



Año 1917

Núm. 3338

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO SOBRE TRATAMIENTO
DE LA INFECCIÓN TÍFICA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ENFI M. PERTINO

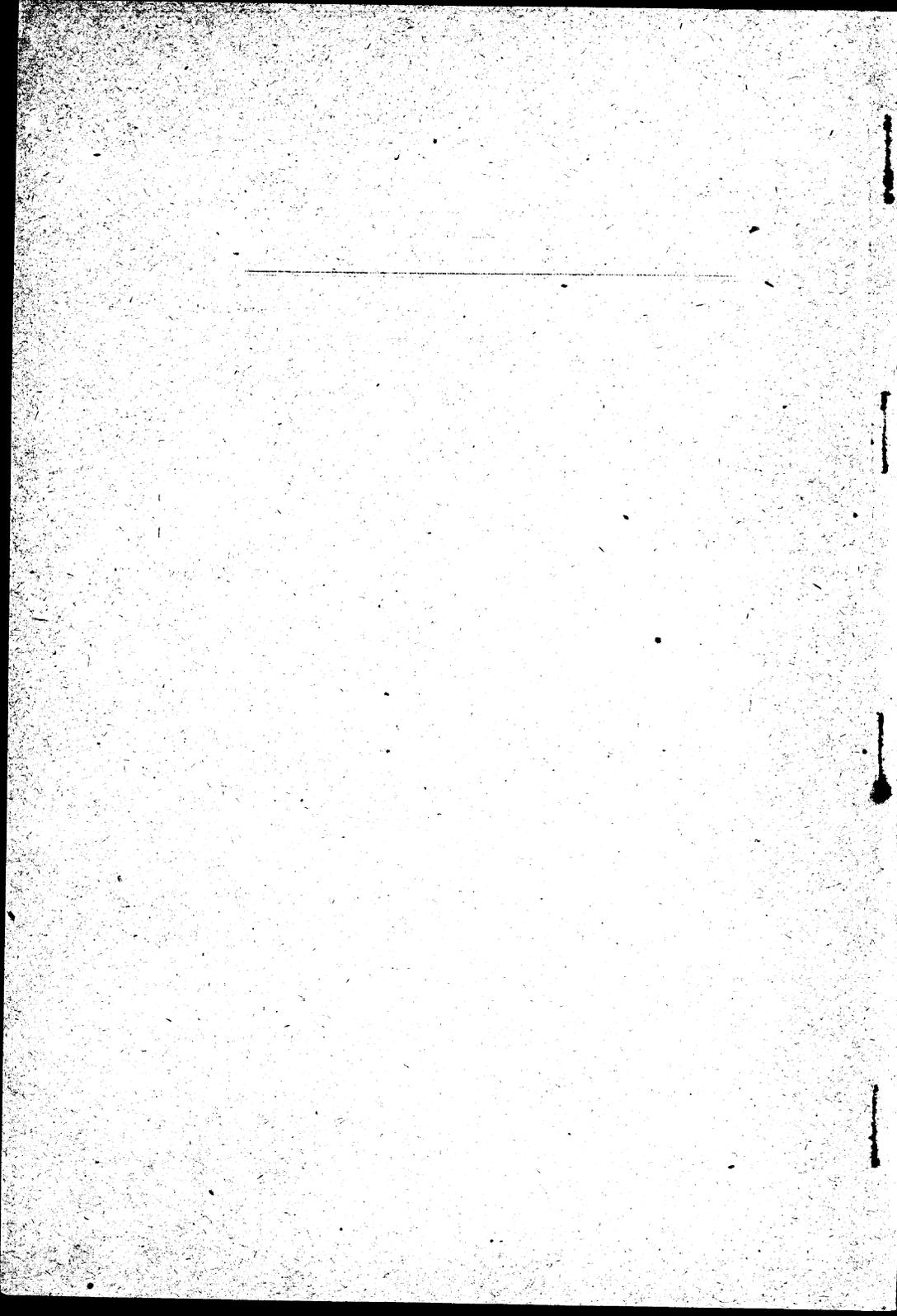
Ex-practicante menor del Hospital Pirovano, 1914-15
Ex-practicante mayor del Hospital Pirovano, 1915-16

Man. B. 39.10

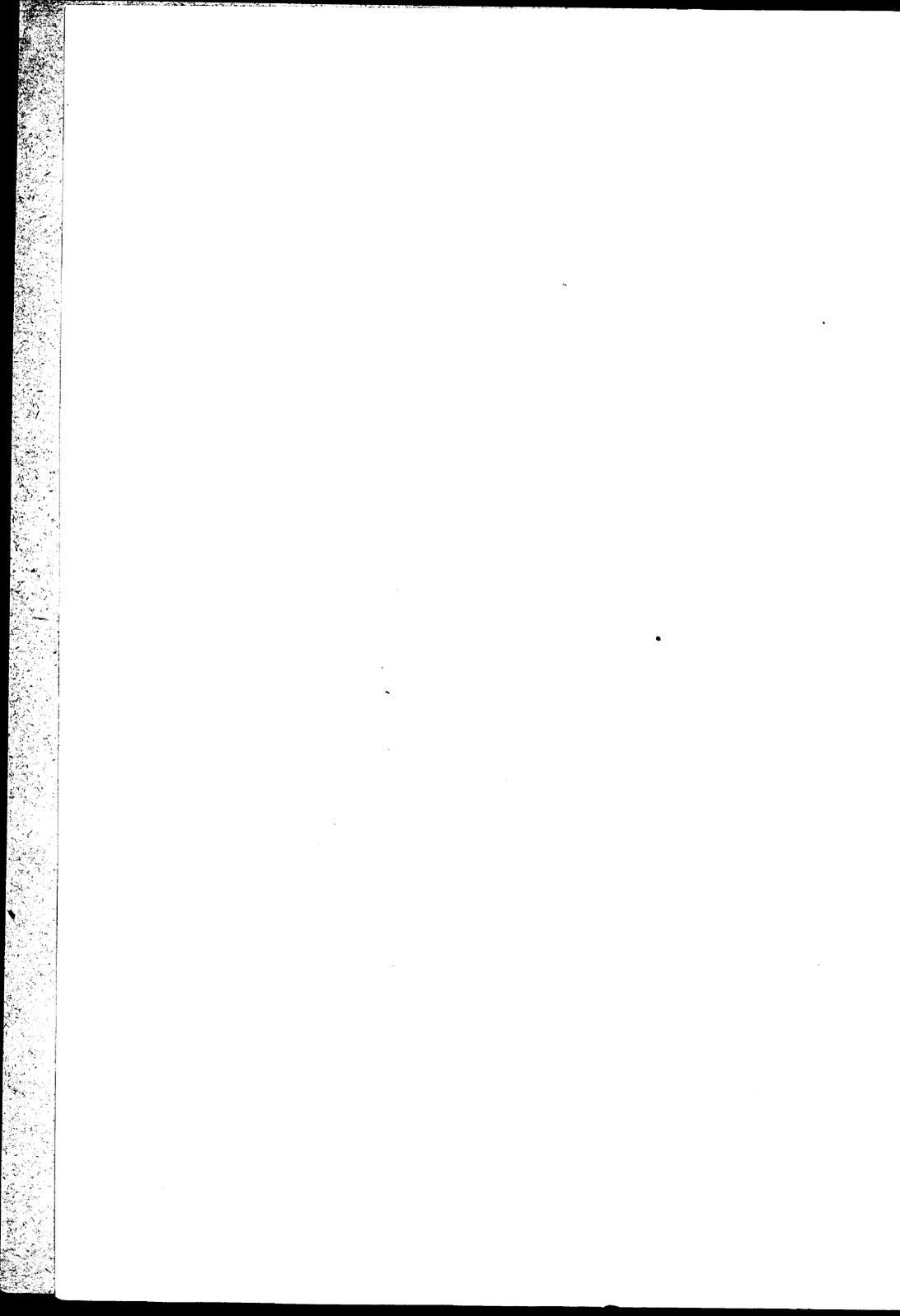


"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES



**CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO SOBRE TRATAMIENTO
DE LA INFECCIÓN TÍFICA**



Año 1917

Núm. 3338

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO SOBRE TRATAMIENTO
DE LA INFECCIÓN TÍFICA**

— — —
T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

— — —
P O R

ENFI M. PERTINO

Ex-practicante menor del Hospital Pirovano, 1914-15
Ex-practicante mayor del Hospital Pirovano, 1915-16

— — — — —
II



"LAS CIENCIAS"
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidentes

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

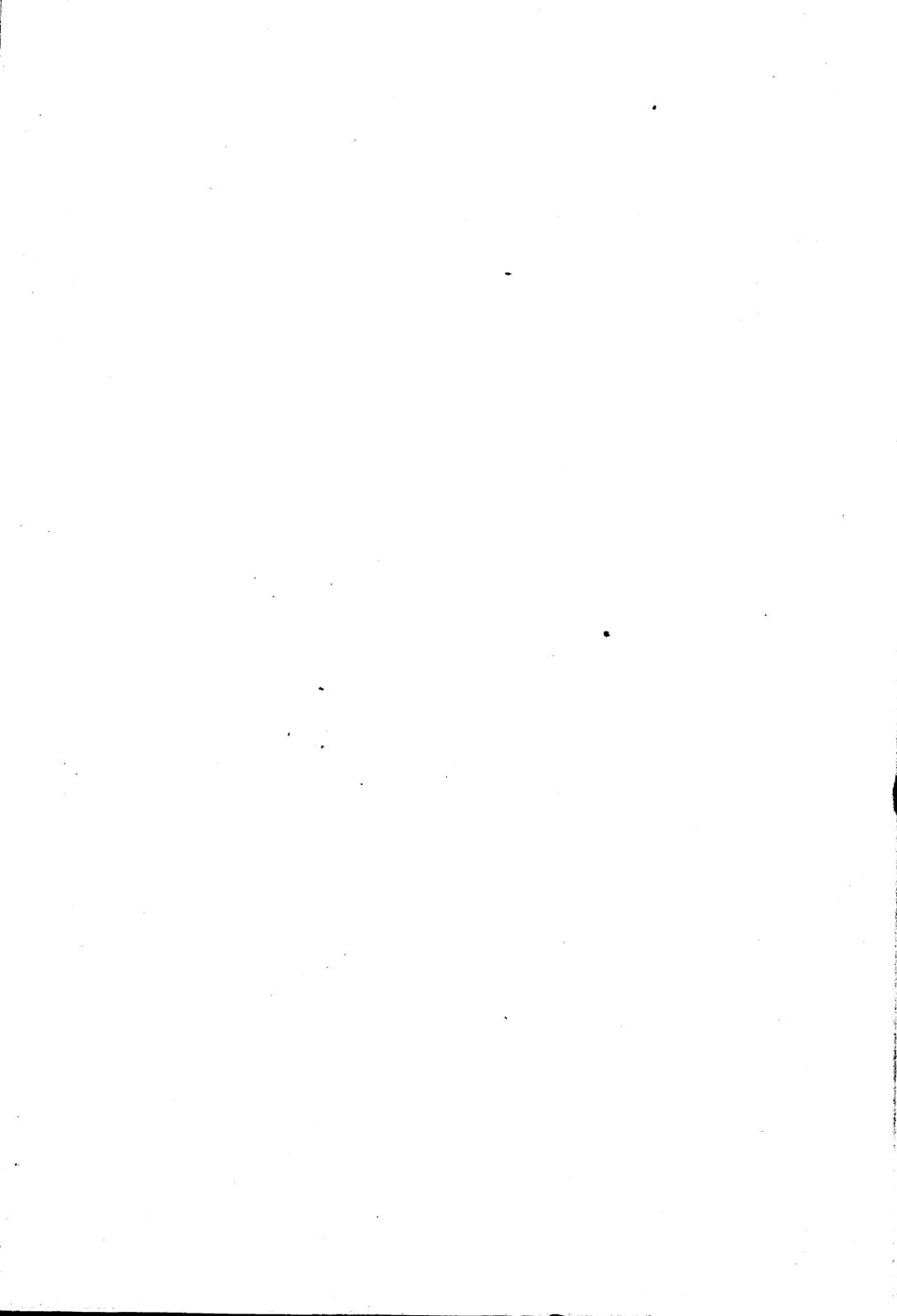
DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

1. Dr. D. EUFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " JOSÉ PENNA
5. " " LUIS GÜEMES
6. " " ELISEO CANTON
7. " " ANTONIO C. GANDOLFO
8. " " ENRIQUE BAZTERRICA
9. " " DANIEL J. CRANWELL
10. " " HORACIO G. PIÑERO
11. " " JUAN A. BOERI
12. " " ANGEL GALLARDO
13. " " CARLOS MALBRAN
14. " " M. HERRERA VEGAS
15. " " ANGEL M. CENTENO
16. " " FRANCISCO A. SICARDI
17. " " DIOGENES DECOUD
18. " " BALDOMERO SOMMER
19. " " DESIDERIO F. DAVEL
20. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. " " DOMINGO CABRED
22. " " ABEL AYERZA
23. " " EDUARDO OBEJERO

Secretario general

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

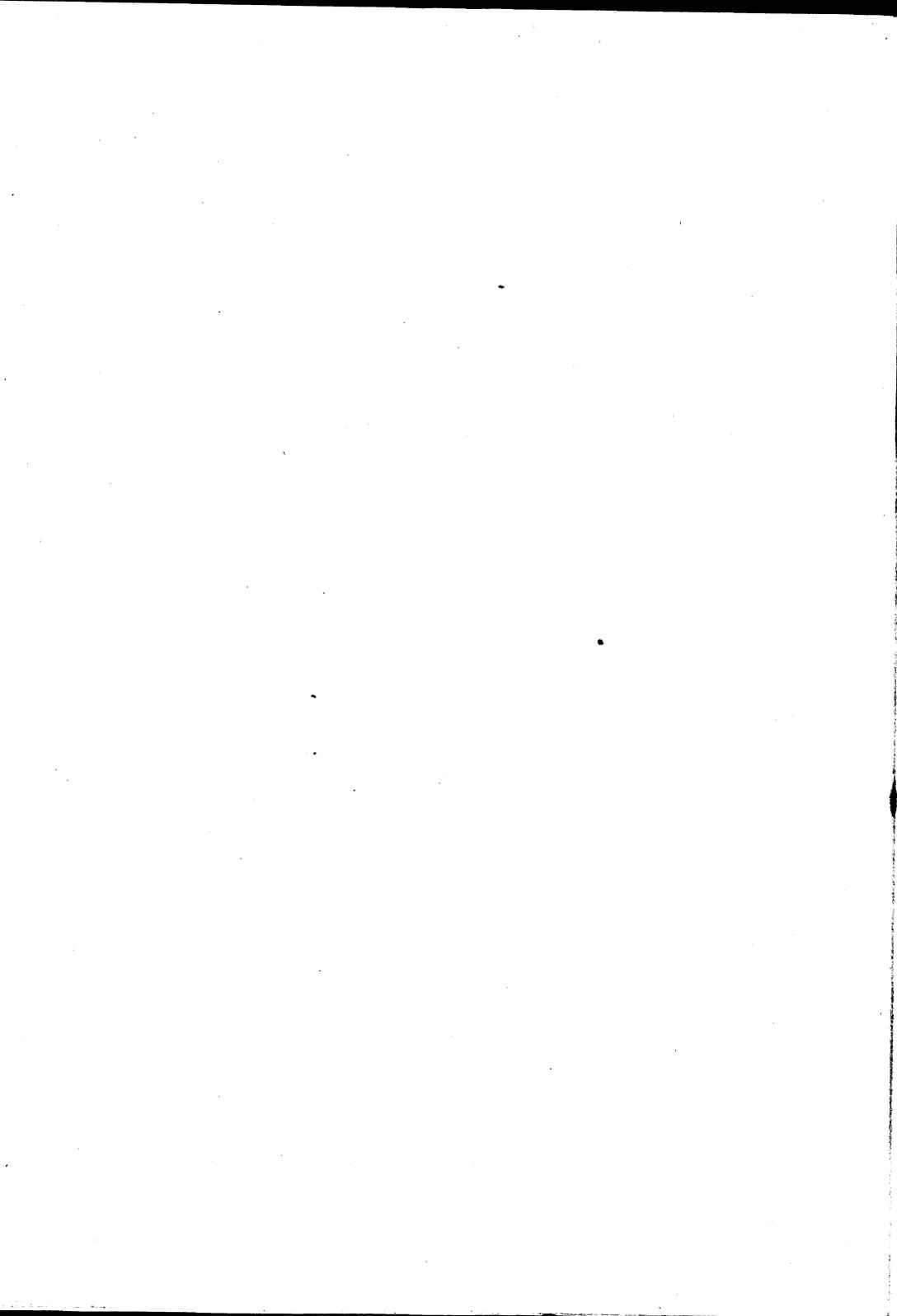


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELEMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

