

mente; cambiaremos impresiones á menudo, y en su día les estudiaremos por completo.

**Fiebre efémera por toxi-infección intestinal.—Erisipela de la cara
apirética**

HOJA CLÍNICA NÚMERO 1.

Sala del Sto Cristo n.º 10 Alumno observador, D. Antonio Grases

M. C. de 18 años de edad, soltera, natural de Calhons (Gerona), hace quince días que llegó á Barcelona, habiéndose dedicado al servicio doméstico y siendo de costumbres arregladas. Sin historia patológica familiar digna de mención, menstruó por primera vez á los 17 años, habiendo continuado el flujo con regularidad y gozando habitualmente de buena salud. Solo recuerda haber padecido el sarampión cuando tenía cuatro años, y á los catorce una enfermedad febril con síntomas gástricos que duró treinta días.

Empezó á sentirse enferma el 12 de Octubre, con fiebre intensa, cefalalgia, quebrantamiento, nauseas y estreñimiento; y con estos mismos síntomas ha seguido hasta la mañana del día 14 del mismo mes que ingresó en nuestra clínica.

Aqueja mal estar general, cefalalgia frontal intensa, ligero dolor en la parte anterior y superior izquierda del torax al verificar una inspiración profunda, anorexia absoluta, sed intensa, y hace cuatro días que no mueve el vientre.

Puede adoptar en la cama todos los decúbitos, cara encendida y turgente, sensorio despejado, piel caliente y húmeda. Temperatura 39°. Pulso fuerte y regular, 90 veces por minuto. Respiraciones, 22.

Lengua húmeda, saburrosa en el centro y con los bordes encendidos; abdomen deprimido, provocándose dolor al comprimir en el epigastrio y fosa iliaca derecha. Por la auscultación del tórax se perciben ligeros estertores subcrepitantes en la región interescapular. Orina escasa y encendida, no descubriendo el análisis principios anormales.

Quedó en observación con dieta de caldo y leche, y por la tarde del mismo día de su ingreso la encontramos con temperatura 40.º pulso 100 y respiraciones 29, prescribiéndola: Un baño general á 34º de media hora de duración; Calomelanos y resina de jalapa a. a. 50 centigramos en dos sellos p. t. al salir del baño con una hora de intervalo. Benzonaftol 1,50 gramos en tres sellos p. t. el primero ocho horas después de haber tomado el purgante y los siguientes con 3 horas de intervalo.

Obró el purgante y á la mañana siguiente todos los síntomas habían desaparecido Temperatura 37º, 2, Pulso 65, Respiraciones 20; sentía

apetito y bien estar, entrando en franca convalecencia, que solo fué interrumpida el día 18 por la aparición de una placa de erisipela en la mejilla derecha la cual alcanzó el tamaño de una moneda de cinco pesetas y fué tratada con pulverizaciones de eter al sublimado, sin que se elevara la temperatura ni la enferma acusara otras molestias que las puramente locales. Dos días después salió del Hospital curada.

Fiebre efémera por toxi-infección intestinal en un viejo arterio-esclerósico

HOJA CLÍNICA NÚMERO 2.

Sala de S. José n.º 7

Alumno observador, D. José Prats

J. P. de 65 años, siendo natural de S. Feliu de Torrells, reside desde hace 40 años, en Barcelona, dedicado al oficio de tornero de asta, sin que nos proporcione datos sobre su género de vida, hábitos y costumbres. Hijo de padres tuberculosos, no recuerda haber padecido más enfermedades que el sarampión en la infancia.

No pudiendo precisar desde cuando esta enfermo, dice unicamente que desde mediados de Marzo de este mismo año viene notando, disnea al practicar cualquier ejercicio, flojedad y calambres en las piernas y disminución del apetito, siendo la imposibilidad de trabajar la que le obligó á ingresar en el Hospital donde le encontramos ya al hacernos cargo de la clínica.

Está de ordinario en la cama por debilidad general y porque se presentan los calambres en las piernas al adoptar la posición vertical; demacrado, pálido, con el círculo senil de la córnea bien apreciable, y acusando ligera cefalalgia, inapetencia, disnea al esfuerzo, algunas palpitaciones y polakiuria.

No se advierte variación en la zona de macidez cardíaca y la punta late en el quinto espacio intercostal, pero se aprecia una acentuación bien marcada del segundo tono aórtico. Las temporales duras y flexuosas, los latidos carótideos apreciables á simple vista. El pulso radial, duro y lento, 56 latidos por minuto, sin que se observe variación al pasar de la posición horizontal á la vertical.

Orina=Micciones frecuentes. Cantidad en 24 horas, 1,250 c. c. Reacción ácida, Densidad 1,011, Color ambarino, No hay ni albumina ni glucosa.

Hicimos el *diagnóstico de arterio-esclerosis con aterosoma*; se le prescribió dieta preferentemente lacto-vegetariana y tres cucharadas diarias de la disolución de yoduro de sodio al 2 por 100, siguiendo sin grandes variaciones hasta el día 12 de Octubre.

En la mañana de este día el enfermo estaba más abatido y se quejaba

de tener mal gusto en la boca, inápetencia absoluta, y de haber necesitado salir al bañado varias veces durante la noche. La lengua estaba saburrosa, el epigastrio ligeramente sensible y la orina encendida. Se le prescribió dieta lactea exclusivamente.

Siguió en este mismo estado hasta el día 14 en que nos dice que había pasado muy mal la noche anterior con gran cefalalgia, más diarrea, y según los compañeros de cama, delirando. La cara estaba encendida, la lengua seca y como tostada. Temperatura 48° Pulso 80 y Respiraciones 24. Explorando cuidadosamente el aparato respiratorio, en busca *principalmente* de un foco pneumónico, no encontramos signos físicos reveladores, por lo cual pensamos en que se tratara solamente de una *toxi-infección intestinal* y se prescribió: Salicilato de bismuto 10 gramos, Benzonaftol 5 gramos en 10 sellos p. t. uno cada cuatro horas. La temperatura descendió aquella misma tarde á 37°,5° y el pulso á 70. Volvió á subir á 38° el día 15 y las pulsaciones á 80, descendiendo después de una manera gradual y definitiva hasta alcanzar la normal, (36;5°) el día 18 por la mañana, sin nuevas exacerbaciones. Desde que se empezaron á usar los antisépticos del tubo intestinal la lengua se humedeció y desaparecieron el delirio y la cefalalgia. Al llegar la temperatura á 36,5 recobró el enfermo su apetito habitual, pero persistía la diarrea aunque sin felidéz, en vista de lo cual se prescribió: Alumbre calcinado 50 centígramos, Extracto tebaico 25 centígramos, p. h. 10 píldoras y t. una cada 2 horas. Antes de concluir las desapareció la diarrea y nuestro antiguo arterio-esclerósico volvió al estado en que se encontraba antes de sufrir esta infección accidental, siendo trasladado á otro departamento del Hospital.

Concepto moderno y estudio clínico de las fiebres efémeras

Conferencia de cátedra

En los últimos días de la semana pasada ingresó en nuestra clínica y ocupó la cama n.º 10 de la sala del Sto. Cristo una joven sirviente, cuya observación se consigna en la hoja clínica n.º 1. El alumno de la sección encargado de seguir su observación, que había recogido los antecedentes y la había observado antes de nuestra visita, pensó en vista de la brusquedad de la invasión que se trataría de una infección gripal, y nosotros haciendo notar lo raro que es observar gripe sin tos, indicamos la posibilidad de que se tratara del principio

de una fiebre tifoidea; pero advirtiéndolo que el diagnóstico de esta enfermedad, en los tres primeros días de su evolución, nunca puede hacerse en la primera visita, porque hay fiebres, que sin ser tifoideas, presentan un cuadro sintomático análogo. La observación ulterior demostró lo bien fundadas que eran nuestras reservas y que se trataba sencillamente de una de las pirexias, que pueden ser originadas por diversas causas; pero que por su corta duración y terminación siempre favorable, eran conocidas por nuestros antepasados con el nombre de fiebres efémeras, si duraban menos de 24 horas, y con el de efémeras prolongadas si duraban hasta tres días, como ha sucedido con la de nuestra enferma.

En la sala de S. José, tenemos en la cama n.º 7 un enfermo arterio-esclerótico que insidiosamente principió á presentar trastornos gastro-intestinales, llegando el tercer día á tomar gran intensidad, y acompañándose de lengua seca, temperatura de 40º. y delirio nocturno con gran abatimiento, según podéis ver en su observación consignada en la hoja clínica n.º 2. Por tratarse de un viejo, también dudamos en este caso entre una toxi-infección intestinal, (que era lo que á primera vista parecía) y una de esas pulmonías asténicas tan frecuentes en la edad que tiene nuestro enfermo, las cuales no se revelan por trastornos funcionales del aparato respiratorio, y solo se descubren cuando se explora cuidadosamente la cavidad torácica. Hicimos esta exploración durante la visita y nada encontramos; no satisfechos todavía y pensando en la posible existencia de algún foco central que no se revelara por signos de auscultación y percusión en la primera exploración, la repetimos aquella tarde, y también con resultados negativos. Con la antisepsia intestinal, en dos días quedó dominada la infección y desapareció la fiebre, cuya duración fué de unos tres días.

Por último, el martes (1) entró en la clínica otra enferma joven, que ocupa la cama n.º 4 de la sala del Sto. Cristo, á los

(1) Las conferencias en cátedra tienen lugar los jueves.

tres días de haber empezado su enfermedad y con un cuadro sintomático análogo al que presentó la del n.º 10, habiéndola prescrito el mismo tratamiento y hecho las mismas reservas al formular el diagnóstico. La temperatura el día de su ingreso llegó por la tarde á 40º; pero á la mañana siguiente, en vez de encontrarla muy mejorada, el estado general era peor, la temperatura 39º.1, la lengua empezaba á desecarse, el bazo se percibía ya por palpación y el suero de su sangre había conglutinado los micro-organismos de un cultivo puro de bacilo de Eberth; no se trataba por consiguiente de una fiebre efémera por toxí-infección vulgar de origen gastro-intestinal, como en los casos anteriormente citados, sino de una infección específica, de la fiebre tifoidea, cuya evolución estamos observando, y de la que se os dará cuenta otro día.

Las dos enfermas nos enseñan que con análogo cuadro sintomático se presentan en los primeros días, y en una sola observación, las infecciones intestinales producidas por los micro-organismos comunes que duran de uno á tres días, y las debidas al de Eberth que duran generalmente varios septenarios.

Como además las fiebres de corta duración, y sin localización anatómo-patológica apreciable, pueden ser producidas por otras causas y se observan con alguna frecuencia en la práctica, el tiempo que dediquemos á su estudio no me parece que será perdido. En las obras escritas recientemente, apenas se describen estas fiebres, así es que los médicos modernos no las diagnostican, y al observar cuadros sintomáticos como el de la enferma n.º 10, ocurre con frecuencia que emiten prematuramente el diagnóstico de fiebre tifoidea, alarmando á las familias en su primera visita, y encontrándose muchas veces conque al volver á la casa el día siguiente, la cara sonriente de los parientes les indica la satisfacción que sienten por la mejoría del enfermo; pero á la vez ven en ella que se han dado cuenta de la equivocación sufrida, cosa muy natural pues todo el mundo sabe que una fiebre tifoidea no se cura en tres días.

