como parece indicarlo el silencio de los autores. Se pregunta en vano á ciertos enfermos en que parte de la cabeza sufren y no pueden indicar el sitio preciso del dolor." "La cefalalgia es por lo comun gravativa, y constituye entonces la pesadez de cabeza" (*Compendium*). "Otras veces no es sino un dolor vago profundo, ó una sensacion de constriccion en las sienas que acompaña al vértigo" (Homolle.) En las personas de mas de 40 años, como casi siempre la fiebre es moderada, la cefalalgia es ligera.

(23) "El dolor ocupa de ordinario la rejion frontal y especialmente la supra-orbitaria, á veces fija primitivamente su sitio en el occipucio" (*Compendium*). "Toma en ciertas ocasiones la forma neurálgica con puntos dolorosos en la esfera de los nervios sub-orbitarios y occipitales" (Dieulafoy), y suele haber tambien hiperestesia del cuero cabelludo (Homolle). La cefalalgia no existe, sino hasta que comienzan la somnolencia ó el delirio. (*Compendium*.)

Se extiende al cuello que, se pone un poco rígido. (24) A menudo se une á todo esto aturdimiento, vértigos, sobre todo cuando el enfermo se sienta en la cama. (25)

La inapetencia es casi absoluta y aun cuando el enfermo deseé comer, renun-

(24) Este dolor de la rejion cervical posterior, que ha sido bien observado por Forget, Fauconnet y Lombard, es mirado por ciertos clinicos, y en particular por Gubler, como uno de los síntomas mas constantes y á veces muy sobresaliente desde el principio. (Homolle.) Lo cierto es que cuando el delirio es muy violento, no falta en la forma atáxica (Jaccoud), donde se acompaña de otros síntomas espasmódicos de que vamos á ocuparnos aqui lijeramente. Se observan contracturas en los músculos de la parte posterior del tronco, de los párpados y en los flexores del antebrazo, y hay inmovilidad mas ó menos completa de las partes contraídas. La contractura mas frecuente es la del raquis. En las formas atáxicas graves aparecen desde el primer setenario, en la misma forma, igual cosa pasa con las convulsiones clónicas de los músculos de la cara y de los miembros y los sobresaltos de tendones, y "á veces existe una especie de vacilacion, de temblor general de todos los músculos de la locomocion" (*Compendium*.) Cuando el enfermo se sienta en la cama, es que se manifiestan claramente estos fenómenos. Mr. Guyot ha tenido ocasion de ver una fiebre tifóidea que principió por ataques epileptiformes, y cuyo diagnóstico lo hizo despues de la autopsia, pues el enfermo sucumbió al tercer dia (*Gazette Hebdomadaire*, 1879). Los saltos de los tendones se sienten mejor que se ven, y para hacerlos apreciables, se levanta el brazo del enfermo y se le pone de nuevo sobre la cama (*Compendium*).

(25) Los desvanecimientos y el aturdimiento de cabeza, los válidos y la vacilacion, aparente para el enfermo, de los objetos que le rodean, constituyen estos vértigos tan notables, y que solo en la fiebre tifóidea se observan en este grado y con esta frecuencia (VALLEIX. *Guia del Médico práctico*). "Los enfermos no los padecen sino cuando hacen algunos movimientos ó se sientan en su cama; así con frecuencia es menester darles esta posicion para saber si el sintoma existe" (*Compendium*). Merced al vértigo, cuando el tifódico camina lo hace con tal vacilacion y de tal modo que "su hábito exterior es entonces tan característico, que él basta con frecuencia para descubrir la enfermedad" (Jaccoud). El vértigo unido á los otros síntomas cerebrales; cefalalgia, lentitud en las respuestas, tremulacion de la lengua, etc., existen en la forma apirética, pero no los hay en la forma sudoral.

Diremos cuatro palabras del zumbido y del tintineo de oidos, que junto con los desórdenes visuales, contribuyen á producir el vértigo y que son comunes al principio (Homolle). "Los ruidos sordos ó zumbidos son mas comunes que los agudos ó silvidos. El zumbido es en estos casos muy penoso para el enfermo y aumenta el estupor de que padece, y es casi siempre doble, es decir que se siente en los dos oidos; pero á veces es mas fuerte en un lado que en otro" (*Compendium*). A todos estos fenómenos acústi-

cia á ello en cuanto tiene los alimentos por delante. (26)

Los vómitos son raros, no se observan mas que en las formas gástricas y casi siempre sobrevienen mas tarde. (27)

En el periodo de que nos ocupamos ra-

cos sucede muy pronto en la forma lenta nerviosa, una sordera muy pronunciada (*Jaccoud*). Antes de pasar con el autor á otro orden de síntomas, nos parece conveniente agregar cuatro palabras sobre los síntomas espinales de la tifoidea en este periodo: *Hiperestesia cutánea tifoidea*. Cuando existe es precoz, á veces desde los pródromos, invade el cuerpo, y disminuye de intensidad de abajo para arriba, y desaparece en un tiempo variable en sentido opuesto. En la rejion espinal es la zona en que con mas frecuencia se presenta. La *hiperestesia muscular* coexiste las mas veces con la anterior y sigue su marcha ascendente, y es tal que, el menor movimiento es un suplicio para los enfermos. La *raquialgia* en un sintoma del principio y muy intenso en la nuca y en los lomos. Generalmente trae irradiaciones dolorosas en los miembros inferiores y en el pecho; "y á veces se ve suceder á estos síntomas una paraplegia temporal ó permanente, (*Paraplegia precoz del tífus*). Estos fenómenos son muy excepcionales (*Jaccoud*).

Para concluir con todo lo relativo á los fenómenos nerviosos, solo nos resta indicar que el principio de la tifoidea puede complicarse con meningitis cerebral. "Los síntomas que señalan el principio de la tifoidea complicada de meningitis son los siguientes: delirio violento, continuo, casi siempre precoz, acompañado de cefalea muy viva, y de raquialgia si existe una meningitis espinal; grandes irregularidades en la marca de la temperatura; pulso ondulante, desigual, irregular, debilitado; respiracion zollosante é irregular; contraccion y desigualdad de las pupilas; estrabismo; tosis; síntomas de neuroretinitis concluyendo por la atrofia de la papila del nervio óptico; sordera, contracturas generales, convulsiones; despues parálisis persistentes con perversion de la sensibilidad periférica" (*Lereboullet*). Todos estos fenómenos pueden presentarse, es cierto, como manifestaciones atáxicas simples; pero lo que los distingue, cuando son de origen meningítico "es su intensidad, su predominio, su sucesion en un orden determinado, y las turbaciones patológicas persistentes (parálisis, etc.), que deja tras si" (*LEREBOULLET, Gazette Hebdomadaire, 1877*).

(26) Solo en las formas apirética y sudoral no hay anorexia; pero en las demas, por lo comun, la sed es fuerte, y "el gusto de la boca es soso, ácido, amargo ó terroso." (*Compendium*.)