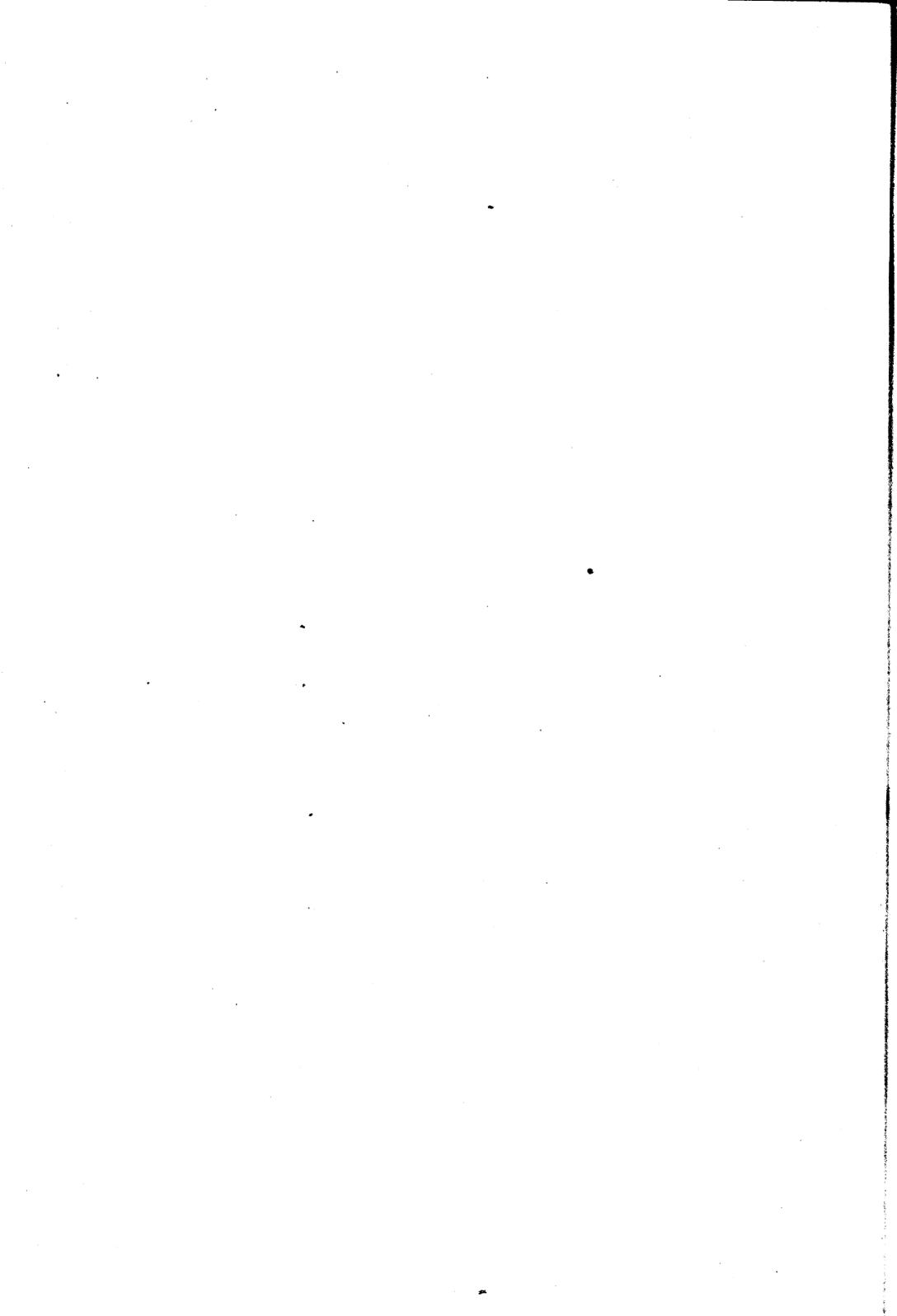
DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
" " ELISEO CANTON
" " ANGEL M. CENTENO
" " DOMINGO CABRED
" " MARCIAL V. QUIROGA
" " JOSÉ ARCE
" " EUFEMIO UBALLES (con lic.)
" " DANIEL J. CRANWELL
" " CARLOS MALBRÁN
" " JOSÉ F. MOLINARI
" " MIGUEL PUIGGARI
" " ANTONIO C. GAMBOLFO (Suplente)
" " FANOR VELARDE
" " IGNACIO ALLENDE
" " MARCELO VISAS
" " PASCUAL PALMA

Secretarios

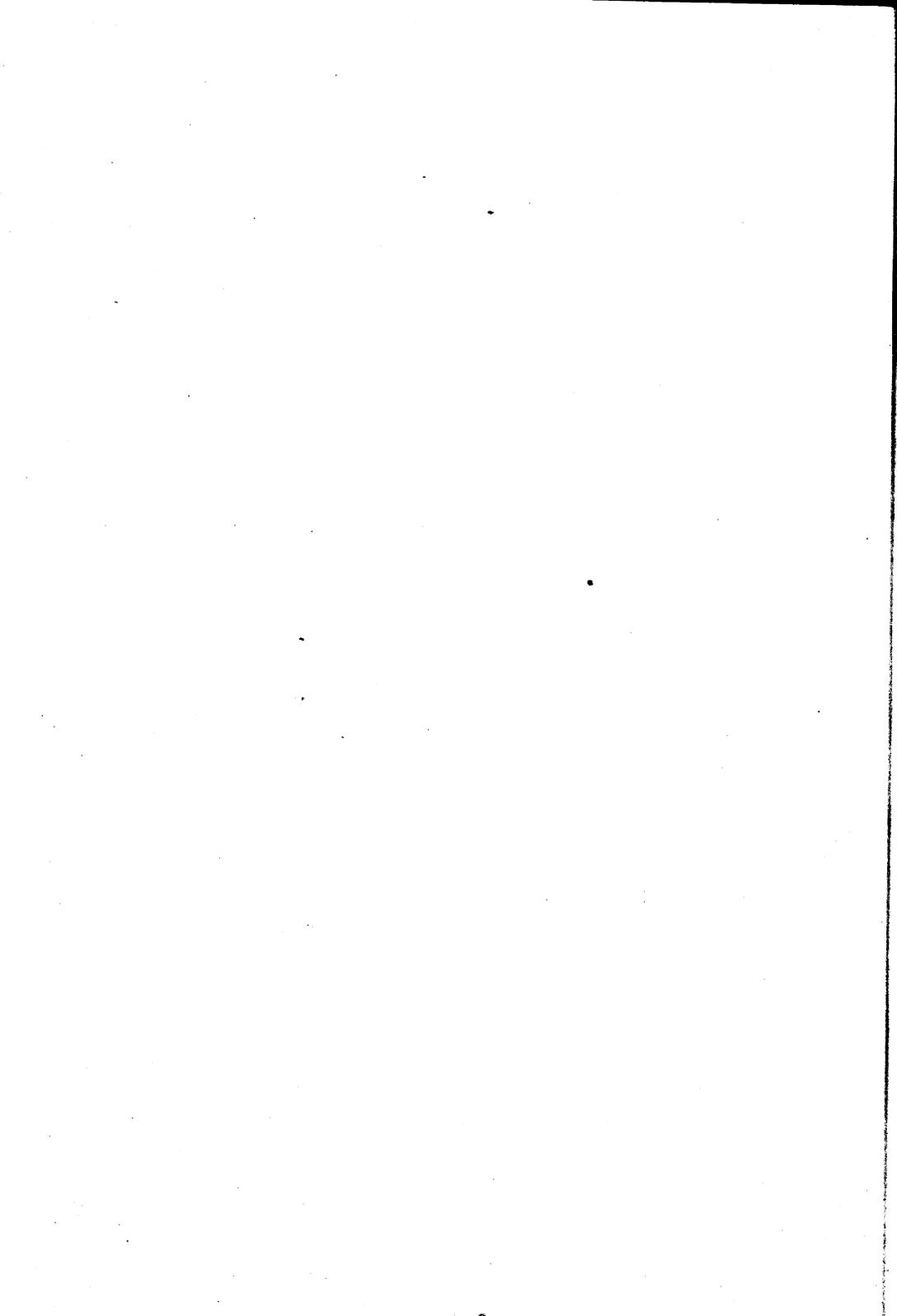
DR. D. P. CASTRO ESCALADA
DR. D. JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

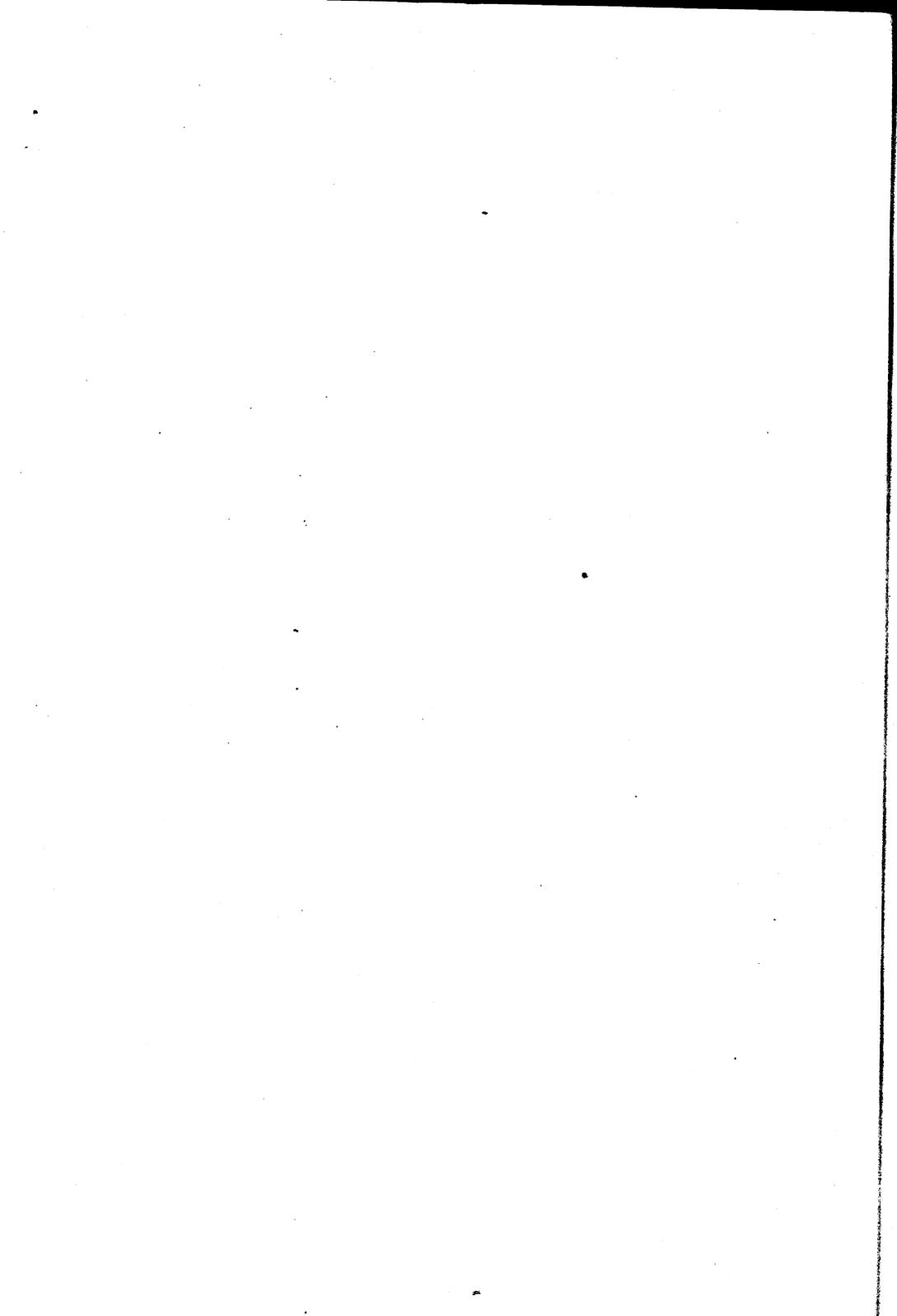
PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
„ JUVENCIO Z. ARCE
„ PEDRO N. ARATA
„ FRANCISCO DE VEYGA
„ ELISEO CANTON
„ JUAN A. BOERI
„ FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