El capítulo dedicado al estudio de las fiebres efémeras, no debe desaparecer de los libros de patología, si es que han de

servir de guía al clínico; pero no puede transcribirse tal cual aparece en las obras antiguas. Es preciso modernizarle empezando por explicar la existencia de estas especies morbosas, según el concepto que informa modernamente la patogenia, y después hacer su estudio clínico.

A suplir en parte esta deficiencia de la literatura médica moderna, y á estudiar, por consiguiente, las fiebres efémeras, que aun suprimidas en los libros siguen observándose en los enfermos, se encamina esta conferencia.

De la lectura de las obras antiguas de piretología, se deduce que la observación tradicional atribuía estas fiebres á los enfriamientos, á la insolación, á las alteraciones en cantidad ó calidad de los alimentos ingeridos, á las fatigas físicas ó intelectuales y á la supresión de ciertos flujos normales ó patológicos; pero no bastando por sí solas, sino con el concurso de la constitución y temperamento del sujeto, de su género de vida, de las condiciones de la localidad y de las influencias climatológicas ó estacionales.

En la actualidad todo médico que tenga alguna práctica y haya observado á sus enfermos despojado de toda preocupación sistemática, está también convencido de que son múltiples las causas que pueden producir estos estados febriles pasajeros. Desde luego habrá fijado su atención: 1.º En que son más frecuentes en unas edades que en otras, en los niños de tres á siete años más que en los adultos. 2.º En que hay individuos especialmente predispuestos á reaccionar con hipertermia bajo la influencia de las causas más triviales, y 3.º En que los enfriamientos, las fatigas físicas y psíquicas y los desarreglos del régimen han sido los factores etiológicos que más frecuentemente se recogieron en la anamnesia de estos enfermos.

Con ligeras discrepancias de detalle, todo el mundo admite hoy que la patogenia del proceso febril hay que buscarla en la alteración de centros nerviosos termo-reguladores, y que ésta puede presentarse; por perturbación primitiva de sus elementos constituyentes; por excitaciones que partiendo de la periferia llegan hasta ellos siguiendo las fibras nerviosas por

las que la corriente va en dirección centripeta, y por la excitación de sus células cuando hasta ellas llega una sangre que contiene sustancias anormales, procedentes de micro-organismos patógenos ó de un anómalo metabolismo nutritivo de las mismas células del organismo humano. Según el mecanismo patogénico que produce la excitación de los centros, las fiebres son: neuropáticas, reflejas, distróficas ó infectivas.

Entre las especies morbosas bien caracterizadas y descritas en las obras modernas de patología, tenemos tipos de todas estas variedades de fiebres. Experimentalmente también se ha podido provocar la hipertermia por todos estos mecanismos. La fiebre del histerismo, la de los tumores cerebrales y la que se produce en los conejos punzando el cuerpo estriado, son ejemplos de fiebres neuropáticas ó por excitación directa de los centros termo-reguladores. Las de los cateterismos difíciles y de la litiasis biliar, son tipos de hipertermias por excitación periférica. Las fiebres de la gota y de ciertas formas de uremia, dependen de la excitación de los centros por sustancias procedentes de la alteración del metabolismo nutritivo y de su retención en el organismo. Las tifoideas, maláricas, amarilla y eruptivas, son fiebres infecciosas, en las que la hipertermia se debe á la excitación de ciertas células nerviosas por bacterias y por protozoos que circulan con la sangre ó por sustancias tóxicas, producto directo de sus secreciones, ó indirectamente originadas por la alteración de las células del organismo.

Las fiebres efémeras, que estamos estudiando, deben ser producidas por estos mismos mecanismos patogénicos. Es muy posible, que para explicar las que sin causa aparente se presentan con excesiva frecuencia en los niños y en algunos individuos de temperamento sanguíneo-nervioso, y aun las que en ellos sobrevienen después de ligeros enfriamientos, sea necesario admitir una impresionabilidad excesiva de los centros termo-reguladores; pero esta patogenia no pasa de ser hipotética y carecemos en la actualidad de observaciones y experiencias que nos permitan precisarla más. En la mayoría de las que observamos, la relación entre los factores etiológi-

cos que se recogen por la anamnesia, las alteraciones funcionales que por la observación se comprueban, y la hipertermia, se puede explicar por la presencia en la sangre de sustancias tóxicas, procedentes de las mismas células del organismo, ó de las bacterias que son sus huéspedes habituales.

Tenemos, en primer lugar, un grupo de fiebres efémeras, bien caracterizado y suficientemente estudiado, en el que las sustancias pirogénicas proceden de células del organismo. El surmenaje físico é intelectual dá lugar á fiebres efémeras, observables en la clínica, determinables experimentalmente en los laboratorios, y que dependen indudablemente de productos tóxicos originados en los músculos y en el sistema nervioso, los cuales han sido encontrados en la sangre, se han extraído de las orinas, y se ha demostrado su acción pirogénica por inoculaciones experimentales. Las fiebres que se presentan después de las grandes marchas en los reclutas, y las que se observan después de los ejercicios gimnásticos ó deportivos en los sujetos no entrenados, se caracterizan por hipertermia, quebrantamiento, cefalalgia, y duran sólo el tiempo que tardan en eliminarse por las orinas las sustancias que al contraerse los músculos se vertieron en la sangre. En los que se preparan para exámenes y oposiciones, es muy frecuente observar estados febriles pasajeros, relacionados con la auto-intoxicación por productos de la actividad cerebral anormalmente excitada, productos que han sido encontrados por Legrange y Tissier en las orinas de los alumnos que presentaban los síntomas del surmenaje cerebral. Quizá por un mecanismo análogo deban explicarse la fiebre efémera del trabajo del parto, la que acompaña á la fluxión láctea intensa, la que sobreviene cuando por una impresión psíquica ó un enfriamiento se produce la supresión del flujo menstrual, porque estas fiebres, que hoy se trata de hacer olvidar á los alumnos para que tras de ellas no se oculten á los médicos las infecciones puerperales y las metro-salpingitis, existen ciertamente, y si ofrece peligro el tenerlas muy presentes en la memoria, también puede ser punible el olvidarlas completamente

y acudir intempestivamente á tratamientos enérgicos contra supuestas infecciones.

En las fiebres efémeras, consecutivas á los enfriamientos y á las insolaciones, el mecanismo patogénico general es conocido; pero en sus detalles, es difícil de precisar. La impresión periférica que se produce cuando la superficie cutánea sufre rápida y bruscamente una variación en más ó en menos de la temperatura á que estaba habituada, dá lugar á fenómenos tan complejos, como imposibles de precisar en cada caso. Supresión de la traspiración y retención consiguiente de los productos que la piel debía eliminar; reacción que por el mecanismo de los reflejos puede determinar cambios vasculares en mucosas que por comunicar con el medio externo, están habitadas por micro-organismos, y pueden, disminuyéndose sus condiciones orgánicas defensivas, ser el punto de origen de infecciones; reacción de la misma índole sobre las glándulas que puede alterar su función secretora, tras de cuya alteración, si se trata de las del aparato digestivo, sobrevendrán fermentaciones anormales y reabsorción de productos tóxicos, y si se trata de las encargadas únicamente de la eliminación de los residuos orgánicos, la acumulación de ellos en la sangre. Todo esto y algo más puede ocurrir cuando se sufren enfriamientos ó insolaciones, y por eso tras de ellos sobrevienen, ó afecciones graves, ó simplemente fiebres efémeras; según la naturaleza y virulencia de los micro-organismos que pre-existieran; según las cualidades del medio de cultivo; según las demás condiciones fisiológicas del organismo en el momento de sufrir la influencia del agente etiológico; según en fin, la susceptibilidad reaccional del sistema nervioso.

Los excesos en el régimen, aun sin el concurso de otros factores, pueden dar lugar á estados hipertérmicos pasajeros. Si se introducen en el aparato digestivo alimentos ó bebidas, que por su alteración prévia son ya tóxicos, ó si por su excesiva cantidad ó mala calidad no pueden ser digeridos en el tiempo normal, y dan lugar á fermentaciones, desde el estómago y el intestino pasarán á la sangre substancias capaces de determinar estados febriles, que pueden ser pasajeros.

En muchas ocasiones hay que confesar que no se encuentra relación entre los agentes etiológicos antes estudiados, y las fiebres efémeras, y para explicar su patogenia hay que admitir la posible existencia de infecciones, todavía innominadas, cuya puerta de entrada puede ser variable. Entre estas infecciones innominadas que originan fiebres efémeras, hay que considerar como bastante frecuentes: 1.º Las que tienen por puerta de entrada la faringe, en su porción nasal ó gutural, muy probablemente pneumocócicas, las cuales dan lugar á estados febriles sin localización aparente, y seguidos, casi siempre, de la aparición de un herpes labialis. 2.º Las que tienen su origen en el tubo intestinal, coli-bacilares en el mayor número de casos, y que dan lugar á fiebres de alguna mayor duración, que antiguamente se llamaban gástricas benignas, y hoy son consideradas por la escuela francesa, como tifóideas atenuadas. 3.ª Las que se inician en la mucosa del aparato respiratorio con gran reacción general y síntomas ligeros de bronquitis, consideradas hoy como gripales, sin que, á mi juicio, tengan nada que ver con el bacilo de Pfeiffer.

Resumiendo: las fiebres efémeras, que la antigua piretología atribuía á causas diversas y consideraba como fiebres inflamatorias, catarrales ó mucosas, deben explicarse hoy suponiéndolas la consecuencia de una ligera toxihemia, cuyo origen debe buscarse, ó en las células del organismo, ó en las bacterias huéspedes habituales de la faringe, del tubo digestivo, ó del aparato respiratorio. El por qué estas infecciones dan lugar unas veces á procesos inflamatorios y otras á estados generales hipertérmicos, se explica en parte, por las diversas condiciones de número y virulencia de los micro-organismos infectantes, y más que todo, por las variaciones en las energías defensivas y reaccionales del organismo.

Si después de expuesto el concepto moderno intentamos abordar su estudio clínico, nos convendrá principiar por hacer algo de historia que nos permita limitar el campo. Leyendo las obras de los patólogos antiguos, sacamos la impresión de que estas fiebres que llamamos nosotros efémeras, y que se caracterizan por un estado hipertérmico de menos de cuatro

días de duración, por trastornos generales á veces intensos, y por localizaciones viscerales tan poco acusadas que no bastan á explicar los síntomas generales, comprenden las angioesténicas é inflamatorias de Pinel, las efémeras é inflamatorias de Luis, la gastro-enteritis leve de Brusseais, las efémeras y sinocales de Cintrac, las inflamatorias y catarrales mucosas de Alquié, las efémeras é inflamatorias sinocales de Grissolle, las inflamatorias, catarrales mucosas y gástricas de nuestro compatriota Sánchez Merino. Modernamente, este grupo caracterizado de fiebres, se ha borrado de la patología. Si se exceptúa la fiebre por surmenage, que incidentalmente citan todos los autores, las demás se consideran como formas atenuadas ó leves de otras especies morbosas; la catarral mucosa, como gripe atenuada ó como bronquitis leve; la catarral gástrica, como tifóidea benigna ó como catarro gástrico febril; la del trabajo del parto y de la lactancia, como infecciones puerperales ligeras.

