

Tratamiento.—Conviene alejar el enfermo del foco y emplear los tónicos reconstituyentes en cuanto sea posible. El hierro, el manganeso, el fósforo, y sobre todo el arsénico y la quinina á dosis refracta, constituyen la base del tratamiento.

REUMATISMO AGUDO.—INFECCIÓN REUMÁTICA

El reumatismo agudo se conocía antes con el nombre de *fiebre reumática*, como si los clínicos de aquellos tiempos hubiesen ya presentado la naturaleza infectiva que en aquella enfermedad han demostrado los patólogos modernos, por más que aun no haya podido descubrirse cuál sea el germen patógeno específico. Se conoce también con el nombre de reumatismo paliarticular agudo, por la frecuencia con que se fluxionan las articulaciones, sin embargo de que con ello no queremos significar que las lesiones sean puramente articulares.

Puede presentarse en todas las edades, pero las hay más á propósito; así es raro en los niños, pero desde los 16 años hasta los 40 ó 50 es cuando se ofrece con frecuencia. Hay condiciones geográficas que influyen en el desarrollo del reumatismo, ya que es menos frecuente en los países cálidos y en los muy fríos que en los climas templados, sobre todo en las épocas de invierno, primavera y otoño.

Algunos autores aseguran que el reumatismo puede presentarse con cierto carácter epidémico, á semejanza de otros procesos infecciosos. Es verdad que menudean los casos en invierno, principalmente cuando hay mucha humedad atmosférica; pero nunca se llega á observar con la profusión propia de otras enfermedades. El carácter microbiano atribuído al reumatismo se funda en que el proceso ofrece una evolución aproximadamente cíclica, en que va acompañado de alta fiebre, y en que las localizaciones no se limitan á las superficies articulares, sino que se generalizan por todas partes, observándose á la vez trastornos digestivos, fluxiones del bazo, del hígado, hemorragias

de distintas clases, etc.; por lo cual no admira que algunos aseguren haber observado hechos de contagiosidad. Por mi parte, no me atreveré á asegurar esto último; pero es cierto que, en nuestro país, la fiebre reumática despliega una serie de fenómenos como tíficos, y tal vez las ventajas que se logran con el uso de la quinina en la forma aguda podrían servir también de argumento en pro de la infecciosidad; en cambio, no se observa que semejante proceso confiera inmunidad á los que la hayan padecido una vez. De todos modos, aceptando en el reumatismo agudo su naturaleza infectiva, importa separarle del reumatismo discrásico, que viene representado por una alteración del proceso nutritivo.

En el reumatismo infectivo se observan alteraciones de la sangre y en las vísceras. Hay disminución de los glóbulos rojos (aglobulia), y aumento de fibrina, hasta el extremo de encontrarse en proporción de 4 á 7 por 1,000, en vez de 3, cifra normal. La membrana sinovial de las articulaciones se presenta alterada, revistiendo el carácter de sinovitis, con exudado más ó menos abundante, transparente unas veces, turbio otras, y hasta purulento. Las vainas tendinosas, así como los músculos, pueden inflamarse; algunas vísceras se presentan ingurgitadas; el corazón puede estar atacado de endo y pericarditis; las meninges encefálicas y las medulares también se lesionan.

Síntomas.—Es un proceso febril que se desarrolla con bastante rapidez, llegando fácilmente la temperatura á 39 y 40°. La violencia de la fiebre no siempre viene relacionada con las lesiones de los órganos, lo cual ya es un carácter de las enfermedades infectivas. El pulso es frecuente (110 ó 120 pulsaciones); la arteria se presenta desplegada, porque hay gran tensión cardio-vascular. Junto con ese aparato febril se desarrollan todos los fenómenos que comúnmente acompañan á las pirexias: soñolencia, quebrantamiento de huesos, mal estar, mal sabor, sed, inapetencia; orina densa, encendida y que deja un depósito latericio urático, como polvo de ladrillo. Hay abundante sudoración que se acompaña á veces de lesiones cutáneas visibles en

forma de sudamina, erupción vesiculosa que se fija en los pliegues de la piel, cerca de las axilas, de las ingles, de las corvas, ó en forma de manchas de púrpura, constituyéndose entonces la llamada *peliosis reumática*. En otros casos brota la erupción miliar, y bien sabido es que ésta tiene carácter de infecciosidad.

Aparte de esto, una de las manifestaciones más gráficas es la artritis, que puede residir en una sola articulación ó en muchas á la vez; de ahí el reumatismo monoarticular y el poliarticular. Las articulaciones que con más facilidad quedan invadidas son las de la rodilla, del codo, la escápulo-humoral, la de la muñeca y la tibio-tarsiana; en cambio, raras veces se resiente la coxo-femoral. No suelen quedar afectadas todas las articulaciones á la vez, pero hay enfermos que quedan verdaderamente envarados y sin ninguna articulación libre, fijándose entonces hasta en las falanges, en las vértebras, costillas, y hasta en la articulación de la mandíbula. Las articulaciones invadidas sufren distintos trastornos: á veces no hay fluxión ninguna ni abultamiento de ningún género: sólo dolor, como si se produjesen tan sólo artralgiás; otras veces la artritis viene representada por hinchazón de la parte afecta y por pérdida de la configuración normal: esto se observa especialmente en las rodillas. En las articulaciones lesionadas hay verdaderas sinovitis exudativas: la cápsula se va llenando de líquido hasta el punto de que por la palpación se percibe la fluctuación de la hidrartrosis. Cuando el abultamiento viene representado por líquido, se fluxionan igualmente las partes vecinas: la piel está hinchada, lo mismo que el tejido célulo-adiposo, y con rubefacción; pero la tumefacción no se disemina del mismo modo, sino que se concentra á manera de chapas ó manchas, separadas por zonas blancas. Haciendo investigaciones termométricas, nótese aumento de temperatura en la parte, á veces hasta de un grado. Es raro que haya purulencia, y menos que el pus se abra paso al exterior.

A veces el reumatismo articular agudo viene caracterizado sólo por los fenómenos dichos; pero el síndrome puede ampliarse. Desde

luego es posible que se invadan los músculos, en cuyo caso se fija en el tejido conjuntivo intermuscular, y los músculos están hinchados y doloridos con todo el carácter de la miositis. Se presentan á la vez trastornos viscerales, en forma de endocarditis, con todos sus variantes, pericarditis, y hasta miocarditis. El reumatismo cerebral también es muy común, y ordinariamente reviste la forma de meningitis reumática, distinta de la meningitis clásica. Cuando hay reumatismo cerebral, lo primero que llama la atención es la elevación térmica notable de la parte; la cara está encendida, el enfermo está agitado y frenético; quiere saltar de la cama; viene como una especie de delirio, salto de tendones, rigideces, y todas las manifestaciones que indican un profundo trastorno del centro nervioso. Se presentan focos congestivos en el pulmón ó focos pseudopneumónicos; otras veces el reumatismo se fija en la cápsula de Glisson, provocando fuertes dolores hepáticos con vómitos biliosos, ó se localiza en el peritóneo, dando pié á una peritonitis más ó menos difusa; ó en la capa muscular del estómago, ocasionando gastralgias fuertes, ó enteralgias si se fija en los intestinos, llegando en ocasiones á producir hasta oclusión intestinal. Cuando el reumatismo se fija en el cerebro, es fácil que se disloque y cambie de sitio; mas cuando se fija en el endocardio, no es probable que mude, al menos por algunos meses.

▷ **Curso.**—Según la localización y la violencia, dura más ó menos. Cuando queda circunscrito á las articulaciones, suele durar cuatro, seis, ó siete semanas, pasadas las cuales la fiebre rebaja y disminuye la hinchazón; pero aun en este caso afortunado, vuelve á aparecer tan pronto haya un cambio atmosférico. Cuando se fija en alguna víscera, puede durar meses.