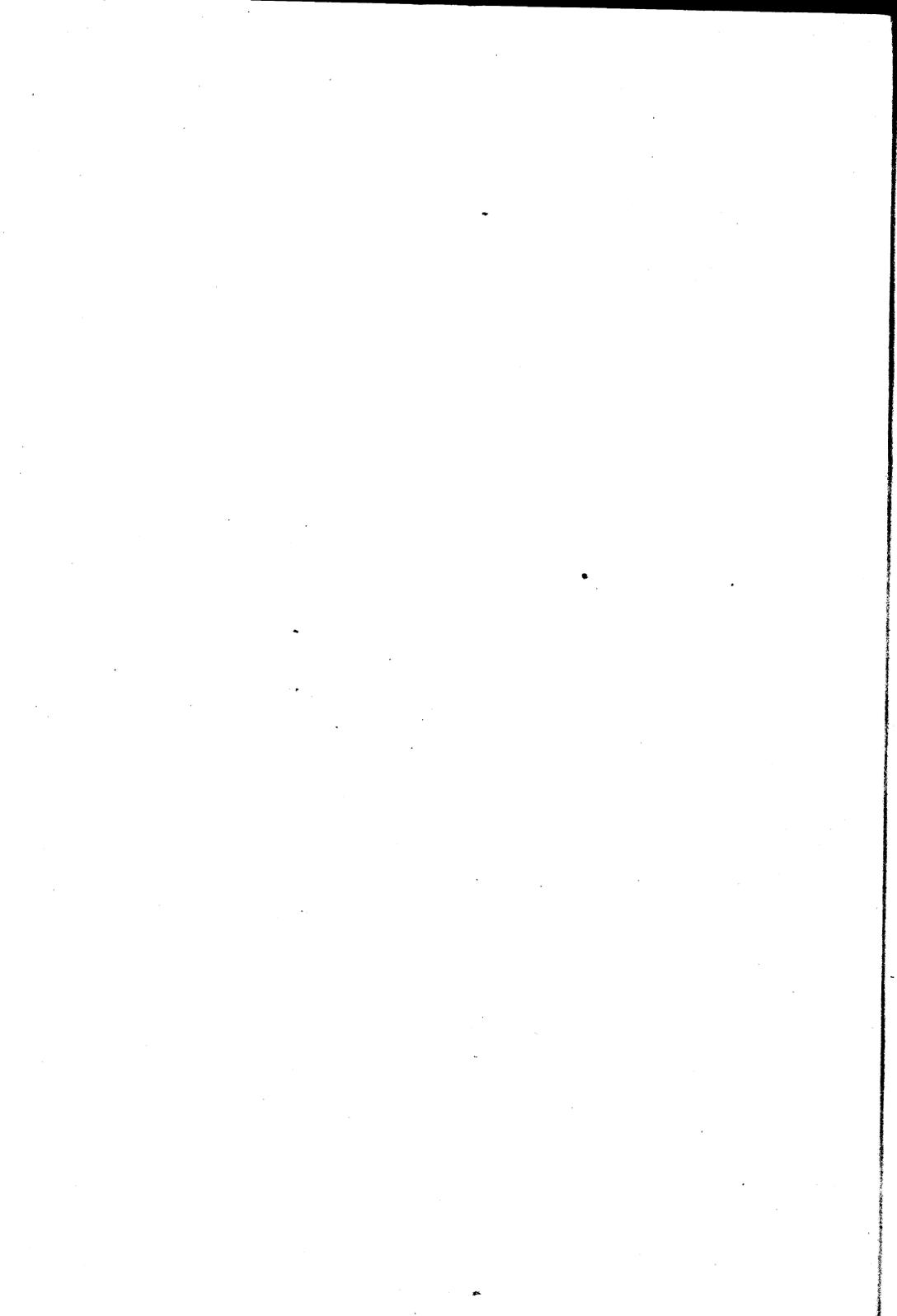
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	„ LUCIO DURASONA
Anatomía Descriptiva	„ RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva	„ R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva	„ JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	„ PEDRO BELOU
Histología	„ RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	„ ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	„ HORACIO G. PISERO
Bacteriología	„ CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica	„ PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	„ RICARDO SCHATZ
Semilogía y ejercicios clínicos ...	„ GREGORIO ARAOZ ALFARO
	„ DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	„ AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	„ TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	„ JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	„ DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	„ LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	„ BALDOMERO SOMMER
„ Génto-uritarias	„ PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	„ JUAN B. SENORANS
Clínica Epidemiológica	„ JOSÉ PENNA
„ Oto-rino-laringológica	„ EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	„ MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	„ ENRIQUE B. DEMARIA
„ Médica	„ LUIS GUEMES
„ Médica	„ LUIS AGOTE
„ Médica	„ IGNACIO ALLENDE
„ Médica	„ ABEL AYERZA
„ Quirúrgica	„ PASCUAL PALMA
„ Quirúrgica	„ DIOGENES DECOUD
„ Quirúrgica	„ ANTONIO C. GANDOLFO
	„ MARCELÓ T. VISAS
„ Neurológica	„ JOSÉ A. ESTEVES
„ Psiquiátrica	„ DOMINGO CABRED
„ Obstétrica	„ ENRIQUE ZARATE
„ Obstétrica	„ SAMUEL MOLINA
„ Pediátrica	„ ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	„ DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	„ ENRIQUE BAZTERRICA

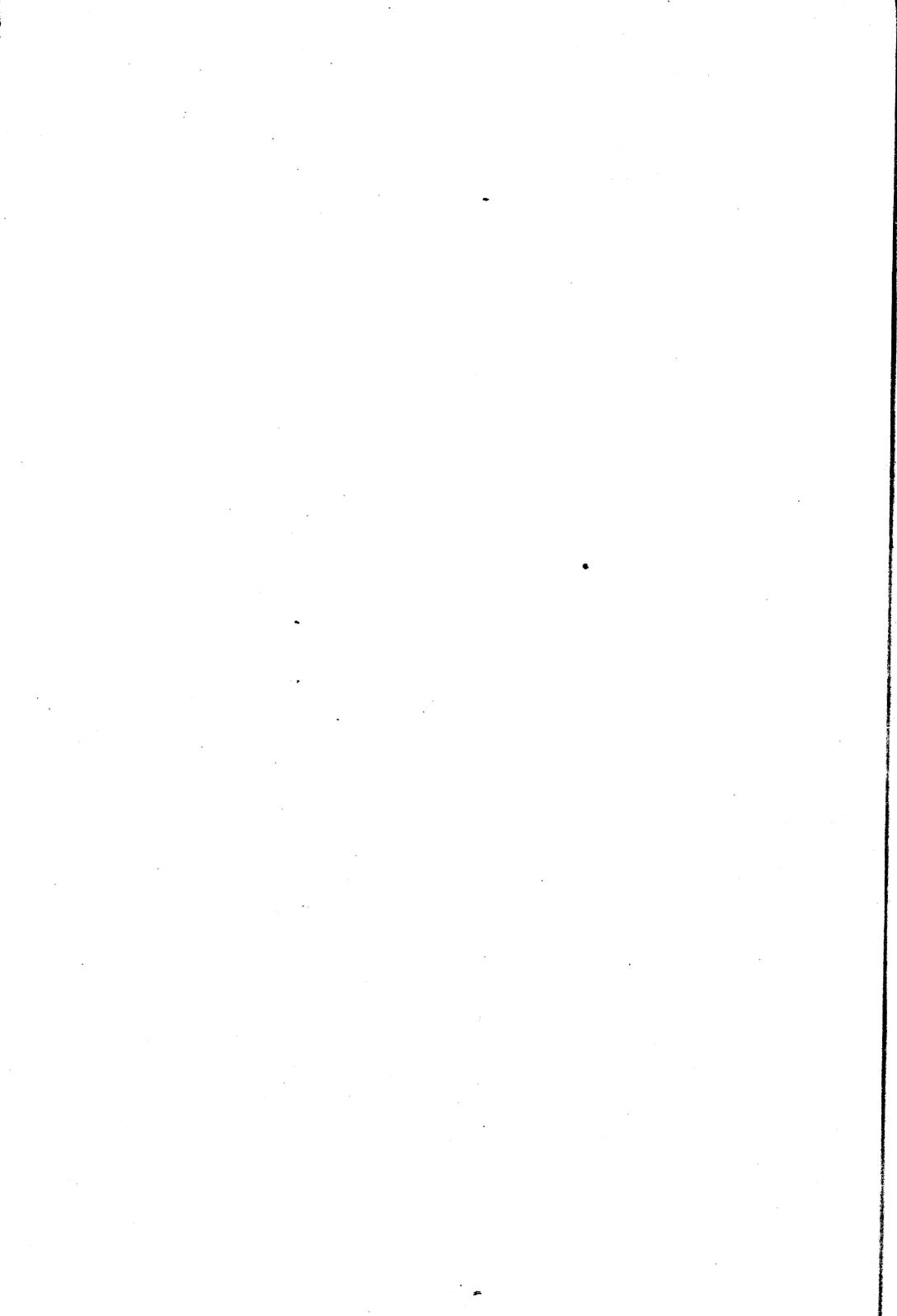


ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

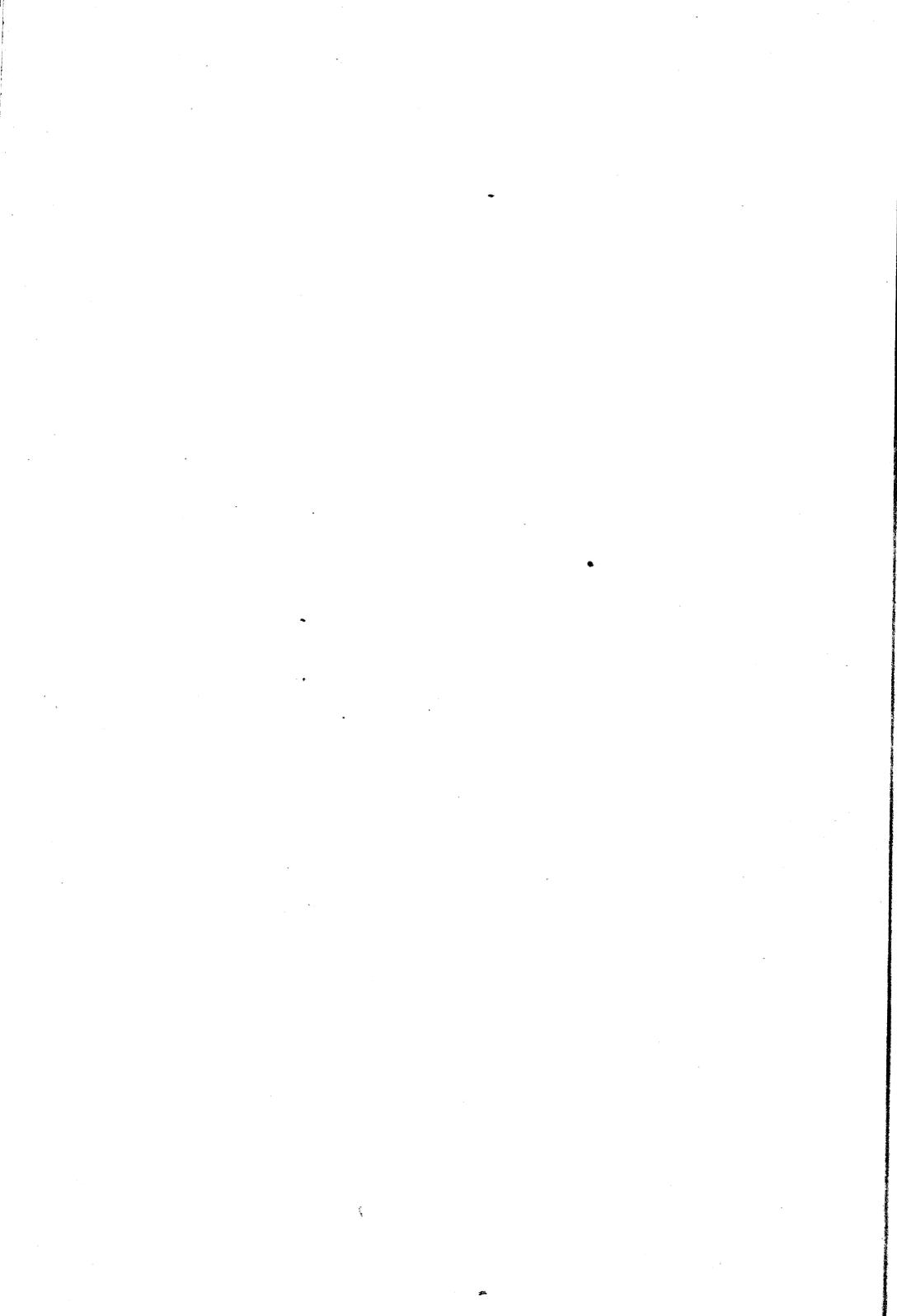
Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	Dr. DANIEL J. GREENWAY
Histología	„ JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica	„ ALOIS BACHMANN
	„ JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
„ Médica	„ PATRICIO FLEMING
„ Dermato-sifilográfica	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
„ Génito urinaria	„ BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica	„ JOSÉ R. SEMPRUN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediatría	„ ANTONIO F. PISERO
	„ MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
„ Quirúrgica	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología Interna	„ RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica	„ JOSÉ T. BORDA
	„ BENJAMIN T. SOLARI





ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.	DR. J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	„ MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica	„ FANOR VELARDE
Puericultura	„ UBALDO FERNANDEZ



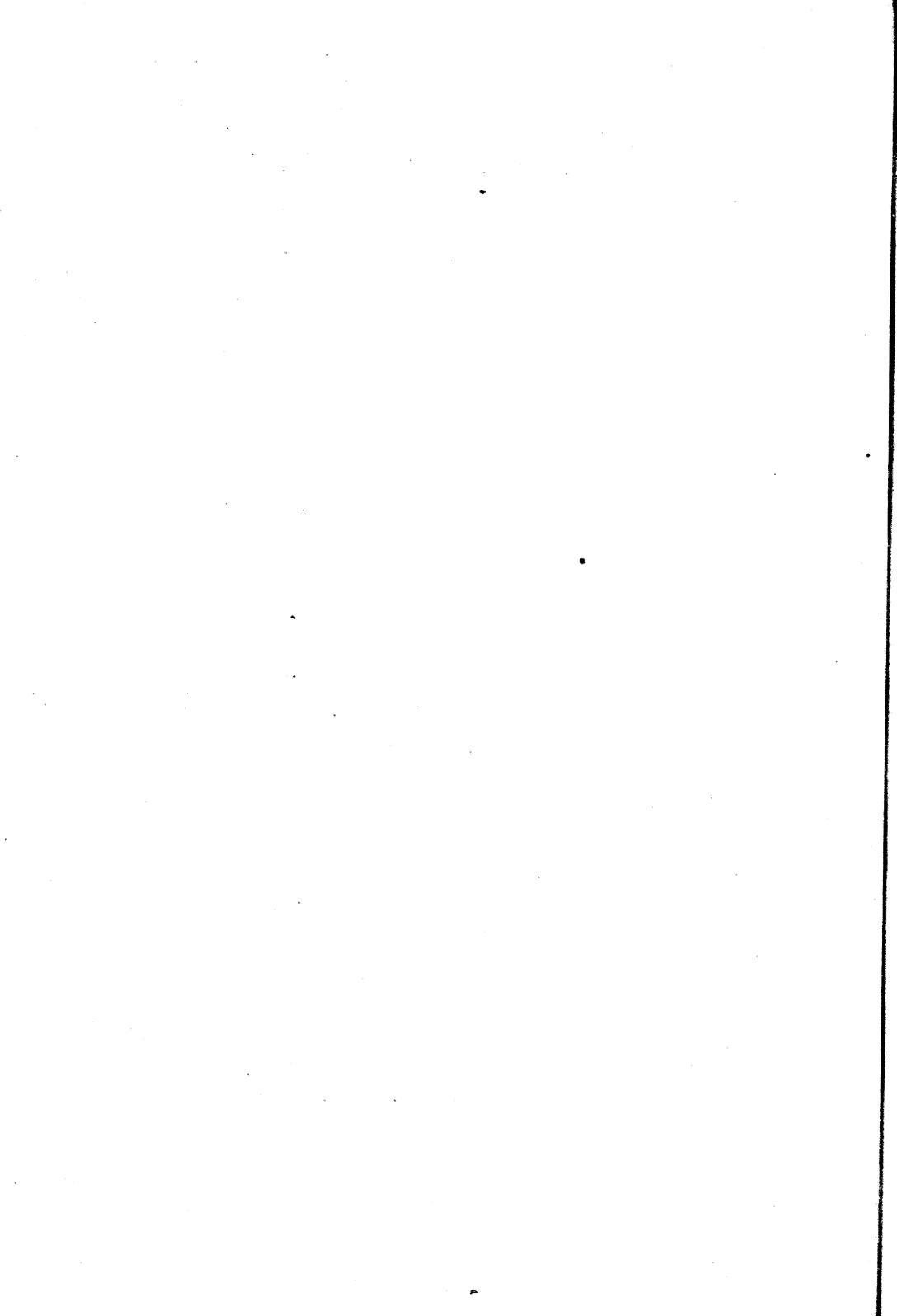
ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía y Fisiología comparadas	DR. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica	„ JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica..	„ MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal...	„ ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica ...	„ FRANCISCO C. BARRAZA
Técnica farmacéutica (1er. curso).	„ J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación.....	„ RICARDO SCHATZ
Química analítica general	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial	Sr. JUAN A. DOMINGUEZ
Técnica farmacéutica (2.º curso)..	DR. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Física farmacéutica	DR. TOMAS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica..	„ ANGEL SABATINI
	„ EMILIO M. FLORES
Técnica farmacéutica	Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
	„ PASCUAL CORTI
Química farmacéutica orgánica....	DR. PEDRO J. MESIGOS
	„ LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial	Sr. OSCAR MIALOCK
Química analítica general	DR. JUAN A. SANCHEZ