Nosotros, como fruto de la observación realizada en una práctica, ya bastante larga, creemos que las fiebres efémeras merecen un estudio clínico independiente, y que debe hacerse en la actualidad, formando con ellas cuatro grupos principales cuya descripción intentaremos esbozar.

El primero está constituido por las fiebres originadas por una auto-intoxicación por residuos de la nutrición celular y en él comprendemos los estados febriles consecutivos al surmenage físico é intelectual, al trabajo del parto, á la fluxión lactea y á los estados congestivos por supresión de flujos. No nos detendremos á razonar la existencia y la independencia de las fiebres de este grupo, puesto que las consecutivas al surmenage son admitidas y explicadas de igual modo por todos los autores, y la exposición de los fundamentos en que nos apoyamos para no considerar siempre como infecciosas á las que siguen al trabajo del parto, á la fluxión lactea y á la supresión de flujos menstruales, nos obligaría á invadir el campo de la Obstetricia y Ginecopatía que nos está vedado en esta cátedra. Caracterízanse clínicamente las fiebres de este grupo, por presentarse la hipertermia inmediatamente después del trabajo

excesivo, ó de la fluxión funcional de un órgano; porque la cifra térmica llega al maximum de altura desde el primer momento; por ir acompañadas de síntomas de auto-intoxicación (sensación de fatiga, quebrantamiento y á veces delirio); por encontrarse en las orinas productos de la desintegración celular con oxidación incompleta (ácido úrico, ácido hipúrico, xantina, creatinina), y por ir acompañadas siempre de la eliminación de albumosas por la orina y en ocasiones de verdadera albuminuria.

El segundo está formado por las fiebres debidas á una infección de puerta de entrada faríngea. Preséntanse preferentemente en sujetos que tienen excesivamente desarrollado el tejido linfoideo de esta región; en los linfáticos que tienen hipertrofiadas las amígdalas faríngeo-palatinas y nasales. Estos individuos llevan siempre en esta región una flora microbiana riquísima, presta á multiplicarse, á exaltarse su virulencia y á producir toxinas, en cuanto por un trastorno vascular ligero ó por otra causa, disminuya la energía de los medios defensivos, cosa que les ocurre si se enfrían, si respiran un aire confinado, si se ven obligados á ejecutar cualquier esfuerzo. Las infecciones que se verifican por esta vía, muchas veces determinan una reacción local intensa y procesos inflamatorios bien caracterizados; pero á veces todo se limita á una irrupción microbiana ó á una reabsorción de toxinas, sin producir ni adenoiditis ni anginas, y sí solamente una fiebre efémera. Caracterízanse clínicamente las fiebres de este grupo por presentar los sujetos invadidos, hipertrofia, sin inflamación del tejido adenoides; por determinar cefalalgia intensísima, y á veces en los niños convulsiones; por ir la hipertermia acompañada ó seguida de una erupción de herpes labiales.

El tercer grupo, es de las fiebres efémeras por infección cuya puerta de entrada es el aparato respiratorio, en su porción nasal la mayor parte de las veces, y en la laringo-traqueal por excepción. A estas fiebres cuando se presentaban esporádicamente se las llamaba catarrales respiratorias, y cuando epidemicamente, gripales. Desde que se presentó la gripe en forma pandémica el año 1890, creen casi todos los médicos

que esta infección es ya endémica en nuestro país y consideran como gripales todas estas infecciones. Caracterízanse las fiebres efémeras de este grupo por ser en ellas la hipertermia moderada, grande el quebrantamiento general, y por ir acompañadas de tos y signos estetoscópicos de catarro traqueo-bronquial ligero. Entre la gripe, enfermedad específica, y estas fiebres por infección común, hay diferencias de tal magnitud, que sólo las salvan los que las confunden, admitiendo que son formas atenuadas de la gripe en las que faltan sus principales caracteres. No tengo noticia de que nadie se haya dedicado á resolver esta cuestión por el análisis bacteriológico; pero sin acudir á este recurso, los que hemos visitado enfermos antes de la epidemia gripal de 1890, durante esta epidemia, y después, hemos podido apreciar que las fiebres efémeras respiratorias que hoy observamos son las mismas que observábamos antes de que la referida epidemia visitara á España, y que se diferencian de la gripe del año 90, y de la que desde entonces se presenta á temporadas con carácter epidémico, por falta de una convalecencia larga y accidentada, y por la carencia de complicaciones. A más de esto, la gripe como infección específica de puerta de entrada respiratoria, para la cual el hombre está excesivamente predispuesto, y que es producida por un micro-organismo que se extiende por el aire con los productos del enfermo, tiene el carácter de ser muy contagiosa, mientras que estas fiebres efémeras respiratorias nunca las hemos visto transmitirse á los demás individuos de la familia del enfermo, desenvolviéndose y terminando sin ocasionar contagios. Hay, por otra parte, individuos que todos los años y hasta dos y tres veces en el año padecen estas fiebres, y aun cuando no es la gripe infección que determine inmunidad duradera, siempre la provoca temporal, y si se tienen en cuenta las recaídas de una misma infección, es muy raro que en un mismo año se padezca dos veces. A pesar de esto hay médicos que formulan el diagnóstico de gripe en todos estos casos, y alguno he conocido, ilustradísimo, que de esta manera se diagnosticaba á sí propio y estaba agripado todos los meses. Algo más acertados están los que llaman á las fiebres efémeras

de este grupo catarros bronquiales febriles, porque catarro y fiebre existe; pero si nosotros comparamos la importancia de la hipertermia y trastornos generales con la de las alteraciones locales, vemos que no hay relación y que al lado de los catarros bronquiales sin fiebre y de las bronquitis febriles, deben incluirse también estas fiebres con catarro tan ligero que á veces no le descubre el estetoscopó, siendo lógico creer que los micro-organismos y sus toxinas no han llegado á producir en el aparato respiratorio más que congestiones ó ligero catarro, dominando en el cuadro clínico los fenómenos de infección.

Por último, el quinto grupo comprende las fiebres efémeras por infección de puerta de entrada gastro-intestinal. Que las fermentaciones anormales del tubo digestivo pueden producir estados febriles, lo saben mejor que los médicos los cirujanos, y sobre todo los ginecólogos, porque tienen ocasiones de observarles después de las intervenciones laparótomicas y en las afecciones pélvicas. Que fuera de estos estados, las mismas fermentaciones pueden provocar fiebre, sin que exista gastritis ni enteritis y sin que haya lugar á pensar en infecciones específicas, es cosa que tiene que reconocer todo el que observe desapasionadamente á sus enfermos. En ocasiones, tras de una transgresión del régimen, tras de lo que vulgarmente se denomina una indigestión, sobreviene fiebre, y en cuanto el organismo se desembara de los productos anormales por vómitos y diarrea, todo entra en orden sin que sobrevengan fenómenos inflamatorios y sin que la hipertermia se prolongue más de dos ó tres días. Otras veces, no se trata precisamente de una verdadera indigestión sino de un trastorno del quimismo, en apariencia menos alarmante, ó de una infección no relacionada con transgresión del régimen, pero que determinan fiebre, gastricismo, cefalalgia, quebrantamiento; y al observar estos síntomas, unos diagnostican catarro gástrico febril y otros fiebre tifoidea. El catarro gástrico tiene en estos casos igual significación, por su intensidad, preponderancia y duración, que el catarro bronquial en las fiebres efémeras de puerta de entrada respiratoria y las consideracio-

nes hechas en el párrafo anterior son igualmente aplicables, escusándonos el repetir las. Respecto á las pretendidas fiebres tifoideas atenuadas, no hay suficientes estudios bacteriológicos, ni se ha hecho, para delimitarlas claramente, aplicación del sero-diagnóstico, debiendo formar juicio por la observación clínica, y á vosotros que habéis visto un caso que yo he calificado de fiebre efémera por toxi-infección intestinal y estáis viendo otro indudable de fiebre tifoidea benigna, os pregunto ¿creéis que ambas enfermas padecen dos formas atenuadas de una misma enfermedad? Sólo un estudio bacteriológico completo resolvería plenamente el problema (1); pero si se me demostrara que en estas fiebres efémeras se había encontrado el bacilo de Eberth, aun no me convencería yo de que eran tifoideas atenuadas, si no que pensaría en la posibilidad de que el bacilo de Eberth no fuera, como suponemos hoy, el agente específico del tifus abdominal, si no un microorganismo común, que al igual del pneumococo, si produce con más frecuencia una enfermedad determinada, puede producir también otras distintas; de tal modo se diferencian estas fiebres efémeras gastro-intestinales de la fiebre tifoidea, no sólo por su distinto curso y duración, sino porque en ellas suelen faltar los trastornos del período prodómico; porque la invasión es más brusca, el gastricismo, los vómitos y diarrea se presentan desde el primer día y el máximum térmico le alcanzan pronto, y porque, en fin, tras de una evolución que se realiza en tres ó cuatro días, apenas hay convalecencia.

Vemos, pues, por el ligero estudio clínico que de las distintas fiebres efémeras hemos hecho, que tienen como caracteres comunes: 1.º Invasión brusca. 2.º Repetición frecuente en el mismo sujeto. 3.º Carencia de contagiosidad y de

(1) Cuando se presentaron en la clínica los dos casos que han motivado esta conferencia, no había en la Facultad cultivo de bacilo Eberth, para hacer en ellos la prueba del sero-diagnóstico, ni sabíamos que lo tuvieran en su laboratorio particular dos alumnos nuestros, los señores Figuerola y Nunell, que son los que en adelante se han encargado de practicar esta clase de investigaciones.

forma epidémica. 4.º Trastornos funcionales y signos físicos que denotan alteración preferente de algún aparato; pero siempre desproporcionada con los trastornos generales y la hipertermia. 5.º Duración breve y terminación por crisis. 6.º Convalecencia poco accidentada y rápida.

Como muchos de estos caracteres sólo se comprueban por la observación ulterior del enfermo, y los de los primeros días son los mismos que los que se presentan en el período inicial de otras enfermedades, su diagnóstico rara vez puede hacerse al principiarse y mucho menos en una sola visita. Cuando se os presente un individuo con fiebre alta, malestar general y trastornos gástricos ó respiratorios ligeros, empezad por explorar los aparatos todos donde pueden desarrollarse procesos inflamatorios; haced lo que hicimos con el aparato respiratorio del viejo, para descartar la posible existencia de una pulmonía, y otro tanto con los demás, para estar seguros de que no se trata de angina, meningitis, tuberculosis, reumatismo, etc., etcétera; si no lleva con fiebre más que unas horas hay que pensar en el paludismo; si lleva más tiempo, y los fenómenos respiratorios llaman la atención, pensad en la gripe; si los digestivos en la fiebre tifoidea; no olvidéis que puede ser una fiebre eruptiva, y sobre todo, no aventuréis juicios hasta que sigáis observando al enfermo y la marcha del proceso ó la aparición de síntomas nuevos os permitan formular el diagnóstico con elementos bastantes.

