

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)  
FACULTAD DE MEDICINA**



**TESIS DOCTORAL**

**Estudio clínico-terapéutico de algunas formas irregulares de  
fiebre tifoidea**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**Francisco Bécares Fernández**

Madrid, 2015

~~Dr. Janda~~

~~Dr. Brossier~~

Dr. Cajal

nº = 1611

872

81-1A-29

Ca 2389 (1611)

Crisis del Doctorado.



Facultad de Medicina  
Tesis del Doctorado

---



Estudio clínico-terapéutico de algunas formas  
irregulares de fiebre tifoidea.

por

Francisco Bécarrés Fernández

---

Año 1902.

1

Excmo Sr.:

En la precisión de desarrollar un tema determinado para aspirar a la investidura de Doctor, y teniendo en cuenta que por mis particulares aficiones y cultivo de preferencia la Patología Interna, he elegido para cumplir con este requisito de la Ley, un punto que de lleno corresponde a aquella.

Estudio clínico-terapéutico de algunas formas irregulares de fiebre tifoidea, tal vez a ser el asunto que me propongo desarrollar.

---

2

Para facilidad de la descripción, dividiré este estudio en tres partes; en la primera me ocuparé de algunas particularidades que afectan a la noción etiológica y causal del proceso tífico, en la segunda me ocuparé de algunas formas irregulares, y por último hablaré del tratamiento, pero solamente del método que hoy parece resumir todo el capítulo terapéutico de las enfermedades tíficas, me referiré a la literatura propia.



Reconozco desde luego la grande obra que á cerca de la fiebre tifóidea nos legaron Orétomeau y Broussieu, y rindiendo un tributo de admiración al gran talento de Dieulafoy de cuyo nombre no es posible prescindir al hablar de esta enfermedad. No puedo omitir tampoco al gran Faccoud, puesto que con aquellos contribuyó para reunir en un solo grupo, el conjunto de afecciones que hoy se conocen con el nombre de genero tifus.

No pretendo hacer crítica de las nociones etiológicas señaladas por los antiguos médicos de la escuela Francesa, pues tal como se hallaban los conocimientos en su dia, su trabajo no pudo resultar muy completo y acabado; y aun cuando es cierto que le superaron las descripciones que de esta enfermedad hizo muy tarde Dieulafoy y Osmondel entre otros, fúe para ellos, tal vez, muy fácil, ya que la época en que vivieron les permitió disponer

de mayores y mas completos medios de observacion y experimentacion. Entonces se hablaba ya de agente causal, se estudiaba etc., se llamaban los productos de su metabolismo nutritivo; a la Patologia experimental permitio conocer sus efectos, estudiar el desarrollo del microorganismo y sus propiedades vitales, en su tiempo se tuvo conocimiento relativamente exacto de cuanto a la biologia microbiana podia interesar. No debe pues extrañarse que la precavida y el gran espíritu de observacion de estos autores, supieran sacar partido de tan interesantes detalles.

No podemos menos de copiar con admiracion una buena parte de la descripcion de las enfermedades tifoideas en la obra de Siccardi, pero aqui mismo debe aun haberse de contar, que no ha quedado por completo exacta ni en el autor que acabo de citar, ni en la obra de este asunto se ocupan.



ellos aun como terminantemente el sujeto el Capitulo

icio de la fiebre tifoidea, señalando al bacilo de Eberth  
 como el único responsable de los accidentes tifoídicos, y esta tan ca-  
 orica afirmacion dita un tanto de la realidad. Nos explicamos.  
 Ensayados de las formas claras, típicas, perfectamente definidas  
 fiebre tifoidea, en aquellos casos en que los de omitirse un solo  
 sintoma, la infeccion se desarrolla con su mayor lujo de detalles,  
 se ha encontrado por todos los observadores durante la vida en el  
 jugo del bazo y liquido extraido de las manchas rosadas, y des-  
 pués de la muerte en el intestino, el bacilo de Eberth en tan gran  
 que no es posible dudar de su influencia morbosa. Verdad  
 que a su lado tambien han podido descubrirse bacilos del Colon  
 y al un otro se profeta, pero la infinita superioridad numerica ha  
 siempre el lado del primero, y por consiguiente no puede ser  
 de del papel que realmente le corresponde.  
 Por que así lo han comprendido los experimentadores, afirman

mente y lo mismo se expresan las obras clásicas de Patología, y el bacilo de Eberth es el causante de la infección tífica, no desempeñan los segundos otro papel, que el de sobretañados a la infección primitiva algún síntoma más o menos importante, o modificar un tanto los fenómenos a que da lugar el bacilo típico ordinariamente.

Como que de estas afirmaciones se llega fácilmente a la conclusión de que el bacilo de Eberth es específico de la fiebre tífica, combiene dejar sentada su verdadera importancia, colocan en el lugar que verdaderamente debe ocupar.

Expongamos los echos.

En las formas irregulares como la fiebre prolongada y gástrica que típicamente aun no se diagnosticado de infecciones tíficas, no siempre ha podido ser hallado.



En los casos en que se ha demostrado la infección por ese microorganismo, no se hayan presentado los síntomas gastrointestinales.

ley de la fiebre tifoidea. (Le Gendre (1) cita el caso de una clorotica en que el ser-diagnostico comprobó la aglutinacion del bacilo de Eberts, y sin embargo hubo ausencia completa de sintomas tificos (2)

Dalgleiche describe en *the Lancet* (3) el 26 de agosto el tulo, una epidemia de ictericia catarral desarrollada en las tropas Inglesas del Africa del Sur, en la que se descubrió como agente causal el bacillus typhosus a la vez que existia

(1) *Presse Medicale* n.º 97 - pag. 175 - 1901

(2) Ya sabemos como el ser-diagnostico de Nidal no es exclusivamente signo revelador de este bacilo, sino que lo es tambien del coli.

(3) Citado por la *Revista de Especialidades medicas, y no laringologia Espanola*, n.º correspondiente al 10 de ...



tian epidemias de fiebre tifoidea y de malaria.

En ocasiones se manifiestan estados febriles que por sus formas, temas, evolucion etc, autorizan clinicamente a diagnosticar un estado tifoideo, y sin embargo las mas minuciosas observaciones no han descubierto el germen causal. El autor antes citado expone el caso de un enfermo atacado de un proceso febril con todos los sintomas de fiebre tifoidea, y en cambio el bacilo de Eberth no pudo encontrarse.

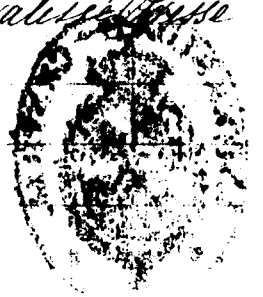
En la misma Revista antes citada (1) se lee lo siguiente. Kuntze en el Deuts. Med. Woch. del 25 de Julio y 1º de Agosto pasado de 89, menciona varios casos de enfermos atacados de fiebre tifoidea en que fue imposible revelar el bacilo de Eberth por la reaccion de Widal, viéndose en cambio en las deposiciones una nueva variedad de bacilo brevemente, poseido al exterior de la enfermedad tambien en el orin.

ino- aringologia exravola ne 64 pagº 86.

refieren algunas observaciones de enfermos que en plena epidemia tifoidea y diagnosticados de tal, presentaron únicamente el bacilo coli-totipot que simulan perfectamente una fiebre tifoidea, y el copro ha descubierto una infección completamente diferente, por ejm una estafilococia generalizada.

Edgard Hirtz y Gabriel Delamaré (1) refieren el caso de un sujeto que diagnosticaron de infección tífica y sin embargo después de haber examinado las lesiones encontradas principalmente en el intestino, pudieron hallar una que estafilococo y el estado de absoluta pureza. Esto deducen estos autores, que el estado tífico es una función muy del estafilococo.

(1) Sur une forme typhoïde de Staphylococcie Générale. *Revue Médicale* n° 100 página 333-1901



Las observaciones de Massius, Labbe, (1) Sibighini, (2) y Dubouy  
 Haupt, (3) apoyan también el criterio de Hirtz y Delamare, esto es  
 que existe una forma tifoidea de la esta esfitococia generalizada  
 del adulto, como existe una forma tifoidea de la osteomielitis  
 los adolescentes.

Existen estados febriles prolongados que si bien clínicamente pueden  
 incluirse en el grupo de enfermedades tifoideas, en sentido bacteriológico  
 no han sido hasta el día definidos. (4)

(1) Société Anatomique - 1898 - (2) Riforma Medica - 1898 -

(3) Thèse Lyon - 1898

(4) Al hablar de diagnóstico en sentido bacteriológico, me refiero a la co-  
 nprobación del bacilo de Oertth, pues ya bastante frecuente ocurrir como  
 independiente la presencia de ese microorganismo, sin que se hagan los correspondientes  
 cambios dependiente observar al microscopio. Esto entraña gran importancia y  
 en el grupo de enfermedades tifoideas, esta perfectamente definido clínicamente  
 en el mismo tipo el punto de vista de su etiología.



en las poblaciones donde se han presentado epidemias de fiebre tifoidea y se examinaron las aguas que se suponían origen de la epidemia, se ha encontrado algunas veces el bacilo de Eberth u cierto, pero otras solamente se pudo encontrar el bacterium coli, y aun en ocasiones el examen resulto negativo.

Después de leer las precedentes observaciones, no es posible pasar desapercibidos los hechos siguientes: 1º que hay fiebres tifoideas sin bacilo de Eberth 2º que pueden encontrarse este en el organismo sin producir la infección tífica, y 3º y último, que existen otros microorganismos (esta como por ejº) susceptibles de originar alteraciones análogas a las del estado tifoideo.

De lo expuesto podemos deducir claramente que el bacilo de Eberth si bien en muchos casos es responsable de los trastornos que se describen y de una forma que caracterizan los estados tifoideos, esto no es infrecuente, no toma sino un papel pasivo en ellos.

secundario, perdiendo por tanto el caracter eficiente que habia  
 que por algunos se le habia concedido.

1º por que aun encontrandose en el organismo puede no dar lugar  
 a los accidentes tífoides,

2º por la posibilidad de dar origen a estados diferentes por decir  
 de los de la fiebre tífidea,

3º por que los estados tíficos pueden reconocerse como a guisa  
 otros elementos bacterianos, o al menos, estos son susceptibles  
 de sufrir alteraciones que facilmente se confunden con las fran-  
 te tíficas.

El bacilo de Eberth no cumple pues las condiciones que la bac-  
 teria es a cualquiera otro agente microbiano que aspire a  
 cificio, y puesto que las mas proliferas observaciones he-  
 tras en muchos casos que apenas de existir las a-  
 uarias de la fiebre tífidea el bacilo falta en el organo

no, pierde aquel su título de específico en las enfermedades que se  
 dian, y la etiología de la infección tífica sufre alguna modi-  
 ficación.

La trascendental importancia de la idea que acabamos de apuntar  
 es bien palpable; intente si considera al bacilo de Eberth como único  
 productor de los estados tíficos, serán únicamente tíficos los  
 casos en que a aquel pueda descubrirse, pero todos los demás en que  
 no sea posible revelarle aun cuando clínicamente cojan de lleno  
 dentro de las enfermedades tíficas, deben ser excluidos.

Ahora bien todos los observadores están conformes en admitir que  
 el colibacilo ó bacilo de Escherich juega un importante papel  
 en la producción de los estados tíficos, hasta se supone por  
 algunos que él solo es capaz de originar la fiebre tífica.  
 ¿Que hay de verdad en el asunto? Las polémicas sostenidas dia-  
 riamente en la prensa profesional, y las prolongadas discusio-  
 nes de las Academias de Medicina, vienen á demostrar que

el problema tiene mucho de complejo y delicado.

¿Que papel desempeña el colibacilo en la producción de la infección tífica? ¿tiene por sí solo energías suficientes para desarrollar el cuadro de la fiebre tifoidea, o es simplemente variante del de Eberth? No puede contestarse de un modo definitivo, pero es lo cierto que contribuye mucho a sortear la confusión, la irregularidad en la invasión, desarrollo, curso y aun terminación de los procesos tíficos que en cada epidemia representan, muy resultan de sus características combinaciones y modalidades, que se hace tarea difícil delimitar las diversas formas que una misma infección puede presentar. Quien resulta que en algunas epidemias, al lado de enfermos típicos otros que les parecen, y aun los hay que únicamente presentan tipos de infección tifoidea, para otros resultan

varias hipótesis sustentadas para poder con-

documente explicarse la producción de un estado tífico con solo la presencia del de Escherich, figura la de considerar el colibacilo como una variedad del Eberthi, pero esta ingenua idea es rechazada casi unánimemente.

Para alijarnos de las numerosas dificultades a que podría dar lugar este asunto, diremos, que lo que hoy principalmente interesa conocer, son las propiedades patológicas de cada uno de esos microorganismos, así como su potencia morbosa y modo de conducir con los diferentes medios de cultivo, a parte del estudio detallado de las causas que pueden contribuir a su elevación morbosa.

Lo que desde luego resulta bien claro, es que al bacilo del colera se le ha juzgado erróneamente, pues en tanto que uno se quiere atribuir el papel de causante de la fiebre tifoidea, el otro es considerado poco menos que inocente, y aun cuando el estado tífico

bastantes ocasiones es inofensivo y a que saprofíticamente par-  
 tida en el intestino, no se le puede considerar siempre así; ya que  
 la microbiología ha demostrado que puede hallar su vi-  
 da cuando modificaciones físico-químicas de los medios que  
 habita, o la destrucción de la defensa epitelial del punto donde  
 aloja le facilitan su proliferación y desarrollo, esto además de que  
 puede penetrar en el organismo después de haber adquirido  
 por poder de acción, y en otros casos, el bacilo de Escherich  
 será origen de alteraciones que elitan mucho de su superficialidad.  
 Si como dice Drouardel, el colibacilo es capaz de infectar in-  
 cas el organismo estando la barrera epitelial intacta; que  
 hará cuando estas defensas estén alteradas por procesos ac-  
 tuales o su auxiliado en su acción por el de Eberth u otros  
 organismos?



El bacilo del cólon se hace patógeno en circunstancias

es indudable, pero ¿en qué medida morbosa puede llegar hasta el  
de producir la fiebre tifoidea? En este punto se donde  
se manifiestan las divergencias de Clínica y Bacte-  
riología.

Moutonnet de Rouancon, (1) se declara partidario de la producción  
estado tífico por los productos de la fermentación pútrida y sus  
as, entre ellas el bacterium termo y bacterium coli, admitiendo  
que además del bacilo de Eberth puede la fiebre  
ser originada por otros microorganismos, hechas tifo-  
por condiciones aun desconocidas.

No es mi con mucho nuestro objeto al apuntar la idea de este  
querer resucitar la antigua doctrina de Murchison sobre la  
causa de la fiebre tifoidea, ni si hemos de

1) Bernhe y Vent-Tratado práctico de medicina clínica y terapéutica  
Tomo 1º página 347 - Edición española.

creer en la maltesion patogena del Colibacilo admitida ya por  
 sin discusión, no puede menos de tomarse muy en cuenta la opi-  
 nion de Couteux, puesto que en el fondo se trata no es sino  
 corroboracion de recientes adquisiciones microbiologicas, a causa de  
 cuales casi existe general aceptacion.

Ademas del autorizado juicio de Couteux, podrian apuntarse  
 a favor del bacilo de Escherich, nuevas ideas. Esto perdiendo de  
 vista que estos dos agutes microbianos (Coli y Eberth) tienen como  
 nuevo predilecto el intestino, viviendo y desarrollandose en el  
 pultto, por que no supone que la exaltacion morbosa del Coli  
 pueda dar lugar a un proceso coincidente parecido a una  
 br. tifoides? Al menos puede contarse con que las proteccas  
 aunque el organismo tengan alguna semejanza, seran  
 diferente el del Colouma o menos patogeno, tendra su pr.  
 Tendencia menos poder toxico que la tifotoxina, pero todo



de uno o menos en los efectos que produzcan; si ademas analogias morfológicas y vitales, si se conducen de modo parecido con algunas sustancias, es un caso mas a favor del supuesto

Hasta ahora al menos, la inflamacion del endocardio no se conoce su agente especifico, y sin embargo, que analogias no se obtienen las producidas por los defectos microorganismos? cosa distinta puede ocurrir en el intestino.

uede resumirse pues de lo referido, que las grandes analogias de ida forma y atenuacion, los resultados de la experimentacion y observaciones de la Clinica, permiten sospechar interiormente que el bacilo de Escherich puede, injerido del tubo intestinal, puede saltar su poder de accion y producir en otros efectos (cuando las condiciones que le rodean le permitan) una alteracion con todos los caracteres de una infeccion tipica.

bastantes ocasiones es inofensivo y a que se propiamente  
 nada en el intestino, no se le puede considerar siempre así; ya que  
 la microbiología ha demostrado que puede hallar su vi-  
 da cuando modificaciones físico-químicas de los medios que  
 habita, o la destrucción de la defensa epitelial del punto donde  
 aloja le facilitan su población y desarrollo, esto además de que  
 puede penetrar en el organismo después de haber adquirido  
 por poder de acción, y en otros casos, el bacilo de Escherich  
 será origen de alteraciones que evitan mucho de ser superficial.  
 Si como dice Donnardel, el colibacilo es capaz de infectar in-  
 tar el organismo usando la barrera epitelial intacta; que  
 hará cuando estas defensas estén alteradas por procesos ad-  
 su auxiliado en su acción por el de Eberth u otro  
 organismo?



El bacilo del cólon se hace patógeno en circunstancias

es indudable, pero ¿en qué medida puede llegar hasta el  
de producir la fiebre tifoidea? En este punto se donde  
se manifiestan las divergencias de Clínicos y bacteri-  
ólogos.

Moutonnet de Rouancon, (1) se declara partidario de la producción  
estado tífico por los productos de la fermentación pútrida y sus  
as, entre ellas el bacterium termo y bacterium coli, admitiendo  
otra, que además del bacilo de Eberth puede la fiebre  
ser originada por otros microorganismos, hebras tifo-  
por condiciones aun desconocidas.

No es mi con nuestro objeto el apuntar la idea de este  
querer resucitar la antigua doctrina de Murchison sobre la  
producción de la fiebre tifoidea, no si hemos de

1) Bernke y Vent-Tratado práctico de medicina clínica y terapéutica  
Tomo IIº página 347 - Edición española.

creer en la maltección patógena del Colibacilo admitida ya por  
 su discusión, no puede menos de tomarse muy en cuenta la opi-  
 nión de Couteux, puesto que en el fondo sería no es sino  
 corroboración de recientes adquisiciones microbiológicas, acerca de  
 cuales casi existe general aceptación.

Además del autorizado juicio de Couteux, podrían apuntarse  
 a favor del bacilo de Escherich, nuevas ideas. No perdiendo de  
 vista que estos dos agudes microbianos (Coli y Eberthi) tienen como  
 origen predilecto el intestino, viviendo y desarrollándose en el in-  
 testino, por que no supone que la exaltación morbosa del Coli  
 pueda dar lugar a un proceso coincidente parecido a una  
 fiebre tifoidea? Al menos puede contarse con que las proteínas  
 aunque al organismo tengan alguna semejanza, será  
 la del Coli más ó menos patógena, tendrá su pro-  
 piedad menos poder tóxico que la tifoidea, pero todo



cuestión de más o menos en los efectos que produzcan; si ademas analogías morfológicas y vitales, si se conducen de modo parecido con algunas sustancias, es un hecho más a favor del púncido.

Hasta ahora al menos, la inflamación del endocardio no se conoce un agente específico, y sin embargo, que analogías no se obtienen entre las producidas por los diferentes microorganismos? cosa idéntica puede ocurrir en el intestino?

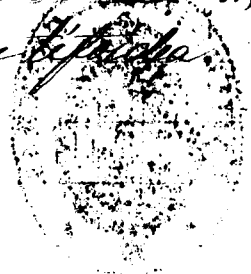
uede resumirse pues de lo expuesto, que las grandes analogías de ida forma y alimentación, los resultados de la experimentación y observaciones de la Clínica, permiten sospechar interior o sea se demuestra, que el bacilo de Escherich puede producir el auro intestinal, puede realzar su poder de acción y producir en otros efectos (cuando las condiciones que le rodean le dan forma) una alteración en todos los caracteres de una infección típica.

Para terminar, sin que podamos negar la frecuente, casi  
 la participacion del bacilo de Eberth en la produccion de la fiebre  
 tifoidea, nos falta aun explicar la presentacion de aquellas formas in-  
 regulares en donde el citado microorganismo ha podido ser hallado.  
 Ciertamente estas deben su origen, a ciertas irregularidades de  
 accion del llamado bacilo tifico dependientes de factores aun  
 bien determinados. Quiera sea la cuestion del temperamento orgánico  
 provisto de grandes energias fagociticas, de gran fabrica de células  
 o citares, (1) no permitan que el bacilo despliegue todas sus  
 energias; o sea un cierto grado de inmunidad natural o ad-  
 quida por la inmunizacion antitoxica natural o artificial, que  
 no sea sustraída en estas formas irregulares la disminucion que  
 experimenta el bacilo de Eberth en cultivo, descubierta primeramente  
 por Metchnikoff a su fomento, el cual  
 cuyo objeto es la destruccion de los microbios - L'immu-  
 nisation contre les maladies infectieuses (Paris-1901)



taucias aun no bien determinadas, pero sea de estas la que  
quiera, uno solo de estos factores puestos en accion, y mejor de o  
tros reunidos, darán lugar indudablemente a diversas modalidades  
de fiebre tifoidea, diferentes no tan solo por su invasión, sintoma  
mayor y curso, sino tambien por sus resultados.

Como corolario de lo precedentemente expuesto a propósito  
de las consideraciones etiológicas del proceso tífico, diremos que  
en virtud de que el bacilo de Ebert no lleva los requisitos exi-  
gidos por la bacteriología para adquirir el carácter de espe-  
cificidad, debe privarsele de este título, aun cuando siga figu-  
rando como el mas constante en la producción del estado tí-  
fico; y respecto al bacilo coli, que es muy probable que su accion  
no se limite simplemente a auxiliar en su obra al anterior,  
sino que por sí solo pueda dar lugar a la fiebre tifoidea.



