



Ictericia idiopática

Catalina R..., de 42 años de edad, casada, natural de Lérida y de oficio corsetera, entró en la Clínica el día 23 de Noviembre, ocupando la cama núm. 8 de la Sala del Santo Cristo.

Antecedentes hereditarios.—Su padre murió de hemorragia cerebral; su madre, de otitis supurada que produjo consecutivamente una meningitis ó encefalitis aguda. Ha tenido dos hermanos: uno de ellos goza de buena salud, el otro murió hace bastante tiempo sin que pueda precisarse la enfermedad que produjo su muerte.

Condiciones individuales.—De compleción fuertè, aunque con alguna aptitud á enfermar. La menstruación se ofreció siempre con normalidad absoluta.

Antecedentes morbosos.—Á los diez años sufrió paludismo bajo la forma de una intermitente cuartana, con la particularidad de no haber vivido nunca en zona palúdica; quedando curada de su infección á los tres meses.

Una vez curada tuvo tres gestaciones que terminaron: la primera por aborto, á los seis meses; la segunda llegó á término, pero

murió el recién nacido á los diez días, sin poder precisar la causa; y la tercera, á término también, dió por resultado un niño sano y sin la menor tara orgánica. No hay antecedentes de sífilis, reumatismo ni otra discrasia.

Cuatro años atrás sufrió una infección gripal de forma abdominal, quedando completamente curada antes de los dos meses y sin que ofreciera nada más de particular hasta hace dos años, en cuya fecha, á causa, según indica la enferma, del disgusto que le produjo la pérdida de su escaso haber, pero que le aseguraba su subsistencia, coloreóse toda su piel de amarillo verdoso, apareciendo orinas de tinte azafranado; estado que se acompañó de una profunda tristeza (hipocondría), pero sin trastornos gástricos ni intestinales. Al cabo de dos meses, y mediante el uso de la centaura, curó por completo, desapareciendo la amarillez de la piel y renaciendo la alegría perdida. En tal estado siguió hasta últimos de Mayo próximo pasado, en que, después de haber sufrido otra impresión moral intensa, que le reprodujo su antigua hipocondría, se ha mantenido constantemente triste, pero sin trastorno digestivo ni cutáneo alguno, hasta hace cuatro días, en que vióse de pronto sorprendida por violentos escalofríos seguidos de intensa pirexia que duró dos días, apareciendo después por todo su cuerpo el mismo tinte amarillo de la otra vez.

Estado actual.— Lo que llama más la atención en nuestra enferma es el color especial de su rostro, que ofrece un tono amarillento, ó mejor aún, anaranjado. Observando el resto del cuerpo se ve que el color se ha extendido por toda la superficie cutánea, aunque más manifiestamente en las flexuras de los miembros y en la tabla del pecho. Participan también de este trastorno cromático las mucosas esclerotical, del frenillo y de la bóveda del paladar. Descúbrese también la coloración anormal en la orina, la cual ofrece un matiz amarillo verdoso.

Ahora bien: para orientarnos en la exploración, cabe preguntar qué origen debemos atribuir á tal pigmentación; si un origen hemático ó una procedencia hepática. Indudablemente debemos atribuirle este último origen, pues la amarillez hemafrica que depende de la desintegración de los hematocitos no es la que ofrece la enferma, la cual, observada á la luz del día (condición indispensable para tales observaciones), permite asegurar de un modo preciso su punto de partida hepático. Debemos, pues, dirigir la exploración en busca de trastornos hepáticos ó, en general, del aparato digestivo.

Ofrécese la lengua ancha, húmeda y cubierta de una capa saburral blanquecina. Acusa la enferma bastante sed, gusto amargo y regular apetito. El funcionalismo gástrico es normal, verificándose las digestiones sin producirse pesadez de estómago ni flatulencia. El intestino funciona también con regularidad, depone diariamente la enferma, pero sin que por el momento se haya podido precisar el color de los excrementos, aunque es de suponer que están decolorados.

En cuanto á la región hepática, nada ofrece á la inspección visual. La enferma puede acostarse sobre los dos lados y no ofrece en la parte, dolores espontáneos, ni tampoco pueden provocarse. Mediante la palpación los dedos pueden hundirse debajo del reborde costal sin provocar la más ligera molestia, notándose perfectamente que la glándula hepática no rebasa su nivel normal. Hacia la izquierda tócase, sin embargo, el lóbulo pequeño algo prolongado, pero no se percibe en todo el órgano la menor rugosidad ni abolladura. Mediante la percusión no pueden precisarse bien los límites, pues por delante se interpone el colon transversal distendido y que da claridad á parte de la zona hepática anterior. No tiene ni ha tenido nunca almorranas, y el vientre en conjunto ofrécese blando, aunque algo dilatado por gases.

La orina es bastante abundante, de color amarillo verdoso, escaso olor, fluída, diáfana, y forma espuma bastante persistente por agitación. El análisis fisico-químico dió el siguiente resultado:

	Densidad á 15° c.	1,012	
	Reacción	Francamente ácida	
Elementos normales	{	Urea (proporción por litro)	4,920
		Acido fosfórico de fosfatos alcalinos.	0,706
		Acido fosfórico de fosfatos térreos.	0,071
		Acido fosfórico total	0,777
Elementos anormales	{	Pigmentos biliares.	Los hay
		Acidos biliares.	Los hay
		Urobilina	La hay, aunque poca
		Albúmina.	No la hay

En cuanto al sistema nervioso, obsérvase la inteligencia íntegra, pero no así la afectividad, que se halla alterada en forma hipocondríaca, estado que lo consideramos íntimamente ligado con el proceso morboso de la paciente, y que probablemente desapareciera con él. Ahora, sin embargo, la enferma está más plácida que antes de entrar en el Hospital, durmiendo perfectamente toda la

noche. Los sentidos han sufrido pocas modificaciones. No hay ni ha habido nunca xantopsia, y sólo parece haber notado alguna disminución en la agudeza visual. Ha ofrecido también prurito en distintos puntos del cuerpo, pero que ahora ha desaparecido ya por completo.

Por parte del aparato circulatorio obsérvase: el latido del corazón en el 5.º espacio intercostal; las líneas pleximétricas casi normales, aunque parecen algo elongadas las verticales; refuerzo del primer tono en la punta; percíbese además un soplo de primer tiempo en el foco aórtico. Los troncos arteriales y las venas yugulares no ofrecen nada de especial mención. Pulso rítmico, regular, sin bradicardia, pues late 70 veces por minuto. Temperatura normal. No tiene fatiga; sube las escaleras sin cansarse; guarda todos los decúbitos; no hay tos ni nada que induzca á sospechar trastorno alguno del aparato respiratorio, y la percusión y auscultación del tórax dan un resultado completamente negativo.

Diagnóstico.—En virtud de los datos indicados, dedúcese la existencia de una *ictericia*, pero ¿cuál es su patogenia? Autores hay que admiten, como hemos manifestado ya, dos clases de ictericia: hepatógena la una, y hematógena la otra (*ictericia hemaféica* de Gubler). Mas en realidad la verdadera ictericia tiene siempre origen hepático; y, aunque ciertas nosohemias y grandes traumatismos, acompañados de extensos equimosis, pueden producir, por reabsorción de la materia colorante de los glóbulos rojos, un tinte amarillento que se extienda por la superficie cutánea y aun en ciertas mucosas; sin embargo, tal color es bien distinto del color amarillo especial que acompaña á toda ictericia verdadera. El análisis de la orina, además, demuestra en el presente caso en nuestra enferma, una ictericia hepatógena.

Etiología y patogenia.—En general la ictericia es de fácil diagnóstico, pero no sucede lo mismo por lo que se refiere á su etiología y patogenia, punto de tanta importancia que casi siempre constituye la base para formular la nota pronóstica, y más aún para fundamentar la terapéutica.