Diagnóstico.—En la inmensa mayoría de casos no puede ofrecer dudas el diagnóstico fundado en la pirexia, las fluxiones articulares y la movilidad en los procesos. Sin embargo, á veces ciertos dolores en las articulaciones han sido diagnosticados de reumáticos y se ha visto aparecer á las veinticuatro horas un proceso bien dis-

tinto, como la escarlatina, la grippe, la difteria ú otra infección. Cuando hay mayor dificultad diagnóstica es cuando se trata de un reumatismo visceral sin la concurrencia de fenómenos periféricos de las articulaciones; porque vemos al enfermo con fiebre alta y hasta con delirio, pero no tenemos datos para asegurar que se trate de un reumatismo visceral agudo; con todo, las localizaciones cardíacas siempre serán muy sospechosas de naturaleza reumática, lo propio que si los fenómenos viscerales saltan de un órgano á otro, aun sin guardar entre sí relaciones anatómicas y fisiológicas.

Pronóstico.—Una enfermedad que como ésta expone á complicaciones viscerales de tanta importancia como las indicadas, siempre exige un pronóstico grave, ó, al menos, grandes reservas. Con todo, la misma movilidad de las localizaciones permite á veces que el enfermo salga de situaciones muy apuradas.

Tratamiento.—Se han de poner en acción dos clases de medios: unos dirigidos á combatir directamente la enfermedad; y otros encaminados á dominar las complicaciones. Respecto á los antireumáticos, hay muchos que han tenido una época de apogeo y después de descrédito. Hoy nadie se acuerda, v. gr., de las substracciones de sangre para curar el reumatismo, y merced á ellas he visto en épocas pasadas buenos resultados en algún caso. Un medicamento que creo muy útil es el nitrato potásico, á dosis altas, lo mismo que el acetato potásico, el salicilato sódico, la quinina, la veratrina y la colchicina. Los yoduros, especialmente el de potasa, son utilísimos y pueden figurar al lado del salicilato sódico; si bien creo que el yoduro potásico, cuando determina mejor su virtud terapéutica, es en el reumatismo crónico. El acónito y el ácido salicílico sirven también. Otro de los medicamentos que ha gozado de fama es la propilamina; mas hoy va cayendo en desuso. Los baños tibios de agua dulce ó los salinos tenues también pueden utilizarse, si no hay contraindicación á causa de ciertos trastornos viscerales.

Si el reumatismo es visceral, se comprende que la terapéutica va-

riará hasta el infinito. Si es muy doloroso apelaremos á los narcóticos y analgésicos, v. gr. morfina, hidrato de cloral, belladona, acónito, anti-pirina, fenacetina, etc. Si hay mucha fluxión en la parte, habrá necesidad de recurrir á los antiflogísticos y á los emolientes. Si el reumatismo se fija en el endocardio, cumpliremos las indicaciones propias de la endocarditis; y así de los demás casos, no olvidando nunca los grandes beneficios de la medicina revulsiva.

FIEBRE TIFOIDEA

Es un proceso muy común en todas las zonas geográficas, pero especialmente en nuestro país, y sobre todo aquí en Barcelona, donde constituye un azote continuo para sus habitantes. La fiebre tifoidea puede presentarse como tipo de los grandes procesos infectivos agudos, y bien estudiada da idea completa del inmenso cuestionario referente á la infección, sobre todo hoy que se tiene ya un cabal conocimiento de su patogenia.

Ya desde muy antiguo venía incluyéndose la fiebre tifoidea entre los procesos infectivos; pero no se conocía su agente productor. Mas hoy la ciencia moderna ha dado á la enfermedad que me ocupa el carácter positivo que tiene, y en conformidad con las ideas modernas definiremos la tifoidea diciendo que *es un proceso representado por la reacción que opone nuestro organismo á la presencia del bacilo de Eberth*. Este es el microbio patógeno, y la reacción que su presencia provoca en nuestro organismo da lugar á un sinnúmero de fenómenos que constituyen el complejo sindrómico propio de la fiebre tifoidea. Esta definición, no sólo resulta muy exacta, sino que evita una serie de vaguedades y disquisiciones de las antiguas escuelas. Así unos decían que dependía de una erupción dotinentérica; para otros, á semejanza de los procesos exantemáticos, el proceso intestinal no era más que un epifenómeno hijo de una infección general, y, retrocedien-

do aún más, alcanzaríamos los tiempos de Huxmann, en que á la fiebre tifoidea se atribuían naturalezas distintas, y de ahí los nombres de fiebre ádeno-meníngea, meningo-gástrica, nerviosa lenta, adinámica, atáxica, etc.

Hoy, por el contrario, afirmamos la unidad de aquella infección, y esto permite separarla de otros procesos muy distintos, como son la coli-bacilosis, el tifus exantemático, la fiebre recurrente, y otros, cada uno de los cuales tiene su germen patógeno bien definido. El bacilo de Eberth se presenta en forma de un bastoncito corto (de 2 á 3 milésimas de milím.), con sus extremos algo romos, abultados y cubiertos de finísimas pestañas, á las cuales es debida la movilidad de que goza el microbio, y por tanto su potencia deambulatoria. Así se explican el sinnúmero de localizaciones que presenta la fiebre tifoidea, todas con carácter propio, pero determinadas por el propio agente.

Habían querido suponer algunos que el germen de la fiebre tifoidea no es específico, sino que el bacilo de Eberth no era más que una modificación polimórfica sufrida por el *coli communis* y que le daba nuevas condiciones de virulencia; pero basta fijarse en los caracteres de uno y otro bacilo para comprender lo gratuito de tal afirmación. Verdad es que el bacilo *coli communis*, que es saprógeno, adquiere, por circunstancias accidentales, un carácter de virulencia, á semejanza de lo que sucede con el *pneumococcus*, despertando fenómenos que recuerdan algo los de la tifoidea. Hay, sin embargo, una gran diferencia entre un estado morbozo tífico, común á varios procesos, y el peculiar y característico de la fiebre tifoidea.

El bacilo de Eberth no preexiste en el organismo humano y puede entrar por muy diferentes vías; pero es muy vividor y resistente, y por lo mismo que se le extingue con mucha dificultad, se explica la frecuencia de la tifoidea, y hasta en algunas localidades su carácter endémico. Es á la vez aerobio y anaerobio, necesitando escasas condiciones para vivir, ya que resiste temperaturas muy bajas (0°) y la desecación completa del medio en que vive. El movimiento de aguas,

la renovación de tierras y la apertura de vías despiertan á menudo su acción, originando epidemias de mayor ó menor intensidad. Las cloacas, las aguas de pozo, y aun las que parecen más cristalinas, son á veces excelentes medios de cultivo para el bacilo tífico; pero también los alimentos pueden ser sus vehículos conductores.

Cualquiera que sea, pues, la procedencia del bacilo de la tifoidea, puede penetrar en nuestro organismo, bien por las vías respiratorias, bien por las digestivas. Indudablemente que el tubo digestivo es la gran puerta de entrada y también el mejor medio de cultivo del bacilo de Eberth, gracias á lo cual la tifoidea provoca siempre trastornos de las vías digestivas, aunque debido al gran poder de difusión de que he dicho está poseído el bacilo, resulta que le encontramos pronto en muchos otros puntos del organismo.

Su presencia determina una reacción en los territorios celulares en que se fija, á semejanza de lo que ocurre con otros gérmenes vivos, estableciéndose una lucha, de la cual puede salir vencedor ó vencido. Sin duda alguna que nosotros habremos ingerido bacilos de Eberth, ó que los habremos inspirado, sin contraer la fiebre tifoidea, gracias á la virtualidad defensiva de nuestro organismo.

Una vez admitido que el bacilo de Eberth se desarrolla en el tubo digestivo, le encontramos de preferencia en los intestinos delgados, sobre todo en el íleon, localización á que no propende tanto el bacilo *coli communis*, cuyo sitio predilecto está en los intestinos gruesos, y especialmente en el ciego. ¿Será porque en el íleon abundan los órganos linfóideos, con los que tanto se encariña el bacilo de Eberth? ¿Será porque este bacilo, gustando poco de la acción del ácido clorhídrico, tampoco encuentra en el estómago sitio á propósito para su evolución? Difícil es decirlo; mas, como quiera que sea, ello es que los folículos glandulares de Lieberkhün y las glándulas de Peyer, se convierten en residencia adecuada para su desenvolvimiento.