Mientras tanto, recomendad al enfermo reposo y dieta; bañadle para hacer la asepsia de la piel; aseptizad las mucosas accesibles; aseptizad también el tubo digestivo dando, si no hay diarrea, un purgante y benzonaftol, y si la hay, salicilato de bismuto y benzonaftol también.

Hecho esto se puede aguardar, y si se trata de una fiebre efémera, será suficiente y en dos ó tres días sobrevendrá la curación.

Si se prolonga el padecimiento, hay que seguir explorando al enfermo hasta que el diagnóstico se aclare y entonces obrar en consecuencia. Sea cualquiera la enfermedad, de las que con las fiebres efémeras pueden confundirse en su

principio, con el tratamiento que os aconsejo ni habréis perjudicado al enfermo, ni habréis perdido el tiempo.

Paludismo en una histerica-Fiebres intermitentes cotidianas

HOJA CLÍNICA NÚMERO 3.

Sala del Sto. Cristo n.º 12

Alumno observador, D. Angel Roselló

D. S. de 40 años, viuda, natural de Valencia, reside en Barcelona desde hace mucho tiempo dedicándose á la profesión de cocinera, de buenas costumbres, hija de padre alcohólico y de madre histérica. Dice que nació ciega y curó á los siete años (?), que menstruó á los 13, siendo dolorosos los periodos mientras fué soltera y habiendo tenido después cuatro partos, tres de ellos normales y uno con feto muerto. Padeció el sarampión á los 15 años complicado con una bronco-pneumonía; á los 37 años una pulmonía en cuya convalecencia tuvo un ataque convulsivo que la duró siete horas.

Habiendo estado espuesta á enfriamiento y humedades, el día 5 de Octubre último se sintió enferma con malestar general y diarrea, y en la mañana siguiente sintió un fuerte escalofrío seguido de calor, cefalalgia y raquialgia, desapareciendo todos estos sintomas cuando al cabo de unas seis horas se presentaron sudores abundantes. Estos accesos venían repitiéndose todos los días entre 9 y 10 de la mañana, hasta el día 9 de Octubre que ingresó en nuestra clínica.

Observándola en los momentos de apirexia, se queja de falta de fuerzas, inapetencia, dolores en la espalda y dice que con frecuencia siente algo que sube del estómago á la garganta y que calificamos de bolo histérico. Su cara es de color terroso, conjuntivas y mucosas gingivales pálidas. La lengua ancha, húmeda y cubierta de una capa saburrosa. Bazo abultado. Debilidad de los latidos cardiacos y un ligero soplo sistólico cerca de la punta que no se percibe constantemente. Reflejos rotulianos abolidos, hipoacusia del lado izquierdo, hiperestesia olfatoria, discromatopsia confundiendo el azul y violeta.

En la visita de la mañana del día 10, encontramos á la enferma con temblor general, cara descompuesta, dispnea intensísima, sensación de angustia precordial, y nos dice que momentos antes había perdido el conocimiento, temperatura 39°8, pulso 98, respiraciones, 40.

Diagnostizamos *acceso de fiebre palúdica en una histérica*, y queriendo dar á este diagnóstico toda la precisión necesaria, quedó la enferma sin tratamiento y en observación, encargando que se practicara el exámen de la sangre.

En los días 11, 12 y 13 de Octubre se observaron tres accesos febriles

con sus tres estadios de escalofrío calor y sudor, principiando entre 9 y 10 de la mañana y quedando la enferma apirética á las cuatro de la tarde.

EXÁMEN DE LA SANGRE —*Aspecto macroscópico*: espesa y de color rojo obscuro. *Hematimetría*: 6 233,000 por milímetro cúbico. *Elementos anormales*: Hematozoario de Laveran, formas semilunares y en granos refringentes; su abundancia no es considerable. (1)

El día 13 se prescribió: Biclorhidrato de quinina 1 gramo en dos -ellos p. t. uno á las diez de la noche y otro á las seis de la mañana. En la misma forma siguió tomando quinina otros tres días, y después por espacio de otros cinco 0,50 grms. diarios, sin que volvieran á presentarse accesos febriles desde que se empezó á usar este medicamento. Permaneció en la clínica otros cuatro días tomando una copa en cada comida de la siguiente fórmula: Tintura acuosa de quina 250 gramos—Jarabe de corteza de naranjas amargas 30 grms. m. Salió de la clínica completamente curada de su paludismo.

Merece recordarse este caso, por los fenómenos alarmantes con que se presentó á nuestra observación el acceso febril del día 1.º de Octubre, que nos hubiera hecho pensar en una perniciosa, si la enferma no hubiera sido histérica, y por el aumento considerable de glóbulos rojos que se encontró en su sangre, aumento que tratándose de una enfermedad como el paludismo en la que hay siempre destrucción considerable de hematies, solo puede explicarse por la condensación de la sangre consecutiva á la diarrea que inició el padecimiento y á los grandes sudores que en su curso se presentaron.

Paludismo.—Fiebres intermitentes cotidianas.

HOJA CLÍNICA NÚMERO 4.

Sala de S. José n.º 11 Alumno observador, D. Vicente Bañuls Castellá

J. S. de 41 años, casado, natural de Cuyo de Sta. Cruz (Huelva) residía desde hace poco tiempo en Hospitalet, dedicado á las labores del campo y observando vida y costumbres morigeradas. Hijo de padre tuberculoso, ha gozado habitualmente de buena salud sin haber padecido otra enfermedad que una pulmonía á los 12 años, que evolucionó sin complicaciones y terminó sin dejar reliquias.

(1) Exámen practicado simultáneamente en el Laboratorio de Anatomía patológica de la Facultad á cargo del Dr. Calleja y en el particular de los alumnos Sres. Nunell y Figuerola.

Estando trabajando en los terrenos pantanosos del llano del Llobregat, principió la enfermedad actual el 24 de Septiembre de este año con laxitud, mal estar general, escalofríos y dolor de cabeza. A partir de esta fecha todos los días, entre 11 y 12 de la mañana, se presentan accesos con escalofríos, calor y sudor, perdiendo las fuerzas y necesitando trasladarse á nuestra clínica donde ingresó el 1.º de Octubre.

Es un hombre alto, bien constituido, musculoso, presentando en la piel de la cara un tinte ligeramente amarillento. El hígado ligeramente aumentado de volumen. El bazo considerablemente hipertrofiado.

EXAMEN DE LA SANGRE.—*Aspecto macroscópico*: roja y fácilmente coagulable. *Elementos anormales*: hematozoarios de Laveran, formas semilunares y en puntos brillantes; granulaciones de pigmento melánico.

Sin presenciar ningún acceso diagnosticóse *paludismo con fiebres intermitentes cuotidianas* y se prescribió: Biclorhidrato de quinina 1 gramo, en dos sellos p. t. uno por la noche y otro por la mañana los tres primeros días y uno solamente por la mañana, los cuatro siguientes.

Tuvo un acceso el día que ingresó en la clínica y no volvieron á presentarse desde que empezó á tomar quinina. A los siete días se le prescribió: Tartrato férrico potásico 2 gramos.— Agua, ron y jarabe de corteza de naranjas amargas, a. a. 50 gramos p. t. una cucharada con cada comida. Se le dió el alta á los pocos días completamente curado,

Paludismo.— Fiebres intermitentes de tipo irregular.

HOJA CLÍNICA NÚMERO 5.

Sala de S. José núm. 9.

Alumno observador, D. Anofre Juaneda.

Q, G. de 27 años, soltero, natural de Buenos Aires, reside en Barcelona desde hace 2 años, dedicado á la profesión de fogonero y teniendo una vida arreglada. Sin historia patológica familiar, ha tenido de ordinario buena salud, sin recordar haber padecido otra enfermedad que una bronquitis aguda febril que le duró ocho días.

Estando trabajando en Castell de Fels (localidad pantanosa), venia notando inapetencia y cansancio, cuando el día 29 de Noviembre último, á poco de comer sintió un gran escalofrío que le duró 20 minutos, seguido de calor por espacio de media hora y después de sudores. Desde este día hasta el 5 de Diciembre, tuvo en cada uno su correspondiente acceso que principiaba á las tres de la tarde. El día 5 tuvo ya dos, el uno á las 8 y 30 de la mañana y el otro á las 3 de la tarde. El día 6 uno á las tres de la tarde. El día 7 otra vez dos, como el día 5, El día 8 uno á las tres de la tarde. El día 9 de Octubre ingresó en la clínica á las diez y media de la mañana y nos dice que había tenido horas antes un acceso.

Está en cama pudiendo adoptar cualquier decúbito, es de consti-

tución fuerte y musculoso, cara poco expresiva y escaso desarrollo intelectual.

En el periodo de apirexia no acusa más molestia que la inapetencia y la debilidad de las piernas: Lengua ancha y saburrosa. Bazo doloroso á la presión y rebasando un través de dedo el borde de las costillas falsas.

EXAMEN DE LA SANGRE.—Hematozoario de Laveran, formas semilunares y en rosetón libres, y formas esféricas englobadas en los hematiés.

Se diagnosticó *paludismo* y cómo que no había que dar mucho valor á la referencia del enfermo y por otra parte el día 9 no se observó en la clínica el doble acceso que decía haber tenido en los demás días impares, se calificó su forma clínica de *intermitentes* irregulares. La prescripción medicamentosa fué la siguiente: Infusión de hojas de sen, al 10/100, 100 gramos, sulfato de sosa 10 gramos, jarabe 30 gramos, p. t. en dos veces. Biclorhidrato de quinina en la forma y dosis acostumbrada.

Obró el purgante y desapareció el gastricismo; produjo sordera la quinina; no se presentaron nuevos accesos. y el enfermo salió con alta por curación llevándose la dosis de quinina que necesitaba tomar durante otros cuatro días.

Fiebre tifoidea tratada por el método de Brand

HOJA CLÍNICA NÚMERO 6.

Sala del Sto. Cristo núm. 4 Alumno observador, D. Francisco Castelvi

N. L. de 15 años, soltera, natural de Huesca y residente desde hace algún tiempo en esta población dedicada al servicio doméstico. Sin historia patológica familiar, todavía no ha menstruado y no recuerda haber padecido otras enfermedades que el sarampión de muy niña, y hace dos años dolores erráticos en las articulaciones, que curaron pronto. Su salud habitual, buena.

Principió la enfermedad actual el 18 de Octubre con un escalofrío, presentando enseguida cefalalgia, mareo y quebrantamiento general. Tomó un purgante que la produjo vómitos y deposiciones, y no sintiendo mejoría ingresó en la clínica el día 20 de Octubre,

Aqueja los mismos síntomas de los días anteriores y además, anorexia absoluta, mal gusto en la boca, sed, pesadez en el epigastrio, algo de escozor en el ano al defecar, insomnio, fotofobia y dolores ligeros en las articulaciones.