22





## Diagnóstico de algunas formas irregulares de fiebre tifoidea

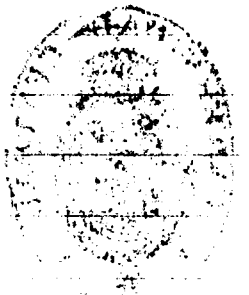
Namos a' precindir de la enumeracion de todos los elementos que dan origen para formar este juicio en la enfermedad tipo, por que al menos clinicamente la fiebre tifoidea bien definida, es conocida sin grandes dificultades por todos los practicos, y digo clinicamente tan solo, por que el auxilio de los demas medios a' que se puede recurrir para hacer el diagnostico bacteriologico, tales como examen microscopico, y la sero-reaccion, no han blaro en todos los casos iguales felices resultados.

No habiendo posibilidad de hacer diagnostico sin el previo conocimiento de lo que se quiere conocer, consideramos de indispensable necesidad enumerar siquiera sea sumariamente el conjunto de signos por los que se manifiestan o revelan estas modificaciones de la fiebre tifoidea, antes de ello sin embargo reproducimos la



No tendría interés alguno práctico describir una por una todas las variedades consignadas en el cuadro que acabamos de exponer, y como por otra parte tampoco labor excedería los límites de nuestro trabajo, nos hemos de limitar al estudio de algunas variedades comprobadas en la clínica en curiosísimas observaciones, y de otras que por la dificultad de su diagnóstico merecen atención particular.

Atendiendo á las consideraciones que preceden, nos ocuparemos sucesivamente, 1º de la forma abortiva, 2º de la tifoidea prolongada, 3º de la forma latente ó tífus ambulatorio, 4º de la forma gástrica, y 5º de la fiebre tifoidea generalizada.



## Estudio de la Fiebre tifoidea abortiva

Este calificativo fue empleado por Sebert el año 1857, para distinguir una de las variedades de fiebre tifoidea que hasta fecha se conocía con el nombre de tify levisimus.

Creado por Griesinger este nuevo tipo clínico, tiene como característica de ser insuficiente su duración para que tenga tiempo de verificarse la evolución anatómica de las lesiones típicas de la enfermedad, esto es el proceso tífico abortado.

En un principio, y a pesar de la afirmación de Griesinger en la expresión de levisimus se refiere menos al ligero número de las manifestaciones sintomatológicas que a la intensidad de la enfermedad, >> de manifestar cierta tendencia



renovar la denominacion de abortiva, para aquellos casos en que  
 la infeccion se presentaba con caracteres francamente benignos.  
 Se debe a Litulle la mayor extension del termino a que nos va-  
 mos refiriendo, asi como el haber precisado sus verdaderos limites,  
 pues en su tesis de 1886 Comprendió dentro del termino tifoides a-  
 bortiva, no solamente las formas atenuadas de fiebre tifoides,  
 sino aquellas otras que aun revistiendo cierta gravedad, tenian una  
 duracion mas corta que la ordinaria y terminaban favorablemente.  
 La fiebre tifoides abortiva se traduce clinicamente por un conjun-  
 to de sintomas que con frecuencia son suficientes para el diag-  
 nostico. Son aqui los principales.  
 Su principio es brusco. De repente en medio de la mas completa  
 salud, el enfermo es acometido de un violento escalofrio que pue-  
 de durar una o mas horas y aun repetir en algunos casos, pero  
 muy raro que esta invasion vaya precedida de cephalalgia.

días anteriores. En seguida se desarrolla una hipertermia tan  
sensible, que el termómetro señala  $40^{\circ}$  al poco tiempo del  
inicio de los accidentes; a veces según los autores la fiebre  
llega a  $41^{\circ}$ , pero esto no es frecuente pues de 80 casos  
por Setelle, solo en dos observó estas cifras, no pasando los  
más de  $40^{\circ}5$ . En mis observaciones personales no he visto nunca  
esa temperatura.

Concomitándose con esta elevación térmica, se observa notable  
ción del pulso (llegándose a contar 120 movimientos por minuto  
y siendo este lleno y blando) á la vez que una cefalalgia  
frenteal intensa y un dolor vago en los miembros y re-  
lumbar. Hay vertigos, zumbido de oídos, mareo ó vómitos  
de los miembros, el enfermo para la procecho con frecuencia a  
los espasmos obtener un sueño tranquilo. En ocasiones puede  
de espasmos.



Por parte del aparato digestivo se nota, lengua encarnada en los bordes y blanca en el centro, inapetencia, hiente trunpanizado, y dolor y gorgoteo en la fosa ilíaca derecha.

La característica de esta modalidad febril a menudo de la brevedad de su principio, es lo prematuro del desarrollo de las manchas de roseola y el infante esplénico, que en lugar de ser como en la tifoidea ordinaria al final de la primera semana, suelen aparecer del 3º al 5º día de enfermedad. (Siirgens) aun que en opinión de Setulle las manchas roseolicas son muy tardias en su aparición, del 5º al 10º

Por los casos que he podido asistir, me inclino mas a la opinión del primero, ya que en dos enfermos las he visto presentarse al 4º día.

Tampoco existe conformidad entre estos autores a cerca de la frecuencia de presentación de estas manchas, pues en tanto que Setulle cree que no lo son tanto como en la fiebre tifoidea ordinaria.

ria, Turgemen asegura que se desarrollan en el 75% de los casos.

Basó al mismo tiempo que estos síntomas, se presenta la diarrea en la proporción de 16% (Turgemen) haciendo la mayoría de sus enfermos de una a tres deposiciones diarias y aun más, pero por lo común de haber estreñimiento; los caracteres de las evacuaciones son con pocas diferencias los propios de la infección tífica.

La inteligencia suele estar despejada, y con frecuencia se observan signos de catarro bronquial.

Finalmente en algunas observaciones se cita la albuminuria y aun las hemorragias intestinales, sintoma este último que denota la importancia que a veces puede adquirir este proceso.

Ya en su apogeo la enfermedad, desarrollado todo el cuadro sintomático, continúa en parecido estado durante todo el período de duración que dura de 4 a 16 días, al cabo de los cuales la enfermedad termina críticamente a veces en medio de un sudor copioso, o



una poliviria crítica (Setulle) y un enfermo que la noche anterior tenía 40'5 de temperatura, se le ve en la mañana inmediata con un descenso termico de dos grados y medio o tres, completamente tranquilo y despejado. Manteniendo desaparecido los fenómenos que hasta entonces había presentado, en una palabra, se le encuentra en convalecencia.

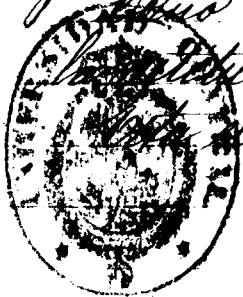
La duración exacta de la fiebre tifoidea abortiva, no puede establecerse, pues varía según las epidemias.

Los casos en que la enfermedad se desarrolló con mayor rapidez, fueron los de Grönlund y Larsson que duraron 4 ó 5 días, pero aparte de estos, sérguimen esta observación en que el proceso se prolongó, 7, 10, 13 y 16 días.

Esta variedad de fiebre tifoidea termina siempre por la curación, aunque como dicen Orrouardely, Chouist, en la convalecencia se halla expuesto el enfermo a los mismos accidentes.

que en una fiebre ordinaria, y aun mas que en esta a' las re-  
das, las cuales aunque generalmente benignas, pueden traer  
ocasiones mortales.

En cuanto a' las lesiones anatomicas patologicas, se observan en  
intestinos las alteraciones clínicas de la fiebre tifoidea, solamen-  
te que por la rapidez del desarrollo de esta forma tífica, la  
filtración medular pasa directamente al periodo de reabsor-  
ción, y por la degeneración granitosa que ataca los cuerpos  
celulares, estos sufren un proceso de disgregación y son  
sorridos en estado granitoso, pasando al torrente circula-  
rio. No se forman por consiguiente abscesos y como no ha  
yendo de necrosis, falta la escasa de las placas y folicu-  
los. No se ve, hay ausencia de mortificación celular y por tanto  
la resolución del integram se verifica completa y rapidamen-  
te. La causa del porque estas foudas abortivas a' pesar de



~~aparato que permiten terminan siempre favorablemente~~

Con el fin de ilustrar la anterior descripción, entresaca-  
ré de los casos tratados personalmente, los dos mas principales.

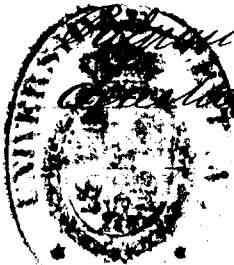
1.º M. S. Meino de Villalobos, (Bamora) de 41 años, casado y de ofi-  
cio pensador. El 22 de Octubre del 1898, hallandose con su hijo en un  
á la orilla del Duero, fue acometido inesperadamente de grandes  
movimientos convulsivos de las extremidades inferiores y brazos,  
á la vez que de un fuerte temblor de la mandíbula que hacien-  
dole perder el equilibrio, le hubiera hecho caer al agua á no ser  
a intervencion de su acompañante. En seguida fue conducido  
á su domicilio.

Vivia en las afueras del pueblo y como habien padecido ya mu-  
paludismo, (su casa estaba rodeada de aguas estancadas y cubiertas  
o un foco palúdico constante) su hijo su familia dió origen á su ma-  
la á este duero y atribuyéndolo á un acceso palúdico, se

clamaron asistencia médica en el momento, mas en vista que mi por la noche mi en toda la mañana siguiente mejoraba, se decidieron a avisarme.

Eran ya las cuatro de la tarde cuando le observe por primera vez, comprobando los síntomas siguientes. Temperatura  $39^{\circ}8$  grados y 112 pulsaciones y 24 respiraciones al minuto. Se quejaba de gran dolor en la región fronto-temporal; las conjuntivas estaban hiperemáticas y había tal fotofobia, que el no podía resistir la luz difusa de su habitación, de vaneamientos y como si anduviese la cama al rededor, el visionario era completo, la inteligencia estaba clara, lengua se presentaba cubierta de una capa blanco amarillenta, había inapetencia y sed.

Al palpar el abdomen se despertaba dolor en la zona iliocecal, notándose el ruido producido como por líquidos



taucados, principalmente al rededor de la region umbilical; así mismo se notaba mayor tension de las paredes y meteorismo. Por la percusion se producía un sonido muy claro que es usual.

Como hacía dos días que no había evacuacion, se dispuso se le diera de ácido bórico.

Día 24 (3.º de enfermedad). Pero la noche muy agitada y sin poder conciliar el sueño. En este día parece que todos los síntomas se han exagerado, así a las nueve de la mañana la temperatura marca 40.5 y el pulso late 118 veces al minuto, está muy prostrado y su inteligencia muy atropescida, pues aunque contenta de acordarse de cuanto se le pregunta, sin embargo parece que existe alguna dificultad para la emision de las ideas, pues tarda algo en responder.

La lengua está muy húmeda y con tendencia a resaca y al gusto

rismo, la tension de las paredes abdominales, y el dolor de la fosa iliaca iliaca, han sufrido notable aumento.

A las seis de la tarde la fiebre alcanza una cifra de  $40^{\circ}6$  y se cuentan 120 pulsaciones; durante el día ha habido tres deposiciones de color amarillo claro y fétidas, la orina está disminuida en cantidad y su color muy concentrado.

Continúan las demás alteraciones, y además se queja de ruido de oídos.

Se prescribe un régimen alimenticio adecuado para su estado, y papel de salicilato de bismuto de 50 centigramos para tomar seis en las 24 horas, baños fríos siempre que la temperatura traspase la cifra  $39^{\circ}5$ .

(4<sup>o</sup> de enfermedad), 9 mañana. El calor se eleva a late  $112$  pcep. Noche como la anterior, líbro de día mismo; aparecen manchas de rosola en la cara ante



tenior del abdomen aunque no muy numerosas. Se nota exaltacion de la sensibilidad en los do. hipocondrios sobre todo en el izquierdo, y comprimiendo la rona del bazo, se percibe claramente el aumento de volumen del organo.

A las seis de la tarde, todo continua en igual forma; la temperatura ha ascendido a 40° 2 grados.

Dia 26 (5° de enfermedad), Igual estado; temperatura 39° y pulsaciones 110.

Dia 28 (7° de enfermedad), Sigue el periodo estacionario. Persisten los sintomas expuestos, unicamente las deposiciones son muy pastosas y no tienen tan mal olor; hace solo una evacuacion en las 24 horas. Las manchas de roseola tienden a palidecer; continua el mismo tratamiento.

Dia 31 de octubre (10 de enfermedad). En mi visita de las 9 de la mañana, encuentro completamente transformada. El en-

frena, el termómetro señala 37.6 y tiene 82 pulsaciones por mi-  
 nuto, la respiración es tranquila, la cefalalgia ha remi-  
 tido casi por completo, está despejado, no le ofende ya la luz, con-  
 serva sin embargo alguna sensibilidad en la zona ilíaca  
 derecha aunque el vientre está flácido, pudiendo recor-  
 rir con los dedos las diferentes regiones y percibir los órganos con-  
 tenidos, el enfermo siente una agradable sensación de  
 bienestar, en resumen habiendo desaparecido casi toda la altera-  
 ción que en el puerario se aprecia, se encuentra en buen estado.  
 2.º R. J. de 28 años, soltero, y de oficio braceró, es natural y veci-  
 no de San Cristóbal de las Casas (Quintana Roo).

El día 14 de Enero de 1901 y en ocasión de hallarse trabajando  
 de campo, es acometido bruscamente de un violento escape  
 frontal intenso, que le obliga a regresar a su casa.



Auxiliado de otros compuestos. Reclamada mi asistencia a las seis horas de la irrucción y practicado detenido reconocimiento, pude comprobar los hechos siguientes. Temperatura de  $40^{\circ}$  y 116 pulsaciones por minuto, era succidido, conjuntivas inyectadas, y tendencia al vómito, además aquejaba gran cefalalgia frontal. La exploración física del pecho no dió a conocer alteración alguna, y únicamente en el abdomen por la palpación, se descubrió ligero dolor en la fosa iliaca derecha.

Le prescribí un baño general según el método de Siemens (empresando a  $25^{\circ}$  y terminando a  $22^{\circ}$ ) que tomó a las diez de la noche, y además ordene el couabido régimen alimenticio de estos casos.

Día 11 (2<sup>o</sup> de enfermedad) 8 de la mañana. El termómetro señala  $39\frac{1}{4}$  y se cuentan 102 pulsaciones al minuto. Prácticamente los

Síntomas del día anterior, y además se presenta diarrea, haciéndose dos deposiciones líquidas y de mal olor. La palpación del vientre acusa ya el meteorismo, y comprimiéndolo con los dedos la región de la fosa iliaca derecha, se ve que el dolor es muy intenso, siendo también muy perceptible el gorgoteo. La lengua está cubierta de una capa blanca delgada menor en los bordes, la sed es muy intensa y hay anorexia completa. La noche última no pudo conciliar el sueño.

Se dispuso darme de 25 centigramos de bezonafol por tomar uno cada cuatro horas, y un segundo baño frío a las nueve de la mañana, con temperatura inicial de  $22^{\circ}$  y progresivo hasta  $18^{\circ}$ . La duración de este como fue de 15 minutos.

• de la tarde tiene  $40^{\circ}3$  de calor y 110 pulsaciones, acusa



cuando su sensorio no está muy despejado, contesta acorde á las preguntas que se le dirigen. A las tres de esta tarde, tuvo una epistaxis por la nariz izquierda, y hasta la hora de mi observación, había echo una sola deposición con los mismos caracteres que las anteriores.

El meteorismo y demás síntomas abdominales, siguen en el mismo estado.

A las seis de la tarde se le dió el 3<sup>er</sup> baño frío, y á las diez de la noche el 4<sup>o</sup> por que la temperatura á esta hora oscilaba al rededor de 40°.

Día 16 (3<sup>o</sup> de enfermedad) 8 de la mañana. La noche fue tan intranquila como la anterior y aun mas, por las molestias que le produjo la frecuencia de las evacuaciones que se repitieron siete veces. La fiebre tenia una altura de 39<sup>o</sup> y el pulso latia 108 veces al minuto. Consistían los demás síntomas

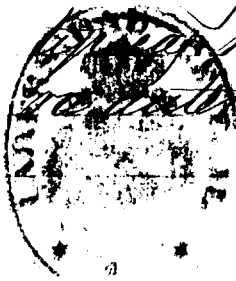
42

Se prescribi el tartrato de quinina a la dosis de un gramo repetido tres veces al dia, y se da el 5º baño a las nueve de mañana; a las cinco de la tarde tiene 39'9 grados de temperatura y 110 pulsaciones. Ha tomado dos sellos de tartrato, y en todo el dia solo ha echo una deposicion blanda aunque de mal olor.

Se repite el 6º y 7º baño frio a las 7 y 10 de la noche, continuando con el resto del tratamiento.

Dia 17 (4º de enfermedad) 8 de la mañana; temperatura 39'2, pulsaciones 104. Hizo una deposicion diarreica, y en la noche pudo conciliar el sueño.

Aparece la cara anterior del abdomen cubierta de ligeras elevaciones redondeadas de color rojo poco intenso, que son las manchas de rosola, tambien se ven algunas en la cara posterior del pecho.



Por la palpacion de la zona espléica, se nota el infarto del bazo, que aparece duro, voluminoso y sensible a la presión. Igualmente se nota mayor sensibilidad en el hipocondrio derecho.

Se da otro baño frío (el 3.<sup>o</sup>) <sup>á las</sup> de la mañana, y el 9.<sup>o</sup> y 10.<sup>o</sup> á las 7 y 10 de la noche, por oscilar la temperatura entre 39.<sup>5</sup> y 40.<sup>o</sup>.

Días 18 y 19 (5.<sup>o</sup> y 6.<sup>o</sup> de enfermedad). Continúa en igual estado, haciéndose el mismo tratamiento.

Días 20 y 21 (7.<sup>o</sup> y 8.<sup>o</sup> de enfermedad). Igual cuadro sintomático, siguen observándose las temperaturas elevadas, 39.<sup>1</sup> á 40.<sup>2</sup> y 105 á 118 pulsaciones, persiste la cefalalgia cuyo dolor no le permite un sueño tranquilo, y la inteligencia está clara.

Las manchas de roseola van palideciendo y desipandose, el día 20 hizo dos deposiciones semilíquidas, y el siguiente una sola y de mayor consistencia.

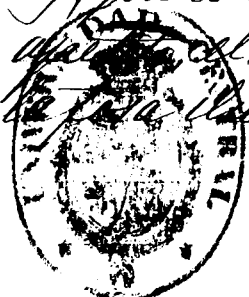


44

Continúa el tratamiento balneoterápico, dándose por término medio tres baños diarios. Se suspende el tarato de quiniina.

Día 22 (9<sup>o</sup> de observación y enfermedad,) 8 de la mañana al hacer mi visita de esta hora, me sorprende el aspecto de la familia. Esta que hasta la fecha se mostraba recobra de mal, me dice que el enfermo está muy mejorado, que ha dormido y no se le ha mojado el vientre, que le han oído decir que la cabeza está despejada y en fin, que creen este linaje de calentura (palabras textuales).

Efectivamente, observado el paciente, noto que el termómetro solamente acusa 34<sup>o</sup>8 grados, y se cuentan 80 pulsaciones por vez, que la lengua está mucho más limpia y según el tiempo que el meteorismo ha desaparecido casi por completo. La pesada lílaca no es apenas dolorosa, y no se aprecia gorgo



to, las manchas del abdomen han desaparecido casi totalmente, hasta el extremo que se necesita fijar mucho la atención para distinguirlas, en una palabra, que la enfermedad había visto crisis evidentemente en medio de su profuso sudor que aun puede notar en el enfermo.

Desde este momento empezó la convalecencia, que siguió sin interrupción hasta el completo estado fisiológico.

Debemos hacer constar por la importancia que pueda tener para el diagnóstico, que estos casos son merely consecuencia de una pequeña epidemia de tifoidea habida en aquella época.

Después de leídas las anteriores observaciones, creemos no han de existir grandes dificultades para ratificarlas.

Lo que a mi más me sorprendió en presencia del primer enfermo que tuve ocasión de asistir, lo que mayor duda me infundía para el diagnóstico, era su invasión, ciertamente que así se veía en algunos otros atacados de fiebre tifoidea ordinaria, pero en ninguno se observaba en principio.

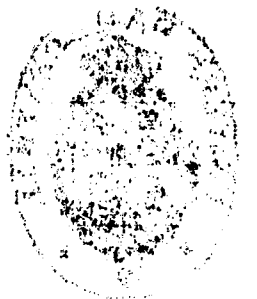
Por aquella época tampoco Vonuser había escrito su tesis sobre el principio brusco de la fiebre tifoidea, y aun cuando Osier había ya publicado su obra de clínica médica (1879) como la fiebre tifoidea abortiva es una modalidad no frecuente, había pasado para mí casi desapercibida. Por esto tuve de vacilar en el diagnóstico, hasta que la mi-  
 nistración de la exploración practicada me reveló la participación del intestino.



Esto ha de hacer ahora diagnóstico diferencial con todos los

de otros procesos que pudieran dar lugar a error, por que  
tray de no ser difícil ver en los casos expuestos una copia  
exacta de la variedad abortiva de la fiebre tifoidea, he de  
hacerle extensamente al ocuparme de otra forma irregular,  
me refiero a la fiebre tifoidea prolongada.

---



## Fiebre tifoidea prolongada.

Tiene como característica esta variedad, la mayor duracion de la infeccion, y generalmente la menor participacion del aparato gástrico-intestinal, en lugar de sostenerse la fiebre en el termino ordinario y comun de la fiebre tifoidea, prolonga dias, semanas, y en ocasiones meses enteros.