Divídese la ictericia, por lo que á la etiología se refiere, en idiopática y sintomática. Autores hay que no admiten tal división—negando en absoluto la existencia de ictericias idiopáticas y afirmando rotundamente que todo proceso icterico viene ligado á una lesión hepática de mayor ó menor cuantía. Esto no es cierto, ya que

la práctica demuestra que, sin lesión previa de la glándula hepática y de las vías biliares, se puede desarrollar de improviso una ictericia á causa de una sacudida moral cualquiera, como un arrebató de cólera ó una impresión de miedo. El caso clínico que estamos estudiando viene, pues, de molde para apoyar la exactitud de tal división, pues indudablemente se trata de un caso de *ictericia idiopática*; y para demostrarlo de un modo palpable estableceremos el diagnóstico por exclusión, demostrando que no puede tratarse de ninguna de las enfermedades hepáticas que producen ictericia. Éstas son: *catarro duodenal, colecistitis, litiasis biliar, hepatitis parenquimatosas de la cara cóncava, abscesos hepáticos, cirrosis insular, quistes por retención, hidatides* que compriman los conductos de la hiel, *atrofia aguda del hígado, fiebre amarilla, fiebre biliosa indígena y de los países cálidos, tumores infrahepáticos* que compriman los vasos de desagüe biliar, *pulmonía biliosa, peritonitis crónica de la cara cóncava del hígado, intoxicación por el fósforo*, etc. De esta serie de enfermedades podemos descartar ya todos los procesos febriles, por no haberse ofrecido un curso de pirexias; hemos de eliminar también los tumores y cirrosis, pues la pleximetría y la palpación acusan en la glándula la forma y dimensiones normales; hemos de excluir del propio modo la litiasis biliar, pues si fueran los cálculos grandes, y capaces, por tanto, de obturar el conducto, se hubiera traducido indudablemente por cólicos hepáticos, y nuestra enferma no los ha ofrecido nunca, y, por otra parte, si sólo hubiesen circulado arenillas, incapaces, por tanto, de producir cólicos, no se comprende cómo pudieron determinar una oclusión tan completa que produjera una ictericia intensa como la que nos ocupa; tampoco cabe pensar en ninguna intoxicación, ya que no hay ningún antecedente que induzca á sospecharlo. Establecida la exclusión, pues, en esta forma, cabe sólo el diagnóstico diferencial entre dos enfermedades solamente: el *catarro duodenal* y la *colecistitis*. No obstante, tampoco puede tratarse de ellas. En efecto, tocante al catarro duodenal no ha habido trastorno gástrico ni intestinal alguno que permita creer que la lesión se ha corrido al colédoco, impidiendo el desagüe del jugo biliar; y la colecistitis tampoco, pues casi nunca es primitiva, sino consecutiva generalmente á un catarro de las vías digestivas ó á la presencia de cálculos, etc., y aquí, como sabemos, no han existido tales trastornos.

Por exclusión, pues, hemos de admitir aquí una ictericia idiopática; y, una vez sentado esto, cabe preguntar: ¿en virtud de qué

mecanismo se ha podido desarrollar? La relación íntima y tan manifiesta que se observa entre el ataque de ictericia y de una fuerte impresión moral hace suponer que ésta por acto reflejo produciría un espasmo tan enérgico de las vías biliares que se determinaría el cierre absoluto de las mismas con completa imposibilidad de desagüe de la bilis en el intestino; producto que, una vez estancado, no tarda en reabsorberse y pasar al torrente circulatorio, difundándose y pigmentando los tejidos, transparentándose con su peculiar color. Estas contracturas de los conductos biliares, gracias á la inquietud natural de la bilis, determinan la formación de tapones mucosos que continúan obstruyendo el conducto, aun después de haber cesado la contractura. Esto probablemente fué lo que sucedió esta última vez, en que tardó muchos días en presentarse la ictericia después de la impresión moral. Al principio el paso estaba dificultado, pero no impedido; pero después, sin duda alguna, se formaron tapones mucosos que obstruyeron los conductos por completo, estallando entonces la ictericia.

Otro punto que es necesario aclarar es el que se refiere al soplo de primer tiempo que hemos apreciado en el foco aórtico. Este soplo ¿debemos considerarlo como dependiente de una alteración hemática consecutiva á la ictericia, ó bien acusa una alteración somática del centro circulatorio? Si el soplo no estuviese tan circunscrito, y si se hallase diseminado hacia las otras arterias, cabría pensar en una alteración sanguínea; pero su limitación, y además el ir acompañado de refuerzo de primer tono en la punta, con tendencia al aumento de las líneas pleximétricas verticales, hace sospechar que se está fraguando un trastorno en el endocardio, que hoy se traduce por pocos síntomas porque la lesión está en sus comienzos, pero que sin duda alguna se exteriorizará más cuando se determine bien el trastorno orgánico.

Pronóstico.—Por ahora leve, pero deben hacerse muchas reservas respecto á la duración del mal y á las recidivas, que por lo visto son fáciles en la enferma. Además hemos de considerar que la infiltración de productos biliares es constantemente perjudicial para los tejidos y en especial para la sangre, ya que produce en ella trastornos notables, sobre todo en las hematíes. Además debemos tener en cuenta para el porvenir de nuestra enferma el trastorno cardíaco, pues aunque por ahora no preocupa, andando el tiempo, si el mal no se ataja, como es lo probable, constituirá un peligro que es necesario tener en cuenta.

Terapéutica.—En cuanto á plan dietético, lo mejor sería establecer dieta láctea; pero como que la enferma indica que la leche le repugna, apelaremos á los caldos desgrasados, sopas, purés, en una palabra, alimentos ligeros y de fácil digestión. Además, como plan farmacológico indudablemente están indicados los purgantes, y de entre éstos los colagogos para facilitar el paso de la bilis al tubo intestinal (purgantes ácidos, extractivos, calomelanos, salicilato de sosa, etc.). Se la sometió al uso de la siguiente fórmula:

D. Agua	300 gramos
Tartrato bórico potásico	25 »
Jarabe de ruibarbo	30 »

D. s. a. (Dése una jícara cada 2 horas.)

Además ordenáronse dos enemas de agua fría.

26 de Noviembre.—La medicación anterior produjo el resultado apetecido; la enferma ha evacuado bastante y ha disminuído ya algo el color amarillo. comenzando á adquirir el matiz de la anemia; lo que se comprende perfectamente dado el notable trastorno que habrá sufrido el elemento globular. Después se administró una botella diaria de agua de Ribas y se modificó la fórmula siguiente en este sentido:

D. Cocimiento de centaurea	200 gramos
Tartrato bórico potásico	} a. 25
Jarabe de achicoria	

(Una jícara cada 2 horas.)

28 de Noviembre.—Los purgantes produjeron el efecto esperado: logróse, mediante su uso, restablecer el paso de la bilis libremente al intestino. Después se amplió el tratamiento en el sentido de eliminar por la vía renal los productos biliares de la masa sanguínea, prescribiendo:

D. Cocimiento de gayuba	200 gramos
Acetato potásico	4 »
Jarabe cinco raíces	30 »

D. s. a. (2 cucharadas cada 3 horas.)

3 de Diciembre.—El color amarillo va desapareciendo paulatinamente, despiértase el apetito, cesa el gusto amargo y desaparece la capa de saburra que cubría la lengua. Suspéndese el diurético y es sustituido por:

D. Coleato de sosa. } a. 0'30 gramo
 Extracto de taraxacon. }

M. s. a. y divídese en 6 píldoras iguales (1 cada 4 horas).

6 de Diciembre.— Como que, á pesar de la anterior medicación, no se regularizaba por completo el funcionalismo hepático, suspendióse la fórmula anterior, dando como colagogo y desobstruyente del hígado:

D. Sales de Carlsbad 1 frasco

(para tomar una cucharadita de café en ayunas, disuelta en un poco de agua).