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas...	—
Mineralogía y Geología.....	—
Botánica (2.º curso). Bibliografía botánica argentina	—
Química analítica aplicada (Medicamentos)	DR. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejer)
Química biológica	„ PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología)	—
Física general	—
Bacteriología	DR. CARLOS MALBRAN
Toxicología y Química legal.....	„ JUAN B. SENORANS

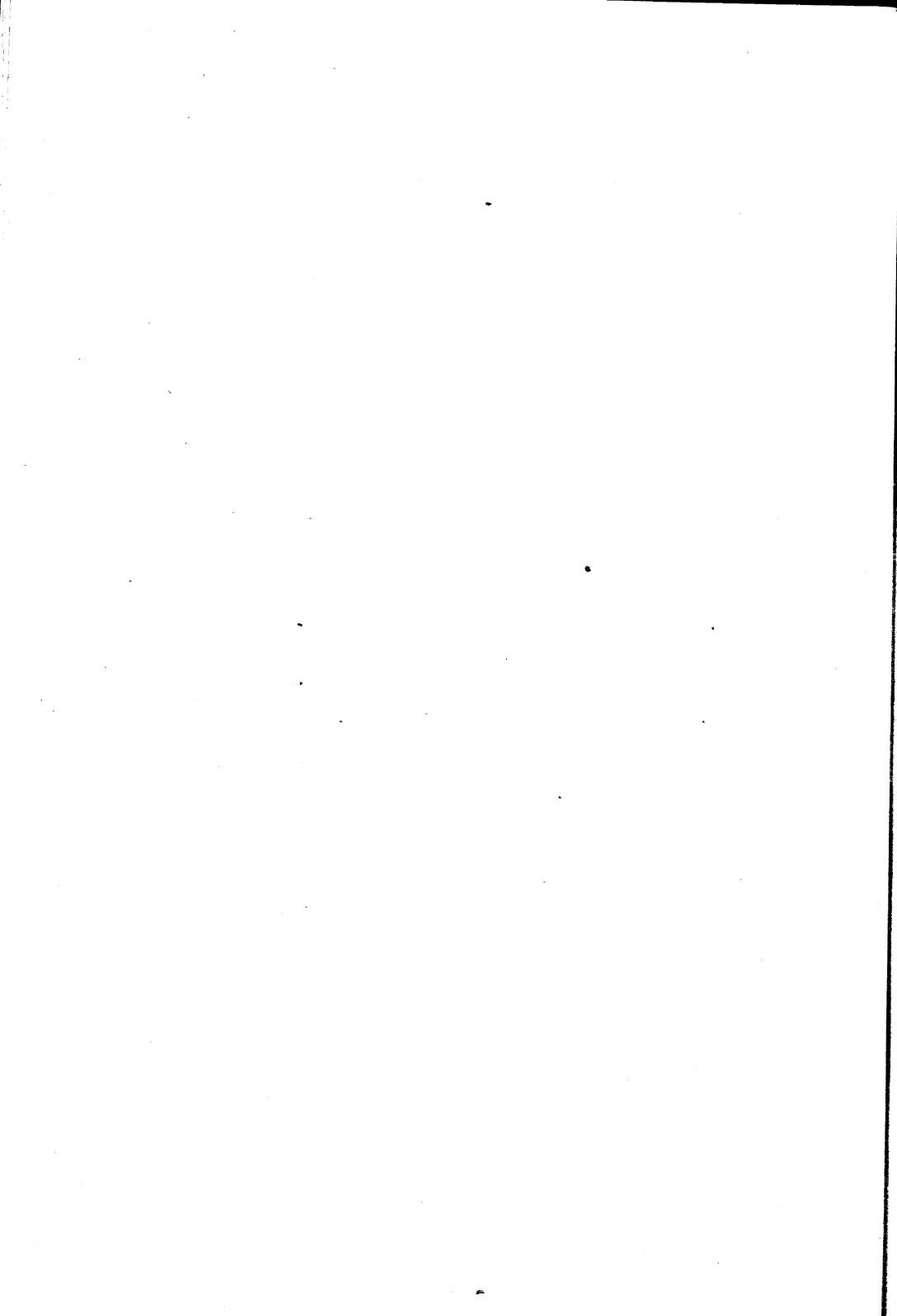


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año	„ LEON PEREYRA
3er. año	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	Sr. ANTONIO J. GUARDO

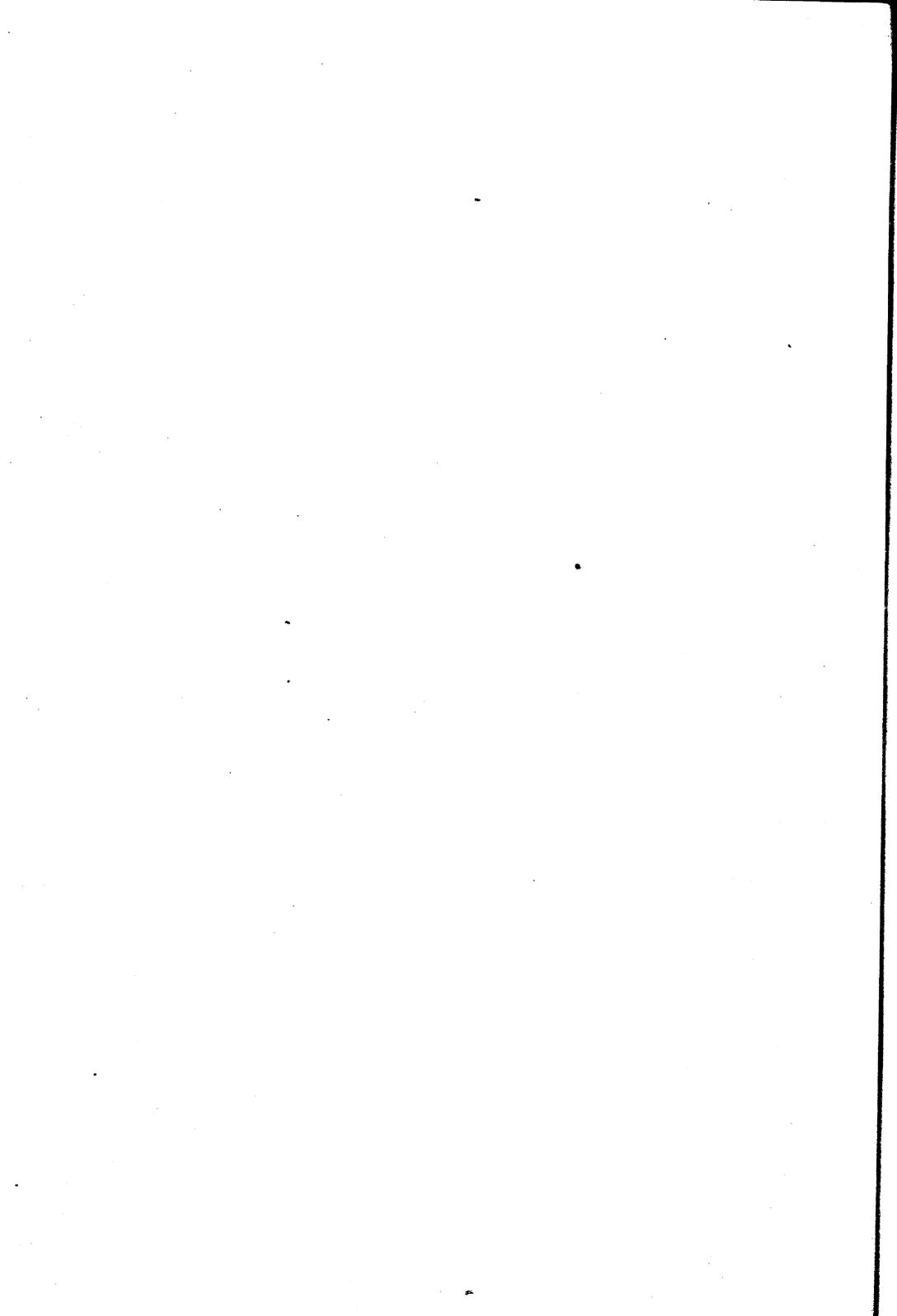
Catedráticos suplentes

DR. D. ALEJANDRO CABANNE (3.er año)
DR. D. TOMÁS S. VARELA (2.o año)
SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)
SR. D. CIRO DURANTE AVELLANAL (1er año)



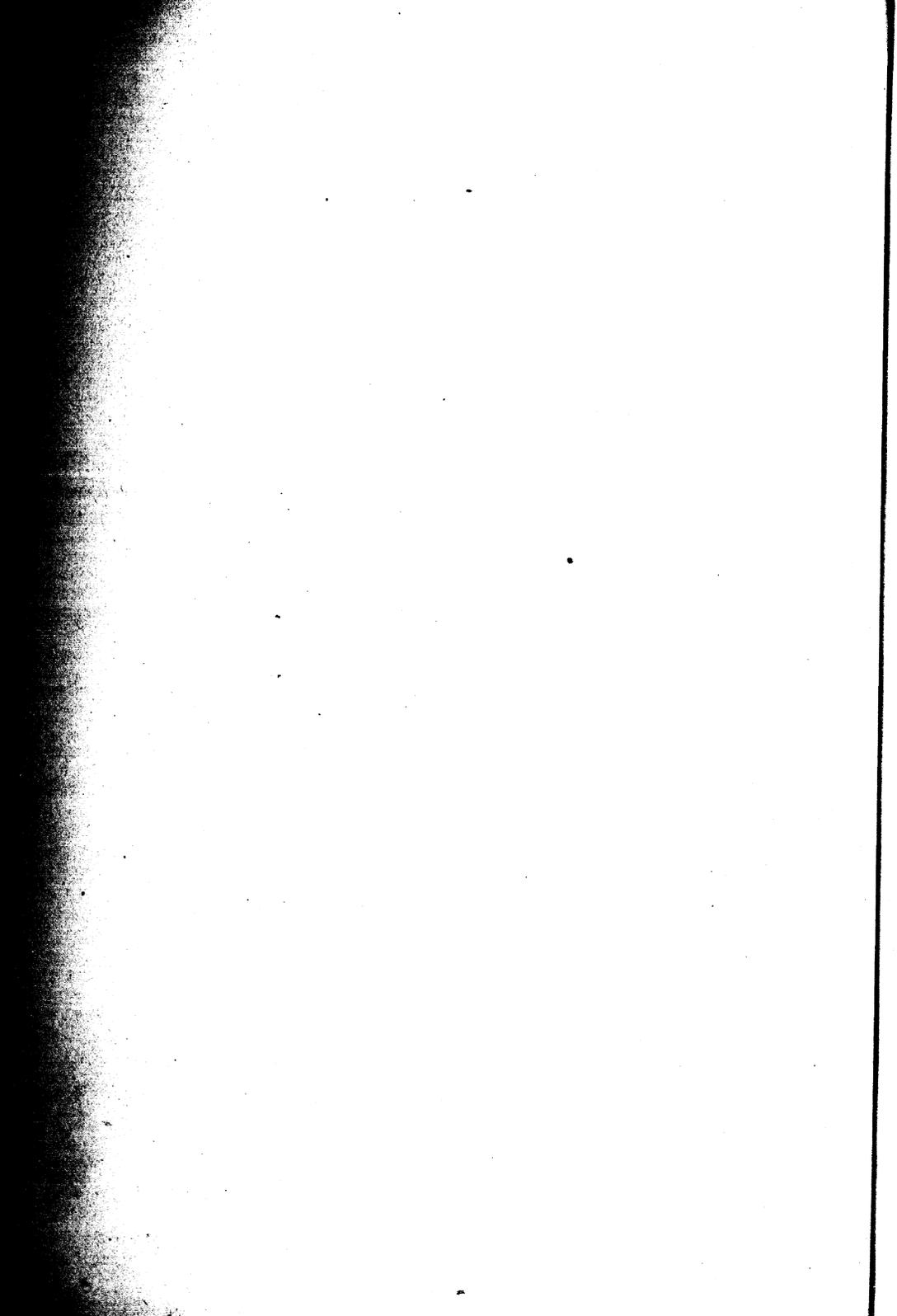
Padrino de tesis:

Dr. ARTURO J. SOLDINI
Jefe de la Sala IV del Hospital Pirovano



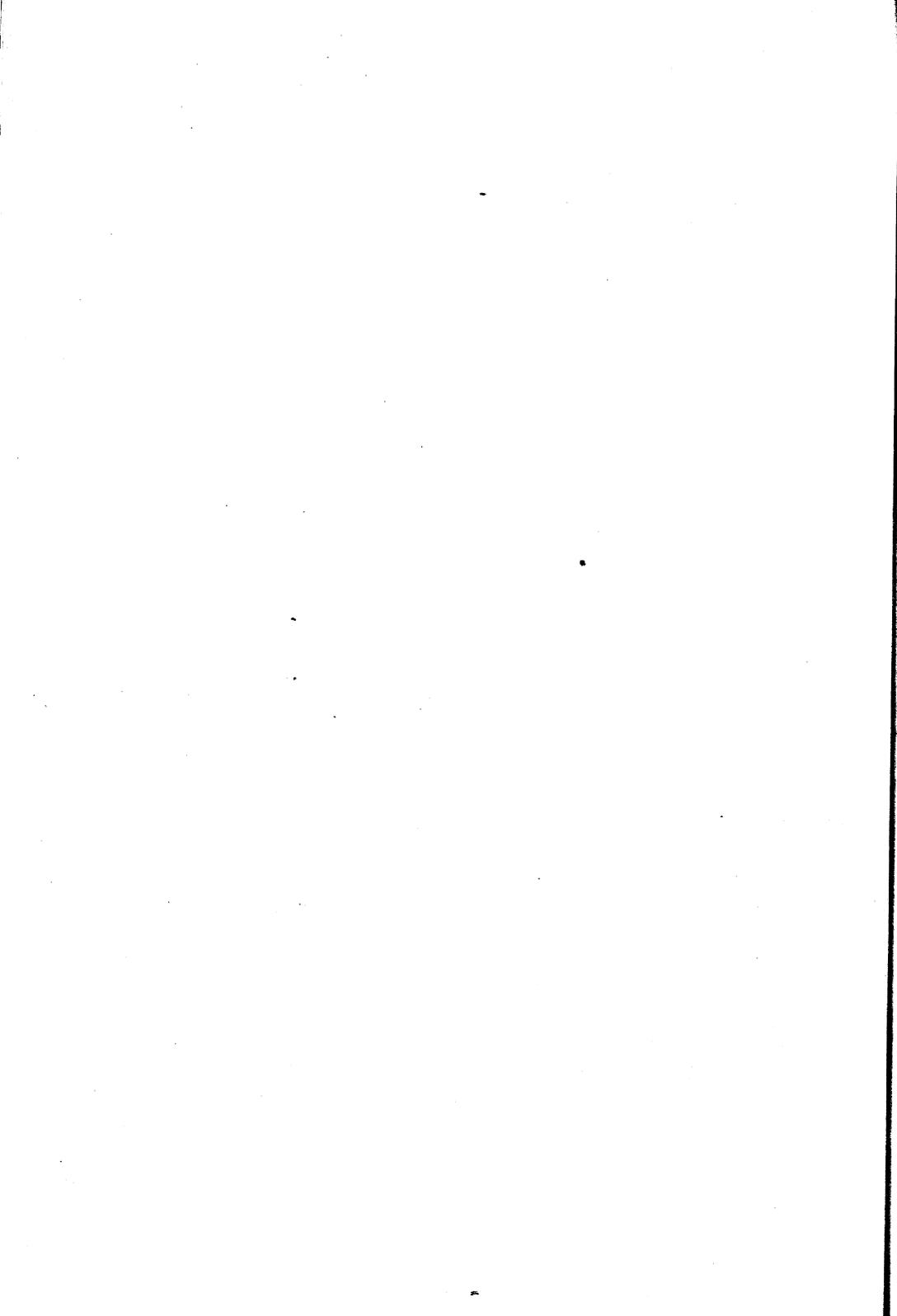
A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