(27) "Al principio el vómito es raro, salvo en los casos de pródromos gástricos. . . Cuando las cosas marchan regularmente el vómito falta durante todo el primer periodo; cuando excepcionalmente se observa, es debido á una simple intolerancia por una bebida, por un medicamento, ó á un catarro gástrico intercurrente, ó á la estension al estómago de la lesion tífica, ó por último á una meningitis incipiente" (*Jaccoud*). "Cuando la tifoidea estalla de una manera muy brusca estos accidentes (nauseas y vómitos), en nada se distinguen de los fenómenos que sobrevienen al principio de todas las enfer-

ra vez está la lengua seca (28). Está húmeda, pegajosa al dedo, un poco temblorosa y cubierta por una capa blanquisea; casi siempre toma una forma afilada y su punta y bordes están rojos (29). A la vez existe una rubicundez difusa (30) de la faringe y del istmo de las fauces, á veces una verdadera angina (31).

medades febriles, cuya invasion es repentina (*Homolle*)."

(28) En ciertos casos se seca desde el 4.º ó 5.º dia; pero lo corriente es verla en los primeros dias ancha, extendida, húmeda y mostrando sobre sus bordes laterales la impresion de los dientes (*Jaccoud*).

(29) A veces el color y la humedad de la lengua quedan normales aún en los casos graves; pero por lo comun está blanquisea, limonosa, amarillenta con puntos rojos formados por algunas papilas prominentes." Al mismo tiempo está cubierta de una mucosidad viscosa y parece estrecha y puntiaguda. Ordinariamente la delgada cubierta epitelial se separa poco á poco y la lengua se muestra entonces segun la excelente descripcion de Vogel: húmeda, lisa, como tapizada por una piel de bauruch en via de secarse y de ponerse muy roja. Cuando al principio hay una capa mas espesa y de mayor adherencia, la eliminacion de este varnis, se hace por lo comun de la punta hácia atras, y de los bordes hácia el centro, lo que hace aparecer la capa blanco-amarillenta circunscrita por bordes rojos que se van anchando; pero en ciertos casos esta eliminacion principia tambien por el centro, de manera que se ve aparecer sobre la línea media, una estria longitudinal roja mas ó menos ancha con marcada tendencia á secarse, y sobre los lados dos bandas blanco-amarillentas, húmedas y viscosas. A menudo se ensancha adelante y se borra atras la estria central, de tal modo que en la punta del órgano se distingue en la capa blanca un triángulo rojo cuyo vértice está dirigido hácia atras" (*Niemeyer*). En la forma sudoral está siempre limpia y húmeda.

(30) Poco intensa que no tiene ningun carácter especial.

(31) "Buen número de enfermos estan afectados desde los primeros dias de una *angina catarral*, que ocupa principalmente las amígdalas; esta determinacion no debe ser tenida por una determinacion fortuita, sino mas bien por uno de los elementos propios del proceso tifoideo. En algunos casos esta angina estravia momentáneamente el diagnóstico, porque es durante dos ó tres dias el primero y único sintoma de la fiebre tifoidea incipiente." (*Jaccoud*.) Las manifestaciones de la tifoidea, en la faringe, pueden mostrarse desde la invasion de la enfermedad; y pueden desarrollarse de un modo sordo é insidioso, y pasar desapercibidas sino se registra la garganta, ú ocasiona dolor al deglutir, zumbido de oidos y la tumefaccion dolorosa de los ganglios de la rejion. Cualquiera que sea la manera como comiencen los accidentes locales la mucosa está al principio seca, varnisada, y sobre un fondo rojo uniforme presenta varias eminencias blanquiseas ó grises, las cuales pueden ser puntiformes ó placas lijaramente óvales, y como formadas por un levantamiento del epitelio; pudiendo simular entonces todas

El abdomen esta moderadamente distendido (32), los enfermos no manifiestan dolor espontáneo (33); pero es dolorosa la presión en la fosa iliaca derecha (34), y se percibe con frecuencia gorgoteo á la derecha en la rajón cecal (35). Desde el principio se puede observar diarrea. (36) Rara vez es abundante, con frecuencia falta (37) y á veces no aparece sino después del empleo de un purgante (38). Desde el momento en que

las producciones difteroides. Pero bien pronto desaparecen y son reemplazadas por una ulceración muy superficial, que se extiende, dando á las partes un aspecto gris granujiento. Después se hace muy profunda dicha ulceración, pero conservando siempre su aspecto característico, con los bordes dentados, tallados á pico y desgajados. Esta ulceración tan precoz, corre á veces los tejidos, hasta los músculos, cuyas fibras se distinguen en el fondo; y otras por el contrario se cubre de botones rosados y cicatriza rápidamente (Ducastel, *Derivac.*)

(32) "El meteorismo comienza á ser apreciable en los últimos días de la primera semana y va creciendo durante la segunda" (*Jaccoud.*) Bouillaud dice que por la tumefacción de la válvula ileo-cecal, los gases se detienen en la región sub-umbilical y que por eso al principio solo hay meteorismo en esta región. Pero en los casos graves y rápidamente mortales. la distensión gaseosa es muy grande y el timpanismo es general, y aparece desde el cuarto ó quinto día, y aun se citan casos en que ha existido desde el tercero. (*Litré, Murchison.*)

(33) Es una excepción rara que la lesión del intestino dé lugar á dolores abdominales espontáneos. Cuando Louis ha observado este dolor desde el primer día, el caso ha sido mortal.

(34) Este síntoma que es mas ó menos precoz, persiste durante todo el primer periodo y es casi constante y bastante vivo para provocar una contracción del rostro en los enfermos ya sumergidos en el coma (*Jaccoud.*) Presionando el epigastrio y en la proximidad del ombligo también sienten dolor (*Compendium, Niemeyer.*)

(35) Algunas veces es general y entonces se le percibe en todos los puntos del vientre que se presione.

(36) La diarrea precede á veces á los síntomas febriles; pero á menos que el enfermo haya tomado un purgante ó un vomitivo (Niemeyer), la regla es que halla constipación los dos ó tres primeros días; y á veces hasta el quinto ó sexto solo hay deposiciones naturales ó constipación líquida.

(37) Dos ó tres deposiciones en las 24 horas, en los casos benignos; cuatro á doce en los graves, y diez á veinte en los gravísimos; pero por lo general son de seis á diez por día, y tienen lugar sin esfuerzo y sin provocar ningun dolor.

(38) Murchison da la proporción de 1/5, pero á Homolle le parece mas frecuente. Liebermeister le da un 65% en todos los casos, y en los abortivos 51%. Jürgen-en en las tifoides benignas le asigna una frecuencia de un 16%. La constipación es comun en ciertas tifoides benignas de principio brusco y corta duración, en que hay un estado gástrico manifiesto. Tam-

existe tiene caracteres particulares: las cámaras son líquidas, biliosas, de un color amarillo-gris se asemejan á un puré de judías (39) dejan sobre la ropa las manchas salmonadas particulares que ya conoceleis. (40)

Desde el tercero ó cuarto día se puede comprobar la tumefacción del bazo, percutiendo la región esplénica se encuentra una zona de matitez que falta en el estado normal. (41)

bien es persistente en los casos irregulares y casi siempre graves (*Jenner, Hudson, Wilkes.*) En la forma apirética los síntomas abdominales son muy variables: así en unos casos hay diarrea, y en otros constipación; pero en la forma sudoral faltan la diarrea y otros síntomas abdominales. Laveran y otros prácticos han notado la frecuencia en intensidad de la diarrea en los países cálidos. En el departamento de Ancachs, sierra del Perú, es un síntoma que nunca hemos visto faltar.