Á medida que iba desapareciendo el color icterico, notábase más y más la profunda anemia que ofrecía nuestra enferma, por lo cual se administraron los marciales, escogiendo una sal de ácido orgánico para evitar que se produjera estreñimiento de vientre:

D. Lactato ferroso. } a. 0'15 gramo
 Extracto de genciana }
 Excipiente c. s.

M. s. a. y divídase en 3 píldoras iguales (para tomar con las comidas).

14 de Diciembre.— Podrían continuarse los marciales, pero como que aun parece reproducirse un ligero tinte icterico, substituyéronse por nuevos colagogos:

D. Aloes } a. 0'15 gramo
 Coleato sódico. }
 Excipiente c. s.

M. s. a. y divídase en 3 píldoras iguales (para tomar con las comidas).

Además continúan las sales de Carlsbad por las mañanas.

18 de Diciembre.— Ha desaparecido por completo el color icterico; el tubo digestivo funciona perfectamente, de modo que lo que falta combatir ahora es la anemia, con buena alimentación y medicación á propósito; y aunque todo esto podría proporcionársele en el Hospital, sin embargo, como las condiciones del nosocomio no son las mejores para la tonificación de los enfermos, comprendiéndolo así la interesada, pidió el alta el 20.

J. SANS TOUS.



Tétanos

Román C..., edad 33 años, casado, labrador, natural de San Pedro Maldá (Tarragona) y residente en la misma.

Antecedentes hereditarios.—Ignora de qué enfermedad murió su padre; su madre goza de excelente salud, lo mismo que sus hermanos. Ha tenido dos hijos, uno de los cuales murió de atrofia general.

Antecedentes morbosos.—No figura en su anamnesis proceso morbozo alguno hasta la edad de 25 años, fecha en que á consecuencia de una herida incisa, leve, en la palma de la mano derecha, se presentó una tumefacción dolorosa y rubicunda que interesaba en un principio la región del hueso axilar del propio lado, extendiéndose más tarde á la del pectoral y formándose un flemón difuso que curó á los cuatro meses á beneficio de un tratamiento quirúrgico.

Enfermedad actual.—Empezó á primeros de Enero del presente año. El primer hecho que llamó la atención del enfermo fué una sensación de tirantez, localizada principalmente al nivel del masetero izquierdo, seguida de rigidez de todos los músculos mas-

ticadores de dicho lado, por cuyo motivo los movimientos de descenso de la mandíbula izquierda eran muy limitados, siendo difícil la introducción de alimentos líquidos en la boca é imposible la de los sólidos (*trismus*). Durante dos días persistió el trismus, sobreviniendo entonces sensaciones de dolor, de carácter terebrante, en forma de paroxismos breves de cinco á diez segundos de duración, extendidos por ambos hipocondrios, con irradiaciones hacia las partes profundas del tórax, y separados por intervalos regulares casi siempre de unos diez minutos. Á partir de aquella fecha se acentuó la rigidez, propagándose de una manera gradual: fueron invadidas simultáneamente ambas extremidades inferiores, quedando en extensión forzada, rígidas, tensas, con imposibilidad absoluta para los movimientos, tanto de la articulación coxo femoral y femoro-tibio-rotuliano, como tibio-peroneo astragalina. Sucesivamente el espasmo invadió los músculos abdominales, acentuándose de preferencia en los rectos, cuyos vientres se dibujaban claramente á los lados de la línea alba. El abdomen quedó retraído, hundido, ofreciéndose sus paredes duras y resistentes á la palpación. En este estado ingresó en la Clínica, ocupando la cama núm. 9.

Estado actual.—11 de Enero.—El enfermo se presenta envarado y en decúbito supino. La rigidez imprime á su rostro una expresión especial. La frente con surcos transversales, las cejas un poco elevadas, la abertura palpebral ligeramente estrechada, las mejillas rígidas y con relieve, sobre todo al nivel del masetero izquierdo; los ángulos de la comisura bucal ligeramente dirigidos hacia fuera, sin que tome, sin embargo, la boca esa expresión especial llamada *risa sardónica*. La cabeza está inclinada atrás estando los músculos de la región posterior del cuello espasmodizados, de lo cual resulta extensión forzada de la cabeza con imposibilidad de los movimientos de flexión y extensión de la misma. Únicamente se conservan, bien que muy limitados, los movimientos de rotación. También están fuertemente espasmodizados los músculos extensores del dorso, por lo cual se presenta arqueada la columna vertebral, con la concavidad dirigida hacia atrás, de modo que puede interponerse la mano, sobre todo al nivel de la región lumbar, entre el dorso y la cama (*opistótonos*). Los movimientos del tronco, tanto los de flexión y extensión como los de rotación, son imposibles. En el tórax la rigidez se presenta más acentuada al nivel de los pectorales fuertemente contraídos, hasta el punto

de dificultar los movimientos de la articulación escapulo-humeral. No están interesados los músculos de ambas extremidades superiores, como tampoco el diafragma, según lo demuestra la libertad con que se efectúa la respiración (20 respiraciones por minuto).

Aunque el espasmo tónico es constante, sin embargo, su intensidad es variable, ofreciéndose exacerbaciones paroxísticas caracterizadas por una mayor acentuación de las rigideces, especialmente el trismus y opistótonos.

Pocas alteraciones dignas de ser tenidas en cuenta ofrecen los demás órganos y aparatos. En el estado psíquico, sin embargo, es notable la apatía y hasta una absoluta indiferencia. Acusa sensación de dolor en ambos hipocondrios, que se exagera con las inspiraciones profundas. La lengua ancha, cubierta por una capa de saburra blanco amarillenta, á pesar de lo cual las digestiones se ejercen con regularidad, verificando una deposición cada uno ó dos días. No hay alteraciones cardíacas objetivas ni subjetivas; el pulso es rítmico, bien que algo lento (60 pulsaciones por minuto). La orina clara y en considerable cantidad; la piel, seca, conserva su sensibilidad táctil y térmica. Escasa fiebre (36'7°), con una ligera elevación durante los paroxismos.

Diagnóstico.—El síndrome del tétanos aparece lo suficientemente claro para que no permita género alguno de duda. En efecto, no cabe pensar en un *reumatismo muscular*, pues habría mayor dolor, principalmente á la presión al nivel de las masas musculares afectas; faltaría la rigidez, la evolución sería distinta, faltaría el trismus, etc. Con el *histerismo* no hay confusión posible, porque faltan los estigmas histéricos, antecedentes neuropáticos y los caracteres típicos de los ataques convulsivos histéricos; aparte de que ni la edad ni las demás condiciones individuales lo abonan. En la *tetania* generalmente las contracturas empiezan por los pies y manos, y precisamente en este caso están éstas absolutamente libres; el espasmo en la tetania es paroxístico, y en nuestro enfermo es constante, aunque con exacerbaciones; el trismus es un síntoma tardío en la tetania y aquí fué inicial; tampoco podemos pensar en una *intoxicación estrícnica*, no sólo por la falta absoluta de datos, sino porque no se han presentado en este caso crisis de intenso dolor gastro-intestinal.

Ahora bien: si continuáramos admitiendo la división clásica del tétanos en *traumático* y *espontáneo*, ¿á cuál de los dos perte-

nece este caso? Si tenemos en cuenta el contacto constante con las tierras, á que se ve obligado el enfermo por su profesión, y el hecho de ofrecer grietas y escoriaciones en la palma de las manos y plantas de los pies, podríamos pensar en un tétanos traumático, habiendo servido de puerta de entrada para el agente infeccioso las soluciones de continuidad anteriormente citadas; sin embargo, teniendo en cuenta el curso del mal, la tendencia á una evolución favorable, la falta de temperatura alta, el no haber sido modificadas en sentido desfavorable las soluciones de continuidad anteriormente citadas, creemos que la forma de tétanos aquí desarrollada es idiopática ó espontánea. La única objeción que á esta manera de ver podría oponerse es la existencia de dichas grietas y escoriaciones; pero ¿es que deben ser fatalmente éstas la puerta de entrada de la infección?