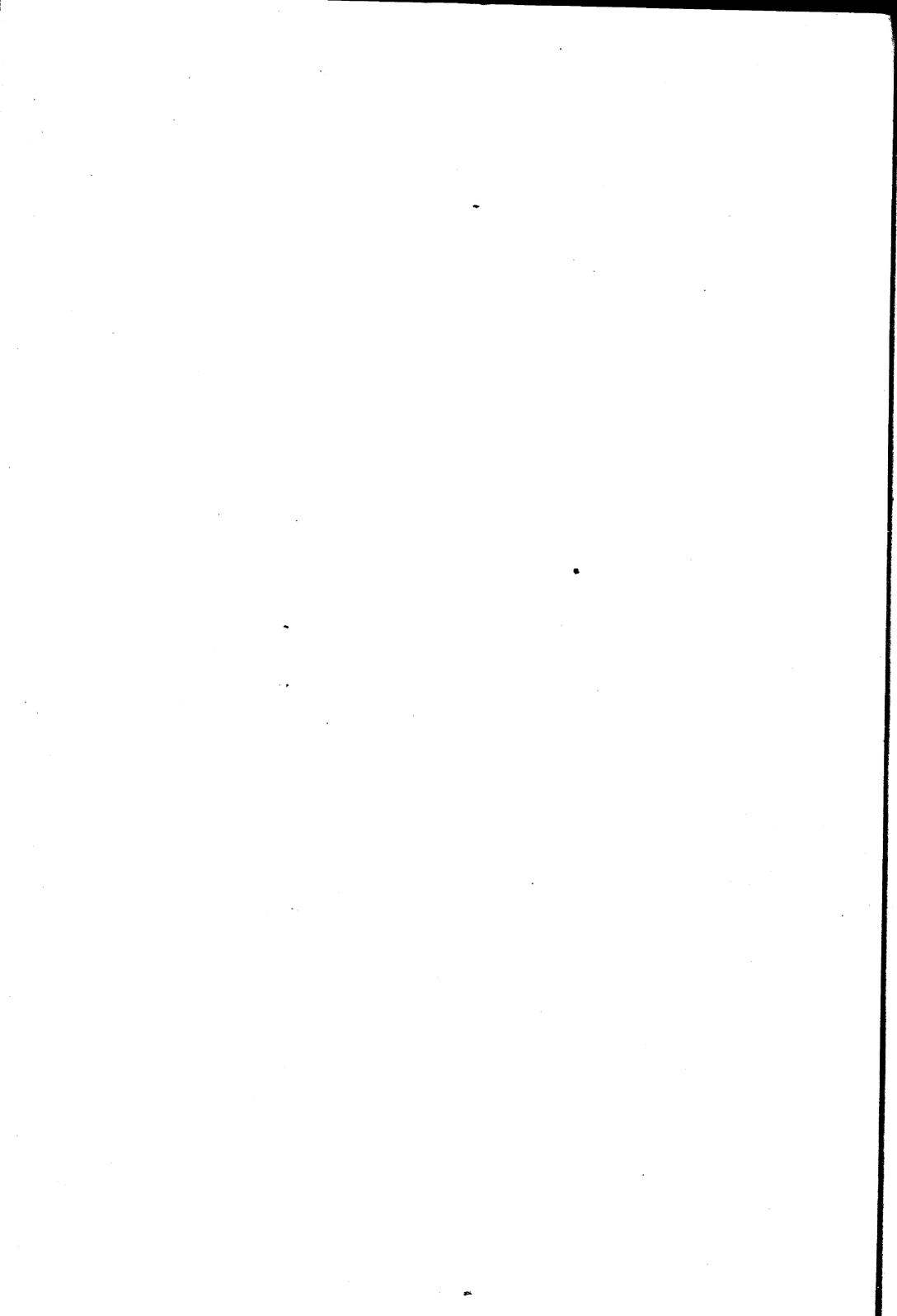


A MI ABUELA:

MARIA B. DE GHIRLANDA



A MIS PARIENTES Y AMIGOS



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Cumpliendo con el último requisito impuesto por la facultad, después de la terminación de los exámenes parciales, y para coronar los esfuerzos por mí realizados, y cuya primera etapa es la obtención del honroso título, me es grato presentar a la consideración de ustedes, este pequeño como modesto trabajo, punto final al abandonar las aulas universitarias.

Más que un trabajo de finas y profundas experiencias científicas originales, de que carece ; y con las cuales hubiera requerido mayor número de horas de meditación ; es una simple consignación de observaciones personales ; corolario en el acceso continuo a la sala, en el contacto cotidiano, con los pobres pacientes del hospital.

Confío por vuestra bondad, su aceptación, a pesar de que no tiene nada nuevo, servirá para disciplinar el criterio científico de su autor.

Dicho tema elegido, me fué sugerido por la comprobación de los buenos resultados obtenidos con un dado procedimiento en la enfermedad que me ocupa. No es un procedimiento desconocido. La expectación armada así llamada en terapéutica vuelve, aquí a insinuarse, como medicación, desalojando un poco la balneoterapia, que con un criterio absoluto, tanto se ha generalizado.

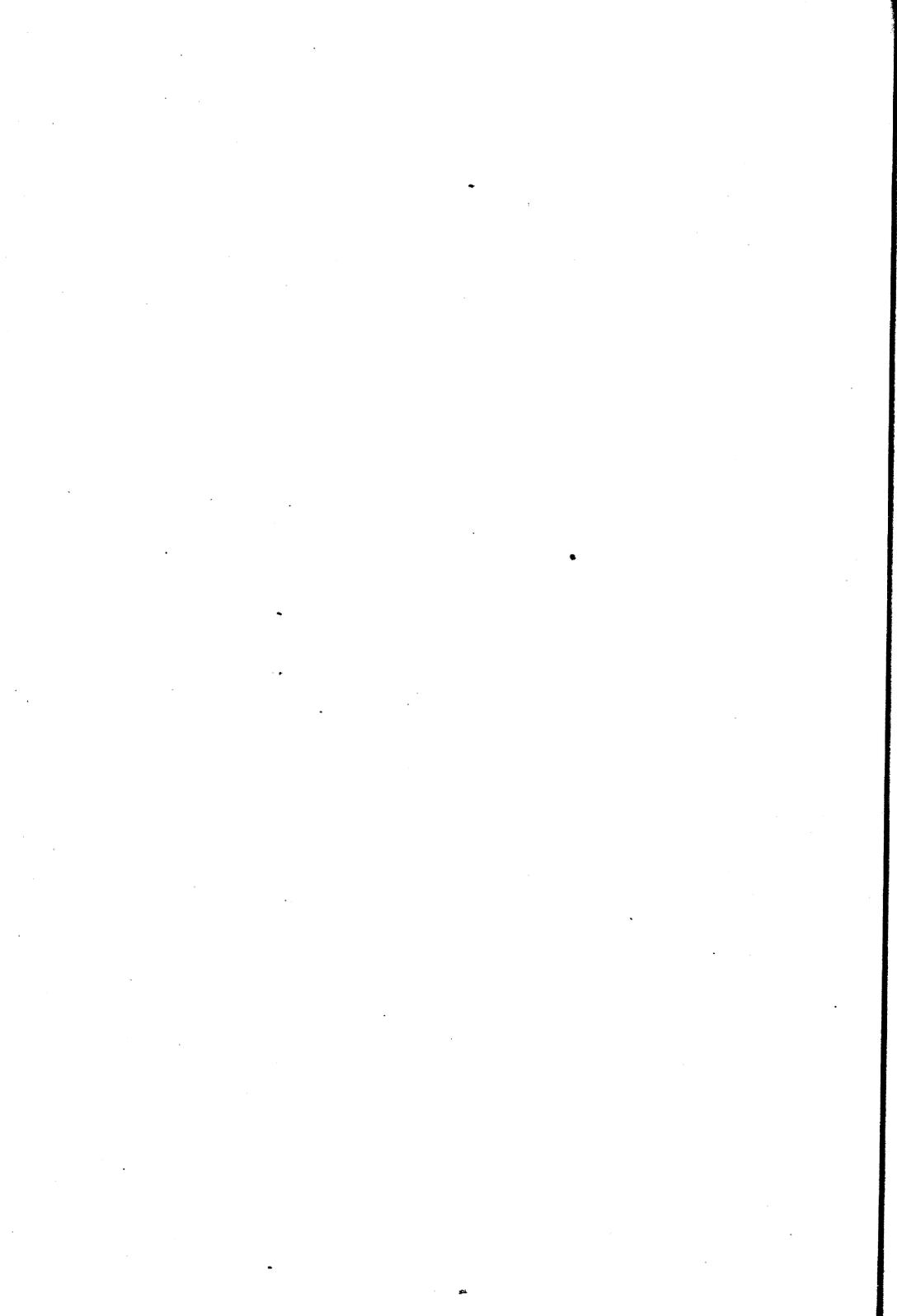
Numerosos son ya los prácticos que no aplican este último procedimiento por los buenos resultados obtenidos sin los baños, tema este último, para sentar algunas conclusiones, transcritas en ésta, mi tesis inaugural.

No tengo otro fin, con la citación de los casos tratados de que fuí observador, que presentarlos como casos de éxito para ser acotados en las estadísticas de los diversos métodos.

Agradézco a los señores profesores de la Escuela de Medicina y a sus asiduos colaboradores en las tareas docentes, por los conocimientos inculcados y los consejos recibidos.

Mi más profundo reconocimiento y gratitud a mi padrino de tesis y amigo Dr. Arturo J. Soldini, jefe del servicio de clínica médica del hospital Pirovano, a cuyo lado permanecí durante 2 años, recibiendo con su palabra, continuos y sanos consejos, sabias enseñanzas que sin duda alguna serán eficientes en el desempeño práctico de mi misión.

Por último, a mis amigos, a los médicos y practicantes del nosocomio, con quien compartí las tantas y tan alegres horas de juventud y de estudio ; un afectuoso y perdurable recuerdo.



CAPITULO I

Preliminares

El estudio de esta parte de la terapéutica especial, ofrece a la clínica todavía una atención particular, no habiéndose aún podido unificar las opiniones reinantes, en el sentido de orientar hacia un método único, el tratamiento de la infección tífica.

Las dificultades tropiezan con las distintas modalidades de formas clínicas que ofrece ésta, como todas las enfermedades, y que a falta de un bien cimentado tratamiento específico dado por los procedimientos inmuniterápicos, hagan que el práctico use como medios para combatir la enfermedad, el tratamiento sintomatológico, que evidentemente variará según la predominancia o acentuación de tal o cual síntoma clínico.

Además, las numerosas y frecuentes complicaciones que nos ofrece dicha infección, han inclinado al médico a prestar a esta enfermedad, una preferente

atención entre las enfermedades infecto-contagiosas ; en cuanto se relaciona con su tratamiento.

Por eso ha sido esta entidad clínica, bien estudiada, tanto en general, cuanto a lo que se relaciona con los síntomas de esas complicaciones, la manera de preverlas, evitarlas y combatirlas una vez aparecidas.

Numerosos tratados tanto terapéuticos, como monografías clínicas se han ocupado y tratan esta parte especial ; y puede decirse a este respecto, que la infección tífica resume en un conjunto, la técnica del tratamiento que puede ser común y aplicado tanto a las infecciones paratifoideas difícilmente desligables clínicamente, de la que me ocupa ; como a muchas enfermedades agudas infecciosas ; de allí su importancia.

No obstante la acción y aplicación de las medidas y procedimientos higiénicos para la profilaxia, que han ordenado y toman los departamentos ejecutivos de la higiene dependientes de los diversos gobiernos ; la infección tifoidea ha sido y aún es una de las más tenaces en desaparecer. Su frecuencia, tanto en los países europeos como americanos, ha ido en progresión creciente y en relación directa con el aumento de la población.

Las estadísticas se han encargado con sus cifras, de confirmar estas afirmaciones ; el número de los afectados ha sido grande en ciertas localidades y en épocas

determinadas. En la ciudad de París, el año 1908, hubo en el transcurso de ese solo lapso de tiempo 3052 casos con una mortalidad de 400 individuos o sea una proporción de 7,6 por ciento, de defunciones.

Entre nosotros son concluyentes los estudios del doctor Penna, transcritos en la Revista de la Sociedad Médica Argentina, del mes de marzo del año 1894, con relación a los casos anteriores a esa fecha; dicen sus escritos que en el transcurso de casi un siglo (1789 a 1893), las estadísticas hospitalarias solamente, sin comprender los casos particulares, consignan una cifra de 10.453 enfermos, sin contar los enfermos habidos en 13 años intercalados, de los cuales no se conservan datos archivados; y que aumentarían sensiblemente esa cifra. De todos esos pacientes, curaron 8287 y fallecieron 2.166, lo que corresponde al 20.7 por ciento el número de las defunciones.

No todos los hospitales contribuyeron con el mismo número de decesos, la casa de aislamiento registra en sus estadísticas el índice ya citado en cuanto a la mortalidad. El hospital alemán era el que señaló el porcentaje mínimo. El número mayor de los atacados en cuanto se refiere a la nacionalidad era italiano, siendo, en bloque, el número de los extranjeros afectados, mucho mayor que el de los nativos.

A partir del año 1888, la cifra de la morbilidad ha ido en aumento relativo, el número de los muertos

hasta el año 1890 ha ido en aumento, después ha permanecido estacionaria esa cifra y luego ha descendido ligeramente, debido a las medidas profilácticas de saneamiento y desinfección unido a un tratamiento más apropiado.

Las estadísticas anuales desde el citado año de 1888 hasta 1906, daban una cifra media de mortalidad de 254 individuos. Estas estadísticas corresponden a los hospitales dependientes de la administración sanitaria y Asistencia Pública.

Penna y Madero, con ocasión del Centenario de nuestra independencia, publicaron en 1910, un trabajo titulado : «Historia de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública». Dicho trabajo, de mucho mérito en cuanto se refiere a la organización de la repartición como en lo que se relaciona a la morbilidad de las enfermedades infecciosas, me ha servido para entresacar algunos datos numéricos relativos a lo que voy tratando.

Según ellos, desde el año 1906 a 1909, se constatan las siguientes cifras de morbilidad en los casos declarados a las autoridades sanitarias :

1906	:	350.
1907	:	351.
1908	:	625.
1909	:	524.

La relación de la tifoidea con las demás enfermedades contagiosas, es el 20 por ciento.

Como se ve por todos esos datos y los que aún nos suministran otros autores, la enfermedad ha seguido una marcha progresiva y paralela al aumento de la población; con períodos de atenuación y recrudescencia alternativos; el máximo de los casos se observa en otoño y el mínimo en primavera.