(39) Después de los dos ó tres primeros días los excrementos son semi-blandos y no están ya amoldados; por último, aparecen las diarreas líquidas. La materia excrementicia es abundante, blanda, de un color amarillo de ocre casi característico y tienen el aspecto de un puré de judías mal cocidas, en el cual la harina en lugar de estar bien mezclada, se habría depositado en el fondo del líquido; tienen un olor muy fuerte especial mas marcado en los casos graves, y una reacción alcalina; son opacas, muy turbias mas no espumosas; y rara vez suelen ser viscosas. Dejándolas reposar forman dos capas diferentes: la superior líquida contiene muchas sales, materias extractivas provenientes de la bilis, epitelium, núcleos libres, cristales de fosfato amoniaco-magnessiano, y grasa bajo el aspecto de una masa finamente punteada; la capa inferior mas consistente, tiene elementos análogos mas un cierto número de concreciones blancas, amarillentas, constituidas por una mezcla de grasa, albumina, pigmento y sales calcáreas. (*Simon, Zimmermann*) y que se asemejan á un salvado grueso. Como elementos figurados existen en las deyecciones tifólicas, los micrococtos *Rhizopus nigricans*, *Penicillium crustaceum* (*Hallier*) y el *Crenothrix polyspora* (*Klein*) (*Jaccoud, Niemeyer, Aitken.*)

(40) "Mancha punteada color de ocre en las ropas y rodeada de una ancha zona apenas coloreada; la tinta rojiza que á menudo se observa es debida á la mezcla con la orina." (*Homolle.*)

(41) "El aumento de volumen del bazo, es un signo, cuya comprobación es muy importante, pues en muchos casos difíciles, el ha venido á esclarecer súbitamente un diagnóstico que permanecía hasta allí dudoso." (*Potain, Gazette des Hôpitaux*, 1884). Es mas voluminoso y mas constante entre los que tienen menos de 30 á 35 años, por el contrario, es poco notable ó falta entre las personas de 40 años ó mas (*Homolle*) El tumor es apreciable desde el quinto ó sexto día. "El bazo agrandado tiene ordinariamente u a posición horizontal, rara vez propasa el borde de las costillas, y se encuentra movido arriba y atras del lado de la columna vertebral por los intestinos distendidos. El tumor esplénico del tifus abdominal, es; pues, muy excepcio-

Ordinariamente en esta época no existe nada del lado del aparato respiratorio, sin embargo algunas veces se oyen algunos estertores sibilantes adelante ó atras del pecho (42). No insistiré sobre

nalmente accesible á la palpacion, y todavía su blandura no permite siempre circunscribir exactamente los contornos de su borde inferior. Si por el contrario se hace acostar á los enfermos sobre el lado derecho, diciéndoles que pongan su mano izquierda sobre la cabeza, se encuentra al percudir á la izquierda de las costillas inferiores una matitez de 17 centímetros de largo y de 10 á 11 de ancho, que corresponde á la octava, novena y décima costilla, toca atras casi hasta la columna vertebral y adelante hasta el borde anterior de las costillas que aun puede propasar. Un bazo muy tumefacto puede dar muy poca matitez, cuando está impelido por el meteorismo intestinal en la excavacion diafragmática, de modo que no toca la parte torácica sino por una superficie poco extensa" (Niemeyer.) La presion ejercida á nivel del bazo provoca á veces dolor, pero esta sensibilidad es siempre poco acusada, salvo en los casos de distension muy rápida de la cápsula. Liebermeister dice que el tumor esplénico se muestra en la tifoidea abortiva en la proporcion de un 71 %, y es corriente en las formas apirética y sudoral. Baumler le da gran importancia para distinguir ciertos embarazos gástricos febriles de una verdadera tifoidea, y principalmente cuando reinan las dos enfermedades obedeciendo como creó Kelsch á unás mismas condiciones etiológicas.

(42) "Bazin y despues Forget, concedian con justicia una significacion considerable á estos ruidos mórvidos, y propusieron designarlos con el nombre de estertores tifódicos. En efecto á menudo tienen en un conjunto de sintomas mal definidos un valor diagnóstico real (Homolle.) La sequedad de las fosas nasales y la alteracion mas ó menos marcada de la voz denotan el catarro de las vias superiores; el bronquial se revela por estertores sibilantes y sonoros graves de número y extension variables que pueden aparecer desde el principio ó desde el quinto ó sexto dia, y que tienen por carácter variar de intensidad de un dia á otro, y aun durante el tiempo que se ausculta al enfermo, y ser mas pronunciados atras que adelante; por una expectoracion rara, viscosa y espumosa, mucopurulenta ó simplemente mucosa, pueden traer los esputos estrias de sangre proveniente por lo general de la boca ó de la garganta por unas toses que es frecuente pero que puede faltar. La frecuencia de la respiracion cuando no hay complicaciones pulmonares es poco mas ó menos de 21 veces por minuto (Flint); pero no guarda proporcion con los estertores bronquiales, á tal punto que hay individuos cuya lesion pasaria desapercibida sino se les auscultase, pues su respiracion permanece casi natural hasta el fin. La intensidad de los fenómenos bronco-pulmonares varia mucho en los diversos individuos y en las diferentes epidémias; el catarro puede faltar, pero es raro que suceda; á veces es tan leve que solo dura algunos dias sin modificar en nada el estado del enfermo; con frecuencia es de mediana intensidad, y se desarrolla á la vez junto con los sintomas abdominales y nerviosos: eso es la forma comun de la fiebre tifoidea; pero

las epistaxis cuya importancia conocéis. (43)

El corazon tampoco presenta lesion alguna apreciable.

Mas nada es tan principal como el exámen de la temperatura y del pulso, y sobre todo nada hay tan apropiado para esclarecer el diagnóstico como su exámen comparativo.

La fiebre es siempre intensa y despues de la ascencion gradual del principio, la curva térmica oscila alrededor de 40.º (temperatura rectal) presentando remisiones matutinas de 0'5 á 0'6 de grado. Del cuarto al octavo dia las variaciones de la temperatura son bastante insignificantes. (44) Pero no olvidéis

en ciertos casos las determinaciones pulmonares, son tan graves y tan extensas que dominan la situacion, constituyendo lo que impropriamente han denominado varios autores: forma torácica. (Jacquod, Littré, Compendium.) Las complicaciones son raras en los países cálidos, (Langellier, Bellevu, Berenger-Feraud); sin embargo no dejan de presentarse algunas que en las zonas templadas se ven de tarde en tarde: v. g. las neumonias que preceden á las fiebres tifoideas: "Estas neumonias iniciales que evolucionan á la manera de las inflamaciones simples y primitivas, marcan sin embargo la invasion de la dotienteria. En el curso de la primera semana mientras que los sintomas propios de la neumonia, van decayendo los signos de la fiebre tifoidea se muestran sucesivamente." (Potain Dieulafoy). Lo mismo dice Liebermeister, que no es raro que la neumonia puede mostrarse desde la primera semana. ¿Cómo distinguir estas neumonias de las neumonias tifoideas? No hay los suficientes datos para sentar un verdadero diagnóstico diferencial; pero en principio, dice R. Longet, se puede sospechar la existencia de la segunda, cuando sobrevenga una neumonia en el primer setenario de un estado general tifódico, y en general cuando los dos procesos, el tifódico y el neumónico parezcan evolucionar lado á lado sin modificarse sensiblemente en sus grandes rasgos. (L'Union Médicale, 1885.) Todos los fenómenos bronco-pulmonares faltan en la forma sudoral.