Etiología.—Á partir de los trabajos de Nicolaier y Rosenbach quedó demostrado que el bacilo de este nombre, penetrando en el organismo por una solución de continuidad, segrega toxinas que, actuando sobre los centros nerviosos, determinan el síndrome del llamado tétanos traumático. Investigaciones ulteriores han dado por resultado que el concepto patogenético del tétanos traumático se extendiera al espontáneo, admitiéndose que el bacillus de Nicolaier es el único agente responsable del tétanos, tanto en la primera forma como en la segunda. Sin embargo, á pesar de este criterio, hoy universalmente admitido, los hechos clínicos demuestran que existen maneras distintas de manifestarse la infección tetánica, que existen grandes diferencias entre el tétanos traumático y el espontáneo. En efecto, el primero evoluciona de un modo rápido, con tendencia generalmente á la muerte; el segundo ofrece un curso lento, tendiendo más á una terminación favorable; aquél se acompaña de hipertermia, mientras en éste hay apirexia ó á lo más fiebre ligera, etc.; es decir que, bajo el punto de vista clínico, la separación entre ambas formas es evidente. ¿Cabe, pues, en vista de tales hechos, rechazar la antigua división clásica y admitir un elemento causal absolutamente idéntico? No pretendemos negar el valor de la tesis sostenida en bacteriología, pero si deseamos armonizar la clínica con el laboratorio, ¿no sería lógico y perfectamente racional suponer que, haciendo al bacillus de Nicolaier y Rosenbach único agente casual responsable del tétanos, admitiéramos que dicho elemento microbiano debe ofrecer múltiples variantes evolutivas?

Pronóstico.—Debe hacerse con toda clase de reservas. Sin embargo, dada la evolución del proceso, cabe esperar más bien una terminación favorable que adversa.

Tratamiento.—La terapéutica más racional consiste hoy en el empleo del suero antitetánico, pero no teniéndolo hoy disponible en Barcelona de buena calidad y pureza, hemos de fiarlo todo á la terapéutica clásica, procurando sostener las energías del enfermo para que el ciclo de la enfermedad se opere, mientras con un tratamiento paliativo combatimos los principales síntomas que en el curso de la misma se ofrezcan. Entre los muchos medicamentos empleados, tenemos el cloroformo, el nitrito de amilo, los bromuros á dosis altas, la belladona y su alcaloide la atropina, el acónito, el cannabis indica, el haba del calabar, el curare, la electricidad, etc.; pero la indicación principal que aquí importa cumplir consiste en vencer el espasmo, para lo cual emplearemos preferentemente el cloral, el opio, la morfina, la eserina y la balneación, con la cual tan brillantes resultados se han obtenido en otros casos. Fué prescrita por el Dr. Ribas la siguiente fórmula:

Agua	200 gramos
Hidrato de cloral	5 »
Clorhidrato de morfina	0'08 gramo
Jarabe de cidra	30 gramos

Una cucharada cada dos horas.

Además, baños tibios de dos ó más horas de duración si el enfermo no experimenta fatiga. En cuanto á los intervalos de separación entre un baño y otro, no pueden someterse á un criterio absoluto. Si el enfermo no se fatigara podrían repetirse cada dos horas, es decir, podría permanecer casi constantemente en el baño; pero si se fatiga, es preciso suspender la balneación el tiempo preciso para permitirle el necesario descanso. La temperatura del baño osciló entre 37 y 38° en conformidad con la que el enfermo ofrecía.

Observaciones clínicas.—*16 de Febrero.*—El enfermo permanece constantemente en decúbito supino, indiferente, con los ojos cerrados casi siempre. Ha desaparecido el trismus, pudiendo efectuar libremente los movimientos de ascenso y descenso de la mandíbula. Ha disminuído la rigidez en los músculos extensores de la cabeza y del tronco, siendo más fáciles los movimientos de flexión,

extensión y rotación de la cabeza, pero los del tronco continúan todavía bastante limitados. El espasmo, que está muy acentuado al nivel de los pectorales y rectos del abdomen, cede bastante en el baño, pero reaparece cuando el enfermo vuelve á la cama. Sigue la lengua saburral y el estreñimiento, logrando deponer, únicamente, á beneficio de enemas. El sueño frecuentemente interrumpido. La orina clara y abundante y la temperatura normal. Teniendo en cuenta la tolerancia que el enfermo ofrece, se aumentó la cantidad de morfina.

Agua	200 gramos
Hidrato de cloral.	5 »
Clorhidrato de morfina	0'10 gramo
Jarabe de cidra	50 gramos

18 de Febrero.—Sigue la rigidez acentuada en las masas musculares anteriormente citadas: se sustituyó la morfina por el opio, ya que esa sustancia acostumbra dar mejores resultados que sus alcaloides.

Agua	200 gramos
Hidrato de cloral.	5 »
Extracto de opio.	0'20 gramo
Jarabe de cidra	30 »

Una cucharada cada dos horas.

Aparte.

Infusión de sen	1000 gramos
Vino emético	30 »

Para enemas.

20 de Enero.—Ofrece estreñimiento pertinaz, hecho perfectamente explicable si tenemos en cuenta las dosis altas de opio á que se halla el enfermo sometido. De todos modos importa que evacúe los materiales excrementicios retenidos en el tubo intestinal; pues de lo contrario, á la par que cerraríamos una vía de eliminación de toxinas, la mucosa digestiva, favorecer el estreñimiento, expone á la estercoremia y por consiguiente á añadir á las toxinas elaboradas por el bacillus de Nicolaier, los productos tóxicos absorbidos en el tubo digestivo. Para cumplir esta indicación apelamos á la medicación purgante, coadyuvando á su acción por medio de enemas. Entre los purgantes preferimos los salinos,

y dentro de este grupo la asociación del sulfato sódico con el potásico, añadiendo gran cantidad de vehículo al objeto de favorecer su acción de arrastre. Suspendióse la poción anterior, prescribiendo la siguiente:

Agua	300	gramos
Sulfato sódico.	} 15	»
Sulfato potásico		
Jarabe de menta.	30	»

Adminístrese en tres ó cuatro veces en el intervalo de una hora.

Aparte.

Glicerina neutra.	100	gramos
---------------------------	-----	--------

Para enemas cortos.

21 de Enero.—La administración del purgante fué seguida de abundantes deposiciones. Administróse de nuevo la fórmula con opio y cloral anteriormente citada. Siguen los baños.

23 de Enero.—Ha desaparecido por completo el trismus; continúa el espasmo de los pectorales y rectos del abdomen principalmente, con exacerbación acompañada de dolor cuando hace rato que no ha sido bañado, y con remisión notable cuando está en el baño. Á pesar del empleo del opio, el enfermo no está estuporizado y conserva perfecta lucidez intelectual; pero hay miosis y falta la reacción de las pupilas á la acción de la luz. Desde el momento que el enfermo tolera el opio y el espasmo muscular no ha sido todavía vencido, podemos aumentar la dosis de dicho medicamento, tanto más cuanto el pulso, que se presenta muy bajo, hace temer la influencia decididamente sedante del cloral; por lo que es preciso suspenderle, administrando en su lugar los tónicos.

Cocimiento quina calisaya . . .	300	gramos
Extracto gomoso de opio. . . .	0'30	gramo
Jarabe corteza naranjas amargas.	30	gramos

25 de Enero.—Guarda constantemente el decúbito supino, sigue la rigidez muy pronunciada en las masas musculares anteriormente citadas; los movimientos de flexión y extensión del tronco son muy limitados y difíciles; no puede evacuar espontáneamente, sino á beneficio de irrigaciones rectales.

26 de Enero.—Lejos de debilitarse el espasmo muscular, se

acentúa cada vez más y se ofrecen exacerbaciones paroxísticas breves, frecuentes, acompañadas de dificultad respiratoria y retracción de las paredes abdominales. Estas manifestaciones han podido observarse coincidiendo con la suspensión del cloral, por lo cual ha sido forzoso volver á su empleo.