Esta prolongacion de la enfermedad puede ser debida, a la mayor duracion del periodo de crecimiento de la fiebre, o a la mayor persistencia de esta, una vez llegada al periodo de estado.

En cualquiera de estos casos, esta forma se caracteriza por los siguientes sintomas. Guapetencia, sed, vomitos, estreñimiento, tenues de veces con diarrea, ligero meteorismo y dolor en la parte superior del abdomen, cefalalgia, algo de insomnio, adelgazamiento acci-



do, y signos evidentes de catarro bronquial.

Con este aparato morboso, y sin que en las dos primeras semanas se pueda sospechar otra enfermedad que una infección tífica de mediana intensidad, continúan las mismas alteraciones durante días y días, hasta que por fin se inicia la retrocesión automática. Llegado este momento, y cuando la familia prevé la pronta y feliz terminación de la enfermedad, se ve sorprendida por la remisión de todo el cuadro morboso al cabo de pocos días.

El médico entonces se ve en la precisión de diagnosticar una fiebre tifoidea prolongada, ya que no puede pensar en una recidiva.

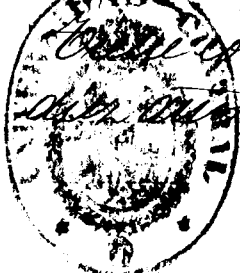
Finalmente, después de algunas alternativas de exacerbadura y remisión de los síntomas en lo que se invierten 30, 40, 50 y más días, la fiebre y demás trastornos terminan por desaparecer, sin

que durante su curso haya podido germinar ningún microorganismo específico, o dejando campo abonado para el desarrollo de una enfermedad consecutiva, que en los que tienen su tara hereditaria especial, puede ser la tuberculosis, y entre ellas, la tuberculosis intestinal.

Como de comprobantes de la descripción que acabamos de hacer de la fiebre tifoidea prolongada, exponeremos los casos más concluyentes de nuestra propia observación.

En una epidemia de fiebre tifoidea habida en los meses de Diciembre de 1900, y Enero de 1901, se atacó a R. B. vacuna de San Cristóbal de Buenavista, (Lancora) de 26 años de edad, soltera, de constitución endeble, menestrada con dificultad a los 15 años, y después dismenorréica.

Como antecedentes patológicos, el haber padecido hacía años una fiebre tifoidea que terminó a la cuenta secura



ua, y posteriormente a aquella fecha, una infección gripal de forma abdominal.

El 20 de Enero de 1901 y previos algunos días de malestar, fue acometida de escalofríos y cefalalgia, a la vez que sentía algunos dolores en el vientre.

La primera observación termométrica realizada a las seis de la tarde, dio una cifra de 39'6 grados, contandose los latidos de la radial en número de 96 al minuto.

A esta hora que pude explorar a la enferma, observé ligero meteorismo y localización del dolor en la fosa iliaca derecha, pero dolor que solo aparecía cuando se comprimián las paredes abdominales en la región citada; la lengua estaba saburral y acusaba mal gusto de boca, había inapetencia y alguna sed, el dolor cefálico persistía, y era la causa de que la enferma no pudiera conciliar el sueño.

así las cosas, y recogiendo datos termométricos uno y  
 otro día y a diferentes horas, puede resumir que en los ~~42~~  
 primeros días de enfermedad o sea hasta el 2 de Enero,  
 la cifra térmica se elevó en 38'6 por la mañana y 39'3  
 por la tarde, término medio, que al principio durante cua-  
 tro días las deposiciones fueron diarreicas, pero después has-  
 ta el día que se curó, más bien había estreñimiento, que  
 persistió el dolor de cabeza con algunas remisiones, que  
 el dolor de la fosa iliaca fue atenuándose hasta des-  
 aparecer, y que el apetito era escaso aunque mayor que los  
 primeros días de invasión.

El día 43 del principio de los accidentes (3 de Enero), comenzó a disminuir  
 la temperatura, hallándose completamente afebril el día 50 de enfer-  
 medad (o del mismo mes). Por esta fecha remitieron todos los síntomas y  
 se curó, se levantó y comió regularmente.

Hecha la exploración de la región cecal comprimiendo con la mano, no se manifiesta apenas sensibilidad alguna.

Cuatro días después de esta remisión (14 de Marzo) se inicia nueva escena patológica. La temperatura se eleva á  $38^{\circ}$  por la mañana y  $38^{\circ}$  por la tarde, y reaparecen los demás síntomas, menos el dolor descrito en el abdomen que no se aprecia ni aun palpando fuertemente, la inapetencia es absoluta, y la enferma pierde sus esperanzas.

Este estado continúa hasta el día 69 de enfermedad (29 de Marzo), y 15 de esta al parecer nueva invasión, en que la enferma se encuentra afebril. Entonces ya abandona el lecho y sigue en estado regular aunque con poco apetito nueve días (7 de abril) pasados, los cuales se inicia una diarrea copiosa constituida por cáscas líquidas, fétidas, conteniendo algunos residuos alimenticios duros, y colgajos que examinados, delu-

quendo las materias en agua, parecian de tejido mucoso.

El dolor que habia desaparecido, se localiza de nuevo en el lado derecho del abdomen, pero ya no en la fosa iliaca, sino a la altura de una linea transversal que pasa al nivel del umbiligo y de donde se irradia a distintos puntos de la cavidad.

Este dolor que era calificado por la enferma como de pinchazo, se exageraba notablemente por la palpacion.

A su vez, pasado los ocho primeros dias se obró un notable cambio de las deposiciones, estas salian teñidas de sangre, tomando un color pardusco, y persistiendo la fetidez. Durante esta complicacion, no pude apreciar nunca el mas pequeño movimiento febril.

Con estos caracteres siguen las cámaras veinte y uno dias (6 de Mayo) al cabo de los cuales habiendo perdido por completo el apetito, y no consiguiendo hacer desaparecer radicalmente las pús-



diadas que tenían lugar por la diarrea sino con alguna pequeña remisión, la enferma sucumbió en el marañón, y murió á los 106 días del principio de su mal.

**Diagnóstico.** Después de lo expuesto, parece lógico analizar este cuadro sindrómico, para poder deducir alguna consecuencia práctica.

¿A que proceso morboso podemos comparar el observado en el caso que acaba de historiar? La invasión febril, la curva de temperatura tomada con regularidad durante toda su evolución, el síndrome gastro-intestinal, el haber coincidido con otros casos de fiebre tifoidea evidente, parecen datos bastante a autorizar clínicamente el diagnóstico de tifoidea típica.

Ahora bien, dentro de esta afesión, no puede haber duda de la modalidad de que se trata.

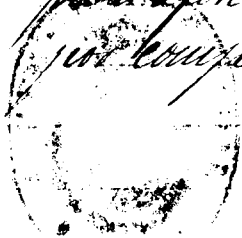
Un proceso febril con caracteres típicos, que sin revivir gran su-

temidad en su desarrollo se prolonga una y otra semana hasta 69 días, y que en su evolución experimenta dos ó mas interrupciones con notable decrecimiento de todos los síntomas, una enfermedad típica en que las alteraciones permiten con corta diferencia igual una y otro día, no puede ser otra que una fiebre típica prolongada.

De negar nuestro juicio, habría de ser dudando de que el proceso que sufrió nuestra enferma fuese verdaderamente típica, un así creemos poder decir todos los temores haciendo

Diagnóstico diferencial. De pensar en otra enfermedad no puede ser dada la invasión, sintomatología y curso que ha seguido en esta enferma, sino la tuberculosis cutánea ó la gripe.

Ahora bien, por lo que se refiere á la primera, necesitáramos para afirmar el juicio una posición de signos que han faltado por completo; como la enferma de antecedentes bacilares, tubercu-



losis) el proceso á que alude no se hubiera presentado como invasión febril a paratosa y mucho menos hubiera persistido con esa tenacidad, no hubieran faltado como casi nunca faltan fenómenos que revelasen la ulceración del intestino; las condiciones de las cámaras y el carácter del dolor en fin, hubieran sido bien diferentes á como se presentaron. Últimamente, el estado general de la enferma y la fase particular de la enfermedad tuberculosa, faltaron por completo en nuestra observación.

De querer atribuir á la infección gripal los trastornos observados en esta enferma, habría que admitir únicamente la forma gástrico-intestinal y dentro de ella incluir la que recibe menor y proporción, esto es el simple empacho gástrico, susceptible de curarse con un sencillo tratamiento.

La forma mas intensa de la gripe abdominal, vivida que por su tenacidad pudiera confundirse con la fiebre tifoidea, por lo

gada, ofrece un cuadro bien diferente. Los vomitos presentados por la muy pequeña cantidad de sustancias ingeridas, esta aparición por accesos, la epigastralgia, con sus dolores irradiados no solamente a los diferentes puntos del abdomen sino también a la espalda, los trastornos digestivos, la abundante diarrea biliosa y fétida acompañada de dolores cólicos y tenesmo, el abatimiento y la prostración del enfermo, su estado agónico todo unido a la gran sideración del sistema nervioso, hacen que haya que excluir de este diagnóstico el conjunto sintomático que tuvimos de observar en este caso!

En cambio estoy en la persuasión, de que la vida de este mi enfermo terminó por una tuberculosis intestinal.

En efecto, aun prescindiendo de los luminosos datos que me hubiese proporcionado la autopsia, parecería suponer que un afeción fue la causa de la muerte.



La coincidencia sintomática esta, que desde luego hace pensar en la existencia de úlceras intestinales. Estas ulceraciones debían existir en el ciego, y principalmente en el colon ascendente, pues allí se localiza el dolor, y de allí irradia a todos los demás del abdomen.

La existencia de la diarrea, la presencia en las cámaras de verdaderos estacelos de tejido mucoso, las pérdidas sanguíneas, y finalmente el carácter de persistencia y rebeldía de la enfermedad, a todo tratamiento, incluía el ánimo a la idea de tuberculosis intestinal.

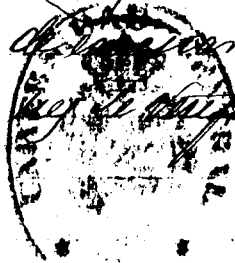
El que pudiera argüirse la posibilidad de que fuese un proceso disenterico el que termino la enfermedad primitiva, me impulsa a hacer una diagnóstico diferencial.

Desde luego parece que las temperaturas bajas se oponen al desarrollo de los gérmenes de la disenteria, y así es en efecto, pues no se

observa solo algun caso esporádico, sino en los meses de Verano. Esto es lo que ocurre en nuestra clima, y claro es que no pudiendo ser endémica, no podría explicarse su origen precisamente en época fría del año.

Pero además, la diarrea que presentó nuestra enferma, si en el número de las deposiciones, si en sus caracteres, si en los demás fenómenos que a ella son inherentes, se parece a la diarrea disenterica.

En nuestro caso nunca pasaron de 10 a 12 en las veintey cuatro horas, y la materia que las formaba ni nunca presentó los característicos pelotones que los autores comparan a grangos de sagü cocidos, ni contenía pus. Finalmente, jamás fuere precedida de borbotones, y dolores cólicos, y era el premiante necesario de un vomito que es característica de la disenteria. Las deposiciones se multiplicaban sin que la enferma se diese apenas cuenta a



ello, y sin dolor de ningún género.

La localización del dolor que nosotros observamos en la fosa iliaca derecha, contrasta notablemente con lo que se observa en el proceso disintérico, en el cual es precisamente la fosa del lado opuesto la más sensible y de donde se irradia a los demás puntos del abdomen.

Cuando puede observarse el ruido de glu-glu en el intestino como revelante de la existencia de líquido en su interior.

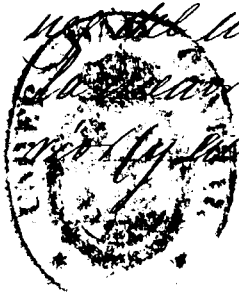
Es pues tan diferente la expresión morbosa de las dos enfermedades, que creemos no ser necesario buscar más signos distintivos.

No cabe ya otra confusión que la de admitir el origen sífilítico de las ulceraciones, mas hay evidencia absoluta de antecedentes, y nunca puede verse ningún otro estigma que denuncie la existencia de esta infección.

Además, las úlceras sífilíticas recaen principalmente en el intestino recto, en donde acumulan su presencia por síntomas semejantes por demás de los aquí apuntados.

Como pudo verificarse la infección tuberculosa del intestino en una mujer que carecía de antecedentes apropiados, no parece explicación difícil.

Sabiendo esto de donde se encuentra el bacilo de Koch, pocas veces lugar o espacio que no le contengan, pero además el mismo organismo puede servirle de albergue aun cuando no desarrolle su acción patógena. Pues bien, sea procedente del exterior o existente ya en el sistema orgánico, él no puede desarrollar sus mortíferos efectos en tanto que las condiciones del medio le sean desfavorables, pero si a beneficio de una resistencia orgánica por una enfermedad cualquiera que sea nuestra referencia lo fué la infección tífica del im-



tivo) nuestras defensas intraorgánicas se disminuyen hasta hasta cierto punto, entonces el bacilo duplica todas sus energías, se multiplica, se desarrolla, y da lugar a diferentes alteraciones según el punto en que radique.

Aquí la Superfuerza primitiva estaba en el testículo, las partes alteradas las placas de Peyser, al de Koch le fue fácil implantarse en los puntos más débiles, y allí colonizar y vivir. Este fue indudablemente el punto de partida de la tuberculosis intestinal; después, todo resultó dependiente de las condiciones de los dos rivales, y claro es que no perdiendo de vista las leyes que regulan la lucha en la enfermedad infecciosa, se puede predecir el resultado.

Anterior el medio sea resistente y lo es en tanto que su resistencia es completa y fisiológica normal, el germen necesita grandes potencias para atacar, pero quitados al

primero sus propiedades, atenuemos su sustitución, restemos la  
 gias, y habrémos favorecido la obra del enemigo.  
 Esto es lo que ha hecho la fiebre tifoidea en el tramo intesti-  
 nal, y tal ha sido el mecanismo de desarrollo de la tuberculo-

---

Aun puedo exponer otro caso mas concluyente y en el que la  
 autopsia que practiqué, (ya que la casualidad hizo que fué  
 Judicial, única manera de que los medios rurales podían  
 haberlos con cadáveres,) puso de manifiesto la causa  
 la muerte, y permitió comprobar el diagnóstico.

J. R. Niño de San Bartolomé de Cervera, (Lamorá) de 39  
 de edad, soltero, y de profesión comerciante, fué invadido  
 por esta misma epidemia con síntomas análogos a  
 del caso anterior, el día 14 de Enero de 1901.

De datos recogidos en las diferentes observaciones que he



a' cabo, me autorizaran a' sospechar la existencia de una fiebre tifoidea, cefalalgia, vomitos, sed, lengua pastosa, gran meteorismo, sensibilidad del abdomen en los dos fosos iliacos pero principalmente en la derecha, deposiciones diairicas, fetidas, sind, epistaxis, insonnio, temperaturas de 38'2 por las mañanas y 38'8 a' 39 por las tardes, y todos estos sintomas repetidos durante 48 dias.

En la última semana, sordera, estado de intemperancia a' cuanto paraba a' su alrededor, facciones poco animadas, y en fin el cuadro completo de la fiebre tifoidea.

Parado el tiempo indicado, los sintomas mencionados, retrocedan y las temperaturas desciendan por las tardes a' 38'2, se su' dar completa la remision matinal. Los dias siguientes si bien no desaparecen por completo, disminuyen bastante para que el enfermo teniendo en cuenta ademas la falta

de movimiento febril, conicuita en abandonar la cama a  
seguido, no sé si que se le hiciese por la posibilidad de que  
su padecimiento se agravase de un momento a otro.

Durante esta nueva etapa sigui igualmente la observación  
recomendándole con insistencia su régimen alimenticio  
be, constituido principalmente por leche, caldos, sopa de  
mota, y algún huevo pasado por agua.

Terminado el día 6º de enfermedad, y como las cosas sig  
sen en igual forma y el enfermo hubiese hecho concebir  
fundadas esperanzas a los amigos que le acompañaban,  
ellos renunciaron a la asistencia nocturna por considerarla  
innecesaria.

El enfermo quedaba solo durante la noche y así continuó  
por espacio de seis días sin que ningún accidente viniese a  
interromper su dilatado mal!

Por fin en la mañana del 69 de su edad (23 de Marzo),  
 este hombre fue hallado muerto en su mismo lecho.

Oficiado oportunamente por el Jurgado para practicar la  
 autopsia en unión de otro compañero, se llevo a efecto aunque  
 dudosa el caracter clinico por el interes que me inspiraba este caso.

El resultado fue el siguiente, tal como consta en mi protocolo (1)

Abierto el abdomen, se nota entre las asas intestinales y derrama-  
 do en diferentes puntos de la serosa peritoneal, un contenido ne-  
 gro y espeso, mezclado con un liquido pardo oscuro que pue-  
 do necesitar de reparar.

Parte de la materia coagulada, se recogió para examen ul-  
 terior.

Suspechando ya la existencia de una perforación intestinal por

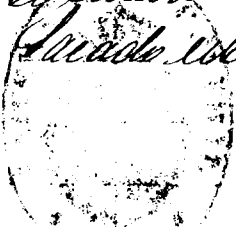
(1) Quise a describir la abertura de la cavidad cranial y forá-  
 mica, por no haber encontrado dato alguno de importancia.

la que se hubien escapado aquella materia que evidentemente era sangre, y por lo mismo todo el trauco ual de arriba abajo, y seis centímetros antes de llegar a la válvula de Dawkins, encuentro una perforación lílcal.

Este orificio parecia rebuido por sangre coagulada, y con el fin de evitar escapase por dicha abertura el contenido intestinal, lo liqué convenientemente.

Continuando el examen exterior del intestino, nada de particular puede encontrarse. Entónces hice una doble ligadura al nivel de la estrechidad inferior del yeyuno proximalmente, y rectiqué una sección transversal entre las dos ligaduras.

En sual forma y con la misma precaución, seccioné el intestino grueso a 12 centímetros de su origen. Sacado este trauco intestinal fuera del abdomen y rota la



adure inferior, escapó por este tubo una cantidad de  
sau se mezclada con un líquido oscuro, que dió en la copa  
aduada 250 gramos.

De este líquido se pudieran separar por filtración bastantes par-  
ticulas duras.

Se lavó la superficie interior del intestino, se hizo lo mismo con  
la interna, y entonces se incindió longitudinalmente siguiendo  
el borde de la inserción mesentérica.

En esta se veia con claridad, que en el ile-  
oné inmediato a la valvula ileocecal en una extensión de  
ochos centímetros, se encontraban las placas de Peyero tum-  
factas y duras, y los foliuculos formando prominencia en la su-  
perficie de la mucosa, algunos de ellos se presentaban a la vi-  
sta con una escara en su superficie. Ademas, la capa interna  
del intestino aparecia duras por vasos dilatados y flexos

ses, presentando un color rojo palido en los intermedios.

Quise del borde libre del intestino y como a seis centímetros de la válvula ileocecal, se me el punto indicado por el hilo que admitiera esta parte, y quitado este y distendida la pared por una extension sobre una mesa, se percibe una abertura alargada en la direccion del eje del conducto que mide 16 milímetros, y formando algunos angulos con otros, otra de 8 milímetros.

Examinando esta perforacion, se nota que las terminaciones intestinales estan rotas de igual suerte, de tal modo, que por su superficie interior el borde de la hendidura le constituye el exclusivamente la serosa.

Al respecto a la abertura se perciben cuatro principales vasos, pero no se puede precisar exactamente cual fue el que dio la vida. (1)

(1) Reservado el trozo de intestino donde asienda la perforacion.

Seuntidas las particulas encontradas en el intestino á repeti-  
dos lavados, se puede conjeturar que son de distinta naturaleza,  
unas las mas duras y gruesas, restos de coctera de pan, las otras  
menos consistentes parecian de queso, en duda eran restos de a-  
limentos que el enfermo tomo aquella noche. (1)

Hasta aqui, lo observado con motivo de este curiosísimo caso,  
ahora facilmente reconstruira el

Diagnóstico Exterior durante una epidemia de fiebre ti-  
foidea, con tanta invasion febril y curva terminal del ciclo ex-  
primado, con la mayor participacion morbosa en el aparato  
gastrointestinal, metorismo, dolor en las fosas iliacas y so-  
bre todo en la derecha, diarrea, epistaxis, etc. etc. me hizo des-  
de luego pensar en una especie tífica de predominio en el aparato

(1) El estomago ditado contenia una enorme cantidad de una pa-  
pilla, en la que abundaban unas minúsculas sustancias

digestivo y entre ellas en la fiebre tifoidea. Pero, por cuanto  
 ya tan largo tiempo desde el comienzo de los accidentes, y  
 superaba ya a dudar mi ánimo la duda de si alguna  
 complicación se había sumado al proceso primitivo.  
 Fiebre, aunque tiene tifoidea, que se prolonga más allá de cu-  
 tro semanas, que llegue a 40, 50, y 60 días, yo no había visto  
 un solo caso. Entonces recordé las descripciones de la tifo-  
 prolongada. Mas pasado los primeros 48 días, remitía los  
 tonda y aunque no por completo, me hace concebir expe-  
 ranza. Pero más tiempo, y cuando nadie pensaba en la im-  
 nencia de una catástrofe, muere el enfermo y muere a no a-  
 darlo sino de repente, al menos con rapididad tal, que no le p-  
 mite reclamar auxilio alguno.

Por fin, si hemorragia intestinal, tal fue la idea que  
 de luego saltó mi ánimo. El examen neuropático pasó de



manifesto las lesiones clásicas de la fiebre tifoidea, y la hemorragia, precedida sin duda de perforación intestinal.

Esto dejó indiferentemente perforación antes, sino que así debieron suceder las cosas.