(43) La época en que por primera vez hay epistaxis varia, pues puede haberlas desde los prodromos, desde el primero ó segundo setenario y á veces todavía mas tarde. La cantidad es pequeña: algunas gotas de sangre varios dias seguidos, y que apenas llama la atencion es lo corriente; y aún puede ser tan exigua que solo colora el mucus nasal. Sin embargo no dejan de haber fuertes hemorragias nasales. La epistaxis es frecuente, y Barth la ha observado en la mitad de sus enfermos; y Jacquod 46 veces en 108 casos. Es siempre preciso examinar el fondo de la faringe, porque á veces la sangre por la posicion del enfermo no corre al exterior sino á la faringe, donde forma una capa ó estrias negruzcas; y tarde ó temprano coagulitos en forma de esputos negruzcos, son rechazados por la expectoracion. La epistaxis es uno de los sintomas mas frecuentes en la sierra del Perú.

(44) Sobre este punto véase la nota 9, solo

que la curva térmica se mantiene á un nivel elevado, y está en guardia contra las temperaturas relativamente bajas.

El jueves último habeis visto en el núm. 21 de la Sala de S. Carlos á un hombre que habia entrado la vispera con accidentes generales, que se asemejaban al proceso tifódico; pero á pesar de esta apariencia la temperatura de 38.° nos hizo concebir dudas, y por el exámen del enfermo reconocimos la distension de la vejiga y una retencion de orina consecutiva á una estrechez de la uretra. El cateterismo hizo desaparecer prontamente el estado tifódico, é hizo ver que se trataba en este caso de fenómenos urémicos.

Esa elevacion de la temperatura va acompañada generalmente de una sequedad de la piel, que tiende á aumentar mas el calor que dá el enfermo al tacto. Algunas veces en la mañana despues de un rato de sueño se ve aparecer sudores poco abundantes y que pronto desaparecen (45).

Insisto particularmente sobre los caracteres del pulso que á mi parecer son con frecuencia desconocidos.

El pulso es bastante ancho, resistente (46), algunas veces dicrótico, pero no tanto como se ha dicho (47).

diremos aqui que las remisiones matinales, pueden ser hasta de 0'8 de grado (Jaccoud).

(45) Con frecuencia la superficie cutánea está cubierta por una traspiracion ácida muy manifiesta durante todo el curso de los accidentes (Dacosta). La piel está ardiente, seca ó mojada de un sudor viscoso y fétido por lo corriente mas abundante en la cara (Bouillaud). Los sudores son muy raros antes del fin del primer setenario, excepto en la forma sudoral en la que el tercer estadio de todos los accesos está caracterizado por sudores profusos de una abundancia sorprendente, que empapan la ropa y las cubiertas de la cama que cada vez es preciso cambiar. Van acompañados como es de suponer de sudamias (Jaccoud).

(46) Solo al principio y en casos poco frecuentes es á la vez resistente y lleno (Voillez). Por lo general aunque la onda sanguínea sea bastante grande la arteria queda depresible (Homolle) (Niemeyer). El tipo esfigmográfico al fin del primer setenario es una línea de ascension brusca con una gran amplitud (HAYEM. *Gazette Hebdomadaire*, 1874). El pulso es muy irregular desde el principio, en las formas atáxicas (Homolle).

(47) La onda secundaria tiene á veces cuando el pulso es dicrótico, tanta amplitud como tiene normalmente una verdadera impulsión cardiaca, una pulsación completa; y por esto observadores poco experimentados han confiado á veces un número doble de la pulsación real (Homolle). Suele haber dicrotismo desde los primeros dias.

El carácter mas importante que encontramos por el exámen del pulso, es la desproporcion tan marcada que existe entre su frecuencia y la elevacion de la temperatura. Mientras que la curva térmica se mantiene á 40°, á veces á 40°5 y aún á 41°, el pulso no pasa de 84, 92 pulsaciones por minuto. A veces llega á 100 y 110; pero es raro que se eleve encima de esa cifra, cualquiera que sea por otra parte el nivel de la curva térmica.

Griesinger y Murchison han señalado en sus excelentes tratados de la fiebre tifoidea 64, 60 y aun 56 pulsaciones coincidiendo con una temperatura elevada; pero no han sacado de; este fenómeno todo el partido que se podía esperar.

Para mi esta particularidad tiene una gran importancia, que no la encontrareis en las otras preixias, ni en los estados tifódicos secundarios. Estas afecciones traen casi siempre consigo una exajeracion en la frecuencia del pulso, que coincide con la elevacion de la temperatura.

Asi llamo todos los dias vuestra atencion sobre la disparidad que existe entre el pulso y la temperatura en el curso de la dotienteria, y desde los primeros dias mas de una vez me habeis visto apoyar mi diagnóstico sobre este hecho á saber: que el termómetro se mantenía en la veicidad de 40.° cuando el pulso no pasaba de 100 á 110 pulsaciones; y la aparicion de las manchas venia en seguida á confirmar mis justas previsiones.

Os lo repito: en sus formas normales, en su evolucion natural, la afeccion dotientérica no arrastra sin pocas modificaciones en la frecuencia del pulso. (48)

(48) La verdad es que sobre este punto, aunque en el fondo haya entre los clínicos cierta uniformidad, no están del todo acordes. "Debemos concluir, dicen los autores del *Compendium* que uno de los caracteres del pulso en la fiebre tifoidea, es ser muy variable en su frecuencia de un dia á otro," pero sin embargo en otra parte dicen: "El aumento de la temperatura está lejos de ser siempre proporcionado á la frecuencia del pulso. Se encuentra enfermos en quienes la temperatura cutánea es de 40.° y que tienen 96 á 100 pulsaciones por minuto." "M. Roger cree poder establecer que en la fiebre tifoidea de los niños, una gran elevacion de la temperatura contrasta á menudo con la poca aceleracion del pulso. Hemos observado en el adulto esta falta de relacion, pero no con tanta frecuencia como él." "La lentitud del pulso ha sido obser-