Cocimiento quina calisaya	200 gramos
Extracto gomoso de opio.	0'30 gramo
Hidrato de cloral.	3 gramos
Jarabe corteza naranjas amargas.	30 »

Á cucharadas.

Además continúan los baños tibios en número de 3 diarios (duración 2 horas).

28 de Enero.—Ha disminuído la rigidez de los músculos abdominales, como también la de los pectorales, de lo cual resulta mayor facilidad en los movimientos del tronco y de la articulación escapulo-humeral. La lucidez intelectual es completa; hay vestigios de glucosa en la orina; sigue el estreñimiento, que obliga al repetido empleo de enemas, empleándose además para combatirle la siguiente fórmula:

Podofilino	} 0'30 gramo
Extracto cáscara sagrada	
Exc.	c. s.

6 píldoras.

29 de Enero.—Ha evacuado por vez primera espontáneamente, aunque con gran dificultad; los materiales excrementicios son duros, de color negruzco y en forma de cibalas. Sigue disminuyendo la rigidez, tanto de los pectorales como de los rectos del abdomen; la respiración se efectúa con entera libertad, y la temperatura es normal.

¿Podríamos ensayar el empleo del curare, tan preconizado por algunos autores en el tratamiento del tétanos por sus efectos paralizantes? Ofrece inconvenientes muy graves: una dosis pequeña no da resultado alguno; una dosis alta tiene serios peligros; y teniendo en cuenta el curso favorable que sigue la infección, es preferible seguir con la medicación establecida y el uso de los baños tibios (tres diarios de dos horas de duración).

30 de Enero.—El enfermo tiene tos seca, pero frecuente, de una sola sacudida; á la auscultación se percibe aspereza del murmullo

vesicular diseminada por ambos pulmones; en la región infraclavicular derecha se notan además algunos estertores de medianas burbujas, muy discretos al principiar la inspiración. Seguramente se trata de una bronquitis simple, aguda, debida á un enfriamiento que el enfermo habrá sufrido al pasar de la cama al baño. Prescribióse:

Cocimiento de felandrio 200 gramos
Jarabe adormideras. 30 »

31 de Enero.— Van remitiendo los síntomas del catarro bronquial. Los movimientos de la cabeza son absolutamente libres; ha desaparecido la rigidez de los pectorales; persiste aún en los rectos del abdomen, si bien menos acentuada; los movimientos del tronco son bastante fáciles, pudiendo sentarse en la cama sin auxilio del enfermero. Prescribióse las siguientes píldoras:

Extracto gomoso de opio. . . . 0'20 gramo
Exc. c. s.

H. s. a. píldoras número 6.

2 de Febrero.—El enfermo está ya curado del catarro bronquial, tiene apetito, digiere bien la ración entera, evacúa espontáneamente materias fecales consistentes y negruzcas; temperatura normal. La rigidez ha quedado circunscrita á los rectos del abdomen, que siguen algo duros á la presión. Puede el enfermo pasear por la sala, aunque con alguna dificultad por la debilidad de sus extremos inferiores. Se han suprimido los baños, pues su continuación molestaba extraordinariamente al enfermo. Siguen las píldoras anteriores.

6 de Febrero.—Persiste la rigidez, aunque ligera, al nivel de los rectos del abdomen. Suspendido el opio, administróse en su lugar la eserina al objeto de utilizar sus propiedades paralizantes de las secciones periféricas de los nervios.

Gránulos de sulfato de eserina número 4, ó bien:

Agua destilada 10 gramos
Sulfato de eserina 0'10 »

Una inyección diaria.

16 de Febrero.—Ha entrado el enfermo en un período de franca

convalecencia, quedando definitivamente vencido el espasmo muscular, hasta en aquellos músculos que más rebeldes habianse mostrado á la terapéutica, y todas las funciones generales de su organismo se ejercen de una manera regular y fisiológica.

J. SOLÉ Y FORN.





Fiebre tifoidea

Mercedes C..., de 16 años de edad, soltera, natural de Tarrasa (Barcelona), y de oficio sirvienta, entró en el Hospital de la Santa Cruz el día 20 de Enero, ocupando la cama núm. 11 de la sala del Santo Cristo.

Antecedentes hereditarios.—No existen antecedentes hereditarios. Sus padres, dedicados á los trabajos del campo, ofrecen una notable robustez, y tiene un hermano en idéntico estado.

Antecedentes morbosos.—Son muy escasos: había disfrutado siempre de buena salud, normalidad en su menstruación y excelentes condiciones orgánicas.

La enfermedad actual comenzó hace unos 15 días con un mal-estar general, acompañado de dolores diseminados por todo el cuerpo y que aumentaban con los movimientos; cefalalgia, anorexia y diarrea, aunque sin náuseas ni vómitos. Tal estado fué conllevándolo la muchacha durante ocho días, dedicándose como siempre á los usuales quehaceres domésticos, hasta que, pasado dicho tiempo, vencióla el mal, teniendo que decidirse á guardar cama, desapareciendo entonces la cefalalgia, pero continuando

aún el quebrantamiento de huesos, que dificultaba los movimientos é impedía el sueño. Aunque le limitaron la alimentación, reduciéndola solamente al uso de caldo y leche, seguían, no obstante, la anorexia y la diarrea. Tenía al propio tiempo tos ligera y seca, no tuvo epistaxis; prefería el decúbito supino y ofrecía además fiebre, acompañada de sudores profusos.

No estuvo sujeta á medicación alguna, tratándola solamente con recursos caseros, hasta que, al ver que la enfermedad tomaba algún vuelo, fué trasladada al Hospital.

Estado actual.— El aspecto de su rostro nada revela; sus mejillas sonrosadas, la mirada viva y tranquila, y sin marcada tristeza, corresponden á un estado de inteligencia libre por completo. Llama, sin embargo, la atención la pupila, que está sumamente dilatada, lo cual acusa un estado de deficiencia en el riego cerebral, que concuerda con la facilidad en producirse en ella desvanecimientos al colocarse en posición vertical, según la misma enferma indica. No hay temblor, las articulaciones están libres, salta fácilmente de la cama, habiendo desaparecido por completo la cefalalgia, aunque continúa el quebrantamiento general.

De lo indicado se deduce que el aparato al que principalmente debemos dirigir nuestras miras es el digestivo.

La lengua ofrécese ancha, húmeda y cubierta de una ligera capa de color blanquecino en la parte central y con un matiz algo rojizo en los bordes; los incisivos ligeramente deslustrados, hecho que quizá dependa más bien de la conformación especial de sus labios, que no cubren completamente su sistema dentario, lo cual hace que se desequen fácilmente los incisivos y pierdan el brillo que les da la humedad al nivel de los caninos; obsérvase como un remedo de la mancha de Ranque.

Tiene sed, gusto amargo, pero traga y digiere bien; no hay reflejisinos gástricos que se traduzcan por vómitos ni náuseas. En el epigastrio no hay dolor espontáneo, pero está algo sensible á la presión y con meteorismo en la región estomacal. El abdomen está también ligeramente abultado y sensible, preferentemente la zona central. La fosa ilíaca derecha algo timpánica, pero no dolorosa á la presión y sin gorgoteo. Tiene diarrea, acompañada de cólicos intestinales con tenesmo rectal. No ha habido enterorragia.

El hígado, ligeramente doloroso á la presión, no rebasa el borde costal, ofreciendo normalidad completa en sus líneas pleximétricas. No hay tampoco esplenotrofia.

Al pasar al examen del aparato respiratorio llama la atención la existencia de 5 ó 6 pequeñas pápulas de un color rosado, que desaparecen á la presión y están diseminadas por el pecho.