Está en cama adoptando de preferencia el decúbito supino; cara encendida y turgente, y conjuntivas ligeramente inyectadas. Labios secos; fulliginosidades en las comisuras; estomatitis eritematosa; lengua

saburrosa, algo oscura en el centro y con los bordes y punta rojos; vientre abultado; dolor á la presión y gorgoteo en la fosa iliaca derecha; deposiciones líquidas y fétidas; orina encendida y escasa. A las diez de la mañana; T.^a 39.^o P. 90. R. 20. Prescripción: Dieta de caldo y leche. Calomelanos 20 centigramos, Benzonaftol 1 gramo, en cinco sellos p. t. uno cada 3 horas. Por la tarde; T.^a 40. P. 100. R. 24.

En la mañana del día 21 principió á iniciarse el estupor, el bazo era bien perceptible y doloroso. T.^a 39,5 P. 95. R. 22.

EXAMEN DE LA ORINA.—Vestigios de albumina. Reacción diazoica, negativa.

SERO-DIAGNÓSTICO.—El suero de la sangre de esta enferma conglutinó prontamente los micro-organismos de un cultivo puro de bacilo de Eberth. Diagnóstico: *Fiebre tifoidea*. Tratamiento: Dieta de caldo, leche y vino. Limpieza frecuente de la cavidad bucal con una disolución al 2,00 de clorato potásico y 10 centigramos de mentol. Limpieza de las demás mucosas con la disolución de ácido bórico al 4,00. Cuatro baños diarios de un cuarto de hora de duración, á 24.^o al entrar, y añadiendo agua fría hasta que descendiera á 20.^o

Desde el día 22 de Octubre (quinto de la enfermedad), hasta el día 27, tomó los baños á las 6 y 12 de la mañana, 6 de la tarde y 12 de la noche. La T.^a osciló entre 38.^o por las mañanas y 39.^o 5 por las tardes; la lengua se humedeció; el sensorio permaneció despejado; la orina se hizo más abundante; la diarrea persistió; pero la enferma tomaba los alimentos con gusto. Como se venía observando que la temperatura llegaba al grado máximun á las seis de la tarde, se adelantaron dos horas todos los baños para que tomara uno á las cuatro.

El día 26 de Octubre (octavo de enfermedad) se notó la erupción de manchas rosadas en la parte superior del vientre; pero muy discreta y no durando mas que seis días. El día 28 acusó la enferma dolores fuertes en ambos oídos y algo de sordera, calmándose con unas instilaciones calientes de aceite de almendras dulces y laudano (10 por 1); pero no desapareciendo del todo hasta bien adelantada la convalecencia.

Hasta el día 31 de Octubre (décimo tercio de la enfermedad) la temperatura se sostuvo á la misma altura, bajaba un grado con los baños y oscilaba entre 38.^o y 38.^o 5 por las mañanas, y entre 39.^o y 39.^o 5 por las tardes. En este día faltó ya la exacerbación vespertina y la remisión matinal fué más acentuada, iniciándose el periodo de las oscilaciones descendentes que duró cinco días, durante las cuales empezó á tomar ya la enferma sopas y huevos, y se redujeron á dos los baños que tomaba cada día.

El 5 de Noviembre estaba completamente apirética, se suspendieron los baños fríos, tomando uno tibio, empezó á comer carne y se inició una franca convalecencia, saliendo la enferma de la clínica, completamente curada. el 17 de Noviembre.

Lección clínica en la enfermería, sobre el caso de fiebre tifoidea de la hoja clínica n.º 6

El diagnóstico de esta enferma, pudo ofrecer algunas dudas el día de su ingreso en el Hospital; pero hoy después de trece días de enfermedad, los síntomas que se han ido presentando y la evolución general del proceso, no permiten confundir la fiebre tifoidea que padece esta enferma, con ninguna otra enfermedad, aun sin el resultado positivo de la prueba sero-diagnóstica.

Recordaréis que el primer día, dudamos si se trataría de una infección gastro-intestinal común, una fiebre eruptiva ó una fiebre tifoidea, y no pensamos también en la tuberculosis aguda, la pulmonía ó la endocarditis, porque el resultado negativo del exámen del corazón y pulmones, nos había hecho desechar previamente estos diagnósticos. Dijimos entonces que era preciso aguardar algún tiempo para poder formular los juicios con seguridad, y no fué preciso mucho, porque al día siguiente, viendo que la temperatura de la mañana era cinco décimas más alta que la del día anterior, que el estupor se iniciaba, el bazo era perceptible, el dolor y gorgoteo de la fosa iliaca persistían, y las deposiciones eran fétidas y achocolatadas, ya no era posible seguir pensando en fiebres efémeras y eruptivas.

Formulado el diagnóstico de fiebre tifoidea, se planteó un tratamiento hidroterápico, según los principios del método de Brand, recomendando además la aseptización de todas las cavidades mucosas, y ya sabéis que hemos conseguido el que la temperatura no haya vuelto á llegar á los 40°, que el período de declinación se haya iniciado el día décimo tercero de enfermedad, y que durante el período de estado, la lengua haya permanecido húmeda, el sensorio despejado, la orina clara y abundante, aun que ligeramente albuminosa, el timpanismo insignificante, la diarrea moderada, y la digestión gástrica normal; tanto, que si no fuera por la fotofobia, que obliga á la enferma á tener los ojos cerrados y la cabeza hundida en

las almohadas, y por los dolores lancinantes que acusa en los oídos, el hábito exterior de esta enferma hubiera revelado un bienestar completo, y nadie que la hubiera visto, creería que era una tífica.

Ayer tarde la tocó por turno ser examinada detenidamente, y he aquí el estado en que la encontramos. Adopta preferentemente el decúbito lateral derecho, porque la molestan algo las pequeñas incisiones que hicieron en la nalga izquierda al extraer sangre para el sero-diagnóstico, y tiene la cabeza hundida entre las almohadas, porque la molesta el ruido y la luz. Cara roja, conjuntivas inyectadas, labios secos con ligeras fuliginosidades, vientre muy poco timpanizado, y en la región supra-umbilical, una erupción discretísima de manchas rosadas que desaparecen por la presión. Lengua saburrosa y algo achocolatada en el dorso, fauces inyectadas, dolor y gorgoteo en la fosa iliaca derecha, diarrea, (de 3 á 6 deposiciones diarias). Cefalalgia no muy intensa, fotofobia, sordera ligera, más acusada en el oído derecho, dolores lancinantes espontáneos en ambos oídos, que se exacerban presionando sobre el trago, sensación de frío en los pies, piel caliente y matorosa en el resto del cuerpo. T.^a 38,5. Pulso blando, dicrótico y regular, que late 84 veces por minuto. Latidos y tonos cardíacos, débiles, con desdoblamiento del segundo pulmonar en la espiración. Orina clara y con vestigios de albumina, que enturbia; pero no forma coagulos. Bazo rebasando las costillas falsas, bien perceptible por palpación su aumento de volumen, y comprobado también por percusión digito-digital y fonendoscopia. Hígado ligeramente aumentado de volumen, y rebasando algo su borde él de las costillas falsas. Normal completamente el aparato respiratorio.

En el décimo tercero día de enfermedad, no se presenta este cuadro sintomático, más que en la fiebre tifoidea cuando es de mediana intensidad; ha sido tratada convenientemente, y no se han presentado complicaciones de importancia.

Que es una fiebre tifoidea, no hay que exforzarse para demostrarlo, puesto que en auxilio de la clínica ha venido el la-

boratorio, diciéndonos que en la sangre de esta enferma hay cuerpos capaces de aglutinar los bacilos de Eberth.

El que es un caso de mediana intensidad nos lo indica, no tanto la poca acentuación de los síntomas y la falta de complicaciones, como la reducida duración de ese período de la curva térmica, en el que las oscilaciones tienden á llegar á la misma altura por la tarde, siendo ligeras las remisiones matinales. El haber durado excasamente siete días este período, no ha dependido del tratamiento empleado, sino de la excasa virulencia del bacilo, de la suficiente resistencia del organismo, y de que, como consecuencia de todo esto, las lesiones en el intestino no han alcanzado, ni gran intensidad, ni considerable extensión. Probablemente en esta enferma, las placas de Peyer y los folículos solitarios no se han ulcerado extensamente, y hasta es posible que en muchos de ellos, las lesiones hayan sufrido un trabajo de reabsorción sin llegar á necrosarse.

Por la marcha de la curva térmica y por los caracteres de la diarrea, se encuentra ya la enfermedad en el período clínico de las oscilaciones descendentes, y probablemente, en el anátomo-patológico de las ulceraciones que se limpian y empiezan á cicatrizar, y afirmamos esto último, sólo como probable, porque no siempre se corresponden los períodos térmicos y anátomo-patológicos, y no tenemos otro dato para juzgar de estos últimos (1).

(1) Cuando escribíamos estas cuartillas para mandarlas á la imprenta, ya tuvieron ocasión los alumnos de ver comprobada esta afirmación mía. Estando una tarde de fines de Noviembre en la clínica con la sección de alumnos, que les correspondía aquel día explorar conmigo á la enferma que tenían á su cargo, ingresó una mujer que nos dijo haber pasado cuarenta días con fiebre y diarrea, y que estando en la convalecencia, se la habían presentado pujos de sangre. La vimos fría, apirética, con pulso blando y abdomen doloroso, y como nos estaban esperando, mandamos que se guardaran las deposiciones, proponiéndonos explorarla detenidamente al día siguiente. Aquella noche se levantó para mover el vientre, y después de evacuar sangre, entró en la cama y continuó una hemorragia por el ano, que caló los colchones y la produjo la muerte.

Grande fué nuestra sorpresa al encontrar al día siguiente vacía la cama que habíamos visto ocupar la noche anterior á una enferma, de

Como complicación, no tenemos que anotar más que los dolores auriculares, dependientes probablemente, de un catarro en la trompa y caja por infección secundaria de origen naso-faríngeo. El desdoblamiento del segundo tono en la base, es solamente expiratorio y debe explicarse por la diferencia de tensión que hay entre la aorta, donde está disminuida, y la pulmonar, donde por estar relativamente aumentada, se anticipa el choque de las sigmoideas. En el aparato respiratorio, no se aprecia ni aun el catarro bronquial, que por ser tan frecuente en esta enfermedad, se considera como uno de sus síntomas, más bien que como complicación.

El pronóstico es todo lo favorable que puede hacerse en esta enfermedad, y todo indica que terminará favorablemente. Hay que hacer la reserva de posibles accidentes ó complicaciones que á veces se presentan de una manera inesperada en los casos, que al parecer, evolucionan favorablemente.

De entre los múltiples tratamientos aconsejados, hemos empleado en este caso, el de Brand con algunas adiciones, sin que haya sido preciso dar más de cuatro baños diarios, ni bajar la temperatura del agua, á menos de 20°. El resultado le habéis visto y no puede ser más favorable.