Anatomía patológica.—La presencia del bacilo de Eberth determina un sinnúmero de alteraciones patológicas que son las que

dan carácter á la fiebre tifoidea, lesiones cuyo sitio habitual de residencia lo forman, como acaba de decirse, los folículos solitarios intestinales y las glándulas de Peyer, constituyendo lo que desde los tiempos de Bretonneau se conoce con el nombre de placas dotinentéricas. El hecho anatómico era ya conocido; pero la interpretación ha cambiado. Así, decíase que la dotinenteria era en la fiebre tifoidea lo que el exantema en una fiebre eruptiva; es decir, un simple epifenómeno; pero hoy hemos de creer que la dotinenteria es una de las manifestaciones primitivas de la fiebre tifoidea, provocada por la reacción que el bacilo de Eberth opera en aquellas producciones linfoideas.

Lo que llama poderosamente la atención es que esta erupción dotinentérica no siempre guarda relación con la violencia de los fenómenos observados en vida, por manera que se ven tifódicos con gran aparato sindrómico, que mueren, y, sin embargo, practicada la autopsia, muéstrase una pequeñísima lesión en los intestinos; y viceversa, tifódicos que mueren sin haber despertado gran síndrome intestinal, y se descubre una enorme cantidad de placas dotinentéricas. Tengo para mí, que no puede decirse en absoluto que no hay fiebre tifoidea sin erupción dotinentérica, pues he practicado autopsias de individuos que han presentado todo el cuadro de la tifoidea y cuyo intestino estaba enteramente sano. La regla es que dichas placas existan; pero respecto á su número y á su tamaño hay grandes variedades. Las hay que no tienen más de un centímetro de diámetro, mientras alcanzan otras hasta 4 y 5. El sitio de implantación de las mismas suele ser el opuesto al punto de inserción del peritoneo con el intestino.

Estas chapas dotinentéricas presentan una serie sucesiva de evoluciones. Empiezan por un movimiento fluxionario de los folículos y acaban por determinar la ulceración y necrosis, ofreciendo entonces un tinte grisáceo sucio, cuyo aspecto recuerda el de los chancros fagedénicos. Ahora bien: dada la delgadez del intestino delgado, compréndese que si el trabajo necrósico es considerable, se llegue á la perforación, y, por tanto, á su consecuencia inevitable: la peritonitis

más ó menos circunscrita. Con todo, cosa rara, á pesar de ser en tan vasto número los enfermos tifódicos, los casos de perforación intestinal son relativamente raros.

Toda la serie de trámites para llegar desde el trabajo fluxionario inicial hasta la ulceración y la cicatrización intestinal consecutiva, necesita un período de tiempo bastante largo, y que los patólogos han querido regular quizás con demasiada exactitud, para ajustar los períodos anatómicos á los períodos clínicos en que suele subdividirse el síndrome de la fiebre tifoidea. De esta suerte se admite que durante el primer septenario de la enfermedad se opera el movimiento fluxionario; en el segundo, el trabajo de ulceración, llegando éste al colmo durante el tercer septenario; y que empieza en el cuarto el trabajo reparador. Yo creo que es algo aventurado establecer estas reglas así de un modo tan absoluto.

Las lesiones de la fiebre tifoidea no quedan reducidas á lo apuntado. Todo el tubo digestivo se resiente, ofreciéndose las lesiones de un catarro gastro-intestinal simple, cuando no una verdadera gastro-enteritis. Se presentan infartados los ganglios mesentéricos, en cuyo caso se encuentra en ellos el bacilo de Eberth. Puede haber también peritonitis, aun sin perforación intestinal; y á este propósito recuerdo que entró un individuo en clínica, con un cuadro de peritonitis generalizada tan formidable, que murió á los dos días, y practicada la autopsia se vió una invasión dotinentérica, verdaderamente colosal, pero sin que hubiese perforación en ningún sitio del intestino. Otras alteraciones que nunca faltan son las del hígado y bazo; cuando menos hay hepatomegalia, presentándose el hígado congestionado, ya con su color normal, ya pálido y amarillento, recordando algo el hígado adiposo; el bazo está tumefacto, blando y desgarrable.

El aparato respiratorio sufre del propio modo las consecuencias de la infección bacilar, y así es frecuente en el curso de una tifoidea, el catarro bronquial, la congestión pulmonar hipostática, la bronco-pneumonía, etc., según veremos al tratar de la sintomatología. Por

parte del corazón vemos á veces el miocardio alterado, hasta el punto de sufrir la degeneración grasosa, con todas sus fatales consecuencias. Los músculos de la vida de relación, principalmente los del abdomen, son fácilmente alterados y presentan la degeneración de Zenker. Los centros de inervación son asiento de congestiones y aun de trastornos celulares de mayor cuantía. Por último, en la sangre encontramos un reflejo de la profunda alteración que sufre el organismo todo del tifódico, ya que contrasta el aumento considerable de glóbulos blancos con la disminución de la fibrina y de los hematies, que se vuelven pequeños, coarrugados y en verdadera *microcitemia*. En cambio, es sumamente raro encontrar en la sangre el bacilo de Eberth.

Las asociaciones microbianas no son raras, ni mucho menos, y así no es infrecuente la aparición de una forunculosis en la declinación de la misma, ni tampoco la presencia de supuraciones diversas, bien que, respecto á este punto, algunos microbiólogos creen que el bacilo de Eberth, en sus polimorfismos adquiere *per se* condiciones puógenas.

Etiología.—La fiebre tifoidea es enfermedad que la padecen todos los individuos, y en todas las edades: nadie es inmune para la misma, y desde los primeros meses de la vida extrauterina, hasta edades avanzadísimas (yo he visto una tifódica á los 103 años, que se curó después de una evolución morbosa de 40 días), se es apto para sufrirla. Sin embargo, no puede negarse que hay épocas favorables para la receptividad del bacilo de Eberth, y del estudio comparativo que se ha hecho respecto del particular resulta, que la edad más propicia comprende de los 15 á los 25 años, empieza á declinar á 30, y á medida que se va avanzando en edad disminuyen las probabilidades de infección. Respecto de sexo poco influye, aunque parece ser el hombre el más castigado, siendo particular lo que sucede con la tifoidea que, á semejanza de la fiebre amarilla, parece atacar de preferencia á los individuos más robustos, más sanguíneos, los cuales resisten menos los embates de la enfermedad que otros de menos resistencia.

Después de lo manifestado anteriormente, creo ocioso ocuparme

de la verdadera causa de la fiebre tifoidea: el bacilo de Eberth. Estudiados ya sus caracteres, principalmente en lo que se refiere á su vitalidad y á su facilidad de difusión y medios de transporte, la cuestión etiológica, de procedencia del bacilo, es clara: aquí todo estriba en la receptividad que un organismo pueda tener para él mismo.

La fiebre tifoidea ¿es contagiosa? Y, si lo es, ¿por qué vías? Poco he de entretenerme en contestar á estas preguntas: por el solo hecho de ser una enfermedad infectiva, debe ser contagiosa; sería faltar á una regla general si así no fuese; y en cuanto al vehículo contagiante, hemos de admitir principalmente las deyecciones de los tifódicos, ya que en el tubo intestinal es donde la profusión de microbios es mayor; pero el mismo aire expirado por los tifódicos puede arrastrar bacilos de Eberth y ser un medio de contagio, lo propio que las ropas, etc.

Sintomatología.—La fiebre tifoidea, ó tiene su clasicismo, marcado en todas las patologías, ó se presenta con tipos anómalos. Raras veces comienza de una manera brusca é inopinada; por lo común, la fiebre tifoidea va precedida de pródromos; así los tifódicos refieren que 4, 6, 8 días antes de meterse en cama, sentían ya un mal-estar indefinible, con abatimiento físico y moral, que el sueño era intranquilo, que no tenían apetito, ni fuerzas para dedicarse á sus quehaceres habituales, pero que iban pasando así, en completo desequilibrio, hasta que al fin, cada vez más rendidos y quebrantados, y hasta calenturientos, se habían visto obligados á guardar cama.