Tos ligera, aunque sin expectoración; guarda la enferma cualquier decúbito, pero prefiere el supino. La percusión del tórax es negativa: á la auscultación nótase en el plano anterior el murmullo vesicular amplio, algo rudo en el lado izquierdo, en cuyo punto nótase alguna sibilancia; el plano posterior ofrece una ligera broncofonía que depende quizá de la hipóstasis después de 15 días de enfermedad.

Los tonos del corazón débiles; el pulso rítmico, pero frecuente (late 128 veces por minuto) y débil. La temperatura es hoy de 40°, habiendo por tanto desproporción entre el número de pulsaciones y la temperatura. La orina es abundante, y su examen no revela la existencia de ningún producto anormal.

Diagnóstico.—De lo dicho hasta aquí dedúcese que probablemente se trata de un *proceso infectivo gastrointestinal*. Lo que precisa ahora es determinar, si se puede, de un modo concreto, la naturaleza de esta infección. Ocúrrase en seguida preguntar, dado el síndrome general, si se tratará de una *fiebre tifoidea*; mas tal sospecha se va desvaneciendo así que van examinándose detalladamente cada uno de los síntomas. En efecto: los únicos datos que existen en pro de la fiebre tifoidea son dos: el modo de comenzar la enfermedad y la erupción que ofrece en la tabla del pecho. Estos dos síntomas no pueden, sin embargo, considerarse como patognomónicos de la infección eberthiana. En efecto: casos se ven en la práctica en los que la manera de iniciarse es sumamente brusca, y, al contrario, hay infecciones gastrointestinales que no pueden calificarse de tifoideas y no obstante ofrecen aquel comienzo lento é insidioso. Y, en cuanto á la erupción de la tabla del pecho, ¿quién nos dice que es verdaderamente la erupción lenticular de la tifoidea? ¿por qué no puede obedecer á otra causa siendo tan discreta, pues llegan tan sólo á contarse cinco ó seis pápulas? Estos dos datos tendrían mucho valor si fueran acompañados de otros síntomas que en este caso vemos que faltan por completo. En efecto: el aspecto del rostro de la enferma no es el de la tífódica, pues preséntase plácida, alegre, con la mirada viva y la inteligencia completamente clara, contestando perfectamente á cuanto se le pregunta. Hubo al principio cefalalgia, es verdad, pero no fué muy intensa, y desapareció así que guardó cama: no

ha habido epistaxis; la lengua ofrécese tan sólo con una ligera capa de saburra, que no es por cierto la manera como suele presentarse en tal infección; y, aunque hay un remedo de la mancha de Ranque junto á los caninos y están deslustrados los incisivos, ya vimos la causa probable de tal hecho. Hay, sí, meteorismo abdominal y diarrea: sin embargo, tales síntomas no son muy pronunciados. Hay dolor abdominal, pero localizado principalmente hacia la región del ombligo, sin gorgoteo ni dolor en la fosa ilíaca derecha; el hígado y el bazo no están sensibles, ni ingurgitados. La temperatura hoy es alta, pero no sabemos la evolución que ha seguido la curva térmica, y por tanto hoy no podemos dar á la pírrexia un valor positivo para el diagnóstico.

De todo lo dicho se desprende, pues, que por los solos síntomas que hoy se ofrecen no puede sentarse el diagnóstico de fiebre tifoidea, y hemos por tanto de buscar otro proceso morboso en el que pueda encajarse el presente caso, dispuestos siempre á rectificar así que durante el curso de la dolencia aparezcan nuevos síntomas que aclaren más la cuestión.

Eliminada la tifoidea, cabe tan sólo pensar en una *colibacilosis* ó en una *infección gripal de forma abdominal*. Esta última es la que hemos de considerar como más probable, dada la sensación general de quebrantamiento con que se inició; y, aunque en la infección gripal el comienzo suele ser brusco y rápido, sin embargo, no es infrecuente observar casos en que se inicia de una manera lenta y gradual, y, por lo que á la erupción se refiere, podría muy bien tratarse de un caso de infección gripal, con la aparición de un exantema dependiente de la misma infección, como se ve á veces en la práctica.

En este caso, vendría, pues, á aclararnos el problema la reacción de Vidal; pero por una parte la dificultad de proporcionarnos cultivos á propósito de bacilo de Heberth, y por la otra la poca importancia que para la terapéutica ofrece tal distinción, todo ello hace que no nos esforcemos mucho en el diagnóstico diferencial, pues sea fiebre tifoidea, sea infección gripal de forma intestinal, el tratamiento en el estado actual de la ciencia ha de ser absolutamente el mismo.

Etiología y patogenia.—Admitiendo, como hacemos para el presente caso, el diagnóstico de infección gripal de forma abdominal, al bacilo de Pfeiffer, hemos de atribuir á él la causa próxima de tal infección; microbio que, por hallar indudablemente el

tubo digestivo en buenas condiciones para su repululación, allí se localizó, desplegando el cortejo de síntomas que hemos indicado.

En cuanto á la etiología, difícil es establecerla de un modo concreto, aunque, interrogada la enferma acerca de este particular, dijo que en la casa en que habitaba, cuando ella enfermó, había dos niñas con fiebres, pero no puede precisar la naturaleza de la afección. Bien puede ser, por tanto, que las citadas niñas estuvieran afectadas de una infección gripal, tan común hoy en Barcelona, y que, contagiándose ella por cualquiera vía, se formalizara una infección de la forma indicada.

Pronóstico.—Hoy por hoy no debe hacerse grave, pues hemos de pensar que la enferma resistirá la infección. No hemos de obrar, sin embargo, con ligereza, dando muchas garantías; pues como al fin y al cabo siempre hay (aunque no admitamos hoy tal diagnóstico) dudas por lo que á la fiebre tifoidea se refiere, hemos de mantenernos en un estado de prudente reserva hasta ver en qué sentido evolucionará la enfermedad.

Tratamiento.—Alimentación líquida, constituida por caldo y leche. En cuanto á plan farmacológico, al principio de la enfermedad estaban muy indicados los purgantes; ahora va pasando la oportunidad. Sin embargo, pueden aún usarse con el fin de limpiar el tubo digestivo, por lo que recetóle el Dr. Ribas, el día anterior por la tarde, poco después de su ingreso:

D. Calomelanos. 0'60 gramo
Azúcar. c. s.

1 papel (para darlo en una sola dosis).

Con tal medicación purgante logróse una buena evacuación; por lo que ahora nos limitaremos al uso de los alcalinos y antisépticos intestinales:

D. Benzonaftol. }
Bicarbonato sódico } á 2 gramos

M. y d. en 10 sellos (uno cada dos horas).

Otro punto hay que tratar, y es el que se refiere á la temperatura. Estamos hoy á 40° y cabe preguntar: ¿es favorable ó es temible la piroxia en el curso de una infección? Hay quien dice que es favorable, porque así se eleva la temperatura del medio en que vive el microbio y con ello se amortigua su acción, pudiendo lle-

gar á la muerte, esterilizando por completo el terreno. Esto es, á todas luces, eminentemente teórico, ya que la práctica y el sentido común enseñan que, cuanta mayor es la temperatura, mayor es el peligro y más se tiene que acentuar la nota pronóstica. Hemos, pues, de rebajar la temperatura. ¿Por qué medio? Por medio de la balneación, pues con ella, además de disminuir la temperatura, conseguimos regularizar el calor periférico, equilibrándole con el central; lógrase, al mismo tiempo, aumentar las secreciones cutáneas y de la orina, favoreciendo así la eliminación de una cantidad considerable de productos tóxicos: cumple, pues, el baño, en estos casos, varios fines á cual más importante.

¿Á qué temperatura ordenaremos que se dé el baño? No prescribiremos un baño excesivamente frío en las circunstancias actuales. Y, dado nuestro propósito, nos bastará que se dé á 32° ó 33°, pues si lo damos á una temperatura muy baja, rebajaremos de momento mucho la pirexia, pero al poco rato, por la intensa reacción que se producirá, alcanzará ó aun rebasará la cifra primitiva. Dése, pues, baño á 32° de 10 minutos de duración, á no ser que antes le sobrevenga un escalofrío, en cuyo caso debe sacarse á la infectada del baño inmediatamente, colocarla en la cama bien abrigada y darle una copita de vino generoso.