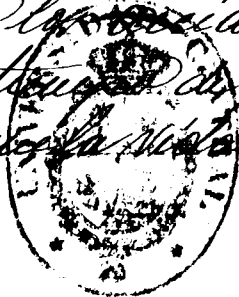
Estos procesos no se fraguaron como de ordinario ocurre en las ulceraciones tíficas, las cuales ganando una y otra en profundidad, alcanzan primero el vaso, le rompen (hemorragia) y continuando su su trabajo de destrucción, terminan por consumir todo el espesor de la pared (perforación).

En este sistema a nuestro juicio sucedió algunos instantes antes, si quiera algunos segundos, la perforación, y como esta se verificó precisamente en un punto en que conflúan cuatro venas de regulares dimensiones, la hemorragia fue instantánea y fulminante y en tal cantidad, que el peritoneo y los órganos comprendidos entre las asas se inundaron de sangre, quedando

cum bastante dentro del utero.

De no haber sido por este mecanismo, de haber sucedido antes la hemorragia, esto hubiera dado lugar a la salida de mayor o menor cantidad de líquido por las cámaras (esto es lo que ordinariamente sucede) y aun suponiendo que nada se hubiere manifestado en las deposiciones, como la salida hubiera ido paulatinamente ganando en profundidad, ni la perforación sería tan estensa, ni se hubiera producido la muerte tan rápida, ya que la peritonitis consecutiva por mortal que fuese, hubiera tenido mayor duración.

Por que además la abertura que se produjo fué indudablemente resultado de una perforación traumática, y en este caso los accidentes se desarrollan tan bruscamente, que no hay tiempo en que podamos alguna advertencia lo sucedida ya que la misma cosa también en pocos momentos.



La forma de la perforación es un dato más que aboga en favor de esta idea.

Ahora bien, se citaron al hablar del resultado de la autopsia unas partículas duras encontradas en el intestino; ¿no podrían tomarse estas como cuerpo del delito? sin vacilar en la contestación debemos manifestar, que indudablemente los cuerpos extraños, esos residuos de alimentos y particularmente los más duros, llegaron a la última porción del intestino delgado sin novedad, pero en este punto asiento principal de las alteraciones típicas y en uno de los movimientos en que el intestino se contrae por sus fibras circulares para expulsar su contenido, verificó esa contracción sobre alguna de esas partículas, y se rompió como por necesidad, tenía que suceder por la parte más débil, que indudablemente lo eran las ulceraciones de las placas de Peyero donde radicaba la

perforación. Casi al mismo tiempo, surgió la neumonía.  
Como se acaba de ver, el mecanismo es parecido al de la perforación del estómago en los casos de úlcera gástrica, cuando el enfermo comete la imprudencia de alterar su régimen alimenticio.

Así es sucintamente explicado el modo como se realizó la muerte en este enfermo.

Además de estos hechos de mi observación, el Doctor Marianini cita uno bastante curioso.

Se trata de una señora que padeció una afección febril análoga, y que se prolongó desde Noviembre de 1900 a Septiembre de 1901 con ligeros recios, así que en esta última fecha pueda considerarse combatida la enfermedad.

(1) *F. de las infecciones prolongadas* Dr. Marianini - Revista de Medicina y Cirugía - Madrid n.º 772 página 121. Tomo



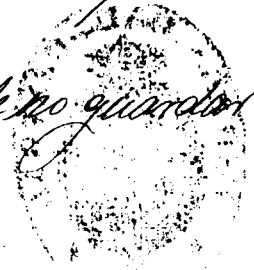
Fiebre de convalecencia - Puede considerarse como otro modo de infección tífica prolongada, la fiebre de convalecencia que habla Desruisseau.

He aquí como describe este autor la fiebre á que aludo.

Establecida ya la convalecencia de una fiebre tífica, cuando todos los síntomas han retrogradado, la temperatura, los trastornos digestivos, diarrea, etc, cuando todo parece haber vuelto á su estado de anterior normalidad, sufre nuevamente el enfermo una afección febril que se desarrolla brusca ó lentamente, y que se sostiene ya sea por corto tiempo (seis días), ó durante una época considerable, (2 meses ó mas).

Puede seguir á la fiebre tífica sin que haya ninguna intermisió, pero puede también desarrollarse con uno ó dos períodos de intermisió.

Siene como caracter esta hipertermia la de no guardarse sim-



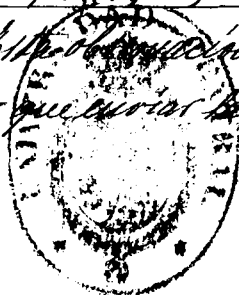
pre relación con la intensidad del proceso primitivo, pudiendo suceder que a una infección primera corta, suceda una fiebre de triple duración y mayor cifra térmica.

Alcansa temperaturas de 39, 40, y más grados. Sue ser benigna que no produce trastornos funcionales, ni delirio y estado tifoideo, permitiendo a los enfermos alquien, muy abandonar el lecho y hasta conservar su apetito, pero que si se prolonga puede conducir a la anemia, debilitación y caquexia.

Esta fiebre remite espontáneamente o por el tratamiento apropiado, aunque puede muy bien readecender.

En los diez y seis casos que cita el autor, se prolongó la enfermedad enumerables, por orden de mayor a menor duración, 82, 77, 74, (1) 30, 29, 23, 20, 17, 16, 15, 10 y 8 días respectivamente.

(1) ~~Nota~~ <sup>Nota</sup> ~~obtenida~~ <sup>obtenida</sup> que corresponde a la 8<sup>a</sup> en su obra, no pudo terminarse por tener que curar la enferma a su país, ya que la fiebre se resistía a todo tratamiento.



Existe contradicción para explicar la causa de esta fiebre, pues mientras Beruhcim supone que no reside en ninguna lesión orgánica, Liebermeister admite siempre alguna enfermedad local que provoque la elevación de temperatura.

Beruhcim la concuerda con sus ideas, culpa al sistema nervioso del desarrollo de lo que él llama fiebre de convalecencia, pues siendo el regulador del calor, se habituó a las altas temperaturas que se producen en la primitiva enfermedad, y se olvida de bajarlas cuando ya aquella ha pasado. aquí habna que preguntar en virtud de que hábito se eleva la temperatura de un individuo normal, en el momento que es invadido de una fiebre tifoidea.

Para qué detenemos en estas discusiones? Esta interpretación parecería muy racional en aquellos tiempos, en que la biología microbiana apenas daba señales de vida, hoy no

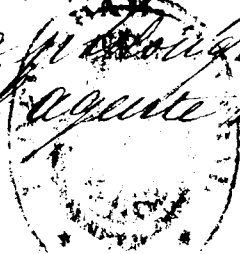
merece siquiera los honores de la crítica.

### Interpretación de las observaciones de Bernheim.

A nuestro juicio, entonces como ahora se habían presentado casos de infección tífica prolongada, pero esta tífica que apenas produce síntomas gastro-intestinales y de un modo típico de fiebre tífica, pasó desapercibida por aquellos observadores que solamente conocían la forma más característica, los períodos en que las alteraciones orgánicas eran más numerosas y ostensibles como propiamente tíficas.

Esta es la razón de buscar para esta modalidad febril, patología diferente de la que se admitía para la forma ordinaria, pero no es necesario, pues los casos de Bernheim caben dentro de la patología que hemos de asignar a la infección tífica prolongada.

El agente microbiano puede producir este proceso lo mismo



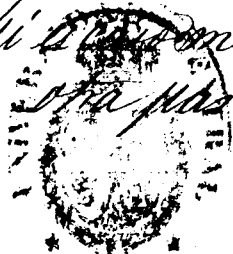
Desde el primer momento, que con posterioridad a una fiebre tifoidea evidente, y si cabe mejor en este caso, por que el organismo que ha sufrido el ataque de gérmenes tíficos de gran potencia morbosa, puede ser por acción de hábito, o por disminución de la acción tóxica de las bacterias, o en fin por la inmunidad que haya podido adquirir durante el ataque anterior & primera fase de desarrollo, puede dársele una serie de recidivas al desarrollo del bacilo citado, que hagan variar notablemente el síndrome clínico del proceso en lo sucesivo, hasta el punto de que pueda hacer sospechar la infección por gérmenes diferentes.

Tales concepciones son obra de la bacteriología. Desde que esta nos ha enseñado las modalidades de acción de los distintos seres microbianos, concebimos como un microorganismo su-

brado en determinado tiempo, puede dotar a los tejidos de propiedades y inmunizantes de mayor ó menor duración segun la especie, quira tambien de diferente intensidad, pero al fin de un poder de resistencia que hace variar el resultado de la lucha entablada, sino concediendo definitivamente la victoria al sujeto irradiado, al menos haciendo que las gérmenes sean de menor cuantia, y por tanto que disminuya la intensidad del proceso sugestionado.

Todas estas influencias se traducen objetivamente por un sintoma mucho mas atenuado y benigno, pero que no es suficiente para que en el momento que se agoten las favorables propiedades concedidas ó el individuo adquiere otras enfermedades que anulen las anteriores, se exalte la accion bacteriana y si á esto se uniera el individuo.

Por otra parte, los casos de veruheim no pueden explicarse



como de recidiva, por que en esta los síntomas son copia  
 fiel y aun exagerada de los presentados en el proceso primitivo, y  
 en la observación de aquel autor, se advierte una notable disminu-  
 ción en su número e intensidad, hasta el extremo de impu-  
 sarse a veces la existencia de todo trastorno orgánico.

Patogenia de la Fiebre tifoidea prolongada.

No hay para que decir que el mecanismo de acción del  
 germen infeccioso es idéntico al de la forma clásica, por con-  
 siguiente se observa el mismo cuadro de lesiones, aunque no  
 alcancen la misma extensión e intensidad que en la fie-  
 bre tifoidea ordinaria. Lo único que debemos explicar a-  
 quí, es la causa de su tenaz prolongación, esto es, la persis-  
 tencia de los efectos infecciosos.

En primer lugar, no deben perderse de vista las condicio-

nes vitales de los microorganismos, pues sabido es que hay circunstancias especiales quiza ciertas condiciones de temperatura y humedad del aire, que influyen desfavorablemente sobre los agentes microbianos, debilitando y aun anulando en ocasiones su acción patógena. Todo así puede explicarse los mortíferos efectos de una infección, comparados con la benignidad de la misma desarrollada en época diferente.

De otra parte, las condiciones anatómo-fisiológicas de los distintos individuos son bien diferentes, y así puede encontrarse el agente morboso con un medio tan desfavorable a su vida, que a pesar de la mucha potencia vital le queda reducida a la mitad, cuarta, u octava parte de su fuerza de acción.

Entran así en juego multitud de factores que hacen



variar al infinito el resultado de la lucha. Con igualdad de uno de los dos que indudablemente interviene en esta conquista, varían los efectos del otro según el medio en que se desarrolla.

Individuos debilitados por sí ó por enfermedad anterior, esto es, con pequeñas energías de defensa, dan la mayor facilidad para la proliferación y desarrollo de los microbios, y estos se multiplican en el organismo. Por esta razón hay sujetos que ven salir uno tras otro un ciento de fleumones estafilocócicos, y por causa parecida se produce con un mismo agente tuberculoso, unas veces la tuberculosis crónica, y otras la tan aguda que en pocos días acaba con la vida del enfermo.

En resumen, la expresión del problema que tratamos de abordar, puede sintetizarse en los términos siguientes; el resultado de un ataque infeccioso depende exclusivamente de dos factores,

condiciones de la semilla, (microorganismos) y suelo donde se  
 minan (temperatura orgánica).

En cuanto al pronóstico de estos estados febriles prolongados, no resulta tan alagüeño como por algunos se supone.  
 A parte de los casos por mí observados, y aun descartando el  
 cuando en donde una transgresión alimenticia fué la causa de  
 perforación intestinal traumática, (1) yo entiendo que un  
 estado infeccioso que puede prolongarse tanto tiempo, dice  
 al menos que el organismo no tiene suficientes energías para  
 luchar con ventaja, esto es, que el bacilo ó sus toxinas viven  
 campo abandonado para su desarrollo ya que desde refractario  
 patria que admitir una virulencia menor del germen.  
 Mas como las defensas fagocíticas y de los órganos no se pro-

(1) a pesar de esto no puede ser de monócero, que si la perforación  
 produjese por existir en aquella parte del intestino profundo, como  
 estructuralmente indicado, por las lecciones típicas, en evolución.

ble medirlos con anterioridad al ataque microbiano, ni siquiera en los principios de su desarrollo, es imposible a priori afirmar categóricamente el resultado de la lucha entablada, y como a demás hay que tener presente la posibilidad de que en circunstancias dadas un microorganismo de pequeña virulencia pueda enartarla, claro es que resulta más gratuita aquella afirmación, ya que en una enfermedad de tan largo curso se sabe una pequeña debe ser la reacción del organismo.

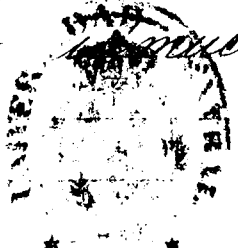
¿No existe en el intestino el bacilo<sup>de</sup> Escherich, <sup>como</sup> saprofito, pasando vida inocente o por lo menos silenciosa, para luego hacerse eminentemente patógeno y producir una tan grave afección como la apendicitis? ¿Y para que más, si se sabe que en las formas más ligeras, más atenuadas de la fiebre tifoidea como el tífus ambulatorio, puede presentarse la perforación intestinal y la peritonitis? Debe pues reservarse el pronóstico.

## Fiebre tifoidea latente.

Conocida tambien con el nombre de fiebre tifoidea ambulatoria o tífus ambulatorio por los alemanes, debe esta denominacion al caracter principal que permite distinguir la, esto es a que los sujetos atacados pueden abandonar el lecho y andar, como si estuvieren simplemente bajo la influencia de una muy sencilla alteracion.

No puede pues confundirse esta forma con la fiebre tifoidea abortiva, pero la que mas propriamente esta reservado el titulo de tífus leve, pues el caracter ambulatorio de esta variedad latente, se refiere como acabamos de ver a un modo silencioso de su desarrollo, ya que la benignidad de esta forma es solamente en apariencia.

No es mucho menos tan benévola como pudiera parecer



despechar aquellos calificativos, pues como dice Jaccoud, es una de las más terribles que pueden ofrecerse en la práctica, y aun se podría añadir y la que con sus sorpresas mejor puede contribuir al decorado del clínico más experimentado.

Situación en sus manifestaciones y oculta en su evolución, puede recorrer las diferentes fases de su desarrollo sin haberse sospechado su existencia, y por tanto sin que el médico haya podido formular el diagnóstico. Lo es además, esta modalidad de tifoidea febril, la que puede sorprendernos con su mortal terminación, cuando quisiéramos de emitir un juicio positivo por completo favorable.

Antes de pues conocer sus caracteres, si hemos de llegar a descubrirla, pues aunque como dicen Boug y Liebermeister, en muchos casos hubiera pasado desapercibida a no haber muerto el enfermo.

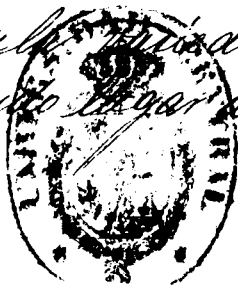
en tales ocasiones sus cu-  
 pación diagnóstica, a la cual únicamente se puede llegar  
 previo el exacto conocimiento de la enfermedad.

La fiebre tifoidea latente se desarrolla sobre todo en el sexo  
 masculino, eligiendo la edad de 20 a 35 años, y de preferencia  
 sujetos jóvenes y robustos, pero que como dice Jaccoud por  
 los rasgos de la apatía constitucional.

Debemos distinguir imitando a aquel gran clínico, dos prin-  
 cipales variedades, una apirética y febril la otra.

En los casos de la primera forma y con un desarrollo insensible  
 y progresivo, se desemboca el proceso tífico sin elevación alguna  
 de temperatura, o a lo sumo con algún movimiento febril de  
 corta duración.

En la segunda forma febril, la temperatura se eleva por la tarde por  
 dentro de un grado a 39° (caso de Jaccoud) pero presentando gran



de remisiones matinales. También es susceptible de hacerse intermitente.

En relación con la fiebre, se nota mayor frecuencia de las pulsaciones.

En la mayoría de estos enfermos de fiebre tifoidea latente que en realidad simulan un ejemplo catarral gástrico, no existe diarrea, por el contrario es tan tenue su contusión, que se hace preciso facilitarles la exoneración del vientre a' defecación de ligeros basantes. A esto puede añadirse algo de cefalalgia e insomnio, pero no de un modo constante pues pueden muy bien faltar ya bastante avanzado el proceso, y presentarse en cambio en los dos o tres primeros días de invasión.

No existen trastornos gastro-intestinales, ni meteorismo, ni tensión de las paredes abdominales, ni dolor en ningún punto y mucho menos gorgoteo, por el contrario el vómito es de mi-

mide, flexible, e' indoloro.

Con bastante frecuencia segun Brown del y Ehrlich se desarrolla el exantema tifoideo y la hiperemagalia, pero en opinion de S. Cond, la manifestacion exantematica falta regularmente, y en todo a la tífus occisa se aplica, si bien es cierto que el pudo comprobarla en un caso en que el diagnóstico fue comprobado por la autopsia, no puede darse toda la importancia que al presente tiene, ya que cuando la fiebre toma el tipo intermitente, se atribuye (siendo entoces una causa de error) al paludismo.

Llama la atencion desde los primeros dias por la importancia que llega a adquirir el estado de abatimiento en que se encuentra el enfermo. Esta ineptitud para todo lo que signifique gasto de energia, se manifiesta principalmente la noche, hasta mañana, el mediodia, el paciente se reanima hasta el punto de abandonar el lecho.



Este síntoma sobre el que Jaccoud llama la atención, es  
 aún dudoso el fenómeno más positivo que puede observarse  
 durante todo el curso del proceso, y que contrastando con la  
 ausencia de otras alteraciones en los diferentes órganos, hace  
 sospechar al médico la posibilidad de encontrarse ante una  
 fiebre tifoidea.

La exploración del aparato respiratorio, no permite descubrir  
 ningún ruido patológico.

En cuanto al estado general del paciente, es regular y sin que pua  
 da hacerse sospechar la importancia de la enfermedad que en  
 él se descubre; no tiene apenas apetito y está algo cansado, pero  
 no es obstáculo para que abandone la cama y aún se entretenga a  
 alguna distracción.

Una vez llegado al periodo de estado, aun cuando no se puede decir  
 si así y así que el cuadro sintomático permanece próximamente

igual durante todo el curso de la enfermedad, esta evoluciona de diferente manera segun los casos. (1)

En una primera categoria, el enfermo conserva las alteraciones que hemos venido describiendo hasta llegar a la curacion, que puede operarse de la 2<sup>a</sup> a la 4<sup>a</sup> semana.

Hay otro grupo no muy reducido en que la enfermedad continúa como en la primera forma hasta fines de la segunda semana pero llegado este punto, se modifica hasta el punto de desarrollarse el cuadro completo de la fiebre tifoidea ordinaria. Sus sucesos y terminacion puede haberse como en esta y por tanto en algunos casos por la muerte.

Finalmente, existe otra tercera serie en que apenas de lo silencioso del principio, y cuando no podía pensarse en su fin que de repente, se desarrolla una complicacion grave y que puede acabar con la vida. (2)

(1) accoud. Lecciones de Clinica Médica dadas en el Hospital de la ciudad (1883-84) p. 114 y siguientes.

hemorragia y perforación intestinal, la peritonitis sin perforación, la eudocarbemia, pneumonía y hemorragia cerebral, con entre otros los accidentes mas frecuentemente comprobados, constituyendo los tres primeros la mejor prueba de que en el intestino se han desarrollado las lesiones propias de la fiebre tifoidea (Simulafoy, Bonnard y Chiriac, Saccoud etc.)

Hay otra complicación que por su importancia merece figurar también en primera línea, me refiero a la congestión pulmonar activa, de forma fulminante y generalizada, derivada principalmente por Saccoud con el nombre de apoplejía pulmonar, la cual por su carácter asfíxica debe el primer momento, el causa de la muerte mas inmediata.

Aun cuando por su frecuencia no puede figurar al lado de los accidentes derivados mas arriba, merece sin embargo preferente lugar, ya que su existencia implica casi siempre

un triste desenlace.

Como comprobante de lo anteriormente expuesto a' cerca de la fiebre tifoidea latente, mereci citarse una observacion de Jaccoud en la que la autopsia practicada puso de manifiesto las lesiones ordinarias de la fiebre tifoidea que, mató a este sujeto, diagnosticado en la clinica de modo bien diferente (1).

He aquí el caso.

Sujeto de 27 años y de robusta constitucion, puede decirse que carece de antecedentes patológicos, puesto que, hasta la fecha de invasion de la enfermedad que vamos a' describir, no sufrió trastorno alguno de importancia.

El día 12 de Enero de 1883 en que se sentió por primera vez indisputado, perdió el apetito, se le aumentó un vertiginoso portuario y sufrió algunos dolores de cabeza y miembros, que

(1) Second Section de Clinica Medica dada en el Hospital de la Ciudad (1883-84).

su embargo no fueron obstáculo para continuar su trabajo.  
 El día 18 se le desarrolló cerca de la comisura en el labio superior,  
 una erupción típica de herpes.

El 20 del mismo mes y en vista de no modificarse su anterior estado, se decide a ingresar en el Hospital.

La temperatura tomada en la axila, era de  $38\frac{1}{2}$  por la tarde, marcando al siguiente por la mañana  $38$  solamente.

A pesar de no encontrar ninguna de las alteraciones que suelen acompañar a los estados tíficos, Jaccoud hizo el diagnóstico de fiebre tífica, pero hubo de modificar este juicio, cuando después repitiendo las exploraciones no pudo percibir síntoma alguno positivo. A pesar ello se fundó, en que no solo no había diarrea, sino que ni indicios de meteorismo, ni sonora de matema rosacea, ni tos, ni otros caracteres, no revelando la palpación abdominal ningún punto doloroso

« sin distinción notable del color descendente y de la  
 iliaca por materias fecales endurecidas ».