Después de este preludio, lo que llama la atención es la fiebre. Se trata de una enfermedad esencialmente febril (hablo aquí en términos generales, pues, según veremos más adelante, puede haber tifódicos con hipotermia); pero, en los comienzos de la enfermedad, esta fiebre presenta algunos caracteres muy dignos de tenerse en cuenta. Lo común es que la temperatura aumente de un modo gradual y paulatino, hasta llegar á los 40° al cuarto día aproximadamente. Esto es lo que constituye la famosa ley de Wunderlich, cosa cierta hasta cierto punto;

pero sería un grave error creer que todos los tifódicos presentan esta regularidad termométrica, pues aun sin tratar de casos anómalos, he de decir que hay enfermos que acusan los 40° antes del cuarto día, y otros que rebasan éste sin llegar de mucho á dicha cifra, y que en vez de mantenerse después estacionaria la temperatura, con ligeras remisiones y ligeros recargos, afecta un tipo remitente, ó intermitente, de tipo cotidiano. Aquí, en Barcelona, es bastante común que la fiebre tifoidea empiece afectando un tipo intermitente, con los tres estados propios de la misma: frío, calor y sudor, ó sin el frío; y tanto es así, que en zonas palúdicas, v. gr. el Llobregat, es fácil engañarse respecto al diagnóstico de la enfermedad si no se está prevenido respecto de este punto. Sin embargo, pronto se sale de dudas, pues esta fiebre no obedece á la quinina, cuando se trata de la tifoidea.

En los primeros días del mal el pulso suele correr parejas con la temperatura; así es que en un adulto, á 38° habrá aproximadamente 100 pulsaciones por minuto, á 39°, 112; á 40°, 124, etc.; este paralelismo, sin embargo, no es constante, pues se ven enfermos con 40° y sólo 70 ú 80 pulsaciones, ó viceversa. El pulso, durante el primer septenario, acusa vigor; el enfermo suele demostrar potencia circulatoria; la cara está encendida, animada; los ojos brillantes: cosa que los patólogos antiguos, mejores observadores que nosotros, denominaban *irritabilidad vascular*. La piel está seca en los primeros días, hasta que vienen sudores profusos, de un olor especial que ya revela algo.

No queda todo reducido á los desórdenes febriles, sino que el aparato digestivo empieza á sentir los embates del proceso tifódico; es entonces que hay el período de fluxión y vascularización de las placas de Peyer y de Lieberkhün, pero sin llegar todavía al trabajo de ulceración, y necrosis de las mismas, y el tifódico presenta los síntomas comunes á un catarro gastro-intestinal: la lengua está saburral, ligeramente encendida en la punta y bordes, los incisivos y caninos empiezan á deslustrarse, y las encías se recubren de una capa blan-

quecina; el enfermo tiene sed, y desea las bebidas ácidas; son frecuentes las náuseas y aun los vómitos, generalmente biliosos, ó glerosos y de reacción ácida. La inspección de la región epigástrica acusa ligero abultamiento, pero sin dolor; el abdomen está levemente abultado, se nota algo de timpanismo á la percusión, y comprimiéndolo puede despertarse un dolor sordo, sobre todo al nivel de la fosa ilíaca derecha y en ambos hipocondrios. Suele observarse gorgoteo en aquella fosa ilíaca derecha, lo cual no es patognomónico de la tifoidea, porque es un fenómeno físico contingente que puede faltar en la tifoidea ó aparecer en otros afectos intestinales los más diversos.

El hígado y el bazo están ya aumentados de volumen, tumefactos y dolorosos á la presión, principalmente el último. El movimiento intestinal, durante el primer septenario, es escaso, viéndose tifódicos que no evacuan espontáneamente; lo común es, sin embargo, que haya ya diarrea, aunque sin carácter determinado.

Respecto del aparato respiratorio, aun sin tratarse de la tifoidea de forma torácica, es frecuente que se altere ya desde los primeros momentos, y entiendo yo que tiene esto tan gran valor, que sirve para el diagnóstico diferencial entre la fiebre tifoidea y otros trastornos debidos al bacilo *coli communis*. Hay catarro bronquial ligero, sin disnea, y sólo se perciben algunos estertores, ó simplemente aspereza del murmullo vesicular.

Los desórdenes de inervación, que tal vez ya aparecieron en el período prodrómico, se acentúan en el primer septenario, siendo frecuente que haya cefalalgia, de caracteres muy variados, dominando la sensación de un casquete que comprimiera el cráneo. Los enfermos tienen insomnio; los más no duermen ó duermen mal y están agitados, sin que haya, por lo regular, gran delirio, ni alucinaciones manifiestas; unos concilian el sueño á la madrugada, otros se pasan 6 y 7 días en pervigilio permanente. La facies del tifódico ya toma carácter, recordando lo que ha de suceder después: facies que revela tontera, estupidez, y de aquí el nombre de fiebre tifoidea, pues la palabra tífus

significa estupor ó atontamiento. A menudo, el médico práctico, sólo por la cara especial del enfermo, diagnostica la infección tifódica.

Así continúan las cosas durante 5, 6, 7 días; pero el enfermo va engolfándose en su mal y se acentúa gradualmente el síndrome, á menos que quiera tratarse de una forma abortiva, en cuyo caso, después de la primera semana, se indica ya un descenso. Concretándonos á un tipo clásico, diremos que en la temperatura hay ya modificaciones al comenzar el segundo septenario ó segundo período, en el sentido de sostenerse ó de aumentar la cifra térmica. Hay enfermos afortunados que presentan remisiones de más de un grado por la mañana, bajando la temperatura á 38° ó 38° y medio, y sólo por la tarde llegan á los 40° . Otros no los alcanzan nunca, y en cambio los hay que durante todo el día el termómetro acusa un minimum de 40° ó algunas décimas más. El pulso sigue de ordinario las oscilaciones de la temperatura, bien que si las cosas apremian tiene tendencia más bien á hacerse frecuente que lento; y á medida que van pasando los días el corazón tiende á debilitarse, ya que el miocardio va perdiendo sus condiciones normales y está abocado á la degeneración gránulo-grasosa. En este período es frecuente alguna pequeña epistaxis.

Al propio tiempo los enfermos van palideciendo, no tienen ya el rostro encendido, los sudores van siendo más copiosos y despiden un olor especial característico que ha querido compararse á muchas cosas y que en rigor no se parece á ninguna; es un *olor de tifódico*, especial, que el médico percibe al acercarse al enfermo. En el tránsito del primer al segundo septenario, hacia el octavo ó noveno día, es frecuente la aparición de una erupción, que cuando podemos apreciarla, es de un grandísimo valor: me refiero á la erupción lenticular de la fiebre tifoidea, erupción discreta, maculosa ó papulosa, nunca vesiculosa, y que aparece en un sitio reglamentario, que es la tabla del pecho. Esta erupción no es equimótica ó hemorrágica, cual sucede en el tifus exantemático; así es que por medio de la compresión digital desaparece el color.

Los fenómenos del aparato digestivo, que en el primer período no tenían gran carácter, aparecen aquí con toda su fuerza. En la boca se notan caracteres muy positivos, pero que incurriríamos fácilmente en error si fiáramos á ellos el diagnóstico de la fiebre tifoidea; hay tifódicos graves, gravísimos, tanto que hasta mueren, y, sin embargo, no han presentado en la boca los fenómenos que se señalan en los libros. De todos modos, ateniéndonos á lo clásico, diremos que la lengua va poniéndose enjuta, seca, y en vez de presentarse saburral y blanquecina, la vemos con coloración variada, á manera de una faja central obscura, achocolatada, y dos laterales rojas ó á veces blancas; además, tiene gran tendencia á resquebrajarse, como si hubiese gran desprendimiento epitelial. Pero lo que, sobre todo, llama la atención es que, á pesar de estar la lengua seca ó enjuta, como lengua de gato, muchos tifódicos no tienen sed, lo que revela ya la incongruencia ó falta de armonía del síndrome: la ataxia del enfermo, en una palabra.

Los dientes se deslustran, lo mismo que las encías, y además de las exudaciones blanquecinas que ya existían en el primer período, se las ve recubrir de una capa sucia, obscura, presentándose en la raíz de los dientes una especie de fango, de moco espeso y aun sanguinolento, que trasciende á los labios, pudiéndose notar á distancia cierto color que da á la boca del tifódico un aspecto característico.