Los métodos de vacunación y sueroterapia preventiva en los medios endémicos han disminuído el número de tifoideos, pero estos medios no se han generalizado aún, o porque las reacciones que su aplicación originan en las personas, sea una causa de temor para someterse a la inmunización.

Las medidas higiénicas han contribuído también, haciendo descender la cifra de la morbilidad relativa, aunque el número absoluto de casos haya ido en aumento; éstas deben perseverar inculcando en la mente de los habitantes de una población los medios para evitar el contagio.

Sin extenderme más en estas consideraciones preliminares abordaré el tema a tratar, desarrollándolo en varios capítulos. Comenzaré por transcribir lo dicho por el ilustre sabio Chantemesse «El tratamiento de la fiebre tifoidea comprende el conjunto de cuidados, prescripciones y medicamentos que el médico, según los casos, debe imponer en el curso de su evolución, ya sea

normal o anormal, de una forma clínica, de una complicación, o en otras circunstancias menos precisas, y en la convalecencia», «nada es más difícil que esquematizar». «Toda medicación es arbitraria».

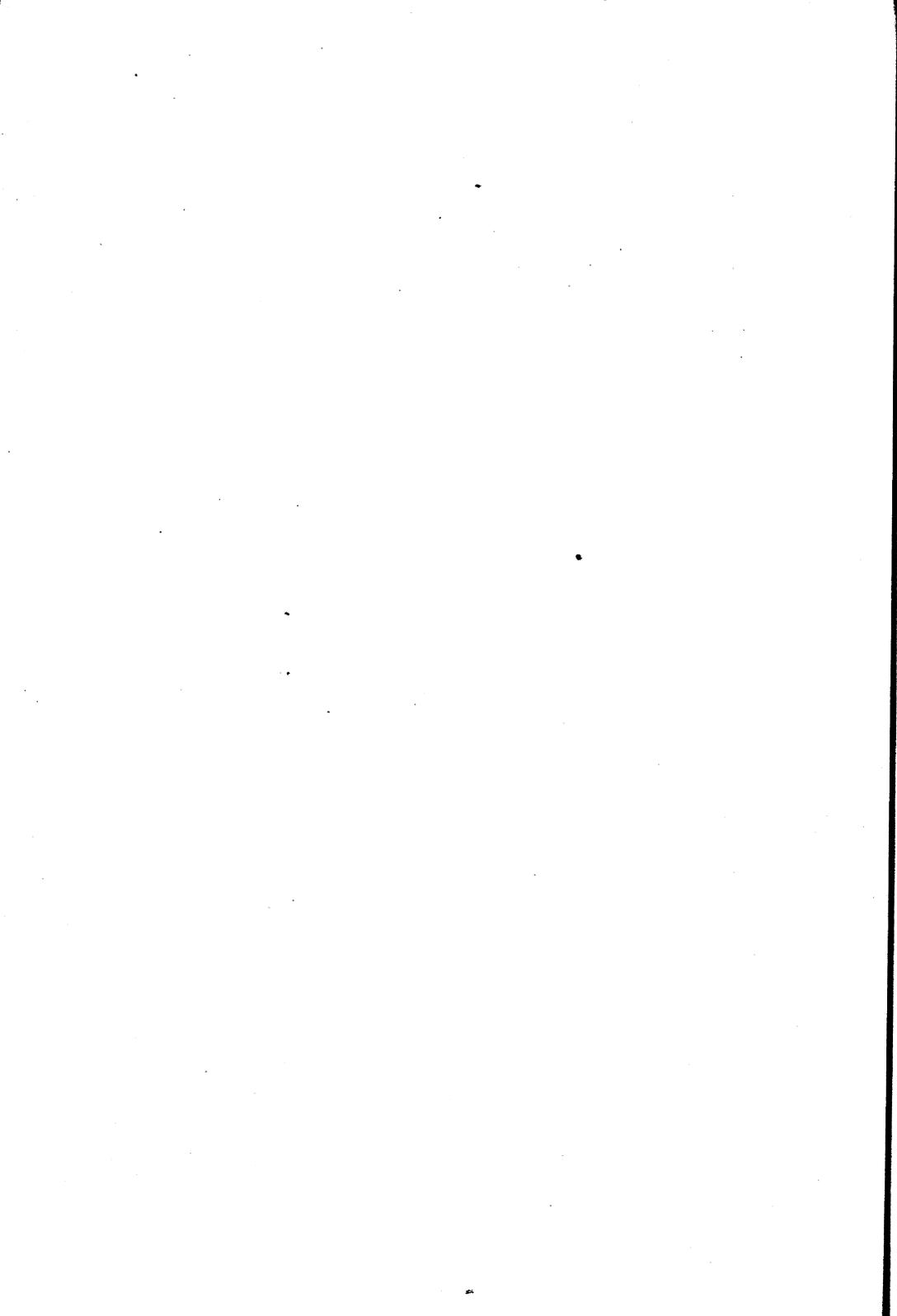
Ofrece, pues, dificultades en cuanto se refiere al tratamiento de esta enfermedad, dictar reglas precisas y trazar un plan de exposición bien ordenado.

Por otra parte, como el estudio completo sería sumamente extenso, ya que resume gran parte de la terapéutica especial, y que por otra parte, no tendría objeto en este trabajo, voy a abordar únicamente los tópicos siguientes que trataré en la sucesión en que van enumerados :

- 1.º Higiene y alimentación del tifoideo.
- 2.º Medicación sintomática.
- 3.º Métodos.
- 4.º Observaciones personales.
- 5.º Conclusiones.

En estos últimos años, con los progresos de las ciencias biológicas, el estudio de los bacterios, el estudio de los sueros en su preparación y aplicación, y los procedimientos de inmunización ; muchos bacteriólogos, entre los cuales sobresalen Chantemesse y Widal se han dedicado a la preparación de vacunas preventivas y sueros de propiedades curativas ; la aplicación de los cuales ha permitido a Vincent, (28 Febrero 1911), sen-

tar conclusiones, incitantes del práctico, para su empleo en el campo de la clínica y que, a no dudar, con los perfeccionamientos sucesivos, han de entrar en ésta y ha de vulgarizarse su uso.



CAPITULO II

Higiene y alimentación

Las medidas higiénicas en lo que se refiere a la higiene general y local, y el estudio del material nutritivo, ofrece una importancia muy grande en el tratamiento del tifoideo.

Esta enfermedad, de larga evolución, no permite la abstinencia o una alimentación insuficiente, porque la inanición o el debilitamiento son exponentes, de consecuencias perniciosas y graves. En el estudio de este tan importante capítulo, substractum, podemos así llamarlo, si se me permite, así como en lo que se refiere al capítulo siguiente, voy a considerarme en la presencia de un caso regular, una forma común, de intensidad mediana en cuanto se refiere a la forma clínica.

Higiene. — El enfermo deberá estar colocado en una habitación bien amplia y bien aereada, deben suprimirse parte de los muebles, los que a juicio común se

conceptúen innecesarios, se deberán retirar además las colgaduras.

Para las evacuaciones, se dispondrán orinales de cama.

Se debe recordar que al final de la evolución de la enfermedad, una desinfección general del local será de rigor, para destruir los gérmenes que se hubiesen difundido con las secreciones o excreciones del paciente, y que pudieran ser origen de contagios e infecciones posteriores en otro miembro allegado de la familia.

Los individuos que por su condición de pobreza no pudiesen ser atendidos en sus casas; el aislamiento en hospitales adecuados facilita las medidas higiénicas que se encuentran muy simplificadas.

A la habitación preparada en las condiciones ya expuestas, se anexará preparándola expresamente otra, para los cambios cuando se ejecuten las prácticas de limpieza de la primera, las mudas de ropa de cama y la aereación. Para la muda de la ropa de cama sería suficiente habilitar una cama inmediata.

El aire debe ser renovado por lo menos dos veces en el día, evitando las corrientes, posible origen de complicaciones en las vías respiratorias.

La temperatura del medio debe variar de 17 a 18 grados. Vogl de Munich, indica como temperatura óptima, 12 a 13 grados centígrados.

Los enfermos pudientes, con comodidades, podrán

disponer de dos enfermeros : uno para el día y otro para la noche, ejercerán la vigilancia del enfermo. Se pueden reemplazar por miembros de la familia a los cuales el médico dará indicaciones pertinentes en cada caso. Dichas personas deberán además, ser suficientemente fuertes para levantar al enfermo sin movimientos bruscos, cambiarles la ropa de la cama, limpiarlo y transportarlo a la bañera si este medio físico fuese el indicado como elemento de la medicación.

Es necesario anotar minuciosamente la temperatura ; si es posible tomarla cada 3 horas, anotar las comidas, la cantidad de orinas, el número de deyecciones, y cualquier otra novedad que llame la atención de las personas allegadas a fin de transmitir las al médico en su oportunidad, y puede éste darse cuenta de las novedades ocurridas en su ausencia.

Es útil si se puede, colocar al paciente en una habitación donde el piso se halle encerado, sino, se colocará un hule o linoleum ; así se facilitará la limpieza y se obstaculiza la difusión de las secreciones en el momento de bañarlo.

El recipiente destinado a este último fin, siempre que éste sea el elemento que el médico conceptúe necesario ; deberá ser colocado inmediato a la cama, se facilita así el transporte de la persona enferma y se evita la producción de complicaciones engendradas

por la brusquedad de movimientos a que se somete al ser colocado en el agua.

Entre la sábana y el colchón para evitar la imbibición de este último, en las incontinencias de orina o materias fecales en los casos con estupor marcado; se colocará una tela impermeable, se facilita de ese modo la limpieza, se evita la maceración de la piel del dorso, con escoriaciones e infecciones locales secundarias.

Debe el enfermo estar rodeado de un profundo silencio, se evitarán las visitas y otras causas de excitación que influyan sobre la curva térmica y por intermedio de ésta sobre la frecuencia de los baños. La luz fuerte molesta a los enfermos.

El abrigo de cama deberá ser bueno, la posición del enfermo se variará por intervalos, por facilitarse en caso contrario, las congestiones pulmonares y las úlceras por decúbito.

La limpieza de la piel exige un cuidado especial.

El tifoideo es un enfermo que se debilita y que está predispuesto a las infecciones secundarias. Las escoriaciones de la piel pueden ir hasta la formación de abscesos, flemones, antraces, úlceras, de manera que la limpieza minuciosa de los tegumentos externos destruye los gérmenes facultativos que están sobre ellos y se disminuyen las probabilidades de infección sobre las escoriaciones ya producidas.

Los baños de por sí limpian la piel, otros obtienen

esa limpieza ejecutando lociones diarias con agua timolada o boricada al 4 % y vigilan cuidadosamente.

Si aparece acné o foliculitis se tocan los puntos con tintura de yodo. Si se notara la aparición de placas violáceas que indican inminencia de esfacelo o ulceración: se cambia la posición del paciente evitando que esa región sea objeto de roce o contacto. Podrá además, aislarse con una pomada a base de óxido de zinc y colocar por encima una capa de algodón. Si es en la región glútea donde se constatan, se colocará un asiento neumático.

Producida ya la ulceración, se lava bien con soluciones antisépticas, usándose al efecto, el agua tibia fèrmolizada al 1 por mil y aplicando posteriormente pomadas esterilizadas, a base de óxido de zinc, aristol, yodoformo o tanofomo y cubriéndola luego con un apósito aséptico seco que a su vez es recubierto con algodón. Por último se dispone el enfermo de tal manera, que esa región no sufra compresión, no contacte ni roce con parte alguna.

La balneoterapia es una causa de maceración por reblandecimiento de la piel en su capa epidérmica, se producen fisuras o grietas que son el comienzo de las infecciones ya enumeradas. Si se ha producido un forúnculo en la piel se incindiré haya o no supuración. En el segundo caso, la sangría local podrá ser bené-

fica, arrastrando la sangre fluyente, parte de los gérmenes.

Las infecciones de la piel originadas por el bacilo picocianico, que se reconocen por la coloración azulada, serán tratadas como las infecciones comunes, por el uso y aplicación de pomadas antisépticas y ocluyendo la curación posteriormente.

Como tratamiento preventivo para evitar la maceración de la epidermis por efecto de los baños, se recubrirá la piel antes y después de éstos en las regiones en que se origina un decúbito: (nalgas, talones), y los pliegues de la piel con substancias grasas (vaselina) que evita el contacto inmediato del agua con esas regiones.

En los individuos delgados, desde la iniciación de la enfermedad, se debe colocar almohada de aire y algodón en las partes óseas salientes que están en contacto con el lecho.

No sólo los tegumentos externos serán los vigilados, las cavidades, recubiertas por mucosas, deberán ser objeto de constante atención por parte del médico, debiendo éste prescribir la forma, la frecuencia y los elementos con que se ejecutará la desinfección de éstas. La boca, lengua, labios, dientes, deberán estar permanentemente limpios. Se ejecutará el lavado de la boca varias veces en el día, usando para esto el agua oxigenada diluída en agua hervida en proporción

de una parte por 6 a 7 respectivamente. Vigilar al enfermo cuando hace buches, evitando que degluta esa solución, cosa que suele suceder dado su estado más o menos inconsciente.

Esto, que por otra parte se constatará enseguida, no irá seguido de graves consecuencias.

En los casos en que sea imposible obtener que el enfermo haga de por sí esos buches, el enfermero o cuidador hará la limpieza interviniendo activamente. Con una pinza y algodón o gasa limpia, se repasan los surcos bucales, y los dientes repetidas veces, renovando el algodón o la gasa.

Para los dientes estarán indicados los polvos, líquidos, o pastas.

Transcribo las siguientes fórmulas :

Carbonato de magnesia	} aa 10 grs.
Carbonato de calcio pp.	
Pelvo de jabón amigdalino	
Vainillina (aromatizar)... ..	o.60 »

(Garnier y Nobecourt)

Item.

Polvo de jabón medicinal neutro ...	30 grs.
Borato sódico	6 »
Esencia de menta	× gotas.

(Balzer)

Item.

Pelvo de genciana 10 grs.
» de quina 15 »

(Pierre Marie)

Se puede usar también para el mismo objeto la creta preparada o sino el bicarbonato de soda aromatizado con esencia de menta y que al par que limpia, alcaliniza el medio bucal impidiendo la vegetación del muguet

Con el cepillito aseptizado por ebullición en una solución de 1.000 grs. de agua adicionada de XXX gotas de formalina comercial; se limpia la dentadura con los polvos adecuados una vez por día, y se enjuaga la boca con dilución de agua alcalina u oxigenada.

Otros autores utilizan el ácido bórico en solución saturada. Deberá vigilarse evitando la formación de fúlgidosidades en la lengua, puntos que serían los de partida de otras infecciones secundarias, que impedirán al enfermo el alimentarse y beber.

Un objeto esencial es mantener húmeda la boca, la ingestión frecuentemente repetida de bebidas humedece por imbibición directa y por aumentar las secreciones dentro de las cuales está comprendida la saliva. Se evitará, pues, estar en presencia de una boca seca con su lengua de loro.

La boca y sobre todo la lengua, recubierta de una espesa capa de saburra, indica al mismo tiempo que varios días de transcurso de la enfermedad, la ausencia de limpieza de esa cavidad, es menester esmerarse por quitar esas fuliginosidades desecadas y adherentes que tapizan todos los surcos y que se ven a veces remontan sobre la corona de los incisivos. En estos casos, con paciencia, aunque ofrezca algunas dificultades, en breve lapso de tiempo, se consigue hacer la limpieza.