Desde que este aumenta de frecuencia, debéis temer una complicación, una marcha anómala de la enfermedad. Es necesario pues conceder mucha más importancia al examen del pulso que al de la temperatura (49); el estudio de esta no

vada por Sarcene en la epidemia de Nápoles; pero estos casos son muy raros." (*Compendium*). Mr. Louis solo ha visto un tifoídico cuyo pulso estaba debilitado y latía menos de 80 veces. "El pulso se acelera y late más de 100 y 120 veces, suele hacerse lento y latir menos de 90 veces" (*Littre*). "En cuanto á su frecuencia, es siempre bastante considerable en los casos graves, excede casi constantemente de 100 pulsaciones, y por lo común se eleva á 120 ó más. En los casos lijeros suele ser inferior á 100, y á veces es notable por su lentitud y por su irregularidad, á lo menos en ciertas épocas de la enfermedad" (*Valleix*). "El pulso no tiene nada de constante, ni de preciso en su manera de ser; no sigue, como debería, las oscilaciones de la temperatura; las pulsaciones pueden ser por varios dias no solo las normales, sino aun menos, y esto con una temperatura plenamente febril que presenta su elevación y curso ordinarios." (*Jaccoud*) "La frecuencia del pulso depende en la fiebre tifoidea, como en las otras enfermedades febriles, inmediatamente y principalmente del grado de temperatura." Y en un gran número de tifoideas hay paralelismo entre el calor y el pulso. "La elevación absoluta de la frecuencia del pulso es menor en la fiebre tifoidea que en las otras enfermedades febriles." No obstante en algunos casos el pulso no se hace más rápido aún cuando la temperatura se haya acrecentado. No pasan de 100 á 110 las pulsaciones durante el curso de la enfermedad, pero en ciertos casos pueden bajar á 60, 45 y aun menos pulsaciones por minuto. (*Liebermeister*). "La aceleración del pulso es casi siempre menor que en las otras enfermedades febriles, que elevan á igual grado la temperatura." "Este carácter tan chocante debe ser bastante frecuente para que haya atraído la atención de los médicos que no habían recurrido á las exploraciones termométricas." Sauvages y Hufeland concedían ya significación diagnóstica á la rareza del pulso. Generalmente oscila de la mañana á la noche entre 84, 86, 96, 100 pulsaciones por minuto (*Homolle*). En la dotieneteria el pulso no es muy frecuente, ha dicho Trousseau. El número de pulsaciones rara vez pasa de 120 (*A. Costan, Peacock, Grisolle Niemeyer, Jaccoud*); en una fiebre moderada su frecuencia es de 92 á 110; y de 110 á 120, cuando es intensa. Debe también tenerse presente que varias causas alteran el número de las pulsaciones. "El número que se hubiera contado en tanto, que el enfermo estuviese acostado en su lecho, aumenta de 20 á 30 por minuto, cuando durante un rato ha permanecido sentado, cuando ha hecho un esfuerzo, cuando se ha ajitado por cualquiera circunstancia [*Niemeyer*]; por una excitación síquica ó por un examen médico algo prolongado [*Homolle*]. Hay tambien casos en que la repetición de las pulsaciones aumenta mucho, así Gubler tubo uno en el Hospital Beaujon, en el que las pulsaciones llegaron á 250 por minuto. (*Gazette Hebdomadaire*, 1867).

(49) Esta es indudablemente una exajeración.

es para descuidado, pero en el pulso encontrareis buenos elementos de diagnóstico, y en toda la duración de la enfermedad él os suministrará las más fieles indicaciones pronósticas. (50)

En una enfermedad tan proteiforme, como dice Cantani, es necesario atender, mas que en otras, al conjunto de los síntomas para hacer el diagnóstico.

(50) "Mr. Louis ha observado, una cosa á mi juicio muy verdadera. á saber, que cuando el pulso permanece en el curso de la enfermedad medianamente frecuente, es decir que no pasa de 80 á 90 pulsaciones, es un favorable augurio para el resultado definitivo" (*Littre*) Liebermeister tambien dice, que la frecuencia del pulso tiene valor pronóstico. En el Hospital de Basilea se ha visto, que de 37 enfermos cuyas pulsaciones no pasaron de 140 murieron 19, casi la mitad; que de 12 cuyas pulsaciones llegaron á 150, murieron 11 [*LIEBERMEISTER, Lienssem Cylopedie*]. Ya en otra lección se habia expresado Hardy en el mismo sentido: "En efecto una temperatura de 40.° con 100 ó 110 pulsaciones por minuto, es no solamente un favorable elemento de diagnóstico, sino que el pronóstico es tranquilizador, si la temperatura llega á 41° y las pulsaciones no aumentan proporcionalmente. Al contrario, la situación es peligrosa si el pulso es frecuente y la temperatura poco elevada." (*Gazette des Hôpitaux*, 1883). Cantani dice que el aumento de las pulsaciones en los casos indicados en la nota 48 [cambio de posición, etc.], es debido á la excitación del sistema nervioso por el esfuerzo que el enfermo hace para vencer su gran debilidad muscular, y que basta contar el aumento de las pulsaciones en los casos indicados, para medir la debilidad muscular del tifoídico. Esto le da gran valor práctico (Nota de la traducción italiana de la Patología interna de Niemeyer).

Entre los síntomas suministrados por el aparato circulatorio se encuentra el rápido aumento de los glóbulos blancos en los primeros dias, y su decrecimiento súbito en el octavo y noveno dias (*Bonne*). Hay otro que merece consignarse por su gran importancia, aunque todavía no esté completamente dilucidado. "La defibrinación de la sangre sea absoluta, sea relativa, tal es por último la alteración más importante de la fiebre tifoidea." Así hablaban en 1840 los autores del *Compendium*; pero despues este fenómeno fué considerado como falso. Mas hoy va ganando terreno. "La alteración de la sangre, dice Jaccoud, es completa: la fibrina y los glóbulos rojos disminuyen, los glóbulos blancos aumentan al principio (*leucocytosis tifoidea*); la albumina y los materiales sólidos del serum caen debajo de la normal, le proporción de oxígeno baja y la de ácido carbónico sube y segun Cozt y Feltz hay disminución de urea y aumento de azúcar. "El año pasado Mr. Hayem ha presentado en la *Sección de las Ciencias Médicas de la Asociación francesa para el adelanto de las ciencias* un aparato muy sencillo para dosar la fibrina, inventando así un procedimiento clínico que puede emplearse de preferencia al químico por su rapidez, exactitud y facilidad; que permite aprovechar de esta alteración para el diagnóstico. "Si existen los síntomas generales del principio de las piroxias y no hay reticulum fibrinoso, se trata de una

Al lado de estos grandes caracteres tomados al curso general de la fiebre, os señalaré la *mancha cerebral* que es debida á turbaciones de la innervacion vasomotriz; y la *cuerda muscular* que es debida á una excitabilidad particular de la fibra muscular estriada.

Se produce la mancha cerebral haciendo con la uña rayitas sobre el abdomen. Despues de una decoloracion poco marcada de los puntos excitados por la presion, se ve aparecer una linea roja muy pronunciada, que persiste durante dos ó tres minutos y algunas veces mas. Este fenómeno que antes se unia á la meningitis tuberculosa (mancha meningítica de Trousseau), pertenece en realidad á la mayoría de los estados tifóidicos, y es muy marcada en la dotienenteria.

La cuerda muscular pertenece mas particularmente á la dotienenteria.

Si se coje el músculo biceps entre el pulgar y el indice y se le pellizca vivamente, como se hace para hacer vibrar una cuerda, se ve una contraccion localizada en el punto excitado, y que dá lugar á la formacion de un relieve (*reflexion*) duro, tenso, que desaparece al cabo de algunos segundos. (51)

No puedo dar una importancia real á estos detalles; pero su comprobacion agregada á la de los sintomas que ya he señalado, puede venir en apoyo del diagnóstico.

Terminaré esta exposicion relatando los caracteres que nos suministra la orina y que se pasan con frecuencia en silencio.