Fundado en las precedentes consideraciones, y teniendo en cuenta que este sujeto estuvo trabajando hasta la fecha de su ingreso en el Hospital, que su cara no estaba alterada y que su lengua aunque manchada era sin embargo húmeda y rosada, le pareció estar autorizado para rechazar el juicio de fiebre tifoidea en su primer día, admitiendo el de un catarro gástrico febril de constipación.

Es cierto añade el Autor que el bazo estaba algo aumentado de volumen, pero como este sujeto procedía de un país eminentemente palúdico, bien podía considerarse la permegalia observada como expresión de la cachexia correspondiente.

Se dió un purgante salino que desembarcó completamente el intestino, pero persistió el estreñimiento, se pesaron

de lo que el enfermo se consideró mejorado.

La tarde del 30 de Enero, tuvo  $39^{\circ}6$  y a la mañana del siguiente día, (10.<sup>o</sup> de enfermedad),  $38^{\circ}$ .

Explorado nuevamente el enfermo, consideró que había mejorado, no encontrando otra alteración que la temperatura elevada, contrastando con un relativo bienestar.

El sujeto abandona el lecho al medio día sin volver a acostarse hasta la tarde.

En su nuevo reconocimiento, tampoco aprecia trastorno gástrico intestinal alguno, siendo natural la expresión de la fisonomía; se somete a una dieta ligera y continúa la observación.

El 31 de Enero por la noche, señalaba el termómetro  $39^{\circ}8$  y en la mañana del 1.<sup>o</sup> de Febrero,  $38^{\circ}$  estando proporcionalmente aumentado el número de pulsaciones. El estado del pacien-

100

te en este día es satisfactorio, notándose completa integridad de todos los órganos excepto el infarto del hemo. Se le da un baño y pasa desde las doce.

De las observaciones practicadas hasta este momento se deduce, que lo único que puede considerarse alterado en este hombre es la temperatura, la cual se eleva notablemente por las tardes y remite por las mañanas, por consiguiente piensa Saccoud que al catarro gástrico inicial se ha unido un nuevo brote de paludismo.

En consecuencia con esta idea, le administra un gramo cincuenta centigramos de hidrobromiato de quiniua que produce admirable efecto.

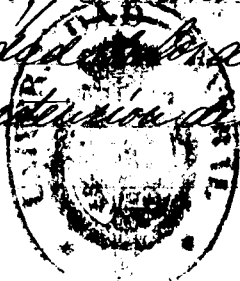
En la tarde de este mismo día (1º de febrero) la fiebre sube a  $39^{\circ}6$ , pero de madrugada por la mañana desciende la temperatura a  $37^{\circ}4$ . A pesar de esto le dió nuevamente un gramo de quiniua, con el



Cuando persistiese la transformación de la fiebre en intermitente, el acceso fue repentino elevándose el calor por la tarde a  $39^{\circ}$ , pero ya el día 3 solo llega a  $38^{\circ}$  y el 4 a  $38^{\circ}4$  que en este día coincidió con casi completa remisión matutina. Al siguiente, 5 de febrero, la temperatura por la mañana fue  $37^{\circ}2$ . Durante todo este tratamiento continuó el buen estado general el enfermo se levantaba a medio día para acostarse por la tarde. El éxito terapéutico parecía confirmar el último juicio, tanto es así, que si el día cinco hubiese marcado el termómetro  $39^{\circ}8$  ó  $39^{\circ}6$  en lugar de  $37^{\circ}2$ , dice Paccoud, le hubiese dado con seguridad nueva dosis de quinina; pero el fracaso fue inmediato, por la noche de aquel día (5 de febrero) se elevó la fiebre a  $39^{\circ}8$  y pasó toda la noche en insomnio y agitación continua. No obstante en la mañana siguiente (6 de febrero y 16 de enfermedad) se levantó a la 8 dispuesta a que se le moviese el vientre, pero no le

102

fue' posible, el paciente se sintió fatigado y tuvo que volver  
sea a la cama donde hizo una cámara abundante aunque de  
consistencia normal, a seguida fue acometido de gran puer-  
der y prostracion, al poco tiempo la cámara se cubrió de un  
blanco y estallando un gran ataque de disnea murió a los 15 minutos.  
En la autopsia se hallaron de manifestación cuatro placas de puer-  
hinchadas y ulceradas correspondiendo exactamente la ulceración  
a la fecha asignada por el paciente al comienzo de su afección  
además se halla una gran extensión del intestino delgado, folículos  
cerrados estaban aumentados de volumen, alcanzando el ta-  
maño de granos de trigo; los ganglios mesentéricos tenían un  
color rojo violado aunque habían aumentado muy poco de  
volumen y el páncreo estaba voluminoso y de color de hígado de vino. En  
tegridad de los demás órganos, pero los pulmones eran asientos en  
da su extensión de una enorme congestión, de una pluvia que al mi-



mo tiempo y con rapidez les había invadido en totalidad.  
Esta fue la causa de la muerte.

No vemos de reproducir aquí las atinadas y profundas reflexiones que con motivo de esta observación, hace en su gran libro de clínica el célebre Médico del Hospital de la Piedad, únicamente diremos como complemento de lo expuesto a propósito de esta variedad de fiebre tifoidea, que la clínica es con mucha frecuencia impotente para resolver el diagnóstico, y que solamente en aquellos casos en que el estado febril persiste de una manera desesperante sin que se pueda descubrir trastorno orgánico alguno que pueda explicarle, y mejor si coincide con el abatimiento de que nos habla Baccus, solamente en estas circunstancias digo se puede sospechar la existencia del llamado tífus ambulatorio, y aun así nos parece todavía un nuevo problema, si estos casos se presentaran fuera de un epa-

ca de epidemia.

Aun se extreman mucho mas las dificultades y resulta casi imposible el diagnóstico de la clínica, en la forma apintica de la fiebre tifoidea latente; en estos casos, los sujetos que ni siquiera sufren los efectos de una pequeña escu-sion febril pueden no reclamar los auxilios médicos, y aun en el supuesto que necesitasen asistencia, el clínico no podría encontrar otras alteraciones que las de un simple catarro gástrico.

Resumiendo lo expuesto al proposito de las probabilidades del diagnóstico en la fiebre tifoidea ambulatoria, diremos, que aunque la mayor de las veces resulta imposible por la ausencia de datos positivos, se puede, repitiendo y prolongando las investigaciones llegar a sospechar esta modalidad de infección tífica en su forma febril, pero nunca o en limitadísimo caso en la forma apintica.

## Fiebre tifoidea gástrica.

¿ Como había de estrañarnos encontrar en los antiguos clásicos un capítulo destinado a la descripción de esta variedad febril? Durante el predominio de las doctrinas fisiológicas, tan extraordinariamente se multiplicaron las modalidades de la fiebre, que su estudio se hizo difícil sino imposible. Que eran del todo infundadas tantas divisiones, pues si se consideraba la elevación térmica persistente como un proceso completo y perfectamente establecido, habría de tener diferentes manifestaciones clínicas, que según los elementos que mayor parte tomaban en la enfermedad, inflamatorio, catarral, nervioso, gástrico, etc daban a esta la consiguiente denominación.

El cambio radical en las ideas que durante algun tiempo

no dominasen en Medicina, habia de traer como consecuencia otro cambio de no menor trascendencia en patologia; así fue como la doctrina parasitaria vino desapareciendo para siempre el tan complejo tratado de las fiebres.

Hoy se considera esta en general, como síntoma manifestado por una infección, sea bacteriana o química, cuyo objeto es colocar el organismo en condiciones tales, que la proliferación microbiana o la reacción química de estos organismos, se vea dificultada con grandes ventajas para la buena fisiología.

Aun sin otras consideraciones de mayor importancia, sería bastante lo apuntado para comprender cuán diferente es el concepto que hoy se tiene de este síntoma, antes mirado como ~~causa~~ siempre perturbador, y por que el clínico de hoy sabe tanto que la elevación de temperatura no so-



brepare ciertos límites, vé en la fiebre un medio de  
defensa orgánico que debe respetar.

Pero entrados en distinciones que nos separan de nues-  
tro objeto, y debemos hablar de la

**Fiebre Gástrica.** (1) Vengo sospechando desde ha-  
ce algun tiempo, que la fiebre gástrica como entidad mor-  
bosa especial completamente identificada y defini-  
da no existe; todos los casos que así se diagnostican, son

(1) Lo referente a esta modalidad de fiebre tifoidea,  
fue publicado en la Revista de Medicina y cirugía  
práctica, número 685, página 4, correspondiente al  
tomo 51, habiendo sido reproducido por la Revista Me-  
dica de Sevilla y traducido y publicado en Alemania por  
el Deutsche Medicinal Zeitung de Berlín.

ó fiebre tifoidea abortiva (1) (las tres cuartas parte), ó provocada por el agente bacilar que de ordinario se encuentra en el intestino, el colibacilo.

Ante de desarrollar este punto, (2) creo de necesidad copiar del modo mas exacto posible el síndrome de los casos patológicos calificados de fiebre epidémica, solamente

(1) al decir aquí fiebre tifoidea abortiva, bien se comprende que me refiero á que son infecciones tíficas que ocultando muchas de las manifestaciones propias de la tifoidea ordinaria, no siguen por completo su curso evolutivo y por consiguiente de ningún modo pueden identificarse con la modalidad de fiebre tifoidea ya descrita bajo el nombre de abortiva.

(2) En la exposición de esta forma tífica, se verán alteradas algunas palabras y aun suprimidos algunos párrafos de los que figuraban en el original publicado en la Revista de Medicina y Cirugía, pero á ello nos vemos obligados, teniendo en cuenta que su forma parte de una disertación para el doctorado.

Qui sera possible donner cuenta de las consideraciones que ligeramente he de ir apuntando.

Es de todos sabido, puesto que son enfermedades de todos los países, que en determinadas épocas del año y de preferencia en otoño y primavera, se desarrollan bajo forma epidémica unos estados febriles que de modo sucesivo invaden familias, calles y zonas enteras de las poblaciones.

Estos procesos, que tienen como característica la fiebre y como diferenciación el predominio en la localización gastro-intestinal, coinciden muchas, pero muchas veces, con las epidemias de fiebre tifoidea típica, clara, evidente.

Siempre la atención en estos casos, por el lado de enfermos típicos con todas las manifestaciones de la infección typhoidea, otros en los que, si bien se perciben algunos detalles que parecen comunes a los primeros, sin embargo, escrupulosamente exami-

110

nados tienen diferencias muy ostensibles; ni la invasión, ni la sintomatología, ni la evolución, y por último ni la autopsia, presentan nada de identidad con los francamente tíficos.

La presencia de estos casos que se ofrecen al Médico, bien al principio o en la declinación de las epidemias tifoideas, o intercalados entre los verdaderos tíficos, la duda se apodera del ánimo y el clínico acaba por vacilar en el diagnóstico.

¿De qué se trata? ¿Serán también enfermos tíficos en los que la pequeña intensidad de la infección produzca una modalidad? ¿Qué clase de infección será la responsable de esos estados? Pero no queremos adlantar juicios, y vamos a exponer el cuadro sintomático de esos enfermos.

Después de un período de incubación variable, pero que no debe pasar de tres semanas, son acometidos en la misma fecha o

sucesivamente varios individuos. Los escalofrios repetidos aunque no muy intensos, el quebrantamiento general, la cefalalgia y los vómitos, abren la escena en varios casos; lo mismo, pero menos con adición del insomnio, inapetencia y epistaxis, es el preludio de otros.

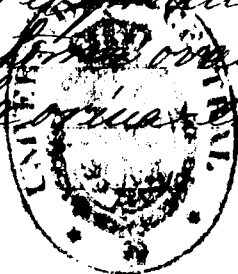
Así como hay dos modos de curar estas enfermedades, así pueden distinguirse también en su evolución dos formas principales: 1ª forma sencilla; 2ª forma mas intensa.

**Forma sencilla.** Después de dos o tres días del periodo prodrómico descrito y sin que de ordinario se haya precedido de epistaxis, aparece la fiebre que no alcanza una cifra elevada, llega a 38° y pero rara vez la sobrepasa; en cambio hay remisiones de pocas décimas. Acompañando a la fiebre se presenta la aceleración del pulso, cuya frecuencia es de 90 a 100 por minuto, siendo además amplio y regular; la cara está ligeramente enrojecida y hay sede

En el aparato digestivo se nota: Lengua roja en un principio, después blanquecina con manchas alargadas y menudas cubiertas, debido sin duda a la decamación epitelial, inapetencia por la distensión, sólida, timpánica exagerada en el epigastro, que resulta dolorosa a la palpación, y algunas veces dolores espontáneos en la misma región. En esta forma, rara vez hay vómitos. Por la palpación del intestino, se percibe mayor tensión de la pared abdominal, por la contracción de los vasos del abdomen; por último, se nota el sonido timpánico pero muy claro que el normal, y por último, pocas y ningún dolor ni espontáneo ni a la palpación, solamente se oyen algunos borborismos a distancia.

Hay estreñimiento que remueve fácilmente con enemias laxantes, y el producto expulsado es de bastante consistencia y de forma ovalada, pero sin olor especial.

La orina es normal en cantidad, roja y con poco



sedimento.

No hay modificacion en los ruidos respiratorios.

Las funciones cerebrales se ejercen sin detrimento, el sensorio esta despejado, hay lucidez completa, el enfermo contesta a cuanto se le pregunta, y su sueño tranquilo tan solo es interrumpido a veces por algunas pesadillas.

En cuanto al curso de esta forma, hay que hacer algunas distinciones: en casos la enfermedad va precedida de prodromos como la hemos descrito, pero en ocasiones tambien se presenta la fiebre en medio de una calma aparente, subiendo desde luego a la altura que despues ha de tener.

La manera de conducirse la temperatura no es tibia, pues lejos de observarse siempre las remisiones matutinas y las exacerbaciones a la tarde, se presenta con tipo inverso algu

uay preeq.

La duracion de esta variedad de fiebre es por termino medio de siete a nueve dias, pero tambien se presenta la defervescencia al tercero y aun al segundo dia, como hemos visto varios casos.

La forma de terminar es de ordinario por lisis, aunque haya ocasiones en que lo hace de una manera brusca.

No he visto fenomeno critico y en un enfermo en que solo duró el proceso tres dias, se presento el herpes labialis el primero de enfermedad.

El pronostico de esta forma fue benigno: despues de una duracion que variaba de cuatro a nueve dias, venia la regresion lenta de todos los sintomas, y el enfermo entraba en convalecencia.

Formas mas intensas. Precedidas de los sintomas caracteristicos, se desarrollan estas enfermedades con mayor aparato que las mi-



meras con mayor lujo de detalles, pero si que por eso puedan colocarse fácilmente en ningún cuadro nosológico. Tampoco es raro que aparezcan de repente, y de cualquier modo siempre la fiebre alcanza mayor altura,  $39^{\circ}$  ó  $39^{\circ}5$  cuando más, el pulso es más frecuente (100 á 110 pulsaciones al minuto) y todos los demás síntomas son como en la primera forma, aunque más intensos. Solo en el aparato digestivo, y sobre todo en el intestinal, es donde se acusa mayor trastorno.

Aquí el vientre está más tenazmente dolorido a la presión, (sobre todo en las dos fosas iliacas) y á veces espontáneamente.

Por la palpación de los hipocostrios se descubre dolor, y más en la zona del hazo, pero no se descubre aumento de volumen.

La región epigástrica está también muy sensible. Auscultando se perciben numerosos borborigmos en todo el tramo intestinal.

No hay diarrea, dominando por el contrario el estreñimiento,

y el material crematício duro y apelmachado, sale batido por un líquido oscuro y de mal olor.

La cantidad de orina está algo disminuida, presentando los caracteres de la orina febril.

La mayor observación se descubre en la piel del cuerpo entero mancha de virginea clara; la piel está rubicunda y esto en todo.

En el aparato respiratorio solamente se descubre signos de catarro bronquial, pero poco intenso. La frecuencia respiratoria guarda relación con la altura de la fiebre.

Se observa en el órgano visual ligera inyección de la conjuntiva pero sin lagrimeo, aunque algo de fotofobia.

Aquí, aunque el enfermo acierte con claro entendimiento a la evolución del mal, ya se precita sobre todo por la noche un delirio tranquilo, que desaparece con solo llamarle la atención.



A parte las diferencias dichas que separan esta variedad febril de la anterior, se completa mas aun la diferenciacion viéndolo el curso que sigue.

No dura solamente nueve dias; se prolonga quince ó aun mas. En esta época, y una vez criticamente y otras por debilidad ó letargo, se inicia la convalecencia que exige alguna precaucion y higienno dietético, para evitar recaídas. Solo se observado en el 23 por % de los casos.

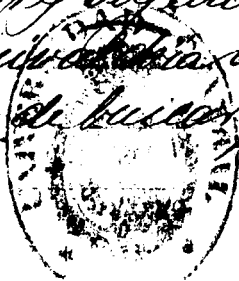
tal como la hemos descrito, he asi las dos variedades de esos procesos infecciosos febriles, que algunos de mis colegas han diagnosticado de fiebres gástricas.

De 129 casos que he tenido ocasion de estudiar, en todos he visto parecidas formas, y siempre ademas de la benignidad de los síntomas de la primera, se ha establecido la diferencia por la mayor duracion de la forma intermitente, a parte de otros

fenómenos muy importantes que en algunos enfermos se han observado.

En siete observaciones de la segunda variedad de presentaciones hemorrágicas intestinales; solamente sucumbieron tres, en los que sin duda revistió la pérdida sanguínea mayor intensidad. Estas hemorragias merecen fijar la atención por la importancia que tienen para el diagnóstico. Volvemos á insistir sobre ellas. Antes de pasar más adelante, direi, que los casos expuestos y que han merecido por bastante, amidst el nombre de fiebre gástrica, no pueden ser tal si se analiza estrictamente la cuestión.

En efecto, no pudiendo admitir el concepto patológico de las fiebres según la antigua escuela piroblógica, puesto que equívocamente se revuelven ideas unánimemente desechadas, he mos de buscar para esos estados febriles un término que este



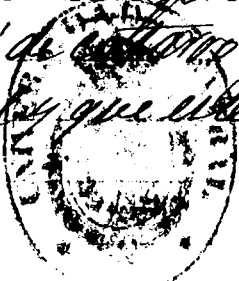
may en armonia con su causa, con su esencia, que exprese may claramente la naturaleza de la enfermedad; y siendo asi, que necesidad hay de apelar a ese calificativo que no hace sino originar confusiones?

Si se atiende a la localizacion morbosa, no puede decirse que es gástrica solamente, por que hemos visto tambien participacion del intestino (timpauismo, dolor, borborigamos); y aun admitiendo sobre todo para la primera forma mayor participacion gástrica, no vos autoriza esto a calificar a la fiebre (que ademas no lo es todo, ni siquiera lo may importante) con esa expresion, por que a usadi se le ocurre en los actuales tiempos llamar fiebre meningea a la meningitis aguda cualquiera que sea su caracter, ni fiebre intestinal a la fiebre tifoidea.

Podria objetarse que aun como Dieulafoy admite

gástrica haciéndole sinónimo de catarro  
 gástrico febril, pero en primer lugar, no hay coincidencia  
 automática ni siquiera de evolución con los estados descritos,  
 y en cuanto a la invasión epidémica que á veces afecta el ca-  
 tarro gástrico cuando se le pone a la causa determinante  
 gran número de individuos, hay que ponerle en duda, pues el  
 mismo Dieulafoy advierte que le estudien con detenimiento  
 esos catarras gástricos, que pueden muy bien ser fiebres tifoideas.  
 No pueden confundirse los términos, aunque Dieulafoy admi-  
 ta como sinónimos el catarro gástrico febril y la fiebre ga-  
 trástrica, esta última expresión se refiere á estados diferentes  
 por demás de los aquí apuntados.

Pero si no podemos admitir el diagnóstico de fiebre gástrica  
 ni de catarro gástrico febril, hemos de procurar otro más racio-  
 nal, que esté más en armonía con las ideas corrientes.



Por la época en que yo hacia estas observaciones, ocurría en Madrid la epidemia de fiebres tifoideas que muy tarde ocupó la atención de médicos tan distinguidos como los Doctores Mariani y Espina. Con ocasión de este suceso, hubo de discutirse en la Real Academia de Medicina el diagnóstico de muchos de los casos ocurridos, sosteniéndose por unos el juicio de fiebres tíficas, en tanto que otros afirmaban que por lo menos algunos casos, eran debidos á auto-intoxicaciones intestinales producidas por la toxina del bacilo coli, en cuanto se hacia patológico.

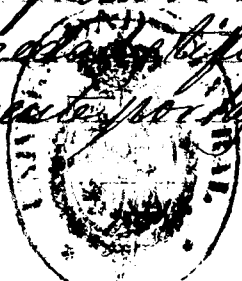
Esto excitó mi curiosidad, y desde entonces me propuse seguir exactamente el curso de las enfermedades que se presentaban á mi observación.

Lo primero que se me ocurrió, (ya que por entonces trataba yo de aquilatar el diagnóstico de los tantos casos cuya observa-

122

ción referida) fue pensar si por lo menos algunos no podrían ser producidos por el bacilo tífico o el colibacilo. Desde luego, me faltaba el recurso supremo: carecía de medios para hacer preparaciones microscópicas, y me era imposible llegar por este camino al diagnóstico causal.

Creía firmemente que los casos que me ocupan eran infecciosos, febriles y epidémicos, con localización gastrointestinales; pero de que infección se trataría, no podía decirlo categóricamente. En vista de esto, me propuse hacer diagnóstico clínico, teniendo en cuenta que de las infecciones que pueden dar lugar a determinadas enfermedades en el tubo digestivo, sección apuntada, la fiebre tifoidea puede colocarse en primera línea, y por otra parte, que la falta de absoluta coincidencia sintomática entre los síntomas tíficos y los aquí descritos, puede explicarse fácilmente por las diferencias de terreno y medios de difusión de cada



individuo, insiste en el juicio de considerar á los estados origen de este trabajo, como producidos por el bacilo tífico ó el colibacilo.