Fiebre tifoidea observada en la clinica en el período de las oscilaciones descendentes, en un enfermo que venia padeciendo una úlcera redonda del estómago

HOJA CLÍNICA NÚMERO 7

Sala de S. José n.º 13 Alumno observador, D. Fran.º Agullo Minobis

A. C. de 29 años, soltero, natural de Pradell (Tarragona), y residente

la que no sabíamos ni el nombre, y cuyo estado, observado á la ligera, no parecía hacer temer tan pronta y fatal terminación. Dimos cuenta de nuestra sorpresa á los alumnos y les indicábamos que creíamos probable, por la historia de la enferma, que se hubiera tratado de una hemorragia intestinal consecutiva á una fiebre tifoidea, á los cuarenta días de haber empezado, y cuando ya por la curva térmica se la podía considerar en la convalecencia.

La autopsia comprobó nuestras sospechas, pues encontramos estensas y profundas ulceraciones en el íleo, ciego y colón ascendente, llamando nuestra atención el que las del colón tuvieran el aspecto de placas ovales extensas, exactamente iguales á las que se presentaban en el íleo, correspondiendo á las placas de Peyer.

hace diez años en Barcelona, dedicado á la profesión de carretero, y observando una vida arreglada. Sin historia patológica familiar que merezca anotarse, desde la edad de 12 años viene padeciendo del estómago; al principio sólo sentía dolores en el epigastrio después de las comidas, siendo cada vez más intensos hasta que cuando contaba 15 años tuvo una hematemesis tan abundante que le produjo un síncope, y se calmaron durante seis meses; transcurrido este plazo reaparecieron las hematemesis con melenas y dolores intensos que se irradiaban á la espalda; nueva calma de tres años y otra exacerbación cuando contaba 18, con vómitos alimenticios, biliosos y sanguíneos que aparecían en cuanto mitigaba el rigor de la dieta lactea á que estaba sometido; á los 25 años ingresó por esta dolencia en el Hospital donde se alivió con el lavado del estómago; tuvo también un flemón peri-umbilical que fué dilatado, y desde esta fecha no ha podido dejar la dieta lactea, á pesar del gasto de fuerzas que exigía el oficio á que se dedicaba.

En los primeros días del mes de Noviembre, se sintió enfermo con síntomas distintos que los propios de su enfermedad habitual. Fueron estos: mal estar indefinible, inapetencia, falta de fuerzas y sueño intranquilo. Estos síntomas le obligaron á guardar cama en su casa donde ha permanecido un mes con fiebre, dolor y abultamiento del vientre, diarrea y estado soporoso, y cuando estos síntomas iban remitiendo, como la demacración, el mal estar y la pérdida de fuerzas le indicaban que su enfermedad se prolongaría, se vió obligado á trasladarse al Hospital, ingresando en nuestra clínica el día 2 de Diciembre.

Guarda en cama el decubito supino en resolución completa, pálido, demacrado, ojos abiertos y mirada vaga, facies estuporosa, indiferente á lo que le rodea, y cuesta trabajo obtener respuestas. En el abdomen ligeramente abultado se observa la cicatriz de la incisión que exigió el flemón. T.^a 37,8. Pulso grande y dicoto, late 100 veces por minuto. Respiraciones 35 al minuto, y son fatigosas dilatándose las ventanas de la nariz en las inspiraciones.

Sensación de sequedad en la boca, tan intensa que necesita beber á pequeños sorbos cada momento y aún así le cuesta trabajo articular las palabras; anorexia absoluta; lengua ancha seca, resquebrajada y cubierta de una capa saburral espesa y amarillenta; dientes deslustrados y cubiertos, como las encías, de una substancia pegajosa de color sucio; en los rebordes gingivales manchas blanquecinas (placas de Ranke); vientre meteorizado provocándose dolor y gorgoteo por la presión en la fosa iliaca derecha; ligero aumento de volumen del hígado; abultamiento notable del bazo. Diarrea (8 á 10 deposiciones diarias, de materias muy fétidas.)

Tonos cardíacos debilitados. Tos con esputos aireados, notándose en las bases y bordes posteriores de los pulmones submazidez á la percusión y debilidad del murmullo vexicular, con algunos ronquidos á la

auscultación. Insomnio y postración. Orina encendida sin albumina ni glucosa; pero habiendo resultado *positiva la investigación de la reacción diazoica*.

Por la historia del enfermo y por el resultado de la observación practicada el día de su ingreso se diagnosticó una *fiebre tifoidea en un enfermo que venía padeciendo úlcera redonda del estómago*, y como la temperatura de aquella mañana indicaba que estaba ya *en el periodo de las oscilaciones descendentes*, se prescribió: Dieta compuesta de leche y caldo con somatosa. Un baño diario de 15 minutos de duración á 37°. Coluclutorios con la disolución de clorato potásico y mentol, Salicilato de bismuto 10 gramos en 20 sellos p. t. uno cada 2 horas.

En la tarde del día de entrada (2 de Diciembre) T^a. 38,5. P. 105. Corazón y pulmones en el mismo estado.

Día 3.—Mañana: T^a. 37,2 P. 95; se queja de dolor de vientre y le tiene algo más abultado; el mismo tratamiento. Tarde: T^a. 37°,8. P. 100.

Día 4.—Mañana: T^a. 37,8. P. 100; ha espusado muchos gases por el recto y ha disminuído el timpanismo y el dolor de vientre, la diarrea ha disminuído; el mismo tratamiento. Tarde: T^a. 38,2 P. 104.

Día 5.—Ha tenido una abundante poliuría (2 litros en las últimas 24 horas y sudores, T^a. 36°, P. 84; se suspende el baño. Tarde: T^a. 37°, P. 92; continua la diarrea.

Día 6.—Mañana: T^a. 35,8. P. 84. Tarde: T^a. 37,2. P. 92

Día 7.—Mañana: T^a. 36,5. P. 90. Tarde: T^a. 37.—P. 92.

Día 8.—Mañana: T^a. 36, P. 84. Tarde: T^a. 36,5.P. 92; se le permite tomar algo de carne.

Desde este día continúa apirético y mejora rapidamente. Como seguía la diarrea se le suspendió el salicilato de bismuto y se substituyó por la fórmula siguiente: Tanino un gramo, Extracto tebaico 20 centigramos, p. h. s. a. 20 píldoras y t. una cada 2 horas.

Se suspendió la diarrea, y el enfermo, muy mejorado, pasó el día 15 de Diciembre al departamento de convalecientes.

Saturnismo.—Cólico

HOJA CLÍNICA N.º 8

Sala de San José, n.º 5

Alumno observador, D. José Mu ca Faca

F. F., de 28 años, soltero, natural de Murcia y residente en Barcelona, dedicándose al oficio de sombrerero. Su padre murió con asma. A los 18 años padeció una enfermedad que le dijeron ser pulmonía y que le obligó á estar en cama cinco meses; á los veinte, estando en Cuba, fiebres palúdicas que le duraron un año; ha padecido también blenorragia y chancro blando con bubón que supuró.

En los últimos días de Octubre, no teniendo trabajo en su oficio ha-

bitual, se colocó de peón en el derribo de una fábrica de albayalde y á los pocos días, el 7 de Noviembre, principió á notar estreñimiento pertinaz con gran laxitud, y muy poco tiempo después sobrevino de pronto un dolor intensísimo en el vientre, que le obligaba á tomar todas las posiciones imaginables sin conseguir calmarle, los dolores y los vómitos muy frecuentes. Continuando el pertinaz estreñimiento, los dolores y los vómitos, el enfermo ingresó en la clínica el 22 de Noviembre.

Nos dice que el malestar es grande y que le duelen todas las articulaciones; la inapetencia absoluta; vomita en cuanto come; el dolor del vientre es continuo haciéndose intensísimo en algunos momentos; el estreñimiento tan pertinaz que pasa 8 y 9 días sin mover el vientre.

Está en cama pudiendo adoptar todos los decúbitos; pero se coloca en el prono cuando los dolores abdominales se exacerban; está pálido, demacrado y su cara expresa sufrimiento. Cordón obscuro en el reborde gingival, que se vuelve blanco lechoso tocándole con el agua oxigenada; lengua saburrosa; secreción salivar exagerada; vientre hundido; músculos de la pared abdominal contracturados, siendo dolorosa la presión. Pulso pequeño y duro; tonos cardíacos débiles. La exploración de los sistemas nervioso y muscular no ha permitido descubrir ninguna alteración. La orina, cuya cantidad es normal, no presenta ni albúmina ni cilindros.

Se diagnosticó *cólico saturnino* y el día de su ingreso, se le dispuso: dieta láctea y una inyección hipodérmica. cada ocho horas, con la disolución siguiente: Cloruro mórfico 1 centígramo. Sulfato neutro de atropina 1 milígramo. Agua 1 cc.

El día 23 de Noviembre nos dice, que los dolores se calmaron á la segunda inyección, y se prescribió: Infusión de hojas de sen 300 gramos, Sulfato de sosa 30 gramos, Jarabe 30 gramos, p. t. en dos veces, obteniéndose deposiciones abundantes y mejorando considerablemente.

El día 26, regularizadas las deposiciones y teniendo buen apetito, se le mandó: ración común; un baño general diario de 30 minutos de duración á 37°, añadiendo al agua 150 gramos de sulfuro potásico, y tres cucharadas al día de la solución siguiente: Yoduro potásico 2 gramos. Agua 150 gramos. Jarabe 30 gramos.

A los seis baños el enfermo salió del Hospital curado.

Saturnismo—Cólico y artralgias

HOJA CLÍNICA N.º 9

Sala de San José, n.º 14 Alumno observador, D. Mariano Figueras

J. C., de 25 años, soltero, natural de Barcelona, dedicado al oficio de tornero, ha tenido una vida muy desarreglada, cometiendo excesos venéreos. Sin historia patológico familiar que merezca anotarse, tuvo á

los ocho años una tifoidea, á los 11 viruela, y á los 20, estando en Cuba, vómito negro y fiebres palúdicas.

Estando trabajando en una fábrica de albayalde, principió á primeros de Agosto la enfermedad actual con inapetencia, vómitos, estreñimiento pertinaz y dolores abdominales intensos, con cuyos síntomas vino el enfermo en el citado mes á esta misma clínica, donde dicen, los que tuvieron ocasión de verle, que le daban ataques epilépticos, y que mitigándose los dolores y los vómitos pidió el alta sin estar completamente curado. Sin dolores, ó con dolores poco intensos siguió el enfermo hasta fines de Septiembre, que volvieron á exacerbarse, notando, además, dolores en las articulaciones de las rodillas y muñecas; regresando en la clínica, por esta causa, el 4 de Octubre.

Aqueja dolor intenso en el abdomen, continuo, pero exacerbándose algunos ratos; este dolor tiene su máximun de intensidad en las partes laterales y no se irradia á otras regiones. Aparte de este síntoma culminante, dice que nota debilidad en las piernas y dolores articulares, y que sufre ataques que él llama epilépticos (cuyo calificativo no sabemos si está bien dado porque ni hemos presenciado ninguno en la clínica, ni hemos encontrado sus vestigios en la exploración).