Se podrá usar interviniendo activamente, partes iguales de glicerina y agua de Vichy (Milhit). Previamente, con un instrumento delgado y romo (ballena de corset) se rasparán las fuliginosidades. El enfermo se opndrá por la insistencia del que practica, provocará hemorragias gingivales y náuseas (Milhit). Si el estado del enfermo lo permite, se hará que ejecute por sí mismo la antisepsia bucal.

Después de la alimentación láctea, hay que hacer enjuagar la cavidad con agua alcalinizada, porque parte de la leche estancada, entrando en fermentación láctica desarrolla y favorece la pululación del muguet.

En esas condiciones puede administrarse la misma leche con agua de Vichy, mezcladas. Está indicado después de la alcalinización bucal, dar jugo de limón mezclado con agua, se excita en esa forma la secreción de saliva y se mantiene en la boca la humedad necesaria.

La limpieza del farinx se hará por lavajes direc-

tos con agua hervida, más agua oxigenada en la proporción ya indicada para la antisepsia bucal.

Se podrán hacer pulverizaciones en el farinx con cloretona, que mantiene una capa grasa e impide la sequedad (Mohr y Staehelin).

La limpieza preventiva del farinx y de la amígdala impide la formación de flemones.

Las ulceraciones faringeadas o bucales se cauterizan con tintura de yodo, yodo-acetona, formol puro o nitrato de plata.

Se puede a continuación recubrirlas con una solución al 3 por 10 de azul de metileno o de clorato potásico al 10 por 30 en vaselina.

Las fosas nasales protegidas por sus secreciones mucosas no requieren mayores cuidados, deberán vigilarse por la posibilidad que hubiese de producirse una rinitis ulcerosa. Podrán instilarse dos veces por día dos gotas de aceite mentolado al 1 por 100, puede en su lugar usarse resorcinado en las mismas proporciones.

Aparatos urinario y genital: El cuidado de estos órganos, es de más importancia en la mujer. A nivel vulva y en contacto con las orinas, se producen ulceraciones que originan infecciones locales, se efectuarán frecuentes jabonados y lavajes consecutivos como medios de prevención.

La paresia vesical de ciertas formas graves, adinámicas, requiere el sondaje 3 a 4 veces durante el día,

para evitar la distensión vesical con micción involuntaria por rebosamiento, que pasando desapercibida, macerara la piel de la vecindad de los genitales externos y originan las infecciones de la piel.

En el acto del sondaje no hay que descuidar sobre la antisepsia, como medio preventivo para evitar la cistitis y la pielonefritis ascendente. Para esto se emplearán sondas esterilizadas, algunos autores practican lavajes vesicales después de haber el enfermo emitido sus orinas; hacen uso de una jeringa de Guyou y una solución de permanganato de potasio al 1 por 4000.

Higiene de la cabellera en la mujer. — Es importante. Algunos la cortan al comienzo de la enfermedad. A las instancias del médico, las enfermas dóciles se dejan privar del cabello sin mayores obstáculos. Las que en esta forma han perdido ese ornamento, presentan ciertas ventajas y ofrecen facilidades para efectuar buenas y eficaces afusiones frías cefálicas, durante el baño. Por otra parte, cuando la enfermedad llega a su término, el cabello habrá crecido bastante.

En la clínica del profesor Chantemesse se sometía a las enfermas de tifoidea que no se privaban de su cabello, a la siguiente manipulación: Estos eran reparados en dos trenzas muy apretadas que se recogen. Durante el baño se evitaba en lo posible el mojarlas. En el momento de la convalecencia se vaselinaba el

cuero cabelludo y se deshacían las trenzas. Esto último se lograba con dificultades, era menester proceder por pequeñas secciones de 10 a 20 minutos. Con los cabellos liberados que habían quedado bastante reducidos hacía una serie de trenzas bien apretadas, reuniéndolas luego en una sola.

Habían caído muchos cabellos, pero quedaban bastantes para que la mujer pudiese peinarse durante el tiempo en que los cabellos jóvenes empezaban a crecer. Se mantenía la cabeza en un constante cuidado, lavándola con frecuencia con decocciones de madera de Panamá. Se podía usar después, lociones estimulantes para el crecimiento de las cuales, la que más resultado dió es la siguiente de Saint Louis :

Amniaco	4	grs.
Esencia de trementina	25	»
Alcohol alcanforado	125	»

Se frota con esta loción la cabeza 1 vez por día.

ALIMENTACION. — En razón de la prolongada evolución de la enfermedad, la alimentación ha preocupado grandemente a los que se han dedicado al estudio de este tema.

La inanición por abstinencia o la hipoalimentación serían de graves consecuencias para el paciente. Es necesario pues alimentar al tifoideo a fin de llenar

sus necesidades, cubrir sus gastos y sostener sus fuerza, para luchar contra la enfermedad ; pero hay en lo posible aunque en este punto no concuerdan las opiniones, dar alimentos líquidos durante el período febril.

Se dará leche, huevos, jugo de carne y se vigilará en el sentido de limitar la cantidad de sal ingerida para evitar los accidentes por retención clorurada, como sucede en todos los febriles a excepción de los tuberculosos.

Castaing y Boiffin preconizan en el período de estado, además de la alimentación láctea, 2 cucharadas de jugo de carne por día disueltas en caldo desengrasado y frío. En estas condiciones, dicen esos autores, se conservan sin suprimirlas, las funciones digestivas, que aumentarán nuevamente en la desfervescencia y que será el índice indicador de una alimentación más substancial. Descendida la curva termométrica, cuando los signos de la convalecencia comparecen, se empezará a suministrar purés de legumbres, sopas ligeras, huevos y pescado. El pan recién lo dan a la semana de iniciada la mejoría. La alimentación en estas condiciones es empírica, sin tener en cuenta el valor energético de los alimentos. Garnier dice que el febricitante agota las reservas por combustiones exageradas, cuyo indicador es la fiebre, de allí que la alimentación debe ser reglada, evitando el enflaquecimiento en la convalecencia.

Para esto se debe tener en cuenta el valor calórico

de los alimentos ingeridos y las necesidades orgánicas.

La alimentación encuentra dos obstáculos : la inapetencia y el estado saburral de las primeras porciones del aparato digestivo. Un adulto de peso mediano que oscile entre 65 y 70 kilos, necesita en estado de reposo un material nutritivo capaz de dar 2700 calorías. En caso de pesos superiores o menores, se debe calcular a razón de 40 calorías por kilo de peso en las 24 horas (Mohr y Staehelin). Sin embargo, no siempre prácticamente se consigue hacer ingerir una cantidad de alimentos capaz de suministrar esas calorías ; de allí que el enflaquecimiento de los enfermos en la convalescencia revela la insuficiencia de la alimentación.

Sábemos que un litro de leche de vaca son 680 calorías y para suministrar las 2700 calorías en leche, necesitamos 4 litros 174 gramos en el día. Prácticamente, es imposible hacer ingerir esta cantidad por la repugnancia que pronto manifiesta el enfermo. Si se agregan 60 gramos de azúcar por litro, se necesitaría para cubrir los gastos tres litros de leche, pero en estas condiciones habría que administrarla pura ; mezclada con te, café o aguas minerales, aumentaría la masa líquida a ingerir. Hay casos especiales de intolerancia en ciertos individuos, para la leche de vaca, si esto sucediera, se puede probar reemplazarla por la de cabra, burra o los preparados de leche de vaca. Kefir, leche búlgara, cuyo valor calórico de todos estos prepara-

dos, es los $\frac{4}{5}$ de la leche común. Si hay intolerancia absoluta, hay que suspender este género de alimentación.

Además de ser imposible la alimentación láctea exclusiva, la leche determina en algunos enfermos constipación, en otros diarrea.

Hay, pues, necesidad de reemplazar parte de la leche por otro alimento líquido, adecuado, cuyo valor energético sea equivalente a la leche suprimida. Se puede usar al efecto, el agua albuminosa azucarada, que se prepara con 6 claras de huevo batidas, un litro de agua hervida y 60 gramos de azúcar. Cada litro equivale en leche a 0,620 gramos. Se puede con estos dos alimentos, leche y agua albuminosa, constituir un régimen asociándolos, por ejemplo, en las siguientes proporciones:

2000 grs. agua albuminosa azuc.	= 1240 calorías aprox.		
1500 gramos de leche azucarada	= 1418	»	»
		<hr/>	
Total	2658	»	»

suficientes para llenar las necesidades calóricas y líquidas del organismo.

El agua albuminosa puede favorecer las putrefacciones intestinales, en parte se puede reemplazar por vinos y pociones alcoholizadas o mezclando la leche con cognac, calculando que 100 gramos de cognac equi-

valen a 300 calorías y que cada gramo de alcohol equivale a 7 calorías (Manquat).

También parte de la leche puede ser reemplazada por valores isodinámicos de otros alimentos siempre que sean líquidos.

La yema de huevo tiene un valor energético equivalente a 100 gramos de leche ; se pueden suministrar batidas y mezcladas con ésta última.

El caldo desengrasado, poco salado, con harina de avena fina, sémola, arroz en poca cantidad y harina de legumbres ; no está proscrito.

La sémola tiene propiedades laxantes, mientras que el arroz es constipante, de allí que además de alimentos, puedan aprovecharse estas propiedades :

Indicado está el caldo de legumbres de Mery que se prepara haciendo hervir un litro de agua durante 4 horas con :

Zanahorias	}	aa 65 grs.
Papas		
Nabos	}	aa 25 »
Arvejas o porotos		
Sal... ..		5 grs.

El valor energético es de 100 calorías por litro.

La fórmula de Comby es la siguiente, mezcla de cereales y legumbres :

Trigo	} aa 30 grs.
Arvejas secas	
Cebada	
Perotos secos	
Lentejas secas	

Se toma una cucharada de las de sopa de esta mezcla y se añade 3 litros de agua, hacer hervir durante 3 horas y agregar al cabo de este tiempo 5 gramos de sal.

Su valor por litro en calorías es de 100 a 110. Tiene unos 8 gramos de albúmina e igual cantidad de hidratos de carbono, está desprovisto de grasa; y la cantidad de cloruro sódico es reducida.

El caldo de buey, desengrasado, poco salado y frío, se dá. Su valor es de 270 calorías.

Puede añadirse harina de cereales en escasa cantidad, calculando que cada gramo de la misma, suministra 4,1 calorías.

Garnier y Nobecourt confeccionan y prescriben el régimen siguiente :

1 litro de leche pura	680	calorías	aprox.
1 litro de leche azucarada	994	»	»
1 litro sopa de harina	110	»	»
2 amarillos de huevo	136	»	»
1 litro agua albuminosa	426	»	»
<hr/>			
Total	2346	»	»

Se llega a las 2700 calorías, con una porción alcoholicada que contenga 50 gramos de alcohol en substancia.

Este régimen suministra de por sí la cantidad de líquido suficiente. No obstante y en otros casos, se darán bebidas frías, limonadas vinosas que estimulan la diuresis y la eliminación consecutiva de las toxinas circulantes.

Hay que insistir a las familias para que inciten a los enfermos a su cuidado, a beber frecuentemente, aprovechando los intervalos lucidos de la mitad y final de los baños. Las bebidas se darán en cantidad pequeña, pero, con intervalos cortos.

Como minimum, la cantidad de líquido ingerido calculado en agua, es 3 litros. Si por retención, complicaciones u otras causas, la ingestión por vía bucal es imposible, se hará enteroclisia lenta con un aparato cuenta gotas de Murphy, usando simplemente agua hervida, previo un enema de limpieza o haciendo uso de una solución al 40 % de glucosa.

Chantemesse citado por Milhit, alimenta al tifoideo en el período de estado, según el régimen siguiente :

2000 gramos de leche azucarada ...	2128 calorías.
Dos a tres cucharadas jugo de carne	405 »
(135 calorías por cucharada)	
1 a 2 litros de líquido (limonadas).	
Total	2533 calorías.

Completa con algunos gramos de alcohol en poción.

Si la leche es bien tolerada, da más de 2 litros en el día, cortándola con agua alcalina de Vichy o de Vals. Suministra la leche en pequeñas tomas espaciadas cada 2 horas, aprovechando los momentos de lucidez después de los baños para dar cantidades mayores.

Gran número de enfermos, dice ese autor, al declinar la fiebre, reclaman imperiosamente el aumento de los alimentos ; se explicará a los enfermos los peligros de un aumento mayor y se hará este aumento prudencialmente, no se deberá cambiar el régimen hasta 3 o 4 días de iniciada la convalecencia.

En estas condiciones se darán yemas de huevos, helados, una nuez de carne machacada en suspensión en caldo.

Si la convalecencia continúa, bien se dará sopa de tapioca, cabello de ángel, sémola, sagú. Dos de las tomas de leche se reemplazarán por sopa sin exceso de tapioca, sémola, flor de avena, cebada, crema de arroz, después puré de legumbres, papas, puré de arvejas. No se dará pan hasta el séptimo u octavo día de convalecencia.

No todos están de acuerdo y siguen el régimen de alimentación líquida, sencilla, fácil y nada peligrosa ; la cuestión alimentación origina aún polémicas interesantes. Graves daba alimentos sólidos a los febricitantes en general, con buenos resultados.

Surnitzky, exagerando las doctrinas del autor que sigue, daba a los tifoideos carne machacada, biftek, huevos, legumbres en puré. Vaquéz ha tratado de dar una alimentación substancial a fin de evitar el enflaquecimiento rápido en la convalecencia y dá sin excluir la leche, gelatina de carne, jugo de carne y carne cruda machacada, prescribiendo además que esta alimentación, debía darse desde el comienzo de la enfermedad. El tipo de régimen propuesto por Vaquez, es el siguiente : Una taza de leche cada dos horas, reemplazando la de las 6 a. m., por la comida siguiente : taza de té o café con leche, sopa de harina, arroz o avena. A medio día sopa con leche y un amarillo de huevo, más una cucharada de somatosa y un vaso de gelatina de carne o jugo de carne fresca.

A las 6 p. m. : Comida idéntica reemplazando por ejemplo, la sopa de leche por una taza de caldo con una yema de huevo. En la noche una cucharada de somatosa con leche. Las comidas principales son suministradas al salir del baño. Cuando la temperatura comienza a descender, se reemplaza la gelatina de carne por carne cruda raspada. Dos o tres días después de la apirexia completa, se comienza una alimentación más substancial.

Vaquez llama la atención sobre la buena conservación del apetito, la humedad de la lengua, la rapidez de la convalecencia y el poco enflaquecimiento de los pacientes en el término de la enfermedad.

Naturalmente, se abstiene de dar alimentos groseros como han exagerado sus imitadores y proscrib el pan y las frutas.

Puritz de Rusia da aún una alimentación más substancial. Claisse preconiza tortas de arroz, sémola, gelatina y frutas, pan de sandwich, sopas con polvo de cacao y panadas con manteca.

En estos últimos tiempos se ha formado una escuela alemana que prescribe la alimentación substancial. Dice para argumentar, que la inapetencia no es una causa de dieta o abstinencia y que la sensación de hambre comparece alimentando al sujeto enfermo; que la necesidad de albúmina hace necesaria su ingestión diaria en una cantidad no inferior a 60 gramos, que simultáneamente deben darse hidratos de carbono para facilitar la asimilación de las albúminas, que el pan no debe ser excluído so pretexto de que deja residuos que son causa de perforación.

Dicen, además, los mismos, que sujetos tratados así, tienen sus deposiciones líquidas y que en cambio, otros tratados o alimentados con leche, eran constipados y emitían escibalos con los enemas. La enfermedad debe tratarse como infección general y no local (Mohr y Stachelin).