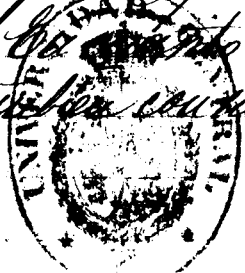
Corrobora este diagnóstico el proceso hemorrágico observado en algunos casos. En siete enfermos que el curso del proceso no habían presentado nada diferente de los demás, bajó de repente la temperatura al decimoquinto día, y tray orines en colapso; en los otros cuatro, asciende nuevamente el calor á 39°, y con el tratamiento apropiado entran en convalecencia, y al fin curan.

Ahora bien, la hemorragia intestinal supone la rotura de un vaso de mayor ó menor calibre, y para que esa efraición se verifique, se precisa también que en las paredes del intestino se fragüe un proceso de disgregación molecular que termine por romper las túnicas arteriales ó venosas. Entre los procesos ulteriores del intestino que puedan dar lugar á roturas vasculares, se cita á la vez de la disenteria, tuberculosis, y sifilis, de las que no existen antecedentes

en nuestros enfermos, la fiebre tifoidea es la que ocupa el primer lugar, ¿no es natural pensar en ella para explicar al menos los casos de la segunda variedad? Evidentemente sí.

Pero aunque la hemorragia intestinal solo se presentó en siete casos, no por eso hemos de excluir de este diagnóstico típico los restantes de la segunda forma, pues aquellos, excepción hecha de la pérdida de sangre, nada diferente presentaron de los demás; la misma invasión, los mismos síntomas, idéntico curso, la única variante la dió sin duda, la mayor intensidad del proceso en los enfermos con enterorragia; la ulceración de las placas ganó mayor profundidad y alcanzó el vaso; en los demás, el proceso de modificación se quedó más superficial y se evitó la rotura vascular.

En cuanto a los enfermos de la primera variedad, los considero también como un parecido que puede identificarlos; lo que los distin-



que, lo que les distancia notablemente, es á mi juicio, ademá de la menor participaci6n morbosa del intestino la debilidad de la acci6n causal que quisi6ra diferente que para los de la segunda forma; ¿Podrían considerarse como dependientes de la infecci6n colibacilar?

Ligamos haciendo diagnóstico diferencial.

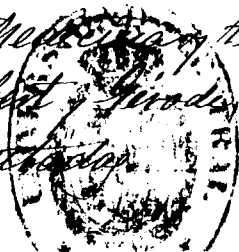
Es cierto que la infecci6n por el bacilo *sp.* tiene también las caracterizaciones gastro-intestinales, que aunque las menos frecuentes, pueden sin embargo simular el cuadro de las fiebres tifoideas; desde luego, los casos de formas sencillas, no coinciden con la forma leve de la gripe cuyas manifestaciones principales son febriles catarrales, y en cuanto á la forma grave gripal, no se observan las hemorragias intestinales, pues si en algunos casos se ha llegado á dudar del diagnóstico gripe por haberse que terminado en colapso del sistema sería acaso debida á una pérdida de su

126

que por rotura vascular del intestino, nunca pudo conyugarse esa hemorragia, y si en cambio una intoxicación bulbo por la toxina del bacilo Pfeifer.

Enemos pues tambien que deuechar la gripe en el diagnóstico que perseguimos, y esto es un argumento muy á nuestro favor para dejar ventado el de infección tífica, aunque algo atenuado, para los casos de las formas mas intestinales, y el mismo, aunque con visos de infección colibacilar, para las sencillos. No debe sorprender que enfermedad cuya evolución me indujo á hacer un pronóstico benigno, de lugar á accidentes tan serios como la enterorragia y aun la perforación intestinal, muy discutida (1) habla en su última edición de Patología Médica de Puer

(1) En el mismo sentido se expresan Rouard y Thoinot en el tratado de Medicina y Terapéutica publicado bajo la dirección de Rouard, Gilbert y Guadet, Tomo 1, pag. 341; y Baccoud en sus lecciones clínicas ya citadas.



tifus abortivo ó levisimo, que si bien es de corta duracion, puede revertir la intensidad suficiente para dar lugar á hemorragias y roturas de las paredes del intestino. Lo mismo puede ocurrir con el tifus ambulatorio ó fiebre tifoidea latente, (1) explicándose de este modo como pudo originarse la hemorragia que mató tres de mis enfermos.

No hemos dicho al hacer el diagnóstico de la segunda forma que se trata de una infección provocada por el Bacilo de Eberth, y si unicamente que se trata de una enfermedad tífica, por que está aun en litigio la nocion etiológica de la enfermedad tifoidea, y en cuanto á la primera variedad, no nos es posible dado los medios de que puedo disponer, afirmar categoricamente si son dependientes del tanto, muy citado bacilo del tifus, ó del bacilo de Eberth.

Por lo que hace al serodiagnóstico de Widal, considerado como  
 (1) Véase pagina 88

recurso supremo para el diagnóstico de la enfermedad tífica, ya veremos como no puede resolver toda la duda, ya que en misma reacción puede presentarse con solo la existencia del bacilo coli.

Resumiendo, los estados descritos con el nombre de fiebre gástrica, deben considerarse como infecciosos, febriles, con localización y gastro-intestinales, originados la mayoría de los veces por el bacilo tífico, aunque algunos puedan ser provocados por el colibacilo.

---



### Fiebre tifoidea generalizada. (1)

Hace tiempo que son conocidas las grandes aptitudes colonizadoras del bacilo del tífus, y se describen sus principales localizaciones. Se sabe de modo positivo, que además del conducto intestinal por el que siente verdadera predilección, puede invadir y multiplicarse en los más diversos órganos; el pulmón, la pléura, el cerebro, el riñón, etc son sucesivamente influenciados por su presencia a la vez que intoxicados por su veneno.

De lo que hasta la fecha no se tenía noticia, ya que ninguna observación se había publicado, era que el citado microorganismo puede tener tal poder difusivo, que pudiera simultáneamente extender su acción sobre puntos de constitución tan diferentes.

Sin embargo, la observación del Médico Alvaan Weichardt, demue-  
 (1) Debemos manifestar, que siendo esta forma de infección tífica de muy reciente creación, no pueden admitirse como definitivas las conclusiones que hay que formularse, interinamente, hechos de observación surgen en apoyo de lo escrito por Weichardt.

no que el bacilo de la fiebre tifoidea puede multiplicar sus efectos extraordinariamente, y dar lugar a un tan complicado cuadro sintomático, que la clínica es impotente para reconocerle.

La infección tífica generalizada merece pues ocupar un lugar de preferencia en la clasificación de las formas irregulares de la fiebre tifoidea, y de cierto de preferencia por que el estudio de esta variedad tífica entraña doble importancia, primero, por que siendo tan difusa y numerosa la alteración a que puede dar origen, su diagnóstico es difícil, y segundo, por que siendo tan considerable el esfera de acción, han de ser influenciados a un mismo tiempo elementos a cual mas importantes, y por tanto su pronóstico lleva consigo un sello de malignidad bien manifiesto.

Este es al menos el juicio que puede deducirse de lo escrito por el autor alemán.

El caso publicado por Weichardt el año 1901, página 140, 200



meu 36, del. Zeitschr. f. Hig. u. Infectiouskrankh u. el siguiente.  
 Se trata de un muchacho de 17 años de edad, que tiene como antecedentes patológicos el haber padecido en la niñez una otitis, y posteriormente el año de 1899, un reumatismo articular agudo con endocarditis, además de una pleuritis del lado derecho. En año más tarde es atacado de violentos dolores de cabeza, al mismo tiempo que sufre una excursión febril considerable, el termómetro señala 40° en la axila.

En presencia de estos síntomas se sospecha un ataque de influenza, más teniendo en cuenta que la temperatura continúa elevada y las alteraciones del enfermo toman carácter tífico, se hace el diagnóstico de fiebre tifoidea.

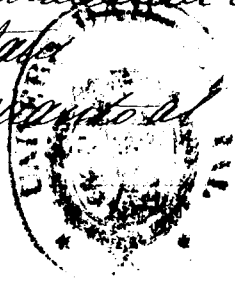
Se parece confirmado este juicio por la persistencia del estado tifoideo, cuando a los cuatro días cambia nuevamente la escena; aparecen las convulsiones, y aunque en un principio fueron locas

visadas, terminau por generalizarse; á su vez la fiebre permanece á la misma altura que en el momento de la invasión, y se presenta la constipación y contracturas.

Estos nuevos síntomas inducen á Weichhardt á desechor el diagnóstico de infección tífica, substituyéndole por el de meningitis tuberculosa, y cuando parecía confirmarse este tener diagnóstico, por el notable incremento que tomaron los trastornos cerebrales y meningícos, muere el enfermo, precisamente el día 18 del principio de los accidentes.

Practicada la autopsia como medio de confirmar este último juicio, se vió sorprendido Weichhardt al no encontrar lesión alguna de meningitis. Únicamente, dice, se apreció una congestión generalizada del cerebro, que sin otras marcadas alteraciones existía también en la mayor parte de los demás órganos.

En cuanto al digestivo, se demostró en el intestino del-



gado las lesiones ordinarias de la fiebre tifoidea; efectivamente, su mucosa tuftamada presentaba á cinco centímetros de la válvula ileo-cecal, una placa de Peyer tumefacta, dura. Pero aun fue' mas decisivo para el diagnóstico el examen bacteriológico, pues sembrando trocitos de ligado, vesícula biliar, bazo y ganglios mesentéricos, se obtuvieron cultivos puros de bacilos típicos. En cambio resultaron completamente estériles los cultivos hechos con la sustancia cerebral.

En vista del resultado del examen necróscopico y las pruebas de la bacteriología, el autor considera este caso como un ejemplo de infección generalizada de bacilos típicos.

Presumiendo, la observación de Reichardt aduce de sus datos un nuevo modo de invasión del bacilo de la fiebre tifoidea, y se muestra una vez mas la insuficiencia de los recursos clínicos para el diagnóstico.

Estudio de los principales recursos diagnósticos  
para el reconocimiento de las formas irregulares  
de Fiebre tifoidea.

---

Terminada la exposición de las formas irregulares de infección tífica que nos proponíamos estudiar, y para cumplir con el programa señalado, debemos ocuparnos ahora de los medios diagnósticos de mayor positiva eficacia para el reconocimiento de los estados descritos, ya que la clínica no pocas ocasiones resulta insuficiente para revelarles.

Ciertamente que los procedimientos de que hemos de tratar no son exclusivos para el diagnóstico de las formas irregulares de la fiebre tifoidea, pero aun siendo los generales de la infección a este nombre, nosotros podemos utilizarlos ya que solamente con su auxilio es posible aproximarnos al conocimiento de la verdadera naturaleza de los estados morbosos a punta



dos (1)

Nos referimos al diagnóstico bacteriológico o simple comparación del bacilo al microscopio, la sero-reacción de Vidal, la reacción diarreica y los procedimientos especiales destinados a poner de manifiesto el agente causal. Como apéndice, hablaremos también de la Crioscopia que aun cuando se refiere al procióstico, y permitámonos la frase el diagnóstico de este último juicio.

Para evitar torcidas interpretaciones, debemos tener cuenta desde luego, que la mayoría de estos recursos (sero-reacción simple al microscopio,

(1) aun cuando nos hemos atrevido a poner en duda la especificidad del bacilo de Obertin en la fiebre tifoidea reconociendo en el coli común e aptitud de bastantes para originarla en algunos casos, esto es un obstáculo para que teniendo en cuenta la constancia de dichos microorganismos en la producción del estado tífico, reconozcamos la importancia que entraña para el diagnóstico, considerando los recursos destinados a revelarles como los más eficaces para el conocimiento de la enfermedad tifoidea.

sero-reacción, y procedimientos especiales,) se han querido utilizar únicamente como medio de demostrar la presencia constante del bacilo de Eberth en el organismo de los tíficos, cuando como admitido que este agente microbiano es exclusivamente productor de la enfermedad tifoidea, pero á nuestro modo de ver, lejos de probar lo que se pretende, vienen á exagerar más las dudas que acerca de la etiología de esta infección existen, sin conseguir por otra parte convencer que los tales procedimientos sean únicamente reveladores del que se supone bacilo específico de la fiebre tifoidea.

Previo esta aclaración, y para que no se crea ley consideramos con la infalibilidad que parece les quieran dar los defensores de la infección eberthiana, puesto que aun no aparece despojada la incógnita etiológica, y sin que tampoco pretendamos privarles de su respetable valor, les pasaremos revista ligeramente.



Diagnóstico bacteriológico. El diagnóstico bacteriológico de la fiebre tifoidea, fue el que en un principio creyo resolver todas las dudas, pues claro es que la comprobación del bacilo tifoideo al microscopio en las preparaciones echas al efecto con elementos procedentes de las deposiciones del enfermo, con la sangre de las manchas roséolicas, o del hemo, habria de permitir asegurar el diagnóstico de infección tífica. No fue un suceso menor tan pronto el éxito que prometia obtener tal procedimiento, pues en bastantes enfermos en que la clinica hizo el juicio de fiebre tifoidea, el de Eberti no pudo ser hallado.

Igual resultado negativo dió el examen bacteriológico en otra porción de casos, (1) y esto fue lo ocurrido tambien con la epidemia de fiebre tifoidea que se desarrolló en Madrid en el invierno de 1899; en tanto que unos pudieron hallar el bacilo de esta infección no tan solo en los productos urinarios y sangre de los enfermos, si-

(1) Caso ya citado de Le Guendre pag. 8.

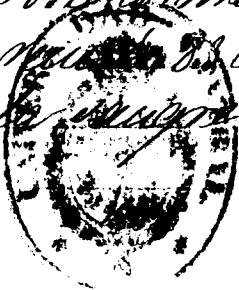
138

un punto en el agua de que se vertían, é muchos otros no les  
fui posible revelarlo, llegando en consecuencia la existencia  
de la enfermedad.

No obstante, los modestos trabajos realizados para descubrir  
el germen causal en el organismo de los invadidos de fiebre  
tifoidea, parecen ser una serie de observaciones.

En la memoria que sobre la *Diumotifoidea* publicó August  
en Mayo de 1901, afirma este que es constante la presencia del bacilo  
de Eberti en la sangre de los enfermos atacados de dotie-  
nenteria, al menos durante los periodos de estado é infección de  
la enfermedad, habiéndolo podido revelar su existencia en la  
sangre de la circulación general, en 21 enfermos.

Posteriormente y continuando las investigaciones, ha logra-  
do descubrir el caso en los que pudo encontrar el bacilo de Eberti  
en la sangre tomada por punción de una vena del plie-



que del codo.

Los periodos de la infeccion durante los cuales se puede aislar el microorganismo citado en la sangre de la circulacion general, son por orden de mayor a menor frecuencia, el primer septenario, en que se descubrió 18 veces, el segundo, quince y el tercero, cinco.

Omitiendo de detallar la técnica de Rouquet para el aislamiento del bacilo de la fiebre tifoidea, remitimos, (para los que deseen mayores detalles,) a la memoria del autor dirigida a la Revista de Medicina de Paris, o a la Presse Medicale, número 5 - pagina 54 - 1902

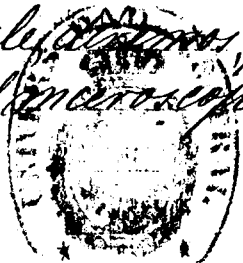
Con relacion a este mismo asunto, Aldo Castellani (1) cita 12 casos de fiebre tifoidea, en los que no le es posible revelar el bacilo de Eberth ni una sola vez, en cambio que en otros 14 de 14 observaciones, le descubra en doce.

(1) Riforma Medica. 16.

Los tan opuestos resultados obtenidos por un mismo experimentador, los explica Aldo Castellani invocando la influencia del genio epidémico, ya que no encuentra otras causas capaces de producirlos.

Parece pues en vista de las opiniones de los anteriores observadores, y á juzgar por los nuevos trabajos que con este motivo se van publicando, que la presencia del bacilo de Coertt en la sangre de los tificos es inculdable; mas como aun se citan casos negativos en los que por ningún medio se ha podido evidenciar, no puede resolverse definitivamente esta cuestión, habiendo necesidad de esperar á que ulteriores demostraciones prueben la verdad de aquel aserto.

Para terminar con lo referente al examen bacteriológico simplificado, que aun cuando el reconocimiento del bacilo al microscopio es un dato de la mayor alta importancia para el



diagnóstico de los estados tíficos, como resulta que este microorganismo puede hallarse en estado saprofito o por lo menos vivir silencioso en el intestino de las personas sanas; la presencia de dicho germen afortunadamente, esto es, sin la presentación de las alteraciones que ordinariamente acompañan a las enfermedades tifoideas, no puede bastar para resolver el diagnóstico.

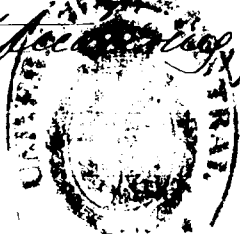
Sero-reacción. Con este nombre, y en luminosa memoria a la Sociedad Médica de los Hospitales el 26 de Junio de 1896, dió a conocer Vidal un medio infalible de diagnóstico, considerado también por Dieulafoy como preciso e incontestable y el único procedimiento seguro para delimitar el campo de las enfermedades tifoideas.

La Presse Médicale de Paris tuvo el honor de ser el primero en la prensa profesional de dar a conocer el descubrimien-

142

to de Vidal, que extractado de la descripción que de él hace su autor, es como sigue. Examinando cultivos de bacilos de Coertli lo más reciente posible en caldo, se observan al microscopio bacilos aislados y muy móviles, pero si se mezcla el cultivo procedente de la sangre de un tífico con un cultivo en actividad en la proporción de  $1 \times 10^6$  a  $1 \times 5$ , y se deja reposar la preparación un cuarto ó media hora, se ven aquellos bacilos antes móviles y aislados, formando grupos minuciosos y confluentes que habiendo perdido por completo su movilidad y de formado, se reúnen en islotes separados por espacios deiertos cual un archipiélago, según la expresión de Vidal.

Esta reacción es constante, y permite con absoluta certeza hacer el diagnóstico de infección tífica, en todos aquellos enfermos cuyo suero ha provocado en la preparación tal y como defectos, y así Vidal, Dieulafoy, y Sicard, han visto pro-



ducirse este fenómeno en todos los casos de fiebre tifoidea, habiendo quien como Aclard y Roussaud (citados por Biélafoy) observaron la reacción aglutinante, hasta en la leche de las nodrinas atacadas de infección estercoraria.

Si se pretende alterar en suada el merito que corresponde a Vidal por su notable descubrimiento, creo que para que llegue a ocupar en patología el lugar a que aspira, ya concedido por algunos, debe acreditar las dos condiciones siguientes.

1<sup>a</sup> Que sea única y exclusivamente el bacilo de Eberty el que provoque esta reacción.

2<sup>a</sup> Que la sero-reacción se manifieste siempre que este bacilo se encuentre en el organismo.

Ahora bien, si la primera condición la cumple siempre, si la segunda es constante. Nos explicaremos. En primer lugar, desde el momento que el suero de los tíficos

144

produzca también esas modificaciones sobre cualquier elemento bacteriano que no sea el bacilo de Eberti, cae por su base su pretendida precisión, y este medio diagnóstico dejó de ser específico para el descubrimiento de la enfermedad tifoidea.

Pues bien, el colibacilo es aglutinado por el suero de los tíficos, así lo observaron las investigaciones de Stern, von Ribenstein, Durban, y Goussinot y Lenoir, estas últimas practicadas en la clínica del profesor Broudet de la Universidad de Lyon.

En su consecuencia y cuando parecía definitivamente juzgado el procedimiento de Widal, vuelve a la orden del día el discutido.

Quien cuando no pretendemos hacer la bibliografía completa de esta cuestión, no podemos pasar en silencio el importante trabajo de Van de Velde (1) publicado en 1898, y en donde se afirma que solo los bacilos de Eberti eran aglutinados por el suero

(1) de Velde, *Valueur de l'agglutination dans l'identification des bacilles ebertiformes* → *Archiv. f. Bakt.* 1898 - tomo 23

ro de los enfermos que sufra una infección tífica, no ejerciendo acción alguna sobre el colibacilo.

Muy opuesta a la anterior es la opinión de Stern, Deco, Ribenstein, Durham, y otros.

Stern (1) experimentando con cuatro muestras de colibacilos y empleando cultivos muy jóvenes, obtuvo los resultados siguientes. El suero de 25 individuos normales, no aglutinó el bacilo de Eberth pero sí el coli de  $\frac{1}{15}$  a  $\frac{1}{60}$ , y empleando sueros tíficos, obtuvo 18 veces una aglutinación mayor sobre el bacilo coli que en los sueros de sujetos sanos.

Además, y esto es lo más importante, en cinco casos los sueros tíficos aglutinaron con mayor intensidad el colibacilo que el bacilo de Eberth.

Deco (2) por otra parte, a observado la aglutinación del coli con

- (1) Stern - centralbl. f. Bakt. 1898 - 26 de abril - tomo 23 pag. 16.  
 (2) Deco - *idem* - *idem* - *idem* - 28 de octubre - tomo 24 pag. 15

siero de enfermos que no ejercieron influencia sobre el de Eberth.

En once ensayos con suero de tífico, obtuvo siete veces una reacción positiva con una variedad de colibacilo, y dos veces con otros. En cuatro casos, la aglutinación fue mayor que sobre el bacilo de Eberth.

El procedimiento empleado, fue el cultivo a la estufa durante 24 horas, en presencia del suero.

Riberstein (1) observó resultados análogos sobre cuatro especies de colibacilos. Este fue aglutinado con mayor intensidad por el suero de los tíficos, que por el de individuos normales, y en 18 tíficos examinados, encontró en cinco casos mayor aglutinación del coli que del Eberth.