Es hombre fuerte, bien constituido y de clara inteligencia. En el borde gingival, un cordoncillo gris azulado, bien marcado sobre todo en el inferior. Lengua seca y saburral. Abdómen deprimido y doloroso á la presión superficial, mientras que una presión ancha, profunda y sostenida hasta tocar la columna vertebral, logra calmar hasta el dolor espontáneo. El hígado está reducido de volumen, no pudiéndose tocar su borde inferior, y estando á un nivel más bajo que el normal la línea que por percusión indica su borde superior. Pulso lento y contraído; ligero soplo sistólico en la base del corazón, inconstante y sin propagación. Orina con facilidad de 1000 á 1500 c. c. en las 24 horas, sin que por el análisis se encuentre en este líquido ni albumina ni glucosa. Sensibilidad normal. Fuerza muscular disminuída, sin parálisis ni parexia limitada. Reflejos rotulianos muy exagerados. Los movimientos pasivos de las articulaciones de las rodillas y muñecas son dolorosos.

Diagnósticado el caso de saturnismo, cuyas manifestaciones actuales son el cólico y las artralgiás, se dispuso el siguiente tratamiento: Dieta lactea. Cloruro mórfico 1 centígramo, Sulfato neutro de atropina 1 milígramo, Agua 1 c. c. para una inyección hipodérmica, repitiéndola cada ocho horas hasta que se calmen los dolores. Conseguido este efecto con dos inyecciones, tomó una cucharada de sal de Seignette cada dos horas hasta obtener el efecto purgante, necesitando tomar cuatro.

Desde el día 5 al 15 de Octubre el enfermo ha seguido teniendo algunos dolores abdominales, cada vez menos intensos, y ha necesitado seguir usando el purgante para mover el vientre. Continuó con dieta lactea.

El 16 de Octubre se le dispuso la ración ordinaria y empezó á usar la siguiente fórmula: Ioduro potásico 4 gramos, Agua 120 gramos, Jara-be s. 30 gramos, p. t. 3 cucharadas al día. Se le mandó tambien un baño diario á 37° de media hora de duración, añadiendo al agua 150 gramos de sulfuro potásico.

Siguió mejorando rápidamente, y después de haber tomado ocho baños salió de la clínica completamente curado, y convencido de que no podía continuar exponiéndose á las emanaciones de la fábrica de albayalde.

Alcoholismo, Saturnismo, Encefalopatía con temblor, convulsiones, delirio, coma y muerte.

HOJA CLÍNICA NÚMERO 10.

Sala de S. José núm. 6. Alumno observador, D. Zoilo Nebot Navarrete.

A. P. de 56 años, soltero, natural de Zaragoza, residiendo actualmente en esta población donde se dedicaba al oficio de pintor, ha llevado una vida bastante desarreglada y entre otros malos hábitos tenía el de beber mucho alcohol en ayunas. Su padre murió de un vómito de sangre y su madre de una afección uterina. Ha sido siempre enfermizo y ha padecido varias pulmonías y bronquitis. Con frecuencia ha tenido vómitos pituitosos por las mañanas.

Principió la enfermedad actual con inapetencia, dolores abdominales y temblor, siendo este síntoma el más predominante, y aquel cuya acentuación le obligó á ingresar en nuestra clínica el día 4 de Noviembre.

Es un sujeto pálido, demacrado, cuya facies indica sufrimiento y que se expresa con dificultad por el temblor de sus labios y lengua. Este temblor no se limitaba á estas partes, sino que se observaba tambien en las cuatro estremidades, siendo por consiguiente casi general y además continuo; no cesando con el reposo pero acentuándose con los movimientos; de oscilaciones lentas y produciendo movimientos de bastante extensión. El reborde gingival presentaba un cordoncillo gris que se puso blanco tocado con el agua oxigenada. La lengua ancha y saburrosa. Pulso pequeño y duro.

EXAMEN DE LA ORINA.—Cantidad recogida en 24 horas: 200 gramos (no hubo seguridad de que se recogiera toda). Densidad 1028, Albumina 1 gramo por litro. Investigación de mercurio y plomo con resultado negativo.

En la primera visita se hizo el diagnóstico probable de *saturnismo* y de *temblor tóxico*, y quedó en observación para explorarle más detenidamente.

El día 5 por la tarde cuando acompañados del Profesor íbamos á com-

pletar su exploración le encontramos con la cara descompuesta, la mirada fija y brillante, pupilas contraídas, delirio agitado con alucinaciones visuales, temblor más acentuado en los labios y lengua hasta el extremo de que no se le comprende una palabra, contractura de las extremidades inferiores y convulsiones tónicas generalizadas que se aumentan en cuanto se le toca, lo cual denota una gran hiperestesia.

Se diagnosticó *encefalopatía mixta, saturnina y alcohólica* y se prescribió: Enemas con 2 gramos de hidrato de cloral, repetidos cada dos horas hasta obtener la sedación. Una inyección de 500 gramos de suero quirúrgico (7 de cloruro sódico por mil de agua). Poción alcohólica de Tood para tomar á cucharadas.

A las ocho de la noche empezó á iniciarse el coma, interrumpido por convulsiones y delirio, cada vez menos intensos y á las ocho de la mañana del día siguiente falleció.

AUTOPSIA.—Dura-madre engrosada, y adherencias de la pia-madre en ambos lados de la cisura interhemisférica. Masa encefálica de apariencia normal. Hígado disminuído de volúmen. Riñón derecho indurado, resistente al corte y de coloración blanquecina. No se encontraron otras lesiones, y como estas no eran suficientes para explicar la muerte, se remitieron las visceras al laboratorio para que se hiciera su exámen químico-micrográfico, que aún no se ha completado, no pudiendo por esta razón dar en este lugar cuenta de sus resultados, reservándonos el hacerlo en una nota.

Lección clínica en la enfermería, sobre el caso de encefalopatía tóxica de la hoja de clínica n.º 10

El día que ingresó este enfermo en el Hospital, el síntoma culminante, el que molestaba al enfermo y llamaba enseguida la atención del médico, era un temblor continuo, que no cesando con el reposo, acentuábase con los movimientos, bilateral; muy generalizado, invadiendo preferentemente los labios y la lengua; de oscilaciones lentas y de bastante extensión. Excluimos desde luego los temblores que sólo se observan al hacer movimientos, como son los que se presentan en la esclerósia en placas y la enfermedad de Friedreich. Excluimos de la misma manera los pasajeros, debidos á una emoción ó al escalofrío, los unilaterales consecutivos á lesiones en foco del encéfalo, y los seniles que interesan preferentemente la cabeza, continuando la diferenciación entre los que

se observan en el reposo, son continuos, bilaterales y no producen oscilaciones de la cabeza. Por no ser las vibraciones lentas, y por falta de rigidez muscular, no pensamos que fuera un Parkinsoniano. Por faltar la tríada sintomática de la enfermedad de Basedow, y por ser las oscilaciones de bastante amplitud, rechazamos la idea de que fuera un Basedowiano. Por no existir trastornos intelectuales, ni parálisis, no creímos que se tratara de una parálisis general. Por su historia anterior, y por no presentar estigmas histéricos, tampoco pensamos que se tratara de un temblor de esta naturaleza, quedándose ya únicamente, con los temblores tóxicos.

Entre las intoxicaciones, es la mercurial la que más veces produce un temblor tan acentuado como el que se observaba en este enfermo, y aun cuando ni en los datos anamnésticos encontramos nada que nos indicara la posible absorción del mercurio, ni en la historia y estado actual del enfermo se encontraba síntoma alguno de hidrargirismo, fué preciso que se analizara la orina con resultado negativo, y que encontráramos signos claros de otras intoxicaciones, para que dejáramos de pensar en ésta.

Este enfermo confiesa que ha bebido mucho alcohol y que ha tenido vómitos pituitosos por las mañanas. A la vez, en su oficio de pintor ha manejado productos plúmbicos, y en la actualidad presenta el cordón gris que produce el sulfuro de plomo en las encías, y que se volvió blanco al tocarle con agua oxigenada, que transforma el sulfuro plúmbico en sulfato. Había sido un alcohólico y era un saturnino; ¿pero cuál de estas intoxicaciones era la responsable del cuadro sintomático que presentaba al ingresar en nuestra clínica? Ni los trastornos gastro-intestinales, ni la albuminuria, ni la palidez y demacración pueden sacarnos de dudas, porque son síntomas que pueden presentarse en ambas intoxicaciones. El análisis de la orina no pudo servirnos tampoco para establecer esta diferencia, porque el alcohol ó sus derivados no habían de encontrarse en un individuo que no bebía hacía tiempo; y el no descubrirse plomo, en nada invalida el diagnóstico formulado por el oficio del enfermo y el cordón de sulfuro de plomo en

las encías. Presentarse un temblor tan acusado en un saturnino, que no había tenido síntomas muy claros de cólico, es ciertamente cosa muy rara; pero también lo es el que se presente en un alcoholismo, sin más manifestaciones que los vómitos pituitosos matinales. En cambio, ya no veo tan raro el que un individuo intoxicado por dos cuerpos, alcohol y plomo, presente un síntoma que es poco frecuente ver en una de las dos intoxicaciones aisladas, cuando según parecía en este enfermo, no eran muy intensas.

Era caso para dudar y dudamos. Afirmando únicamente que había síntomas de *saturnismo* y que presentaba un *temblor por intoxicación*, dejamos al enfermo sin tratamiento y en observación.

Al día siguiente acudimos al Hospital por la tarde, habiendo citado á la sección que tenía á su cargo este enfermo, con objeto de explorarle más detenidamente y ver si se disipaban nuestras dudas, y no fué ya para completar la exploración del cuadro sintomático que habíamos observado el día anterior, para lo que llegamos á tiempo, sino para presenciar otro, que tras de muy corta duración, concluyó con la vida del enfermo.

No sabemos cuando empezó. En la visita de la mañana le encontramos igual que el día de su ingreso y al acercarnos á su cama por la tarde, ya en la cara y en la agitación del enfermo, vimos que ocurría algo nuevo y de mucha gravedad. El temblor se había acentuado; pero no eran sólo sus oscilaciones las que movían los miembros y hacían gesticular la cara, sino que había verdaderas sacudidas musculares, y al querer sujetarle se notaba rigidez en muchos músculos. Al interrogarle por su temblor no puede contestarnos; pero además pronuncia palabras incoherentes, que con la expresión de su cara, el espanto y fijeza de la mirada y los movimientos que hace con sus brazos, como para apartar alguna cosa, nos indican que tiene delirio con alucinaciones visuales. El pulso es frequentísimo; la piel caliente y sudorosa; no es posible aplicarle el termómetro, pero se nota que hay hipertermia; no ha orinado ni puede beber porque sus labios y su lengua están en una agitación continua. Todo este cuadro se acentúa du-

rante unas horas; las convulsiones y el delirio son cada vez más intensos, hasta que poco á poco va iniciándose un estado comatoso, en el cual sucumbe el enfermo.