La cantidad de la orina está generalmente disminuida; varia de 600 á 1000 gramos en las 24 horas. Su color está un poco encendido, recuerda el aspec-

to del caldo sucio, pues ordinariamente no es limpida. (52)

to del caldo sucio, pues ordinariamente no es limpida. (52)

Si en un vaso que contiene una cierta cantidad de orina, derramais poco á poco ácido nítrico, distinguireis claramente tres capas diferentes.

La parte profunda del liquido está coloreada en bruno por el indican. La parte media contiene un disco de albumina mas ó menos espeso. Y la capa superficial presenta un disco de ácido úrico separado de la capa albuminosa por una zona clara.

La aparicion de estas tres capas en el orden que acabo de nombrarlas, es bastante concluyente. Fuera de esto, se puede confirmar por un exámen mas completo cada uno de estos detalles.

Basta mezclar en un tubo dos partes de ácido clorhídrico ordinario con una parte de orina, calentar lijaramente la mezcla, agregarle una pequeña cantidad de cloroformo y sacudirla, para al cabo de un momento, ver en el fondo del tubo colorearse el cloroformo de azul; y la intensidad de la coloracion está en relacion con la cantidad de indican. (53)

La albumina (54) y el ácido úrico

(52) De reaccion casi siempre ácida (*Compendium, Jaccoud*).

(53) El indican urinario representa al indol (alcaloide intestinal proveniente de la putrefaccion) absorbido por el intestino y oxidado á su paso por la sangre. "El indican, salvo muy raras excepciones, es constante en los casos normales; y abunda cuando existen diarreas profusas colicativas, ó hay tendencia á la aljidez. Falta ó es menos abundante cuando predominan los accidentes atáxicos" (*Homolle*). Gubler y A. Robin han insistido últimamente sobre su presencia en la orina tifóidica; "pero no hay ninguna relacion entre la presencia ó ausencia de este producto y la marcha ó gravedad del mal" (*Jaccoud*). Para comprender los procedimientos de investigacion es necesario recordar que el dicho indican de Schunck ó uroxantina de Heller, se puede descomponer en indigotina de Schunck ó uroglaucina de Heller é indirubina ó urrodina, por la accion de diferentes sustancias. En cuanto á los métodos indicados por Hardy, solo haré dos ligeras advertencias: que el ácido nítrico debe echarse con precaucion pues un exceso disuelve la indigotina puesta por él en libertad; y que el ácido clorhídrico puede por su accion sobre los cuerpos albuminoideos, colorear la orina en violado sin que exista indican. Este error se evita agitando la orina con éter que se carga del otro componente, la urrodina y se vuelve rojo. (*Leon*). Brieger creé que cuando hay aumento de indican crece tambien el ácido fenil-sulfúrico; pero esto no está comprobado.

fiebre tifoidea, pero si por el contrario existe, se puede precindir de ella." Hay sobre todo una afeccion que se asemeja con extrañesa á la fiebre tifoidea, á tal punto que muchos autores hacen de ella una fiebre tifoidea, lijera, hablo de la que se llama indiferentemente, fiebre sínoica y mejor aun fiebre inflamatoria; pues esta enfermedad, á la inversa de la fiebre tifoidea se acompaña de un aumento constante de la fibrina de la sangre" HAYEM. (*La Semaine Médicale* 1884).

(51) Piedagnel y Forget concedian desde 1835, una gran importancia á este sintoma, que es mas frecuente y pronunciado en la fiebre tifoidea que en las otras enfermedades; pero no tiene valor diagnóstico (*Compendium, Homolle*).

(54) Quanto mas grave es la fiebre mas pronto aparece la albumina, á veces desde el segundo dia; suele faltar en el primer estenarico (*Homolle*) y Gubler dice que lo mas comun es que

pueden ser confirmados igualmente por los procedimientos ordinarios, (examen por el calor y por los ácidos).

Ninguna de estas sustancias puede tener considerada aisladamente una significación precisa; pero su reunion suministra por si misma un buen apoyo a un diagnóstico vacilante.

El análisis detallado de la orina nos muestra ademas del aumento de la urea, el del ácido urico (1 grm. a 1,50 grm., en lugar de 0'50 a 0'75); la disminucion de los cloruros (2, 4,5 gramos en lugar de 8 a 10 gramos). (55)

Por causa de su concentracion relativa, la densidad de la orina está casi siempre aumentada. [56]

Asi, pues, como ya señores os lo he dicho, no tanto debeis buscar el predominio de tal ó cual sintoma, sino la reunion en un enfermo de los diferentes fenómenos que acabo de recordaros. Reasumiendo diré que si en un individuo que no tiene enfermedad local bien caracterizada, encontraseis cefalalgia acompañada de curbatura; lengua roja en los bordes y en la punta, y blanquiza en su cara dorsal; bazo aumentado de volumen; diarrea con gorgoteo iliaco; temperatura elevada con pulso poco frecuente; y del lado de la orina la triple reaccion que acabo de describirlos, podréis concluir que existe una fiebre tifoidea, diagnóstico que será confirmado por la evolucion ulterior de la enfermedad.

(De *L' Union Médicale* de Paris).

PABLO PATRON.

Revista Terapéutica.

XI. —En la sesion del 2 de Junio de la Academia de Ciencias de Paris, presentó el Dr. Germain Sée una intere-

comiencie en el segundo setenario. Hay veces en que el ácido úrico es tan abundante que se deposita espontáneamente.

(55) La hemafeina es raro que aparezca, pero suele mostrarse cuando la fiebre principia bruscamente en sujetos robustos, y cuando súbitamente se acompaña de sintomas cerebrales (*Hemolle*).

(56) La orina tiene un peso específico elevado (1,020 y mas), como en todas las fiebres violentas. Segun las investigaciones de Vogel la cantidad absoluta de orina, no disminuye cuando los individuos beviendo copiosamente reemplazan la pérdida de agua que las ocasionan la evaporacion abundante y la diarrea (Nieme-
yer).

sante comunicacion sobre el tratamiento del asma cardiaco por la Piridina, y de la que extratamos los siguientes datos: —la Piridina, C⁵ H⁶ Az, se encuentra en los productos de destilacion seca de las materias orgánicas, del alquitran de hulla, de los principales alcaloides, en el humo del tabaco, en la nicotina, en el aceite animal de Dippel, de donde se la extrae ordinariamente. Es un liquido incoloro, muy volátil, de olor fuerte y penetrante, se mezcla con el agua en todas proporciones y forma con los ácidos minerales bases solubles, pero instables.—De los experimentos hechos por G. Sée y Bochefontaine, resulta que la piridina disminuye la reflectividad de la médula y del centro respiratorio bulbar (ranas, caviás y perros). El Dr. Sée encuentra en este hecho la explicacion del éxito de ciertas medicaciones mas ó menos empíricas, preconizadas en el tratamiento del asma, y que estan fundadas en la combustion de ciertas sustancias y la inhalacion de los vapores que producen; ahora bien; estos vapores contienen siempre mayor ó menor cantidad de piridina.—El mejor modo de administracion de la piridina consiste en verter 4 á 5 gramos de este líquido en un plato puesto en medio de una habitacion de 25 metros cúbicos mas ó menos, y en colocar al enfermo en un ángulo de la pieza para que respire asi un aire mezclado con los vapores piridicos; esta sesion debe durar de 20 á 30 minutos y repetirse tres veces por dia. La absorcion es inmediata, apareciendo muy luego, en la orina, la piridina. En 14 asmáticos (9 nerviosos ó con catarro y enfisema, y 5 cardiacos), ha obtenido resultados muy satisfactorios.—He aqui las conclusiones á que ha llegado el Dr. G. Sée: 1.º Cualquiera que sea la forma del asma, ya nervioso, enfisematoso ó catarral, que sea primordial ó de origen gotoso ó dartooso, la ioduracion (ioduro de potasio a alta dosis) constituye el verdadero método curativo. Cuando sobreviene la intolerancia, el iodismo, está indicado entonces el empleo de la piridina, que es el medio mas cierto de curar los accesos: la piridina es el mejor paliativo, como el iodo es el remedio mas eficaz.—2.º La piridina es superior á la inyeccion de morfina; su accion es mas durable y siempre mucho mas inofensiva.—3.º Se puede hacer cesar así los accesos de una manera completa;