Observaciones clínicas.—22 de Enero.—Continúa la enferma en el mismo estado. Á favor del baño bajó la temperatura hasta los 37°; pero luego, de un modo paulatino, fué ascendiendo hasta alcanzar los 39°4.

Como no hay indicación nueva que cumplir, seguirá la misma medicación, ordenándose dos baños al día si la temperatura no cede. Temperatura, 39°6; pulso, 128.

23 de Enero.—Nótase ya algún cambio digno de tenerse en cuenta. En primer lugar, la cara revela ya algo de estupidez; la inteligencia, tan libre y despejada ayer, se halla hoy ya algo obtusa. Es constante el decúbito supino; la lengua ofrécese más saburral, tomando un color amarillo sucio; en una palabra, va tomando la enferma un aspecto tífico. Además, la erupción lenticular va tomando más carácter, diseminándose hacia las mamas y epigastrio. Descúbrese al propio tiempo hoy otro dato de suma importancia, y es una chapa rosada que se ofrece en la mejilla izquierda, acompañada también de una coloración rosada de las conjuntivas, principalmente del mismo lado izquierdo. Este síntoma es de gran valor por lo que al pronóstico se refiere, ya que ello nos indica

que existe un estado parésico de los capilares, localizado principalmente en la cavidad craneal y producido sin duda por un trastorno nervioso consecutivo á la intoxicación general que se está fraguando. Además, el pulso es pequeño, frecuente (late 124 veces por minuto) y dicrótico. Los tonos cardíacos son débiles también, todo lo cual indica que el miocardio flaquea algo, teniendo que agravar hoy muchísimo el pronóstico.

¿Cuáles son las indicaciones que tienen que cumplirse actualmente? Varias: 1.^a, verificar la antiseptia intestinal; 2.^a, levantar el pulso; 3.^a, dar tonicidad á los vasos produciendo una vasoconstricción; y 4.^a, rebajar la temperatura.

La 1.^a, la cumpliremos siguiendo con el antiséptico que se le recetó el primer día; la 2.^a, mediante los tónicos cardíacos (digital, cafeína, esparteína, estrofantus, etc.). ¿Cuál de ellos escogemos? ¿Es indiferente la elección? No. La digital por ejemplo, que es un remedio tan seguro y tan eficaz cuando existe una lesión somática en el corazón y cuando se trata de una cardiopatía en que conviene dar vigor al músculo cardíaco si empieza á decaer en sus energías, en el caso de una infección en que se sospeche que el miocardio puede estar lesionado en virtud de la intoxicación que la infección produce, los resultados, más bien que beneficiosos, son contraproducentes. En el caso presente optaremos más bien por la cafeína ó la esparteína, que, aunque no son de acción tan decisiva, tienen la ventaja de no obrar, como la digital, cual espada de dos filos.

La 3.^a indicación la cumpliremos mediante los vasoconstrictores, el cornezuelo de centeno por ejemplo, á cuya acción coadyvarán los cardiomotores.

Y la 4.^a ¿con qué? Dado el estado en que se encuentra hoy la enferma, ¿deben continuar los baños en la misma forma? No: hoy está indicado un baño frío, corto, de impresión, que ejerza una sacudida sobre el sistema nervioso con el fin de aumentar el vigor y el tono neurovascular, que está muy decaído. Ordenóse un baño á 26° de tres minutos de duración tan sólo y dándole, al salir de él, una copita de champagne. Al propio tiempo recetóse la siguiente fórmula:

D. Infusión de árnica	200 gramos
Licor amoniaco-anisado.	3 »
Citrato de cafeína	1 gramo
Ergotina	1'50 »
Jarabe cidra	30 gramos

M. s. a. (dense dos cucharadas cada hora).

24 de Enero.—Tuvo que sacarse pronto del baño, pues la enferma se puso disneica, cianótica y con el pulso pequeño. Sin embargo, se reaccionó pronto, manteniéndose desde entonces el pulso algo más levantado, continuando por lo demás las mismas indicaciones que ayer. Lo único que hay que notar es que la diarrea se ha acentuado bastante, por lo que determinamos cohibirla un tanto, aunque sin hacerla desaparecer por completo.

D. Salicilato de bismuto	} a. 2 gramos
Creta	
Sacaruro de anís	4 »

M. y d. en 10 papeles (uno cada 2 horas).

26 de Enero.—La infección no se detiene, al contrario, alcanza de día en día mayores vuelos; el éstupor va siendo cada vez mayor; continúa, aunque algo menguada, la diarrea, y la orina sana. La temperatura hoy ha descendido algo (39°5), por lo que, dado el estado en que se encuentra el corazón, se suspendió la balneación y continuó el mismo plan, cambiando la poción que tomaba por

D. Cocimiento de quina calisaya	200 gramos
Sulfato de esparteína	0'10 »
Benzoato de cafeína	1 gramo
Ergotina	2 gramos
Jarabe naranjas amargas	30 »

M. s. a. (dense 2 cucharadas cada hora).

27 de Enero.—La enferma sigue engolfándose en el mal: la temperatura alta (39°5); el pulso está algo más levantado: no obstante, debemos seguir con los cardiomotores; ofrécese delirio, que, si bien no es muy agitado, la priva, sin embargo, de dormir y que hemos de combatir por tanto ¿De qué medio nos valdremos? Podríamos dar un narcótico, el opio en substancia, la morfina, etc.: sin embargo, en el caso actual están estos fármacos contraindicados por la existencia de las rosetas en las mejillas y la inyección de las conjuntivas, lo que demuestra que hay una falta de tonicidad en los capilares, lo cual produce una notable congestión pasiva del cerebro, congestión que vendría á aumentarla el uso de tales medicamentos. Tenemos que buscar, pues, una substancia que tenga una acción sedante, pero que no produzca congestión del cerebro. Tenemos para ello disponible el cloral: no obstante, hállese en este caso particular contraindicado también tal agente, no

por el estado cerebral, pero si por la notable acción inhibitoria que ejerce sobre el corazón; hecho que hemos de evitar á toda costa, ya que es el áncora de salvación para la enferma el que su corazón resista los embates infecciosos.

Hemos de buscar, pues, una substancia que no sede por una parte el músculo cardíaco y por otra que no produzca congestión cerebral, y á llenar este vacío han venido esta serie de medicamentos nuevos, como el sulfonal, trional, tetronal, etc. Escogéremos de éstos el trional, que es de acción más rápida y segura, ya que los otros son más tardíos en obrar, tanto que el sulfonal, por ejemplo, á veces no produce el efecto hasta el día siguiente. Podemos al mismo tiempo usar el almizcle, el castóreo, etc.

Y, en cuanto á la balneación, ¿qué hacer? Por la temperatura (39°5), por la necesidad de regularizar la circulación periférica, armonizándola con la central, y más aún por la tendencia que ofrece al delirio, está indicado hoy un baño tibio (32°), pero vigilando siempre el corazón, pues aunque el pulso está algo más levantado es necesario estar á la mira. La duración y demás cuidados igual que en los días anteriores.