El cuadro que habíamos presenciado, á lo que más se parecía era al del *delirium tremens*: temblor, alucinaciones visuales terroríficas, delirio con gran agitación, elevación térmica y estado comatoso subsiguiente. Pareció por consiguiente, que debían haberse disipado nuestras dudas inclinándonos á la afirmación de que la intoxicación alcohólica era la que preferentemente padecía este sujeto; mas como también el saturnismo puede producir encefalopatías con delirio, coma y convulsiones, y la existencia de plomo en la sangre de este enfermo era para nosotros más evidente que la de alcohol, continuamos creyendo que las dos intoxicaciones que se habían sumado para producir el temblor crónico, se sumaron también para producir estos accidentes agudos de *encefalopatía*, que por esta razón la consideramos *debida á la intoxicación doble alcohólica y plumbica*.

El tratamiento que para intentar dominarla hemos empleado, podéis verle consignado en la correspondiente hoja clínica. Cloral á grandes dosis para producir la sedación del sistema nervioso, excitado anormalmente. Lavado de la sangre para ver de eliminar los productos tóxicos. La poción alcohólica de Tood, porque nos explicábamos el *delirium tremens*, que se había presentado en este enfermo, por la falta de alcohol que no había ingerido desde que entró en la clínica, y que debía constituir el excitante á que estaba habituado su sistema nervioso.

La autopsia con sus resultados negativos, en cuanto á lesiones macroscópicas del sistema nervioso, confirmó nuestro diagnóstico y nos demostró que no se había tratado de una afección inflamatoria de las meninges ó de la corteza cerebral, únicas lesiones que hubieran podido explicar los síntomas finales de este enfermo.

Diabetes sacarina de forma grave

HOJA CLÍNICA NÚMERO 11.

Sala del Sto. Cristo n.º 14 Alumno observador, D. José M.^a Viladot

ANAMNESIA

C. P. de 43 años, soltera, natural de Palma de Mallorca, y residente en Barcelona desde los 21 años dedicándose al servicio doméstico. Ha tenido una vida desarreglada abusando de toda clase de bebidas alcohólicas y embriagándose con frecuencia. Un hermano de su madre está loco. Menstruó á los 13 años y ha sido siempre el flujo normal; á los 22 años tuvo un parto fisiológico; á los 41 años tuvo tres faltas menstruales á las que siguió una menorragia considerable, y desde entonces entró en la menopausia. Padebió viruela en la infancia; á los 13 años sarna, y tras de las noches de orgia, frecuentes gastricismos.

A fines de mayo del corriente año, principió la enfermedad actual con prurito vulvar intenso y dos meses después se empezó á dar cuenta, de que comía, bebía y orinaba mucho, y de que iba adelgazando y perdiendo fuerzas, siendo estos síntomas los que la obligaron á ingresar en nuestra clinica el día 26 de Noviembre.

ESTADO ACTUAL

Sensaciones anormales que acusa la enferma: Debilidad general; sabor dulzaino, sed intensa, estreñimiento habitual (come con gran apetito y no siente molestias durante las digestiones); alguna vez palpitaciones en la región precordial; micciones frecuentes; prurito vulvar; visión turbia y cansancio.

Exploración del hábito exterior.—Está en cama casi constantemente por falta de fuerzas para sostenerse en pie; demacración general con fusión completa de la grasa y flacidéz de los músculos; piel pálida y seca en la que se borran con dificultad los pliegues que formamos; mucosas decoloradas; arco senil en las corneas; voz apagada. Temperatura 37°. Respiraciones 16. Pulsaciones 80.

Exploración del aparato digestivo.—Labios secos y resquebrajados; boqueras en las comisuras; gingivitis eritemato-ulcerosa; faltan los dos incisivos laterales superiores, los cuatro caninos y tres molares que se han desprendido sin grandes dolores; ligera dilatación gástrica.

Exploración del aparato circulatorio:—Pulso pequeños y lento (en el momento de ingresar en la clinica latía 80 veces por minuto; pero

después nunca ha llegado á 70), siendo la tensión en la radial, apreciada con el esfigmomanómetro de Potain, de 25 ctms. de mercurio; arterias duras y flexuosas, sobre todo las temporales; latido precordial enérgico; macidez cardíaca aumentada por el lado izquierdo; reforzamiento del segundo tono aórtico.

Exploración del sistema nervioso.—Sensibilidad general normal. Debilidad muscular, más acentuada que en ninguna otra parte en el miembro superior derecho. Abolición de los reflejos rotulianos. No puede conservar el equilibrio en la bipedestación. Marcha á paso corto y en zig-zag.

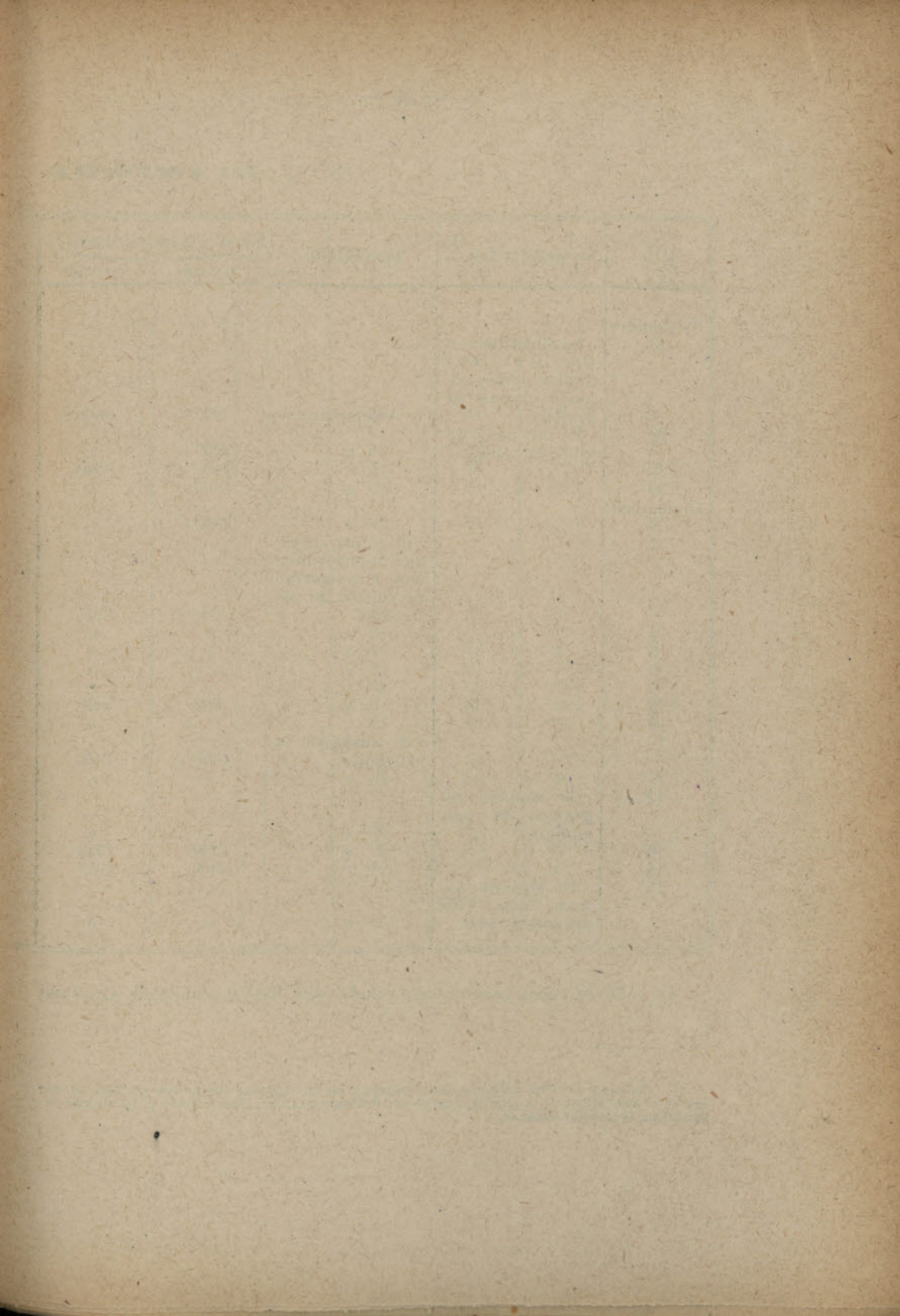
Exámen de la orina de las primeras veinticuatro horas.—Micciones, 6—Color, claro—Volúmen, 2,600. c. c.—Densidad, 1,042—Glucosa 50 gramos por 1000.

DIAGNÓSTICO

Diabetes sacarina.

TRATAMIENTO

Agua común á discreción, 600 gramos de carne asada, 4 huevos, 50 gramos de grasa, y 100 gramos de pan de gluten, para tres comidas. Antipirina 2 gramos en dos sellos.



DIARIO DE

DÍAS	ALIMENTACIÓN	MEDICAMENTOS	Examen de la orina de 24 horas (1)	
			VOLUMEN	DENSIDAD
Noviembre 26	La alimentación detallada más arriba; pero no le gustó el pan de gluten.		c. c.	
28	El mismo y un plato de coles.	Antipirina.	2600	1042
29	»	»	2200	»
30	»	»	1400	1032
Diciembre 1	»	»	1200	»
2	»	»	1000	»
		Id. y una inyección hipodérmica con 1 miligramo de sulfato de estrignina.	800	1029
4	»	»	»	»
5	»	»	»	»
6	»	»	»	»
7	»	»	»	»
8	»	»	800	1021
9	»	»	»	»
10	»	Se suspende la estrignina.	1400	1027
11	»	»	»	»
12	Se añaden 60 gramos de pan común.	»	»	»
13	»	»	1200	1032
14	»	»	1800	1018
15	Se permite tomar hasta 100 gramos de pan.	»	»	»

La enferma puede ya levantarse y andar sola. Está más animada. Continúa

(1) Todos los análisis químicos cuantitativos y los cualitativos que no son rápidos, se hacen en el laboratorio de la clínica á cargo del Profesor auxiliar, Doctor Peiry y del alumno interno Don Guillermo Salazar.

OBSERVACIÓN

Examen de la orina de 24 horas (1)			PULSACIONES		TEMPERATURA	
GLUCOSA	UREA	ACETONA	MAÑANA	TARDE	MAÑANA	TARDE
130 gm.	»	Nada	80	68	37	36
»	»	»	66	66	36	36
49	15'70	»	66	68	36'2	36'2
»	»	»	68	68	36'3	36'3
»	»	»	68	68	36'6	36'6
24·8	12	»	68	68	36	36
25	»	»	66	66	36	36
»	»	»	66	66	36	36
»	»	»	64	64	36'4	37'1
»	»	»	66	66	36'2	36'2
19	»	»	66	66	36'4	36'4
»	»	»	62	62	36	36
30	4'64	»	66	66	36'4	36'4
»	»	»	64	64	36'4	36'4
»	»	»	66	66	36'4	36'4
34'5	6'68	»	66	66	36'6	36'6
18	»	»	66	66	37	37
»	»	»	»	»	»	»

en la clínica.