Experimentando con el mismo objeto, Durham (2) ha visto que el coli de *S. dysenteriae*, se aglutina hasta el 1% como el de Eberth por los sueros tíficos, en tres casos la aglutinación fue mayor sobre el

(1) Riberstein - Zeitschrift. für Hyg. u. Infektionskr. 1898-27. no. 3

(2) Durham - The Lancet - 1898 - et centrale. f. Dakt - 24. no. 15

bacilo de Gaertner. Por último en una observación, un suero de antiguo tífico aglutinó este bacilo, no ejerciendo acción alguna sobre el de Chertt.

De las experiencias practicadas por estos autores, han deducido las hipótesis siguientes. Que en la fiebre tifoidea hay infecciones coliformes asociadas, que dan al suero una propiedad especial (Strom, Rubenstein) ó lo que es lo mismo, que las infecciones tifoideas pueden ser originadas por el colibacilo (Dunham).

Como se ve, las conclusiones patológicas a que conducen las experiencias de los autores citados, revisten interés capital, pues ellas vienen a apoyar una vez más la idea, de que la fiebre tifoidea no es siempre producida por el bacilo de Chertt.

Pero sigamos nuestra exposición.

Bourmout y Lesieur (1) en la clínica del profesor Dardet, repitieron

(1) Paul Bourmout et Ch. Lesieur - Le bacille coli est-il agglutiné par le serum du typhique? *Revue Médicale* n.º 105 paginas 403-1900

de las experiencias con el mismo objeto, han estudiado la acción de los sueros típicos humanos sobre el colibacilo y bacilo de Ebert.

Comparando la acción aglutinante de uno y otro en las epidemias de cholera de 1896-97 (13 casos), y 1899-1900 (dos casos), se ha obtenido el resultado siguiente.

En los casos estudiados con ocasión de la 1.<sup>a</sup> epidemia, concuerdan todos a fiebres tifoideas clínicamente ciertas, la sero-reacción hecha en los mismos días, una sola vez por cada enfermo, pero simultáneamente sobre cultivos de igual fecha de bacilo coli y Ebert, y en la proporción única de uno de suero o de sangre por diez a cultura, operando sobre una sola raza de coli, y siendo variable el período de la fiebre en que se recogió la sangre y el tiempo que la mezcla quedó en contacto, dió por resultado una aglutinación clara del colibacilo al 1% en un caso, pero después de 24 horas de mezcla, en tanto que la aglutinación del de Ebert fue positiva y muy clara;

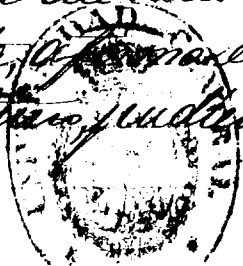
al 1,<sup>o</sup>/<sub>10</sub> en nueve casos, menos clara en dos, negativa en uno.  
 En las experimentaciones llevadas a cabo en la segunda epidemia, se em-  
 plearon dos razas de colibacilos, el uno muy aglutinable y el otro proce-  
 dente de laboratorio y diferente del bacilo empleado en la epidemia anterior.  
 Los resultados fueron, comprobar la aglutinación del coli' en dos casos.  
 Según estos autores, parece existir una relación inversa de aglutinación  
 entre los dos bacilos, pues aumenta la del coli' precisamente en el período de  
 crisis de la enfermedad, que es precisamente cuando la *E. coli* es muy exigua.  
 Los dos casos en que el coli' fue aglutinado, se trataba de una forma muy pro-  
 longada de fiebre tifoidea (71 días) con afecciones de perforación intestinal, en uno;  
 y de una fiebre tifoidea ligera pero seguida de gran recaída, en el otro.

Posteriormente a estas experiencias, se han efectuado algunas otras en  
 tre las que merecen citarse las de Saquiéres, (1) jefe del Laboratorio mi-  
 titar de bacteriología de Reunz, el cual de due de los trabajos efectuados.  
 (1) E Saquiéres De l'agglutination de *Bacterium coli* par le sérum  
 des typhiques - *Revue Médicale* no 46 page 268-1904

dos, que aun cuando no de un modo constante, es bastante frecuente la aglutinacion del colibacilo por el suero de los tipos, pero que dicha aglutinacion es capriciosa en su intensidad pudiendo variar del 1X25 al 1X100 y aun mas arriba, no siendo menos irregular en su evolucion, hasta el ultimo, que puede presentarse precoz o tardia, fugaz o largotempus prolongada.

Puesta en presencia del suero tipo varas colibacilares Divergas, se observa que la aglutinacion no interesa todas las especies sometidas a la prueba, ni lo hace en el mismo grado.

Fundandose en esto, dice Saqueri, existe en el intestino de los tipos una serie de varas colibacilares de reaccion altamente variable para el mismo suero. Ahora bien, comparada la aglutinacion especifica del bacilo de Eberti con el poder de aglutinacion del coli, resulta, ~~según~~ <sup>según</sup> el mismo autor, que la may veces es may debil, se dice ~~ultimo~~ <sup>ultimo</sup> fundiendo sin embargo ser igual y aun superior que



la del primero, pero de cualquier manera de muestra.

Conforme Saquiye la idea de Courmont y Lénier, esto es, que el poder de aglutinación de los dos bacilos está en razón inversa, siendo ondy baja la del Eberti cuando el colibacilo la tiene alta, y reversa.

Aquí mismo, con respecto a la importancia que pueda tener para el pronóstico esta mayor aglutinación del colibacilo, dice que no parece estar en relación con la gravedad de la enfermedad, habiéndose comprobado una muy débil aglutinación en un caso realmente amenazado de peritonitis, aun cuando no sucede lo mismo por lo que hace a la memoria intencional, pues en un caso en que el suero era inactivo exclusivamente de presentarse este accidente, adquirió después de algunos días un poder aglutinante pronunciado, y en otro, al siguiente día ya presentaba un alto poder de aglutinación.

152

Si este resultado se llegase a comprobar repetidas veces, sería pues la intensidad de la aglutinación del colibacilo, el mejor dato para poseer en el camino del diagnóstico de esta complicación.

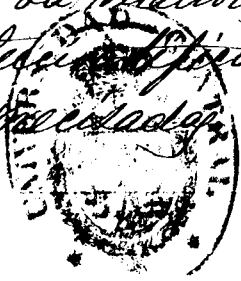
Resumiendo el resultado de sus experimentos, dice Saeguí pie:

1.º La aglutinación del coli por el suero, significa ciertamente, o una infección, o una intoxicación del organismo por este microbio.

2.º La aglutinación del colibacilo por el suero de los tíficos, es un fenómeno muy frecuente, a condición de tomar suero y microbios del mismo sujeto y repetir las experiencias cuando sea necesario.

3.º La poderosidad del intestino de un mismo tífico, para la especie colibacilar y diversamente influenciada por un mismo suero.

4.º La relación de aglutinación colibacilar con el grado de infección tífica, o con las complicaciones, no están suficientemente precisadas.



Después de leer las precedentes observaciones, no podemos menos de restringir en parte la importancia de la sero reacción, ya que como hemos dicho, falta abiertamente a la primera condición que se exige a cualquier medio que aspire al título de precisión y de seguridad.

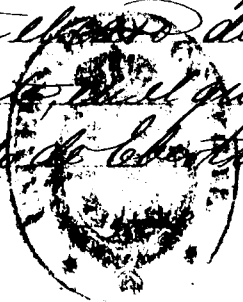
Si pues la reacción de Vidal se manifiesta también con el cobalto, aun cuando sea en menor número de casos y con menor intensidad, (algunas veces sin embargo el mayor) basta para invalidar un procedimiento tenido por algunos como el más seguro para el diagnóstico diferencial de la leptospirosis y tifoidea.  
Pero hay más, al investigar la 2ª propiedad, esto es, si la sero reacción se manifiesta siempre que el bacilo de Ebert se halla en el organismo, nos encontramos también con la negativa, existiendo. Hemos bien demostrado, que en algunos enfermos que clínicamente se diagnosticaron de fiebre tifoidea, la sero reacción no se ma-

184

sufrido.

Esto fue lo ocurrido en el caso ya citado de Leandre, el cual refiere la observacion de un enfermo en quien fue inutil toda investigacion para el descubrimiento del bacilo de Cherté, como infectandose la serorreccion a pesar de tener un proceso febril con todos los caracteres de una fiebre tifoidea.

Por otra parte, los resultados obtenidos en sus experimentaciones por Durham, prescindiendo ya de los casos en que fue mayor la aglutinacion sobre el bacilo coli, muestran claramente que el de Cherté no siempre se conduce de igual modo en presencia del suero de los tíficos, pudiendo en ocasiones sustraerse a su influencia, sin que se presente la característica aglutinacion. Qui cita el caso de un enfermo con fiebre tifoidea antigua y evidente, en el que el suero no ejerció influencia alguna sobre el bacilo de Cherté.



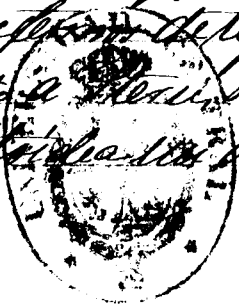
Coincidiendo con estas ideas, resulta tambien de las observaciones de Coomont y Lescier, que en un caso tan poco sufre la coagulada aglutinacion el bacilo de Ebert.

Resulta pues, que la sro reaccion no cumpliendo ni la primera, (Steu, ouco, Riberstein,) ni la segunda de las condiciones prefijadas para poder aspirar al titulo de nuevo supremo de diagnóstico, debe quedar figurando como uno de los mas positivos medios de reconocimiento del bacilo de Ebert y por tanto de los estados tifoideos, pero en modo <sup>alguno</sup> el caracter de precision y seguridad que algunos le han concedido.

Para que no pudiera surgir duda alguna, a cerca del resultado de los trabajos de laboratorio llevados a cabo por los autores citados, debia haberse hecho previamente el simple examen bacteriológico al microscopio, de la sangre de los supuestos tíficos, pues así se hubiera puesto de manifiesto los microorganismos durante

de la infección, mas habiendo diagnosticado bien clínicamente y así hay que suponerlo dado que se trata de fiebre tifoidea ordinaria y clara, es lo suficiente para la práctica de estas experimentaciones, que por lo demás y en cuanto a sus resultados, están en lo mismo a uno que a otro bacilo.

Nuevamente exponemos nuestras dudas a cerca de la especificidad del bacilo de Eberth como agente productor de la fiebre tifoidea; el serodiagnóstico de Mardiesch pone siempre demostrado este elemento bacteriano en los casos de infección tifoidea, demostrando así que este agente es el único productor de la enfermedad, pero ahora vemos que no es del todo cierta tal afirmación y que la misma seroreacción ha revelado en algunos casos de tifoidea al colibacilo únicamente, lo cual ha permitido a Steiner, Riberslein, Purhan y Beer, admitir para la fiebre tifoidea un origen colibacilar.



**Procedimientos especiales de diagnóstico.** (1) Posteriormente a la seroreacción y como medio de diferenciación del bacilo de Eberth y colibacilo, propone Mankowsky (2) un procedimiento simple y rápido de diagnóstico diferencial.

El autor ha repetido y completado la parte de la experiencia de Rothberger, referente a la influencia de los medios nutritivos coloreados en el desarrollo de los microbios de la fiebre tifoidea.

(1) aun cuando este trabajo no se refiere directamente al diagnóstico de la enfermedad que nos ocupa, como su objeto es poder diferenciar los dos tipos de microorganismos que pudieran confundirse, claro es que encontrando un procedimiento que permita distinguirlos, se tiene ya hecho el diagnóstico de la fiebre tifoidea pues aún como admitido que es el de Eberth el único productor de ella, y por tanto allí donde se encuentra, se puede reconocer un sistema tífico.

(2) Archives Russey de pathologie, de médecine clinique, et de bactériologie, volume 8<sup>o</sup> fasc 4<sup>o</sup> page n<sup>o</sup> 310 - traducción para la Ome Médica, por S. Torroja - 1901.

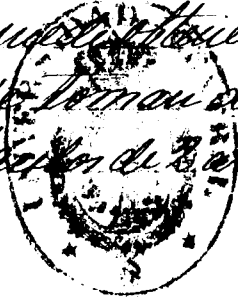
158  
y colibacilo.

El procedimiento de Manchorsky, está fundado en el cambio de color y aun de coloración que sufren ciertas materias colorantes, bajo la influencia de la actividad vital de estos microorganismos.

Después de repetidos ensayos, el autor ha conseguido obtener resultados positivos que permiten la diferenciación, puesto que cada uno se conduce de modo diferente con las sustancias colorantes con quienes se les pone en contacto. Efectivamente, habiéndolo preparado una muestra de color azul o azul violeta y colocado en porciones diferentes cultivos de bacilos de *E. coli* y colibacilo, observo que en tanto que bajo la influencia del primero el color de la muestra pasaba a rojo frambuesa, la que estaba bajo la influencia del colibacilo, cambiaba su color azul en azul verdoso y se decoloraba en seguida.

Se puede obtener también esta reacción instantáneamente.

Si se toman dos tubos de gelatina, con cultivos de la dos especies de bacterias de 3 ó 3 días de edad, y se depositan con ayuda de un pipete



ta una o dos gotas de esta mezcla sobre cada cultivo, se nota inmediatamente que el tubo que contiene los bacilos de la peste leptica se colorea en rojo, sobre todo en la parte superior, mientras que los cultivos del bacilo coli, forman una coloracion azul verdosa, que desaparece rapidamente.

Estas son las principales modificaciones que los bacilos enunciados ejercen sobre los medios coloreados, que han servido a Mankowsky para hacer su procedimiento diferencial.

Quitamos por su menor importancia otra porcion de detalles que el Medico ruso se pone minuciosamente en su interesante trabajo, asi como la tecnica de preparacion del medio coloreado (1)

Despues de leer el curioso procedimiento que acabamos de extractar, se vé un impulso a afirmar la sencillez del problema, manteniendo en cuenta que este medio de diagnostico diferencial, usó el pa-

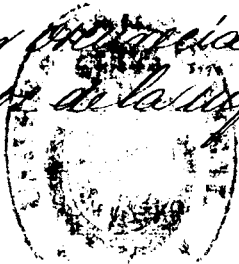
(1) Para mayor promemoria consultarse los archivos rusos ya citados.

culo de Eberth y colibacilo no ha recibido aun la sancion de los bacteriologos, juicios destinados a juzgarle, y debemos reservar el juicio definitivo, hasta que nuevos estudios de observacion demuestren su nocividad.

**Reaccion Diazoica.** En este nombre se designa un procedimiento de diagnostico clinico de la fiebre tifoidea, que consiste en la coloracion roja que toma la orina de los enfermos, cuando se la somete a la accion del reactivo de Ehrlich.

Es por cierto constante en esta enfermedad, de tal manera, que como dice Ehrlich y otros autores que del asunto se ocupan, constituye la diazo-reaccion uno de los sintomas muy constantes de la fiebre tifoidea.

No es solamente por este caracter por el que se le da importancia, sino que presentandose en los primeros dias de enfermedad, facilita enormemente el diagnostico, que de otro modo habria de permanecer ignorado, hasta que hubiesen su aparicion los sintomas tipicos de la infeccion eberthiana.



Por lo que se desprende de lo expuesto, este medio diagnóstico es algo así como infalible en el reconocimiento y distinción de las enfermedades tifoideas; siendo su constancia tal, que basta su presencia para desde luego afirmar la existencia del estado tifoideo (1)

No coincide con las anteriores la opinión de Eichhorst, (2) quien afirma poder tan constante su presencia en dichos procesos, ya que existen casos de tifoidea en que no se ha manifestado dicha reacción, presentándose en cambio en otras enfermedades infecciosas que como la tuberculosis por ejemplo pueden confundirse con la fiebre tifoidea.

En que sea nuestro objeto mencionar en nada la importancia de este recurso clínico para el diagnóstico de estos procesos, no

(1) G. Durán - La reacción diarreica tifoidea del Doctorado de 1897.

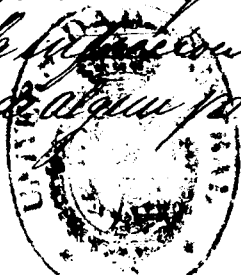
(2) Eichhorst - Tratado de Patología interna y terapéutica traducción española de H. pag. 396

podemos menos de oponerle algunas objeciones, que naturalmente surgen al considerar la gran altura á que ha querido llevarse.

Si la diarrea se comprobare siempre en los enfermos típicos que se presentase con análogos caracteres en otros estados morbosos, serviría muy bien para el diagnóstico; pero si lejos de esto confiesan ingenuamente Ehrlich y demás autores, que la diarrea diárrea se observa también con gran frecuencia en los casos graves de tuberculosos pulmonares con fiebre ó sin ella, si se presenta también en la meningitis tuberculosa aguda y de aparecer los fenómenos meningícos, y si finalmente falta muchas veces en las formas tanto leves como abortivas de la fiebre tifoidea,

¿Que seguridad ha de ofrecer este recurso para el diagnóstico?

Si por otra parte tenemos en cuenta que las formas irregulares de la fiebre tífica que son las que más constantemente vacitan de algún procedimiento que denuncie su origen, ya que su síntoma



matología no es nunca tan completa, estensa, y acabada como en la fiebre tifoidea ordinaria, y precisamente en ella y en la que con mayor frecuencia se omite de ella reaccion, se comprueba que este procedimiento dicitae aun bastante del caracter específico que por algunos se le ha concedido. Haciendo pues justicia a la diarromaciou de Burlicu, debe considerarse si como uno de los síntomas mas frecuentes de la infeccion tífica, y sobre todo de la forma ordinaria y clásica, que en union con la de mayor atenuacion y completaria el cuadro diadromico de la enfermedad, pero en modo alguno como el recurso supremo del diagnóstico.

Hoy día en que aun se desconoce la causa de la reaccion diarromica, no es posible darle mayor importancia; ahora bien, cuando se estudien profundamente la atenuacion organica que se verifica en el curso o durante el desarrollo de la enfermedad, en que la diarromaciou se manifiesta, cuando se conozcan las evolucio-

nes químico-orgánicas que sufren los productos de secreción de la  
 teriaca, en una palabra, cuando se tenga cabal idea de las in-  
 tinas relaciones químicas de las diferentes toxinas, y se estudie  
 bajo el punto de vista químico y detalladamente los caracteres  
 de las orinas en cada enfermedad, entonces ya perfectamente fun-  
 damentado este procedimiento de diferenciación clínica y con-  
 cida su genes, pasará de un simple acto de observación, a la  
 categoría de signo diferencial.

No podemos resistirnos al deseo de hablar siquiera sea bre-  
 mente, de un signo pronóstico importante, una fiebre tifoidea, ya  
 referimos a la Crioscopia (1).

Con este nombre ha publicado últimamente Waldvogel un tra-  
 bajo por demás interesante, ya que según él, del análisis del suero  
 del enfermo, puede deducirse el probable desarrollo del padec-  
 imiento.

(1) Waldvogel, Das Verhalten der Blutgefrier punkte beim Typhus abdo-  
 minatus, Zeit med Woche, 1900 nr. 46 pag. 735

Las observaciones practicadas en la clínica del profesor Oelstein de Gotinga, le autorizan a pensar, que interin la elevación del punto de congelación del suero de los tíficos este considerablemente aumentada, la enfermedad terminará favorablemente, pero que si esta elevación no se produce, la fiebre tifoidea terminará regularmente por la muerte.

Waldvogel, que explica la elevación del punto de congelación de la sangre de los tíficos por la presencia en este líquido de la antitoxina tífica, cree que este sigue el una base proteica de la muy sólida, puesto que se puede apreciar si el organismo fabrica o no en cantidad suficiente la antitoxina definitiva y a neutralizar el veneno, esto es, la fuerza de resistencia del tífico.

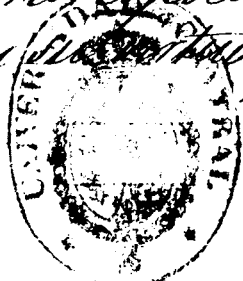
Segun el autor, el punto de congelación del suero normal oscila al rededor de  $0^{\circ}56$ . Ahora bien, el punto crioscopico mayor observado servó en dos centenares que tenían  $1^{\circ}68$ ,  $1^{\circ}28$ , y el mas bajo,

entre enfermos que sucumbieron, que presentara  $0'65$ ,  $0'62$ , y  $0'54$ .

Refiere ademas el caso de un enfermo que teniendo un punto de congelacion de  $0'56$ , sufrio una fiebre tifoidea muy grave y aunque en la época que escribe este trabajo notaba ya la prerenuncia, su curacion no es aun definitiva.

Resumiendo el trabajo de Waldvogel, resulta, que la elevacion del punto crioscópico del suero de los tíficos, no puede ser atribuido, ni al espesamiento de la sangre, ni a la retencion de cloruros, ni tampoco a la insuficiencia renal. El solo efecto positivo, es el aumento de la cantidad de azoe en el suero, y una relacion muy vaga pero nunca constante, entre la intensidad del poder aglutinante, y la elevacion del punto crioscópico del suero.

En su opinión piensa el autor, que la prerenuncia en el suero de



unas sustancias albuminoides, son las que producen la elevación del punto de congelación, y en cuanto a la naturaleza de estas sustancias, cree apoyándose en ciertos hechos, que están formadas por las antitoxinas, que serían los aglutinados específicos.

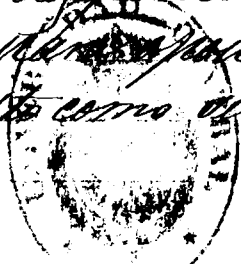
Declaro Waldvogel de su notable trabajo, 1º que la elevación del punto crioscópico del suero, no se puede atribuir en todos los casos a la uremia 2º que en la fiebre tifoidea, la elevación de este punto está en relación con la formación de las antitoxinas 3º que en su caso dado de esta enfermedad, si el punto crioscópico pasa poco de la cifra normal o está situado por bajo de 0'70, el pronóstico se hace grave.

Después de lo expuesto, cabe dignificar la grande importancia y trascendencia del método de Waldvogel, puesto que si las observaciones posteriores llegan a confirmar aquellos extremos,

poseeremos en lo sucesivo un medio fácil y positivo para el pronóstico de la fiebre tifoidea.