La medicación establecida fué la siguiente:

D. Almizcle.	0'40 gramo
Cornezuelo de centeno	1 »

M. s. a. y d. en 10 píldoras iguales (una cada dos horas).
Además modificóse algo la poción tónica:

D. Cocimiento de quina calisaya	200 gramos
Sulfato de esparteina	0'10 gramo
Espíritu de Minderero.	3 gramos
Benzoato de cafeína	1 gramo
Jarabe de cidra	30 gramos

Al propio tiempo ordenáronse enemas con

D. Infusión de tomillo.	2000 gramos
Ácido bórico	10 »

M. para dos lavativas.

Y si por la noche continuaba el delirio:

D. Trional	1 gramo
Azúcar	2 gramos

M. s. a. y d. en dos papeles (uno al anochecer, y, si no calma el delirio, darle el otro).

28 de Enero. - La agravación sigue en aumento, tanto, que únicamente por la inspección visual de la enferma hemos de considerar el caso como perdido. Tiene la lengua seca y cubierta de una capa de color oscuro achocolatado, dientes deslustrados y cubiertos de fuligo, con intensa disodia, pero no hay muguet; ofrece diarrea profusa, con deposiciones fétidas é inconscientes; el vientre, hasta ahora bajo, empieza á distenderse, ofreciendo gran timpanismo, debido á la parálisis intestinal que se ha desarrollado. Está disneica, con respiración de tipo nasal, tiraje y movimientos rítmicos de las alas de la nariz (dato de importancia para el pronóstico); á la auscultación del pecho percíbese la inspiración sumamente ruda y con estertores mucosos diseminados por todo el ámbito pulmonar, que obedecen á un estado congestivo de dicho aparato. El corazón está acelerado (132 latidos por minuto), pero sus contracciones son débiles, percibiéndose aún los dos tonos; el pulso bajo, débil, pero rítmico. La temperatura ayer tarde alcanzó 40°2, habiendo descendido esta mañana hasta los 39°4. Las alteraciones son importantes y merecen que fijemos también en ellas nuestra atención. La pupila está algo dilatada y poco sensible á la acción de la luz; el delirio que ayer ofrecía ha desaparecido casi del todo, entrando la enferma en un estado de profundo sopor; ofrecen sus miembros y lengua un temblor muy acentuado, y de esto al sub-sulto de tendones no hay más que un paso. Existe además otro dato que hasta entre el vulgo goza de fatal augurio, y es la *carfología* (*plegar la roba*), que consiste en el hecho de hacer la enferma presa de la ropa de la cama, tapándose y destapándose de un modo continuo y vacilante. Este síntoma es de extrema gravedad, pues demuestra un estado de completa ataxia en los movimientos, hija de un profundo trastorno nervioso. La cantidad de orina, por ser inconsciente la micción, no puede precisarse; pero por la humedad de las ropas de la cama cabe pensar que es escasa, habiéndose demostrado, en una pequeña porción recogida, la existencia de albúmina en la proporción de 1 por 100, explicándose este hecho perfectamente por el estado de fluxión renal que indudablemente existe y ayudada de la destrucción de epitelios que habrá tenido lugar á consecuencia del paso de los productos tóxicos al través del filtro renal; en una palabra, se ha producido una *nefritis infecciosa*. Este dato es también de importancia suma, pues la integridad de los riñones era la garantía de la enferma para poder eliminar los productos tóxicos de su sangre, y ahora, cerrada esta puerta, ¿qué esperanzas podemos tener? Casi nulas,

pues vemos que todo se conjura para asegurar su aniquilamiento; y ponemos el *casi* porque todo ello es dependiente de una infección aguda, infección que tiene un ciclo determinado; y, aunque todas las probabilidades son de muerte, no obstante, si pudiera resistir (aunque no lo confiamos) durante tres ó cuatro días los embates del mal, podría, una vez pasado el summum de la infección, evolucionar en buen sentido.

¿Qué indicaciones hay que cumplir hoy? 1.^a Seguir sosteniendo fuerzas, dándole alimento compatible con su estado, y continuar con una poción tónica y excitante:

D. Agua de melisa	200 gramos
Extracto blando de quina	3 »
Licor amoniacal anisado	4 »
Benzoato de cafeína	1'50 gramo
Tintura de almizcle.	1 »
Jarabe de cidra	30 gramos

M. s. a. (dense dos cucharadas cada hora).

Además podemos usar las inyecciones de suero artificial para ver si es posible levantar algo el tono vascular:

D. Cloruro sódico puro	1'80 gramo
Agua esterilizada	300 gramos

Para inyecciones de 20 c. c. cada una.

2.^a indicación. Favorecer algo la diuresis, al objeto de que no se acumule en la sangre excesiva cantidad de productos tóxicos:

D. Cocimiento de parietaria	} a. 200 gramos
» de estigmas de maíz.	
Jarabe de puntas de espárragos	50 »

M. s. a. y dése *ad libitum*.

3.^a indicación. Procurar en lo posible la antiseptia intestinal prescribiendo los siguientes enemas:

D. Infusión de tomillo	2000 gramos
Ácido bórico	10 »

M. s. a. (para dos enemas).

29 de Enero.—Toda medicación fué inútil: el mal fué avanzando, los síntomas de ayer se fueron acentuando cada vez más,

y murió la enferma al amanecer en un estado de completa adinamia.

Autopsia. — Indudablemente habremos sufrido en este caso clínico un error de diagnóstico, pero un error de tal naturaleza que si cien veces nos halláramos delante de un caso semejante, otras tantas nos equivocariamos. En efecto, ¿cómo diagnosticar la tifoidea únicamente por los síntomas que el primer día recogimos? Imposible. Después, á medida que fueron acentuándose unos síntomas y apareciendo otros nuevos, fué cuando aclaróse ya mucho el diagnóstico, de tal modo que hoy estamos convencidos de que casi con seguridad se ha tratado de una fiebre tifoidea, sin negar por eso el hecho de que una infección gripal de forma abdominal hubiera podido traducirse por un idéntico cuadro morboso.

El síndrome, pues, era al principio muy remiso, mas pronto vióse que se trataba de una infección de tal ó cual naturaleza (que eso es lo de menos), pero sí de gran vuelo, y que dirigía sus tiros al sistema nervioso, como dijimos ya al verle aparecer las rosetas en sus mejillas y al notar la desproporción considerable que había entre la temperatura y el pulso; datos que nos indicaban que el caso no era tan benigno como á primera vista pareció.

Abierto el tórax y abdomen del cadáver y fijando la atención en el paquete intestinal, nadie hubiera dicho á primera vista que se tratara de una afección abdominal. Los intestinos estaban pálidos, sin la menor vasculación, y, abriéndolos de desde el ciego al ileon, notóse, una vez limpio por completo, la existencia de algunas placas dotinentéricas que, aunque en corto número y de pequeño diámetro, demostraban de un modo claro que de lo que se habia tratado era de una fiebre tifoidea.

El bazo estaba ligeramente aumentado de volumen é ingurgitado, no ofreciendo el hígado nada de especial.

El corazón, por fuera, tenía un tinte amarillento; pero, una vez seccionado, notóse que sus paredes eran duras y de un color rojo intenso que demostraba no haber sufrido tal viscera la menor de generación granulo-grasosa, cosa tan frecuente en los tifódicos.

Por súplica de la familia no se procedió á la abertura de la cavidad craneal.

Las enseñanzas que este caso clínico nos ha reportado son varias: 1.^a Que hemos de dar importancia al comienzo de la afección, que sospechamos si será tifódica, á la erupción lenticular, para estar en guardia por lo que á tal enfermedad se refiere. 2.^a Hase comprobado en este caso lo que había notado ya Trousseau, y es

la desproporción notable que existe entre las lesiones anatómicas existentes en los intestinos, el síndrome desarrollado y la gravedad; pues así como los hay con lesiones considerables, que se traducen hasta por intensas enterorragias y se curan, otras, al contrario, ofrecen lesiones escasas, pero con un síndrome y una gravedad extremas. Y es que en estos casos lo que mata no son las lesiones intestinales ni las cardíacas, sino la intoxicación general, que, cuando se localiza en el sistema nervioso, puede producir rápidamente la muerte, sobre todo por la inhibición que pueda determinar sobre el corazón, aunque el miocardio no ofrezca ninguna degeneración grasosa aguda. La 3.^a se refiere á la dificultad de la balneación en este caso particular; pues, aunque es un medio de gran resultado cuando se aplica debidamente, no obstante, si el corazón desfallece, debe irse con mucha cautela si se quieren evitar efectos desagradables.

JUAN SANS.