Todos los fenómenos del aparato digestivo van acentuándose: el meteorismo aumenta en proporción mayor ó menor, según la intensidad de las lesiones abdominales y la depresión de los centros nerviosos; el gorgoteo de la fosa ilíaca derecha se acentúa; la tumefacción del hígado y del bazo van siendo cada vez mayores. Pero lo que en este segundo período tiene más carácter, es, sin duda alguna, la diarrea, que es abundante y sumamente fétida, de aspecto que recuerda el de la sémola ó de un *purée*. Fáciles son en estos momentos las enterorragias, conforme se dirá á propósito de las complicaciones de la fiebre tifoidea.

Al propio tiempo que los fenómenos apuntados, en el segundo

septenario de la tifoidea, los trastornos del aparato respiratorio van creciendo, aun no tratándose del pneumo-tifus, y aparecen zonas de congestión pulmonar, que sobre ser más ó menos difusas presentan la particularidad de no residir siempre en los sitios del declive, sino en cualquier parte y hasta con cierta movilidad. A consecuencia de estas zonas congestivas el enfermo está disneico; tose, pero débilmente, y si expectora el esputo es mucoso ó á veces rosado. El corazón va haciéndose cada día más impotente, los tonos son débiles, el latido va borrándose, y tiende á desaparecer el primer ruido en la punta; á compás de esto, el pulso es lánguido, pero conservándose frecuente, gracias á la hipostenia cardíaca y á que el aparato febril es grande en este segundo período.

Por lo que respecta á los fenómenos inervatorios, nótase un gran cambio en el tifódico: aquellas cefalalgias persistentes que mantenían cierta excitación en el enfermo durante los primeros días, desaparecen; raras veces vemos tifódicos engolfados en su enfermedad que todavía presenten cefalea; lo común en este caso es que el enfermo caiga en una insensibilidad más ó menos notable; así es que, preguntado qué le duele, suele responder negativamente. El tifódico está soñoliento, indiferente á todo lo que le rodea, presentando cada día más marcado el estupor característico de la enfermedad. No hay sólo esto: es muy frecuente entonces la aparición de delirio de mayor ó menor cuantía; desde el más tranquilo, hasta el más furioso, según sea la forma clínica de la fiebre tifoidea.

El decúbito del tifódico, en el segundo septenario, es el supino, y el enfermo está enteramente postrado en la cama, y con poca acción para mantenerse un rato en posición lateral. Es muy curioso y digno de llamar la atención que un tifódico que puede echarse de lado, por esto solo implique menor gravedad; por lo menos á mí la experiencia así me lo ha demostrado.

A todo esto el enfermo sigue orinando, con libertad ó involuntariamente, y la orina, en cantidad variable, ó es densa y con todo el

aspecto febril, ó clara y casi normal, como indicando poca aptitud para la eliminación de productos tóxicos.

Pasan los días y llega el tercer septenario, período de más fuerza de la fiebre tifoidea, en el que si nada nuevo aparece, en cambio se alcanza la mayor intensidad en el cuadro que se acaba de describir.

El estado del aparato digestivo continúa siendo el mismo: lengua sucia, encendida en la punta y bordes, y resquebrajada en grande extensión; las encías cubiertas de una capa negruzca, los dientes deslustrados; el meteorismo llega á su grado máximo; las deposiciones, á menudo involuntarias, continúan con los mismos caracteres, siendo abundantísimas; este momento es el más abonado á la producción de enterorragias, que pueden ser abundantes, poniendo al enfermo en gran peligro; la fluxión hepática y la esplénica llegan al colmo. Los fenómenos de pecho llegan á un extremo á veces premioso: cuando menos habrá congestión pulmonar, siendo de notar que la versatilidad á que me referí al describir el segundo período, aquí ya no existe, sino que las lesiones presentan un carácter fijo, constante; así es frecuente ver que las partes bajas están obscuras á la percusión, con murmullo vesicular muy apagado, y estertores mucosos más ó menos diseminados, etc; la tos es poca ó nula, debido á que los reflejismos están abolidos, ó cuando menos muy atenuados; la expectoración, caso de existir, es mucosa ó ligeramente rosada. El corazón, en estos momentos, languidece cada vez más; los ruidos se debilitan; el ritmo se acelera, y los pulsos frecuentes, pero bajos y depresibles.

Durante ese tercer septenario es cuando los fenómenos cerebro-espinales están más graduados. Es muy raro que no haya delirio, con menos frecuencia alto que tranquilo y sosegado; el enfermo está en un constante monólogo, como musitando, hablando entre dientes, y á lo sumo mueve los brazos por debajo de las sábanas. Este subdelirio alterna con períodos de sopor y soñolencia, en que hay necesidad de excitarle para que abra los ojos, para que fije la atención en lo que le rodea; en estos momentos es cuando el enfermo merece verdadera-

mente el nombre de tifódico. Y no queda reducido á esto lo de la inervación, sino que aparte del ligero temblor de la lengua y de las deposiciones involuntarias por paresia y aun parálisis de los esfínteres, se marcan temblores de las manos y subsaltos de tendones, lo que puede hasta dificultar la apreciación del pulso. El tifódico en estos momentos está en decúbito enteramente horizontal, aplanado en la cama; llega al colmo de la adinamia y de la postración, y es entonces cuando el enfermo puede guardar actitudes caprichosas, v. gr. la de una pierna doblada, la otra fuera de la cama enteramente péndula, ó las dos formando puente, etc.

A todo esto la pirexia continúa; la cifra térmica es la misma, 40°, 40°5, 41°, con remisiones matutinas y exacerbaciones vespertinas ligeras. Pasan días, y después de los veinte á los veinticinco días de enfermedad, ocurren una serie de circunstancias y de cambios que pueden ser favorables al enfermo y que se operan de un modo más ó menos rápido.

La terminación de la tifoidea puede operarse de un modo lento y gradual, ó de un modo brusco é imprevisto, siendo más frecuente lo primero que lo segundo, y hasta es natural que así suceda, dados los estragos viscerales producidos por la infección tifódica. De ahí que por lo regular se insinúe una remisión gradual de la fiebre hasta su extinción completa; pero conviene advertir que, algunas veces, en la declinación ofrécese unas oscilaciones grandes en la temperatura, por manera que durante algunas horas del día el enfermo queda poco menos que infebril y hasta hipotérmico, y después el termómetro marca cifras elevadas hasta 39° y á veces 40°. Esta curva oscilante, en zigzag, constituye la llamada *fiebre anfibológica* de los tifódicos. El pulso sigue en su descenso á la temperatura; pero en rigor siempre hay más número de pulsaciones del correspondiente á la cifra térmica.

A la par que la pirexia, van declinando los demás desórdenes viscerales. Desaparecen el estupor y el atontamiento del enfermo; su fisonomía va tomando expresión; la paresia de los esfínteres y de los

reflejos se va borrando paulatinamente, así como el temblor de la lengua y de las manos; no hay que decir que el delirio ó subdelirio de que era presa el tifódico ha desaparecido también. Regularízanse á la par los fenómenos del aparato respiratorio y sólo el corazón queda todavía un tanto débil, bien que á la larga, y aun habiendo llegado á un grado bastante avanzado de degeneración gránulo-grasosa, se repone, sin que sea forzosa la determinación consecutiva de una cardiopatía.

El aparato digestivo, por lo mismo que es el que más embates ha sufrido, tarda más en reponerse de sus lesiones, y la experiencia nos demuestra que son precisos algunos días, y aun semanas, para que el tifódico se normalice de su tubo gastro-intestinal. Debido á un movimiento exuberante de reparación cicatricial de las placas dotinentésicas puede suceder á veces que quede consecutivamente una estenosis intestinal.