en el asma neuro-pulmonar simple. En el asma grave, complicado de lesiones pulmonares permanentes, la duracion del tratamiento debe pasar de ocho ó diez dias para asegurar la mejoría obtenida. Cuando se trata del asma cardiaco, con ó sin complicaciones renal é hidrópica, la piridina puede hacer tambien los mas grandes servicios para combatir el mas persistente y el mas penoso de los fenómenos que atormentan á los cardiacos, esto es, la opresion, sea continua, sea paroxística.

XII.—La *Euphorbia pilulifera*, pequeña planta de las regiones ecuatoriales, muy comun en el Brasil, Perú, etc; y perteneciente á la familia de las Euforbiáceas, es una sustancia que, actualmente, se emplea con buen éxito en el tratamiento del asma, como sucedáneo del ioduro de potasio, y en las enfermedades crónicas de los bronquios; obra especialmente sobre el sintoma disnea.—El Dr. Matheson [de Queensland], fué el primero que señaló, en 1884, su accion en el tratamiento del asma, propiedad que el Dr. Tison, en Francia, la utilizó en las disneas de origen asmático y aun cardiaco. Hasta entonces, no era empleada sino como alexifarmaco.—El Dr. Marsset, la ha hecho objeto de una tésis, y termina dando las siguientes conclusiones:—1.º El principio activo de la *euphorbia pilulifera*, es soluble en el agua y el alcohol diluido, insoluble ó poco soluble en el éter, el cloroformo, el sulfuro de carbono y la esencia de trementina;—2.º es tóxica ó débil dosis para los animales, que mueren por detencion de los movimientos respiratorios y de los latidos cardiacos, acelerados al principio y despues retardados gradualmente bajo su influencia;—3.º sus efectos no se acumulan;—4.º parece obrar por accion directa sobre los centros respiratorio y cardiaco; deja intactos los demas aparatos;—5.º parece eliminarse por el higado;—6.º localmente, no tiene accion sobre la piel y las mucosas, salvo la mucosa gástrica, que la irrita;—7.º dá buenos resultados en los accesos de disnea causados por el asma, el enfisema ó la bronquitis crónica; y 8.º debe empleársela á dosis cotidianas, correspondiendo á lo sumo á 1 gramo de la planta seca, y ser tomada en un vehiculo acuoso abundante de preferencia al principio de las comidas.—El extracto

acuoso ó hidro-alcohólico es una buena preparacion: no se debe pasar de la dosis de 10 centigramos por dia; frecuentemente, 5 centigramos producen efectos muy marcados.—La decoccion de la planta seca es tambien un buen modo de administracion: la emplea el Dr. Tison á la dosis de 15 gramos por 2 litros de agua; para impedir que se altere, se le agrega de 50 á 60 gramos de alcohol; dosis: tres y aún cuatro vasos por dia.—El Dr. Dujardin-Beaumetz, se sirve casi exclusivamente de la tintura, á la dosis de 10 á 20 gotas por dia. 1 gramo de esta tintura representa 5 gramos de la planta.—Tambien existe en el comercio un jarabe preparado por Petit: cada cucharada grande contiene 5 centigramas de extracto.—Dujardin-Beaumetz, empleando la tintura (5 á 10 gotas ántes del almuerzo y la comida), que la hace tomar en un gran vaso de una infusion aromática, ha obtenido buenos resultados en enfermos atacados de disnea, dependiente del asma simple ó de un enfisema pulmonar con comitante ó bien de una afeccion cardiaca.—Generalmente, al cabo de ocho dias, hay que interrumpir esta medicacion, porque los enfermos experimentan con frecuencia una sensacion de calor en el estómago, que proviene de la accion local irritante de este medicamento.

ANDRES S. MUÑOZ.

SECCION VARIEDADES.

Nuevo Sócio—Ha sido aceptado como sócio activo de la "Union Fernandina," el Sr. Francisco Morales; que viene á aumentar el número de los entusiastas, por el adelanto de nuestra asociacion.

Nuevos médico.—El Sr. Juan M. Benites ha prestado el juramento de estilo, para ejercer la profesion de Médico y Cirujano.

Bachiller en Medicina.—El Sr. Melchor Chavez Villarreal ha obtenido el grado de Bachiller despues de las pruebas respectivas exijidas por el reglamento. Lo felicitamos cordialmente.

Periódicos recibidos.—Los periodicos nuevos que hemos recibido en el presente mes son los siguientes: "Annuaire-Bulletin de la Société protectrice de l'enfance," de Paris; y, "Boletin de la Academia Libre de Medicina de Lima."

El Sr. Ernesto Lozano antiguo alumno de la Facultad de Medicina y socio coresponsal de la "Unión Fernandina", en Buenos Aires, donde continua sus estudios profesionales ha obtenido el puesto de Interno de la Maternidad de esa ciudad, despues de un concurso en él que tuvo por opositor á unos de los mejores alumnos de la primera Escuela medica Ajentina.

Igualmente en las últimas elecciones del "Círculo Médico Argentino," ha sido monbrado como unos de los vocales de la Junta Directiva de ese importante centro científico.

Felicítamos á nuestro consocio, y esperamos, que como hasta el presente, continuará representando dignamente en el extranjero á la juventud de nuestra Escuela de Medicina.

El antiguo alumno de la Facultad de Medicina de Lima, Sr. Esnerto Odriozola, ha pasado su primer exámen doctoral en la Facultad de París; con un éxito sobresaliente. Nos congratulamos del triunfo alcanzado por nuestro compatriota; que no dudamos se realizara dados sus honrosos antecedentes en Lima; y, tenemos la seguridad de que continuará representando dignamente, en unos de las primeras escuelas medicas del Mundo, á la juventud de nuestra Facultad de Medicina.

Como una prueba del modo como han sido apreciados nuestros trabajos en el extranjero, indicaremos los artículos originales de "La Crónica Médica," que son citados, y algunos de ellos comentados, en la "Revue Bibliographique Universelle des Sciences Médicales", de París; Revista en la que se mencionan todos los trabajos notables que sobre medicina se publican en el mundo:

Albuminuria, Eclampsia, Parto prematuro provocado por el Clorhidrato de pilocarpina, curación, por Leonidas Avendaño;

La Cremación, por David Matto;

Usos médicos del capsicum y su especial aplicacion en el tratamiento de la fiebre amarilla, por Francisco P. del Barco;

Difteria sin anjina, por el Dr. Almenara Butler;

Etiología del Tifus exantemático, por Leonidas Avendaño;

Pustula maligna, curacion por medio de las inyecciones intra-venosas de ácido fénico, por el Dr. Tomás Salazar;

Afasia Palúdica, por el Dr. Almenara Butler;

Fiebre amarilla, historia, necropsia y experimentacion en animales, por el Dr. Juan C. Castillo;

Agua minerales del Perú y sus aplicaciones medicas, por el Dr. A. E. Perez Aranibar;

Arbutina y Macallina, de la Revista Terapéutica por Andres S. Muñoz;

Glositis, reumática, por el Dr. C. T. Carballo.