Siendo cual afirma su autor la autitosina la causa eficiente del desarrollo de este fenómeno, podría medirse cual se hace en las leucias ordinarias, la potencia, el grado de acción y resistencia del organismo invadido, por la cantidad de sus productos, que los elementos celulares poseen a disposición del sujeto para favorecerle en el ataque, y puesto que indudablemente en las enfermedades infecciosas el número y la clase de gérmenes desempeñan el principal papel causal, y ya que en ocasiones no es posible medir estas, precisando así la cuantía de la ofensa, bien nos será tener ahora un medio que nos permita conocer las fuerzas de que el organismo dispone para oponerse a la acción bacteriana.

Esto como ya acaba de ver parece muy fácil, basta como



cer el punto crioscópico del suero del enfermo para juzgar de la cantidad de antitoxinas, elemento que son la expresión de la resistencia orgánica; y por tanto, juzgar del porvenir del enfermo.

La crioscopia es si cabe de mayor importancia práctica que los procedimientos diagnósticos, incluso la sero-reacción de Widal pues si estos nos facilitan el conocimiento del agente causal, y por este el de la enfermedad, el método de Waldvogel nos da los antecedentes que necesitamos para juzgar del porvenir de los sujetos invadidos, y si el diagnóstico interesa al patólogo, el pronóstico resulta más importante para el clínico a la cabecera del enfermo.

En el supuesto que lleguen a confirmarse las observaciones de Waldvogel, la clínica se da por satisfecha; no así la patología, que desconociendo una porción de detalles, como la

170

général du phénomène et relations avec les différents pro-  
cessus morbides, témoin que continuer en ultérieures investiga-  
tions la résolution de ces termes, ya que la cryoscopie me-  
rite occuper un lugar de preference ou el capitulo desti-  
nado a la descripcion de los estados de tipoides.

---



### III

## Tratamiento

Dada la índole de este trabajo, y teniendo en cuenta que muchos de los medios aconsejados para combatir esta enfermedad en su forma tipo, tienen igualmente aplicación a las formas irregulares, y por otra parte, que tanto el tratamiento sintomático general, como los métodos generales, y tratamiento particular de las complicaciones, es sobradamente conocido, nos limitaremos al estudio de la terapéutica más importante de la tifoidea, esto es, la Seroterapia.

Al inmortal Pasteur corresponde de lleno el honor de haber establecido los primeros fundamentos de la seroterapia. Él fue el primero que consiguió inocular a las gallinas cultivadas atenuados del microbio del

colera de esta especie, hacerlas inmunes para padecer la enfermedad (1880).

Posteriormente a esta época, son varios los nombres de autores que con sus trabajos, honran las páginas de esta terapéutica profiláctica y curativa.

Las primeras experimentaciones se hicieron en el sentido de evitar el desarrollo de la enfermedad, y Pasteur, Boussaint, Arloing, Cornevin, y Ehrlich, con sus continuados trabajos, lograron la inmunidad en los animales para el desarrollo del carbunco, rabia, y gangrena gaseosa.

Se continuaron ulteriormente las experimentaciones para conseguir este estado de inmunidad en otras enfermedades infecciosas, pero todo resultó infructuoso. Este fracaso no vino a disminuir no solamente el conocimiento de los agentes microbianos, sino que por

dependiendo una resistencia máxima superior al organismo, la inoculación de determinado suero de cultivo equivaldría a una verdadera intoxicación celular, aparte de existir algunos agentes bacterianos que no han podido ser atenuados, a pesar de los repetidos pases e inoculaciones sucesivas a que han sido sometidos.

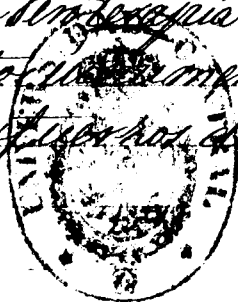
Por todas estas razones ha habido que prescindir de la inculación preventiva, que de conseguirse algún día sería el desideratum terapéutico.

En cambio desde los últimos diez años, se ha despertado una nueva corriente en el campo de la terapéutica; combatir la causa de la enfermedad ya en su vía de desarrollo, suspender su acción morbosa, evitar que las bacterias o los productos tóxicos de secreción continúen sus estragos, es probablemente el mejor modo de tratamiento y lo que en realidad constituye la

terapéutica específica. Et su realización tendrán los esfuerzos de la Medicina Moderna, y la seroterapia al inocular a los enfermos los sueros obtenidos por el cultivo repetido de los mismos microorganismos productores de la enfermedad, que se trata de combatir, representa el más bello ideal de la terapéutica, y ella solo resumirá con el tiempo, todo el contenido de cada uno de los capítulos de tratamiento de las enfermedades infecciosas.

Para algunas infecciones, el problema parece resuelto, así que el suero Roux, el de Marmoreck, el de Lésage y Ferraud, constituyen el específico recurso, el medio infalible de tratamiento de la difteria, erisipela, disentería, y rabia respectivamente.

La seroterapia a pesar de su moderna aplicación, cuenta hoy con éxitos admirables, solo puede desearse ahora, que los continuos esfuerzos de los bacteriólogos, consigan sus sucesivas aplicaciones



a' otra porcion de infecciones, que hasta ahora se desarrollan  
 muy a su gusto a pesar de todo un arsenal farmacológico.  
 La fiebre tifoidea es otra de las enfermedades infecciosas  
 que aspira a los beneficios de la seroterapia, y aun cuando no  
 son de hoy los trabajos realizados para conseguir su curacion  
 por este medio, bien puede decirse que el éxito de la aplica-  
 cion de este recurso terapéutico es de fecha muy reciente.  
 Cultivando el bacilo de la fiebre tifoidea en caldo de la glan-  
 dularina, y someténdole despues a temperaturas de 62°, con-  
 siguió Frankel hace algun tiempo obtener beneficios resultados  
 en enfermos de fiebre tifoidea, disminuyendo mucho la tem-  
 peratura y abreviando el curso de la enfermedad.  
 Jakson citado por Niemann, continúa las observaciones del anterior.  
 Chautemesse y Vidal, Doniger, Kitamoto y Wassermann, inspeccionan-  
 do a ratones pequeñas dosis de cultivo del bacilo de la fiebre tifo-

des esterilizado por el calor, los de primeros, y sometidos a temperaturas de 80° los últimos, consiguió vacuarse, haciéndoles inmunes para sufrir la enfermedad.

Igual éxito obtuvo Savarelli esterilizando los cultivos a 120°, todos ellos demostraron que el suero de estos animales poseía propiedades preventivas y curativas contra la peste tifoidea.

Los experimentos de Stern con el suero sanguíneo de enfermos convalecientes de esta enfermedad, los de Loeffler y Abel empleando el suero de cabras inmunizadas contra el bacilo tifoideo y colibacilo, los de Kemperer y Levy inyectando en el peritoneo del perro cultivos virulentos no atenuados y obteniendo un suero dotado de propiedades preventivas y curativas, los de Funch, inmunizando caballos y cabras con cultivos tifoideos, demostrando después el poder preventivo curativo de su suero etc etc y demuestran los inmunes modernos - Seroterapia, del Doctor P.mier Grauj

### la Seroterapia antitífica.

Pero los más concienzudos trabajos se debían a Chauvemeuse y Vidal, y sobre todo al primero.

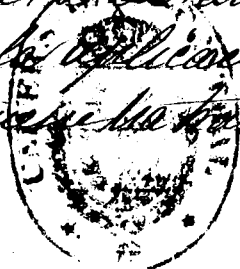
Gradualmente, el descubrimiento de la Seroterapia antitífica estimuló el espíritu de los observadores hacia nuevas vías, y en 1892 Chauvemeuse comenzó con Vidal a hacer las primeras inyecciones de suero antitífico a los enfermos, y aun cuando sus resultados fueron negativos, ya que no pudieron hacer un suero dotado de propiedades antitíficas, al menos era preventivo. obtener un suero dotado de propiedades anti-infecciosas y antitíficas que pudiera emplearse para la lucha contra la fiebre tífica (enfermedad a la vez infecciosa por los bacilos que invaden el organismo, y tóxica por el veneno que estos elaboran) esta es, un medicamento que neutraliza la acción de los productos de secreción tóxicos, y destruya la causa viva que la produce allí

donde se halla, obtener este suero; digo, no pudo conseguirse hasta 1894, en que Chautemune preparó un suero antitoxico bajo una forma activa, esto es la verdadera toxina tífica soluble.

Para juzgar con imparcialidad el método de Chautemune, y dado á conocer por su autor en el Congreso Internacional de Higiene y Demografía celebrado en Madrid el año de 1894, es necesario comparar los resultados de la estadística de mortalidad de la fiebre tífica, por los distintos tratamientos.

Efectivamente teniendo en cuenta la variabilidad de mortalidad de esta infección según las epidemias (desde 70% á 10% mas por ciento) y las estadísticas numerosas y de su mismo punto, se puede razonablemente concluir que el éxito resulta para los enfermos de la aplicación de la seroterapia.

Chautemune se ha servido por este método, todos sus enfermos en



número de 29, cuya fiebre tifoidea ofrecía las condiciones ordinarias, y todos curaron.

En el Hospital Beaujon, desde el 1.º de Enero al 10 de Octubre de 1901, los enfermos no tratados por el suero, murieron de 46 casos, 14, o sea el 31.8%.

En el mismo Hospital, 30 enfermos que recibieron la inyección de suero a pesar de ser escogidos entre los más atacados, y algunos con graves complicaciones (peritonitis, neumonías), dieron en conjunto una mortalidad de cuatro.

Además, habiendo echo una información en muchos de los Hospitales de París, y anotado con los registros oficiales a la vista el número de enfermos atacados de fiebre tifoidea desde el 1.º de Enero al 10 de Octubre de 1901, y terminados en esta fecha por la curación o por la muerte se incluyeron en la estadística los enfermos tratados por la seroterapia en los que se encuentran en tratamiento, resultó que de 371 casos de fiebre ti-

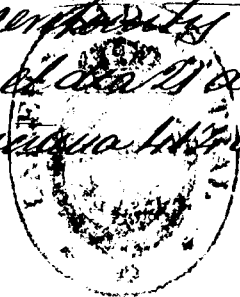
180

foidea no tratada por el suero, succumbieron 109, esto es, el 29%. Quitando de este número algunos casos que por ser alcohólicos, tuberculosos, sífilíticos, o mujeres embarazadas, complican mucho el curso de la enfermedad aun sometidos al tratamiento ordinario, puede reducirse aquella cifra á 22 ó 25%.

Otro tanto resulta de la revisión de la estadística de mortalidad de la población militar.

Ahora bien, Chauvenet que ha tratado 100 casos de fiebre tifoidea por el suero antitifoideo, solo ha tenido seis defunciones, observando que todos los tratados por el suero han curado, siempre que la supresión se haya hecho antes del 10.º día.

De los seis muertos, tres tuvieron una perforación intestinal con peritonitis consecutiva, el cuarto recibió la supresión de suero el día 25 de su enfermedad, teniendo en un momento ya la máxima altura de temperatura y las pulsaciones, muriendo de una



pneumonia; el quinto fue inyectado el 25.º día de su fiebre tifoidea, teniendo gran hipertermia y 140 pulsaciones; el sexto caso fue una mujer de 52 años, obesa, y que no pudo ser tratada, antes de la inyección, tenía ya en el sacro una enorme escara gangrenosa en los progresos de la cual sucumbió.

Además de estos precedentes, cita Chautemere otros dos en que la inyección se hizo en condiciones desesperadas y también sucumbieron el uno de una peritonitis que ya se había desarrollado antes de la inyección de suero, y el otro, de una complicación pneumónica que se le había iniciado dos días antes del tratamiento seroterápico.

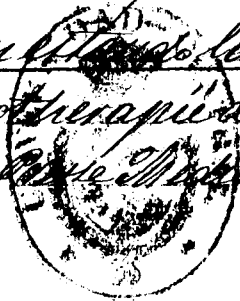
Es el el balance de la estadística de Chautemere, en la que obtuvo resultados muy favorables que los conseguidos en el mismo tiempo y en igual medio hospitalario, en los enfermos no tratados por el suero. Esto a pesar de haber elegido para la

inyección, los pacientes graves ó seriamente atacados.  
Posteriormente, y en interesante trabajo publicado en la *Presse  
Médicale* (1) el día 20 de Noviembre de 1904, completa Chau-  
messe las observaciones expuestas en su lección de apertura  
del curso de Patología experimental y comparada, dado  
el mismo año en la facultad de París.

De la lectura de este artículo pueden deducirse las siguientes consideraciones.

- a) La inyección veroterápica, va seguida de rápida defervescencia de la temperatura, y disminución de la pulsiación.
- b) Tanto mayor sea y precoz sea la mejoría, cuanto mayor sea se haga la inyección del suero antitífico (caso de *Dyslocq*).
- c) Cum sita sea la infección muy avanzada, puede producirse

(1) *Serotherapie de la Fièvre Typhoïde* par le Professeur Chau-  
messe, *Presse Médicale* n.º 93, pag.º 285 del tomo correspondiente.



la suspensión completa de la enfermedad y la curación en algunos días, inyectando dosis más fuertes. (Observación de Dieckhoff)

d) La curación rápida puede con frecuencia ir seguida de nuevo agravación (caso de Le Guadre del Hospital Beaujon)

e) La época en que se presenta la defervescencia rápida de la enfermedad después de practicada la inyección de suero, no está fijada todo depende de la intensidad de la infección comparada con la resistencia del organismo, y la cantidad de suero inyectado.

f) cuando la dosis de suero de la inyección es muy débil, o la infección muy intensa, la primera inyección no da resultado positivo, siendo necesario practicar otra segunda al unos días después.

g) a pesar de la seroterapia pueden presentarse recaídas en la fiebre tifoidea, y generalmente más violentas que el primer

184

Ataque de la enfermedad.

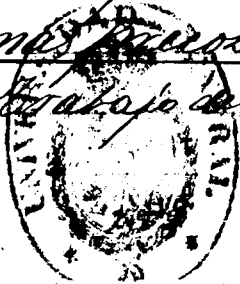
ii) El tratamiento de estas recaídas, exige igualmente la aplicación de unera dosis de suero.

En resumen, de las observaciones de Chautemese se deduce que el tratamiento de la fiebre tifoidea por el suero, abrevia la duración de la enfermedad, haciendo que su evolución sea muy rápida sobre todo cuando la inyección seroterápica se haga muy inmediata al principio de la afección y en suficiente cantidad, y se este dispuesto a repetirla cuando las circunstancias lo requieran.

Estudiando ahora los efectos del suero sobre el estado general del enfermo, (1) se ve:

i) que se presentan de una manera tanto mayor clara, cuanto más pronto haya sido el tratamiento y menos profunda la

(1) Véase Chautemese ya citado.



toxicación del enfermo, (el sujeto se siente mejorado, disminuye la cefalalgia, la cara recobra su color ordinario, la diarrea se hace muy rara y tarda poco en desaparecer, y puede alimentarse).

j) Bajo la influencia de la seroterapia, disminuye considerablemente el número de pulsaciones radiales, pudiendo contarse 60, 55 y hasta 52 al minuto.

k) La forma de verificarse este descenso del número de latidos radiales, está en relación inmediata con la manera de hacerle la enfermedad, esto es, lenta o rápidamente, pudiendo considerarse la pulsación radial como la clave del pronóstico de la fiebre tifoidea.

l) Igualmente y a la vez que el fenómeno anterior, se observa la defervescencia térmica de muy de pronto de la inyección.

m) La presión sanguínea muy baja en la dotienuria,

aumenta considerablemente, hasta el punto de elevarse de 12 a 13 centímetros de mercurio que tiene antes de recibir la inyección, a 17 y 18, en los tres ó cuatro días siguientes, para luego descender de nuevo.

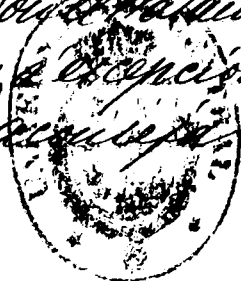
u) Otro efecto del suero antitífódico, es la poliuria que se observa generalmente, pudiendo llegar á recogerse tres y cuatro litros de orina; y que tiene explicación por el aumento de la presión sanguínea.

O) Cuando el riñón está sano, la inyección de suero no provoca albuminuria, al contrario, puede hacerla desaparecer cuando existe.

p) Produce en la sangre una hiperleucocitosis manifiesta.

q) Como tratamiento terapéutico, son muy raras las complicaciones, á excepción de la perforación intestinal.

rr) ~~causa~~ Cuantembere, hacer beber copiosamente de su



fermo durante el período de reacción febril.

Boutoux viene en apoyo de las observaciones de Cuautemesse. Este autor, que ha inyectado s.c.c. de suero a todos los enfermos que han entrado en su clínica antes del día 10 de enfermedad, ha visto el completo éxito del tratamiento, en todos dice, la convalecencia es más rápida y el estado tífico desaparece sin tardar.

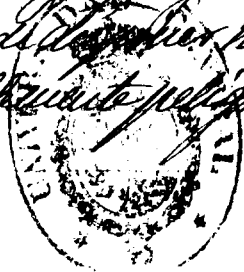
Además de esto, puesta a discusión la seroterapia de la fiebre tifoidea en la Sociedad Médica de los Hospitales el día 8 de Noviembre del 901, se ven completamente ratificadas las ideas de Cuautemesse. Entre los varios que hicieron uso de la palabra en la discusión de tan importante asunto, figuran Le Guandre y M. Dufloc.

El primero expone el caso de un tífico que no dependió de tular y sometido exclusivamente al método de Cuautemesse,

obtiene la curación en pocos días. Cita igualmente otros casos bien demostrativos, que prueban bien claramente la eficacia del suero.

Finalmente, M. Duflot afirma, que todos los enfermos tratados por la seroterapia, son la mejor garantía de la importancia de este nuevo medio terapéutico en el tratamiento de las enfermedades tifoideas.

Vemos pues, que la seroterapia antitifoidea tiende a resumir como decíamos al principio de nuestro escrito, todo el capítulo terapéutico de la infección tífica, y este recurso que no ha pasado de ser puramente ilusorio hasta la época en que Quantevenne obtuvo su suero, constituya hoy a juzgar por los casos referidos, el medio más eficaz de que puede disponer la terapéutica para el tratamiento de una enfermedad doliente y peligrosa, y a que a la vez que infectiosa, es tóxica en alto grado.



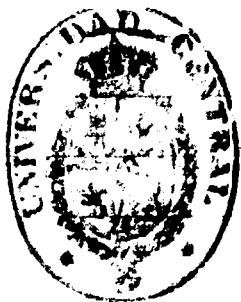
*¡Sean cumplidos los designios de lo que profetizaron  
el porvenir de la seroterapia!*

---



190

---



## Conclusiones

De todo lo expuesto podemos deducir:

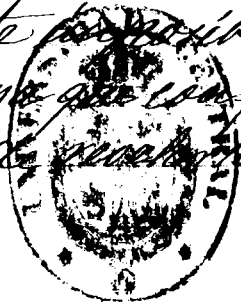
- 1º Que la fiebre tifoidea no es siempre originada por el bacilo de Eberth y por consiguiente es inapropio el término de infección eberthiana.
- 2º Que con alguna frecuencia puede el colibacilo producir el cuadro clínico de la fiebre tifoidea.
- 3º Que interesa completar el estudio de las formas irregulares de esta enfermedad, ya que por las dificultades del diagnóstico, no han sido incluidos entre ellas otra porción de procesos morbosos mal identificados, que con mucha probabilidad son infecciones tíficas.
- 4º Que las formas de fiebre tifoidea abortiva, no son tan in-

frecuentes como pudiera suponerse, mereciendo figurar atendiendo a este caracter, inmediatamente después de la variedad gástrica.

5º Que existe una variedad de fiebre tifoidea caracterizada por su larga duración, (fiebre tifoidea prolongada), a la cual pueden referirse las formas de remisión, calificadas de fiebres de convalecencia.

6º Que dado su curso y las lesiones que puede originar, se hace preciso reservar el pronóstico, ya que no son infrecuentes las complicaciones que durante su evolución pueden presentarse.

7º Que en la mayoría de los casos resulta verdaderamente imposible el diagnóstico de la fiebre tifoidea latente, ya que con frecuencia solamente la autopsia es capaz de descubrirla.



8º Que debe hacerse desaparecer la denominación fiebre gástrica que entraña un concepto erróneo, substituyéndola por la de fiebre tifoidea gástrica.

9º Que en la clasificación de las formas irregulares de la infección tífica, debe colocarse otra nueva variedad, la fiebre tifoidea generalizada.

10º Que la serorreacción de Widal no es un recurso infalible del diagnóstico de la infección tífica, ni aun siquiera positivo revelador del bacilo de Eberth, ya que esta misma modificación la produce el colibacilo.

11º Que el procedimiento de Mankowsky, parece resultar el mejor medio de diferenciación de los bacilos Eberth y coli-comunes.

12º Que la diororrección de Sholich, aunque buen recurso para el diagnóstico de la fiebre tifoidea, no es sin

194

embargo seguro, faltando por completo en las formas  
leves y abortivas, que son precisamente las que mayor nece-  
sitarían de tal medio revelador.

13° Que el método de Waldvogel, constituye hasta el  
día el mejor signo pronóstico de la fiebre tifoidea.  
y 14° Que la seroterapia antitifoidea por el método de  
Chaumesse, es según sus observaciones comprobadas  
también por Dittler, Le Guin, Dufloc, etc, el único  
medio de positiva eficacia para el tratamiento de la  
enfermedad tifoidea.



He concluido.  
Francisco Bécarez  
Pomales

Admisible  
A. Herrera

Admisible  
Cajal

Verificó el ejemplar el día 29 de octubre de  
1902 y fue calificado de aprobado

Mano recibida El Secretario  
Miquel V. J. J. J.

Alm. J. J. J. J.  
Cajal J. J. J. J.