Bien que lo anteriormente descrito es la regla, puede suceder que la fiebre tifoidea termine de un modo brusco, como por *delitescencia*, lo cual no suele suceder en una tifoidea que haya seguido el curso ordinario, sino en las formas anómalas, y sobre todo en la llamada *abortiva*, en que desde el *summum* del cuadro sindrómico se pasa en poco tiempo, quizás en treinta horas, á la normalidad casi absoluta. Difícil es explicarnos en estos casos lo que ha ocurrido y que justifique una remisión tan completa de los fenómenos; tratándose de una enfermedad infectiva, quizás en las secreciones de la piel y del riñón se encuentre la explicación del fenómeno, ya que por la orina y por el sudor se escapan las toxialbúminas, como así lo han demostrado los modernos trabajos de Bouchard. No hay efecto sin causa, y por fuerza ha de ocurrir en los casos de delitescencia algo que explique dicho fenómeno; la delitescencia coincide generalmente con la aparición de ciertos fenómenos (críticos, de los antiguos), gracias á los cuales se extingue el mal. El caso es que algunos tifódicos, después de un sudor abundantísimo, pegajoso, entran en declinación; otros, después

de expulsar una gran cantidad de orina, á manera de una poliuria transitoria; otros, después de una epistaxis, y aun de una enterorragia. Hasta el *herpes labialis* parece en ciertos casos un fenómeno crítico.

No es infrecuente en los tifódicos la aparición de un hecho que, por el pronto, no sabemos si será favorable ó adverso. Me refiero á la aparición de una ó dos parotiditis, que se presentan á veces de un modo formidable, hasta con supuración de la glándula, cuyo absceso suele abrirse al exterior. Pues bien: las parótidas á veces coinciden con la remisión de los otros síntomas; pero se ha de confesar que más propenden á agravar la situación de los enfermos. También pueden ocurrir otros fenómenos, que llamaríamos críticos, si quisiéramos admitir la antigua fraseología, y que marcan una rápida mejoría en el enfermo: tal es la aparición, en un punto cualquiera del cuerpo, de flemones y absesos ó de una forunculosis.

Estos son los fenómenos más frecuentes que suelen coincidir con la desaparición de la fiebre tifoidea, y desde entonces el enfermo empieza á convalecer. La convalecencia puede ser franca, con buen apetito y una reconstitución completa, y hasta en algún caso exuberante; pero, desgraciadamente, no siempre las cosas marchan así, sino que se ven algunos tifódicos que temporal ó definitivamente presentan sorderas, amnesias, dispepsias, lesiones cardíacas ú otros estados más ó menos importantes.

La fiebre tifoidea, una vez dominada, no siempre confiere inmunidad; por manera que muchos son los individuos que han padecido aquella enfermedad más de una vez, al contrario de lo que ocurre en la viruela y en la fiebre amarilla. También son comunes en la enfermedad que me ocupa las recaídas, siendo á veces el médico su causa, por no ser bastante severo en el régimen alimenticio, sobre todo en los casos no infrecuentes de despertarse en la convalecencia un apetito casi voraz, simulando una polifagia; y como quiera que el tubo digestivo no recobra la normalidad á la par de los otros fenómenos, y el bacilo de Eberth durante mucho tiempo, se estaciona en el tubo digestivo,

de ahí que el más pequeño trastorno producido por el ingesta sea causa de que retoñe la enfermedad.

Hay recaídas que se dominan fácilmente adietando al enfermo; pero las hay tan fatales, que matan al tifódico. En nuestro país obsérvase que en algún caso, sin que pueda atribuirse á transgresiones en el régimen, después del ciclo indicado y cuando el enfermo parece estar fuera de peligro y ya se levanta, renace la evolución tifódica, durando otros 20 ó 30 días, y después de nueva convalecencia vuelve á recaer ofreciendo otra evolución tan larga como las anteriores, simulándose de esta suerte la fiebre recurrente, por más que en ésta los períodos morbosos son más breves, ya que son de 10 ó 12 días interpolados con apirexias. En Cataluña he observado que la recaída es por lo menos tan formidable como el primer ataque tifódico. A este propósito, recuerdo haber visto el caso curioso de un enfermo que, á los diez ó doce días de convalecencia de una tifoidea de tipo francamente abdominal, se reprodujo la enfermedad, pero afectando el tipo torácico, con grandes focos de bronco-pneumonía en los dos pulmones; después de la evolución común y ordinaria de ésta vino la convalecencia; pero, pasados otros diez días, volvió á recaer, afectando esta vez la forma cerebral de tipo atáxico, que evolucionó otros treinta días, al cabo de los cuales la convalecencia fué franca y absoluta. Esto se aparta de lo clásico y explica que la evolución total de algunas tifoideas dure 40, 60, 80 y hasta 100 ó más días.

Formas clínicas de la fiebre tifoidea.—La fiebre tifoidea puede presentar variantes de tipo, constituyendo las que desde tiempo inmemorial se denominan *formas clínicas* de la misma. Desde luego hay la que se acaba de describir y que puede llamarse *forma tipo*, cuya evolución presenta tres períodos, correspondientes á otros tantos septenarios, según hemos tenido ocasión de ver. Domina en el primero cierta fuerza congestiva, de vascularización, que se va borrando á medida que se entra en el segundo período, de sideración de adinamia, en que hay verdaderamente atonía visceral, caracteri-

zándose el tercero por la exageración de estos hechos, con más algunos fenómenos de inervación que dan lugar á un cuadro verdaderamente atáxico, del que el enfermo sale después de presentar los fenómenos ya apuntados. Pero no siempre los hechos se suceden con la regularidad descrita hasta aquí, sino que la sola inversión de los mismos ó el predominio de unos fenómenos sobre otros harán variar el cuadro de una manera radical.

Así, vemos enfermos que desde los primeros días se presentan con el cuadro propio de los períodos más avanzados de la tifoidea común y clásica. Prostrados, sin fuerzas, en un estado de indiferencia completa á todo lo que les rodea; se les llama y no responden, y la posición que guardan en la cama ya indica desde el principio su agotamiento. El corazón y el pulso laten débilmente; los ruidos cardíacos están casi apagados; en este caso, por lo mismo que domina la adinamia, la *fiebre tifoidea* se dice que es de *forma adinámica*.

En otros casos la tifoidea empieza y se desarrolla dominando los fenómenos inervatorios sobre todos los demás, y así desde los primeros momentos vemos aparecer un delirio más ó menos tranquilo ó exaltado; hay una irritabilidad del eje cerebro-espinal que pone al enfermo en un estado de excitación grande; está furioso, quiere arañar y morder al que se le pone delante; los fenómenos referentes á motilidad que quedaron descritos en la sintomatología de la forma clásica son los que aquí dominan; así es que el tifódico de esta clase presenta subsaltos de tendones, temblor lingual y balbuceo. La lengua está desde los primeros momentos seca, resquebrajada y sucia; y á pesar de esto, los enfermos que padecen esta forma de la enfermedad que me ocupa no tienen sed. La motilidad de los esfínteres está alterada y esos tifódicos se orinan y ensucian en la cama sin sentirlo, ó, por el contrario, presentan retención de orina. La respiración á compás de esto, é independientemente de las lesiones que en el tórax puedan existir, es arítmica, recordando la respiración llamada de Scheinne-Stokes. La temperatura raras veces queda por debajo de los 40°, y el

pulso es pequeño, débil y con tendencia á la aritmia. Esta forma de fiebre tifoidea se llama *atáxica*.

Otra forma de fiebre tifoidea es la que se ha denominado *abdominal*, que en rigor es la descrita como tipo, sólo que hay tifódicos en los que todo el cuadro sindrómico queda reducido á los trastornos del aparato digestivo, sin concurrencia de otro aparato. En cambio, los desórdenes del aparato digestivo están muy acentuados, sobre todo el meteorismo, gracias á que la dotinenteria es muy graduada. Esto mismo supone una fluxión vascular enorme de los intestinos, hígado y bazo, facilitándose de esta suerte las enterorragias y hasta las irradiaciones peritoníticas, á todo lo cual también contribuyen la profusión é intensidad de las ulceraciones.

También es común ver enfermos con el cuadro de una bronquitis difusa ó más bien de una bronco-pneumonía, y pasar siete y más días sin defervescencia, al contrario, lejos de ceder, la temperatura va en aumento y aparecen nuevos focos pneumónicos. Esta tifoidea de forma torácica ó *pneumo-tifus* sigue un curso anómalo, y por punto general se complica con la aparición de fenómenos cerebrales ó medulares.