Quiste del Bazo, puncion, inyecciones, curacion, por Manuel Vidal García;

Anomalías arterirles, por Manuel Montén;

La Medicina en el Perú, por los años 1730 segun Mr. Petit, por Pablo Patron; y

Una palabra sobre las epidémias de actualidad (de la correspondencia de Panamá), por el Dr. Elesvan Fernandez Prada.

Y ya que la ocasion se nos presenta comunicaremos á nuestros lectores, en que otros periódicos de Medicina, se han citado ó traducido artículos de "La Crónica Médica":

En "The Bristol Médico-chirurgical Journal," la historia sobre *Pustula maligna* del Dr. Salazar: en la "Revista de Ciencias Médicas" de Barcelona, la historia de *Afasia Palúdica*, del Dr Almenara Butler; en "La Unión Médica," de Caracas, la historia de *Fiebre biliosa*, de David Matto; en la "Revista Médica," de Santiago, el trabajo sobre el *Capsicum*, de F. P. del Barco; y, ademas varias traducciones de las publicadas en nuestra revista, reproducidas en "La Revista Médica de Sevilla," y en el "El Ensayo Médico," de Caracas.

En la sesion celebrada por la Sociedad "Unión Fernandina" el día 3 del presente mes, se aprobó definitivamente el informe presentado por la comision especial, sobre un proyecto de conferencias generales anuales, que en Setiembre del año de 1888 sometió á la consideracion de la Sociedad el socio Juan M. Byron. En dicho informe ha quedado ya establecido el modo como debe celebrarse un concurso todos los años el 13 de Agosto en celebracion del aniversario de la fundacion de la Sociedad. El primero se verificará el año de 1886, y las convocatorias y la designacion del premio, se harán en el mes de Marzo. Créemos que este será un poderoso me

dio de estímulo para que los socios de la "Union Fernandina," continúen trabajando con el entusiasmo, que ya en varias ocasiones han manifestado.

Drogas Nacionales.— Faltaríamos á un deber de estricta justicia si no hiciéramos conocer, para que sean debidamente apreciados, los esfuerzos que dos farmacéuticos peruanos, vienen haciendo, para colocar á la Farmacia nacional á la altura que le corresponde. Estos obreros incansables del trabajo y de la ciencia, son los Srs Emilio Y. Grec y Manuel A. Velasquez.

Conociendo la necesidad de independizarnos del tutelaje extranjero, en una multitud de medicinas especiales tan necesarias en la práctica diaria; han preparado muchos medicamentos que rivalizan con los importados del extranjero, y que merecen mayor confianza del cuerpo médico, pues reúnen á una fabricación esmerada un dosaje riguroso; teniendo para los pacientes la ventaja de su módico precio.

No podemos dejar de citar algunas de ellas: El Licor de hierro albuminoso, la Crema de aceite de hígado de bacalao con hipofosfito de cal y el Jarabe de rábano iodado del Sr. Grec;— el Jarabe de Alquitrán sulfuroso, el Jarabe de bifosfato de cal, los Polvos de carne, el Jarabe bromurado y la Zarza-parrilla del Sr. Velasquez.

Reciban los mencionados Srs. y sus colaboradores en el laboratorio nuestros mas expresivos parabienes por sus tendencias eminentemente progresistas; y deseamos que el público y el cuerpo médico les correspondan tal como tiene derecho de esperarlos; á fin de que ellos, por su parte, continúen incansables por la vía que han empezado.

Nombramientos.— Se han hecho los siguientes en el presente mes: interno del departamento del doctor Cervera en el Hospital del "2 de Mayo", al alumno Mariano Ostolaza; del departamento del doctor Corpancho (N.) en el de Santa-Ana, al alumno Pablo Patron; y del departamento del doctor Andueza en el de San Bartolomé al alumno Mariano E. Becerra; como externos: al Hospital Italiano al alumno Olivo Chiarella; y al Hospital de Guadalupe del Callao al alumno Manuel A. Velasquez.

— **Los micro-organismos y las enfermedades.**— He aquí los micro-organismos de las enfermedades:

I.— *Esferobacterias* (micrococcos).— Son células esféricas ú ovaladas, de un diámetro menor de 0, 001 milímetro y que se presentan ó separadas ó en pareja (diplococcos), ó en masa (zoogleas).

Las enfermedades en que se encuentran micrococcos son las siguientes:

Abscesos calientes—Pioemia—Septicemia—**Septicemia de los ratones (Koch) (1)—** Erisipela—Osteomielitis—Endocarditis ulcerosa—*Difteria—**Gonorrea—*Pneumonia—Meningitis cerebro-espinal (Aufrecht)—Meningitis cerebral (Leyden)—Atrofia amarilla aguda del hígado—Varicela—Escarlatina—Sarampion—Tifus (Mott)—Sifilis (Birch, Hirschfeld, Klebs)—Disenteria (Prior)—Coqueluche (Burger).

II.— *Microbacterias*.— Son pequeños bastoncillos cilíndricos ó elípticos, que se presentan en forma de diplococcos ó de zoogleas. Se encuentra en las siguientes enfermedades: **Septicemia de los conejos (Koch)—**Cólera de las gallinas (Pasteur)—Tifus(?) (Klebs).

III.— *Desmobacterias* (bacillus).— Son los bastoncillos mas gruesos, que se presentan alguna vez en forma de esporos. Se hallan en: **Antrax—**Muermo—**Septicemia de los ratones (Koch)—Edema maligno del hombre y de los animales (Ehrlich)—Infeccion del hombre por el uso de las carnes pasadas (Klein)—Fiebre tifoidea—Paludismo—Difteria (Klebs)—Lepra—**Tuberculosis (Tuberculosis, tisis, escrófula, lupus y tisis de la raza bovina).

Leptotrix buccalis, bastoncillo y fibras de la mayor dimension, que se presentan á menudo reunidos en gran cantidad en la saliva, etc.

IV y V.— *Espirobacterias y Espirilos* (Fibrillas espirales).—***Spirochata obermieri*, en las fiebres intermitentes (2)—*Actinomyces*, en la actinomicosis del hombre y de los animales.

(Rev. Argent. de Ciencias médicas.)

MANUEL A. GALL,

(1) En esta lista el signo ** indica las enfermedades en las cuales está plenamente demostrado que el micro-organismo es la verdadera causa de ellas; el siguiente * señala, al contrario, aquellas en que no ha sido aun demostrado de una manera cierta; para las demas enfermedades solo hay, bajo este concepto, débiles pruebas.

(2) Creemos que este parásito es del *Relapsing Fever*.

Imp. del Universo de Carlos Prince.
CALLE DE LA VERACRUZ—N. 71.