Complicaciones.—En el aparato digestivo puede haber enterorragias que dependen de la congestión de los vasos, de la dishemia ó de los progresos de las úlceras: esta complicación aparece en período adelantado y constituye un hecho de gravedad suma, si bien á veces, después de la enterorragia, sobreviene la resolución del mal, por lo cual algunos las consideran como fenómeno crítico. También se comprende que cuando haya una gran erupción dotinentérica, las lesiones puedan trascender hasta el peritoneo, dando margen á una peritonitis más ó menos intensa, complicación de las peores. El infarto de las parótidas, que se limita á un trabajo de fluxión fuerte, ó á veces es un trabajo supurativo, se ha creído por algunos que era un fenómeno crítico; pero es lo cierto que el funcionalismo de las fauces se pone en peligro y el enfermo puede morir atragantado por efecto de la pa-

rotiditis, que se desarrolla en algunos casos en el espacio de veinticuatro horas. La angina de Ludwig, si se presenta, es otra complicación. Por parte del aparato respiratorio, las complicaciones se reducen á laringitis que invaden el interior de los cartílagos y los necrosan; edema pulmonar, bronco-pneumonía, etc... El corazón sufre la degeneración grasosa. Hay gangrenas periféricas; é internas del pulmón. Se puede desarrollar la nefritis cortical ó medular parenquimatosa, que es también complicación muy seria.

Terminaciones.—Cuando las oscilaciones de la curva termométrica son acentuadas, p. e., por la noche, 39° ó 40° , y por la mañana á 38° ó 37° , se dice que la tifoidea presenta la curva anfibólica: disminuyen entonces los fenómenos viscerales, y de esta manera entra el enfermo en convalecencia. A veces coincide con esta declinación la aparición de un sudor profuso, pegajoso, ó una epistaxis, ó flemones difusos, absesos, diviesos. Generalmente la terminación es lenta, y se despierta un apetito voraz que parece encaminado á la rehabilitación orgánica; pero después se equilibra, y hasta hay enfermos que presentaron polifagia al principio y después quedan inapetentes y hasta en la más completa anorexia. Otros lucen, después de la tifoidea, un vigor que antes no tenían. En otros casos no es tan favorable la terminación, pudiendo aparecer ciertos hechos, algunos de los cuales no tienen valor, como la caída del cabello y hasta la misma amnesia, porque ambos de ordinario son reparables; pero en cambio en algunos se han visto trastornos cerebrales que no se borran jamás, como la sordera y la demencia. La muerte en la tifoidea es rara en el primer septenario, aunque esto no es absoluto. Claro es que si la fiebre tifoidea es abdominal habrá más condiciones de resistencia que cuando hay síntomas de pecho, sobre todo si se produce la parexia de los bronquios. También los que ofrecen fenómenos cerebrales suelen morir rápidamente si surge una localización bulbar. Cuanto más obeso sea el enfermo, mayor peligro, por la tendencia á las congestiones viscerales. Además, la muerte puede ser ocasionada por una peritonitis, por una enterorragia, etc...

Diagnóstico.—Si el cuadro se presentara siempre conforme se acaba de describir, no ofrecería ninguna dificultad el diagnóstico de la tifoidea; pero sucede que á veces falta el cuadro abdominal, nada se observa en el pecho, no hay epistaxis, etc., y, sin embargo, hay ya la infección tifódica, caracterizada sólo por la fiebre, y á lo más por algún fenómeno de catarro gástrico de poco valor. Para mí, todo enfermo con pirexia continua, que aumenta gradualmente y que no cede después de siete ú ocho días, se hace muy presumible de tifódico, porque las demás infecciones agudas antes de aquel término, han tomado ya un carácter que permite distinguirlas. No diré que esta apreciación esté libre de impugnaciones, pero en la generalidad de los casos puede servir de norma.

Pronóstico.—El tifódico más leve puede morir y el tifódico más grave puede curar; esto basta para que se comprenda hasta qué punto se ha de reservar siempre el pronóstico, porque hasta en la convalecencia puede ocurrir la muerte. Sin embargo, dentro de la gravedad general, hay circunstancias de gravedad mayor, como la temperatura muy elevada, la frecuencia de pulso, la forma cerebral y pulmonar, el tifus atáxico, que es el peor de todos, las hemorragias, etc. La forma adinámica es tal vez la más susceptible de curación. Además influye la edad, pues la tifoidea es menos grave en los niños que en los adultos; y á menudo lo es más en las personas robustas que en las débiles.

Tratamiento.—¿Puede abortar la tifoidea? Únicamente en la forma abdominal, y muy al principio, sobre todo cuando venga relacionada con actos de ingesta, estaremos en el caso de ensayar la cura abortiva, empleando la medicación evacuante; y los purgantes salinos, los calomelanos á dosis altas, á dosis purgantes, han hecho algunas veces que en el espacio de seis ó siete días haya terminado la calentura. Pero aquí puede aplicarse aquel precepto de Hipócrates, de que “la ocasión es fugaz,” porque cuando avanza el proceso necrósico de las placas dotinentéricas, entonces los purgantes agravarían la situación

del enfermo. Para las otras formas no hay medicación abortiva. Importa, para tratar á la tifoidea cumplir preceptos dietéticos y farmacológicos. Debe recomendarse la limpieza hasta la exageración y se colocará al enfermo en una pieza espaciosa y susceptible de ventilación. Cuando la forma es abdominal hemos de condenar al enfermo á una dieta absoluta por espacio de 30 ó 40 horas; pero fuera de este caso los tifódicos deben alimentarse con leche ó caldo al principio y con *purées* más tarde; pero nunca con sustancias sólidas hasta que hayan entrado en convalecencia y tenga buen apetito. En cuanto á bebidas, el vino tinto, más ó menos aguado, constituye un buen auxiliar.

Plan farmacológico.—Dada la actual patogenia de la fiebre tifoidea, se comprende que la medicación racional habría de consistir en el empleo de medios que esterilizasen el microbio *in situ* y neutralizasen al propio tiempo sus productos tóxicos. Desgraciadamente, hoy por hoy, no cuenta aún la terapéutica, en este caso concreto, con agentes microbicidas; y si bien cabe la prescripción de los antisépticos intestinales, una dolorosa experiencia confirma á menudo su ineficacia. Por lo que toca á la destrucción de las toxinas segregadas por el microbio de Eberth, se están haciendo en la actualidad experimentaciones de sueroterapia, más ó menos afortunadas, pero que todavía no han alcanzado el éxito que tal vez logren más adelante.

De todas maneras, lo lógico es empezar el tratamiento de la fiebre tifoidea abdominal con la medicación purgante á favor de los calomelanos, de las sales neutras ó del aceite de ricino; y es indudable que cuando se apela á estos recursos, así que la evolución tífica comienza, á veces se logra abortar la enfermedad ó al menos simplificarla. No hay duda que los purgantes empleados á tiempo constituyen el mejor microbicida. Pasada la oportunidad, nos hemos de reducir al uso de los antisépticos, que son muchos en número, pero ninguno de ellos de acción segura. El salol, saprol, naftol, benzonaftol, yodoformo, ácido salicílico, salicilato de sosa, sulfuro de carbono, sublimado,

ácido clorhídrico, etc., han sido preconizados según las aficiones de cada clínico; pero si hubiésemos de recomendar alguno, indicaríamos de preferencia, aparte del ácido muriático, los de menor solubilidad, como el naftol y benzonaftol, para que sólo desarrollen su efecto tópico. Algunas de estas substancias pueden emplearse por ingestión y por la vía rectal.

Esto aparte, conviene sostener las fuerzas del enfermo con medicamentos tónicos, para que pueda completarse el ciclo evolutivo del proceso. De ahí el empleo de la quina.

Si bien todo esto, incluso la dietética apuntada, constituye la base terapéutica de la fiebre tifoidea, hay necesidad de cumplir una serie de indicaciones sintomáticas encaminadas á enfrenar aquellos desórdenes que puedan poner en peligro la vida del tifódico. En este concepto son muy variadas las medicaciones, pues ora las hemorragias intestinales, ora las deficiencias cardíacas; unas veces la ocupación bronco-pulmonar, y otras los desórdenes de la inervación, delirio, sopor, etc., obligan á mover los recursos terapéuticos en muy variados sentidos.

De todas maneras, uno de los estados que ha de vigilarse más para ponerle mano, es la termalidad del tifódico; pero importa no caer en la exegeración de apelar á los antipiréticos sin ton ni son, y aun menos echar mano de los agentes más activos, como la antipirina, sin motivo poderoso. Mientras las temperaturas no excedan de 39° y no se muestren muy sostenidas, es preferible abstenerse de intervenir; pero en caso contrario son muchos los medios que pueden ponerse en acción, v. gr. la quinina, el salicilato de sosa, la antipirina, la resorcina, etc., eligiendo uno ú otro según sean las resistencias del enfermo y la premura del caso.

La balneación constituye una de las prácticas más racionales de tratamiento en la fiebre tifoidea, por más que dista mucho de ser un específico, ni siquiera un recurso que evite siempre las complicaciones viscerales, aun empleándolo desde los primeros días del mal. La

acción del baño es muy diversa según la temperatura del agua y su duración, pero fundamentalmente ejerce múltiples actos fisiológicos que la terapéutica puede buenamente aprovechar: acción sobre el proceso térmico, refrigerando ó elevando la temperatura del tifódico, según los casos; efectos regularizadores de la circulación capilar tegumentaria y de las vísceras; limpieza de la piel para impedir infecciones cutáneas secundarias; fomento del sudor y de la diuresis al objeto de eliminar los productos tóxicos; y, por último, tonificación ó sedación, según convenga, de las energías nerviosas. La clínica es la encargada de enseñar la manera de obtener resultados de gran monta con esa balneoterapia ó con cualquiera otra de las prácticas admitidas para la aplicación del agua á los tifódicos (abluciones, fomentos, irrigaciones, etc.)

FIN

ÍNDICE DE MATERIAS

Págs.

ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO

Enfermedades del corazón

Fisiología del corazón.	5
Pericarditis aguda.	7
Pericarditis crónica.	15
Endocarditis aguda.	18
Endocarditis infecciosa.	22
Endocarditis crónica.	24
Estrechez del orificio auriculo-ventricular izquierdo.	39
Insuficiencia de la mitral.	39
Insuficiencia de la mitral y estrechez del orificio correspondiente.	40
Estrechez aórtica.	40
Insuficiencia de las sigmóideas aórticas.	41
Estrechez del orificio auriculo-ventricular derecho.	41
Insuficiencia de la tricúspide.	42
Estrechez del orificio pulmonar.	42
Insuficiencia de las sigmóideas pulmonares.	42
Miocarditis aguda.	42
Hipertrofia cardíaca.	47
Cardiectasia.	53
Polisarcia del corazón, Corazón adiposo.	57
Esteatosis cardíaca, Degeneración grasosa.	61
Esclerosis del corazón.	63
Neurosis del corazón, Palpitaciones cardíacas.	64
Angina de pecho.	71

Enfermedades de los vasos

Arteritis crónica.	76
Flebitis.	83
Aneurismas de la aorta.	87
A.—Aneurisma torácico.	89
B.—Aneurisma abdominal.	100

ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

Enfermedades de las fosas nasales

Coriza agudo.	105
Coriza crónico.	107

	<u>Págs.</u>
Epistaxis.	110
<i>Enfermedades de la laringe</i>	
Laringitis aguda.	113
Laringitis crónica.	117
Laringitis crónica tuberculosa.	124
Edema de la glotis.	131
<i>Enfermedades de los bronquios</i>	
Bronquitis.	134
Bronquitis simple aguda.	135
Bronquitis capilar.	137
Bronquitis crónica.	142
Broncoectasia.	145
Asma.	149
Rino-bronquitis espasmódica.	157
<i>Enfermedades de la pleura</i>	
Pleuresía aguda.	161
Pleuresía crónica.	179
Hidrotórax.	182
Hidro-pneumo-tórax.	185
<i>Enfermedades del pulmón</i>	
Hiperemia y congestión pulmonares.	187
Hemoptisis.	193
Pulmonía.	203
A.—Pulmonía fibrinosa aguda.	203
B.—Pulmonía de vértice.	225
C.—Pulmonía biliosa.	227
D.—Pulmonía nota.	228
E.—Fluxión de pecho.	230
F.—Pulmonía catarral.	231
Pulmonía crónica.	239
Tuberculosis pulmonar.	243
Tuberculosis pulmonar galopante.	283
Gangrena del pulmón.	291
Enfisema del pulmón.	295
Cáncer del pulmón.	299
Quistes hidatídicos del pulmón.	301

ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO

Histología del riñón.	305
<i>Enfermedades del riñón</i>	
Hiperemia y congestión del riñón.	307
Nefritis.	312
A.—Nefritis parenquimatosa aguda.	313
B.—Nefritis parenquimatosa crónica.	321
C.—Nefritis intersticial aguda ó supurativa.	327
D.—Nefritis intersticial hiperplásica.—Esclerosis renal.	330
Pielitis.	333
Hidronefrosis.	336
Nefrorragia.	339
Lithiasis urinarie.	342

	Págs.
Lithiasis úrica.	348
Lithiasis oxálica.	350
Lithiasis alcalina.	351
Uremia y Amonemia.	352

Enfermedades de la vejiga

Cistitis aguda.	361
Cistitis crónica.	365
Incontinencia de orina.	367

Enfermedades del aparato genital

Incontinencia seminal: poluciones nocturnas, espermatorea.	370
--	-----

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

Enfermedades del sistema nervioso central

Enfermedades del encéfalo

Hiperemia cerebral.	375
Anemia cerebral.	381
Hemorragia cerebral.	387
Reblandecimiento cerebral agudo.	399
Reblandecimiento cerebral crónico.	403
Afasia.	407
Encefalitis aguda.	412

Enfermedades de las meninges encefálicas

Meningitis encefálica.	418
Meningo-encefalitis crónica.	427
Tumores del cerebro.	429

Enfermedades de las meninges raquídeas

Meningitis espinal.	437
-----------------------------	-----

Enfermedades de la médula

Anatomía medular.	441
Mielitis difusa aguda.	443
Mielitis crónicas.	447

A.—Mielitis crónicas sistematizadas

a.—Ataxia locomotriz progresiva.	448
b.—Tabes dorsal espasmódica.	456
c.—Esclerosis en placas.	458
d.—Parálisis espinal aguda.	462
e.—Atrofia muscular progresiva.	464

B.—Mielitis crónica difusa

466

Enfermedades de la protuberancia anular

470

Enfermedades del bulbo

Parálisis glosio-labio-laríngea.	471
--	-----

Neurosis

473

Epilepsia.	474
Histerismo.	486
Corea.—Baile de San Vito.—Danzomanía.	500

	Págs.
Neuralgias en general.	506
<i>Parálisis periféricas</i>	
Parálisis del facial.	513
<i>Trofo-neurosis</i>	
Trofo-neurosis de la cara.	520
Trofo-neurosis general difusa (mal perforante; lepra mutilante).	521
Gangrena simétrica de las extremidades.	522
<i>Enfermedades del gran simpático</i>	
Bocio exoftálmico: Enfermedad de Basedow.—Enfermedad de Graves.	525

ENFERMEDADES DE LA SANGRE

Anemia.	532
Anemia maligna.	536
Clorosis.—Cloro-anemia.	538
Leucemia y leucocitemia.	542
Escorbuto.	545
Púrpura hemorrágica, enfermedad de Werlhof.	548
Hemofilia.	550

ENFERMEDADES DE LA NUTRICIÓN

Polisarcia.—Obesidad.	552
Diabetes.	553
Diabetes sacarina.	554
Tisis bronceada.—Enfermedad de Addison.	562
Reumatismo crónico.	564
Gota.—Podagra.	569

INFECCIONES FEBRILES AGUDAS (PIRETOLOGÍA)

Generalidades.	575
Clasificación de las infecciones.	584
Gripe.	585
Fiebre efímera.	586
Viruela.	587
Varioloide.	592
Varicela.	593
Sarampión.	593
Rosa.	596
Escarlatina.	596
Paludismo agudo.	600
Paludismo crónico.	607
Reumatismo agudo.	608
Fiebre tifoidea.	613



616(02)

ROB