Ellos prescriben el régimen siguiente: en el período de estado, dos bizcochos o tostadas $\frac{1}{2}$ litro de leche, $\frac{1}{4}$ litro de nata, 100 grs. de galleta, 4 huevos,



100 gramos de manteca, 10 gramos de carne preparada, 50 gramos de azúcar y 150 de legumbres en puré.

Presentan numerosos casos tratados de esta manera con resultados buenos.

CAPITULO III

Tratamiento sintomático

La medicación sintomática en la fiebre tifoidea, comprende el estudio de los agentes terapéuticos destinados a combatir la fiebre más o menos elevada en el curso de estado de la enfermedad, los agentes para obtener la antisepsia intestinal, la medicación tónica para levantar el estado general en la lucha del organismo contra el bacilo, y la medicación diurética, por cuyo medio se eliminan en gran parte las toxinas y se evitan sus efectos, sirviendo de indicador de estos últimos, los síntomas clínicos atenuados o exagerados.

En la iniciación de la fiebre, el diagnóstico puede ser incierto, dudoso, se observarán síntomas intestinales, la temperatura puede no ser muy elevada; si se observa constipación, se harán enemas o se prescribirán purgantes. Si hay diarrea se dará 1 a 2 gramos de naftol B o de benzonaftol, al cual se agregará 0.50 a 1 gramo de salicilato de bismuto. Se mantendrá el en-

fermo a leche y se observarán los síntomas nuevos que presente en un examen posterior.

Cuando la hipertermia se anuncie, se aplicarán los medios o agentes apropiados para combatir la fiebre. El estudio de éstos, comprende los métodos físicos y las sustancias antitérmicas químicas. Entre los primeros, tenemos los baños, las lociones frías, las envolturas frías y las aplicaciones frías locales.

Los antipiréticos serán objeto de un estudio particular.

La balneoterapia se practica desde muy antiguo. Su origen remonta mucho tiempo atrás. En la tifoidea fué puesta en práctica por Currie de Liverpool en 1781. Brand de Stettin, en 1861 consecutivamente a sus buenos resultados prácticos, creó su método bastante severo de aplicación que aún es seguido por varios autores, y otros en cambio lo han modificado.

Ninguno de los que de baños se han ocupado, pone en duda los resultados eficaces de su uso sistemático, la atenuación considerable o notoria de la gravedad de los síntomas en el caso tratado; de la vivacidad que aparece en el rostro de ciertos tifoideos, sumidos antes en estado estuporoso.

La balneoterapia es el agente por excelencia para la hipertermia, tiene además repercusión sobre las funciones cardíacas en sentido favorable, aumenta la presión arterial. Tiene además, una acción nerviosa cal-

mante, una acción eliminatriz, diurética por congestión renal, las orinas aumentan en cantidad el coeficiente urotóxico, es 6 a 7 veces mayor que en las condiciones normales.

Por este agente, desaparece la astenia, se hace el enfermo menos delirante, el estado ataxo-adinámico no se observará sino raramente, las complicaciones se evitan con frecuencia. Ha sido calificado por algunos como el mejor de los medios terapéuticos.

Fuera de estos beneficios, la balneación tiene sus contraindicaciones, absolutas en una enterorragia abundante, en la perforación intestinal; en las tendencias al síncope, la contraindicación es relativa.

Brand, ha codificado de una manera severa su procedimiento :

«Cada tres horas de día o de noche, siempre que la temperatura rectal alcance 39°, deberá bañarse al enfermo durante un cuarto de hora en agua a 18° de temperatura». Esta es la base de su método al que han permitido ciertas concesiones respecto al grado de temperatura del agua. Si el enfermo tiene mucha fiebre, en lugar de 18 grados, el primer baño se dará a 22°, disminuyéndose en los baños subsiguientes un grado cada uno hasta llegar a los 18° establecidos en su regla.

Ya hemos visto en lo que a higiene se relaciona, las condiciones referentes al lugar de colocación de la

bañera. Si es posible, el agua se renovará cada 24 horas ; por contaminarse con las orinas y excreciones del enfermo.

Colocado con sumo cuidado en el agua, estalla un escalofrío, la respiración se hace ansiosa y entrecortada, hay castañeteo de dientes. Se hará al principio una afusión fría con agua a 10° en la cara y cabeza, de dos minutos de duración, que se repetirá a los 7 y a los 15 minutos en las mismas condiciones. Permaneciendo en el agua, se frotará al paciente suavemente con una esponja mojada en la misma agua del baño, evitando friccionar el abdomen. Como ya cité más arriba, las bebidas frías serán suministradas en abundante cantidad limonada vinosa, cítrica, cada 5 minutos. Aproximadamente de los 10 a los 15 minutos, estalla un segundo escalofrío, señal que debe retirarse al enfermo.

Con las mismas precauciones con que fué introducido, se sacará de la bañera, colocándolo en la cama, envolviéndolo en una sábana y frazadas, frotando ligeramente el cuerpo. Para facilitar la reacción, se dará una bebida alcoholizada, y se calentarán artificialmente las extremidades. Al cabo de unos minutos aprovechados para alimentarlo, el enfermo tranquilizado, duerme. La temperatura desciende. Se constatará el descenso colocando al cabo de 15 minutos el termómetro.

El clásico método de Brand, indica además, que

en el intervalo de los baños, debe recubrirse el tórax y el abdomen con compresas de agua mojada a 10° de temperatura y renovadas cuando se calientan.

Es Juhel Renoy quien ha hecho una buena defensa de la balneoterapia, pintando muy bien el cuadro de un tifoideo que se baña «como un enfermo despier-to de espíritu a los pocos días del tratamiento, con sed espontánea que apaga de por sí, sin lengua seca, con corazón fuerte, cuyo síntoma saliente: la fiebre, se atenuará con los baños.

El método de que acabo de hablar, requiere agua a 18°. Con este índice, la impresión que el enfermo experimenta es penosa, ve llegar con sumo desagrado el momento del baño, buscará un sinnúmero de pretextos para eludirse, se quejará de trastornos variados del vientre que pondrán al médico en duda sobre posibles complicaciones aparecidas y éste, inquietado y mal guiado, los suprimirá. Además, como dice Milhit, «se arreglará el enfermo de tal manera, que si él es el encargado de tomarse la temperatura, ésta no pasará de 39°». Por esto se ha modificado el método, como veremos más adelante a fin de que el sujeto enfermo no rehuse los baños.

Técnica de la balneoterapia actual. — Se darán los baños como en el clásico método de Brand, variando el grado de temperatura del agua.

Se podrán usar bañeras a renovación fácil, de las cuales tenemos un modelo de Geoffroy.

En los casos graves en que el descenso no se obtiene, en lugar de bañar cada 3 horas, se harán con más frecuencia ; cada hora, si fuera necesario, hasta obtener un descenso manifiesto. Después se seguirán cada 3 horas. Está admitido en general y de acuerdo con Chantemesse, la supresión de los baños por la noche, siempre que no se esté en presencia de un caso grave. Para eso el último baño se dará de 9 a 10 de la noche y se repetirá a las 7 de la mañana del día siguiente. Si el caso, como ya he dicho, requirere y deban darse por la noche, se harán cada 4 horas en los casos calificados graves con hiperpirexia, insomnio, agitación y delirio.

Después de cada baño se retira un poco de agua, la suficiente para más tarde cuando se repite, agregar algunos litros de ella, calentada para obtener la temperatura que se desee sin derramar por el suelo.

Las personas encargadas de colocar al paciente dentro del baño, deben estar recubiertas con delantal blanco, y ser las únicas que deberán mojarse las manos en la misma agua, toda otra persona que experimente su contacto, se desinfectará minuciosamente, para evitar contagios.

Antes de introducir el enfermo en el baño, deberá tomarse su temperatura y anotarla, previamente se le

hará orinar. Ya hemos indicado que las partes predispeustas a macerarse, deberán recubrirse con sustancias grasas. (Chauffard).

Bouchard emplea el agua hervida y naftolada para los baños. Le Gendre, hervida y boricada. Boggs de Baltimore, añade en cada baño 500 gramos de alumbre, renovándose continuamente el agua, nó cada 24 horas. Es un método barato.

El enfermo para transportarlo, se le pasará un brazo por debajo de los omoplatos y el otro bajo los huesos popliteos. Si está en condiciones de hacerlo, debe indicársele, que se tome del cuello del enfermero que lo coloca en el baño. Se acompañará suavemente hasta el fondo del recipiente.

Las temperaturas del agua varían con los diversos autores. Chantemesse daba el primer baño a 32°, con esto, dice, se gana la confianza del enfermo, que aceptará sin oposiciones los subsiguientes; es suficiente con esta temperatura obtener una mejoría del estado general y una baja apreciable de la temperatura. El segundo baño y los subsiguientes los dá a 28°. Los descensos térmicos varían de 1 a 2°.

En algunos casos con gran hipertermia, no solamente la temperatura no varía con éstos, sino que hay aumento de 0,3° a 0,5°. Entonces es cuando está indicado hacerlos a más baja temperatura: 24° a 26°. Chantemesse no desciende la temperatura como en el

método de Brand a 18°, que es extrema, y califica de penosa para el paciente, que puede además, según él, exponerlo a accidentes entre los cuales se encuentran las congestiones pulmonares.

Cuando la fiebre persiste a 40° y 41° sin tener sobre ella acción la balneoterapia sistemática y periódica: cada 3 horas de un baño a 24°, se deberá proceder así: Dejar al enfermo 1/2 hora en lugar de 20 minutos, colocar vejiga de hielo en el vientre. Si este procedimiento no surtiera efecto, dar un baño a 20° cada 2 horas. Si a su vez no se obtienen resultados, se podrá luchar contra la fiebre en el intervalo de los baños con los otros procedimientos físicos de refrigeración, la compresas frías. En el intervalo de los baños, el abdomen del enfermo y raíz de los muslos son recubiertos por una toalla empapada en agua fría que se recubre a su vez con un impermeable. Se renovará cada diez minutos. De esta manera, dice el profesor Chantemesse, es raro que no se pueda «quebrar» la fiebre. Se aplicará indudablemente en las formas graves y nunca deberá pasar de 24 horas por la posibilidad de originar complicaciones pulmonares.

En las formas atáxicas sin hipertermia, en los casos de gran agitación, delirio, locuacidad en las formas atáxicas del etilismo crónico, con temperatura relativamente baja 38 a 38.5 se aplicarán los baños calientes a 34, 36, 38 grados, que por su acción sedante

calman el delirio, mejoran el estado general y el pulso. En las formas adinámicas sin gran temperatura, han dado resultado satisfactorio los baños calientes o tibios; el organismo intoxicado no lucha, la fiebre es el índice de la defensa que aquí no se traduce, porque no existe. Conviene también cuando hay complicaciones pulmonares o cardíacas.

Con temperaturas :

38 a 39°	baño a 36°
39°	» 32° a 34°
39.5	no bañar
por encima de 40°	30 a 32°

En los casos de peligro inmediato de colapso, se puede recurrir al método siguiente puesto en práctica por Chantemesse y con el cual dice, se han obtenido verdaderas resurrecciones. Se coloca al enfermo en un baño con agua a 16° de manera que la superficie del líquido esté por encima del nivel del ombligo. Con una esponja y el mismo líquido se harán afusiones en la cabeza y tórax. Se retira pronto el enfermo, se envuelve friccionándolo suavemente y secándolo, se calienta con botellas. El efecto es inmediato, la reacción viva; el enfermo despierta, la mirada se hace expresiva, abandona el estado de torpidez y contesta a las preguntas que se le hacen. La cara adquiere un tinte rosado, el

pulso se hace más lleno, la temperatura se revela. Si el estado anterior se repite, se volverá a aplicar la prescripción 1 a 3 horas después. Es raro con este medio baño frío con afusión, no ver la reacción ya descrita, sin valerse para nada de los estimulantes y tonificadores.

Indudablemente habrá que determinar bien que se trata de un caso de colapso y no de un estado parecido determinado por una enterorragia, en cuyo caso ese procedimiento estaría contraindicado.

El baño carbo-gaseoso artificial, corto y muy gaseoso (Laussedot, Matthes), aumenta la presión arterial, provoca vaso-dilatación periférica, subtrae, por consiguiente, calórico. Además es diurético, pero por dificultades en su preparación, no es indicado.

Castaing y Boiffin, en las formas habituales de la dotienenteria dan el primer baño también a 32°, el segundo a 30 y el 3.º a 28°. Si en la última condición la temperatura no desciende, primero se continuará dando a 28°. Si la temperatura no desciende, se harán con agua a 26° y 24° o menos, hasta lograr ese fin. La temperatura, expresan, es así suficiente y no encuentra por parte de los enfermos, las resistencias que ocasiona el método de Brand aplicado en su letra.

Las afusiones frías que aquí se hacen como en los demás métodos, ya se practicaban desde Currie y han seguido empleándose en Francia por Recamier y Trou-

sseau. Castaing y Bciffin usan agua por debajo de 22° para este objeto.

Garnier, Nobecourt y otros, usan los baños como estos dos últimos. El agua para las afusiones deberá tener para ellos la siguiente temperatura : Si el baño es a 28°, el agua será a 20°, si es a 24°, será a 18° y por último con baño a 20° usan a 15°. Dan 7 a 8 baños en las 24 horas, suprimiendo los de la noche siempre que no se trate de un caso que así lo requiriese.

Juhel Renoy prescribe el primer baño a 26°, luego va rebajando, 2.º por baño hasta llegar a los 18° del método de Brand, con el que continúa.

Bouchard coloca sus enfermos en un baño cuya temperatura es de 2° menor que la rectal de ese enfermo, y enfría lentamente por adición de agua a baja temperatura, hasta que al cabo de una hora llegue a 30°. En esta forma dá hasta 8 baños por día.

El baño tibio continuo de Riess, por él preconizado, necesita agua a 31°, en la cual se deja al enfermo 24 horas. Después de retirado, se vuelve a sumergir cuando la temperatura llegue a 39,5.

De más está comentar los efectos perniciosos por maceración de la piel, en una permanencia tan prolongada en el agua.

Afanasieff, emplea agua de 31 a 35 grados y deja al enfermo 3 horas. Dá dos baños por día.

En los casos con cefaleas, las afusiones frías de las que ya he hablado son bien soportadas y calman ese síntoma si no son toleradas, se hará uso de una esponja y del agua a la misma temperatura del baño.

El segundo escalofrío indice para retirar el paciente del baño cuando es frío, aparece según Chantemesse después de los 10 minutos de permanencia ; si el baño es a 28°, podrá dejarse hasta 20 minutos sin inconvenientes. En el momento en que por efecto inmediato, el paciente despierta, se aprovechará para practicar la limpieza de la boca y dientes.

Ya he mencionado las contraindicaciones absolutas de la balneación. Existen otras contraindicaciones relativas : la edad avanzada, las complicaciones cardíacas cuya existencia antecede a la enfermedad actual, o las complicaciones que aparezcan en el curso de la enfermedad y la obesidad. En estos casos, es bueno que la temperatura de los baños esté por encima de 34°.

Las miocarditis (Bosc) no contraindican el empleo del baño siempre que éstos se realicen con agua caliente (39°). Los latidos se acrecientan, se favorece la transpiración, en los sujetos intoxicados por estos medios se eliminan las toxinas ; benefician también los casos con nefritis preexistentes o aparecida en el curso de la fiebre, así también como las formas hemorrágicas de la enfermedad.

Otros métodos físicos de refrigeración. — Entran en estos procedimientos : las envolturas frías, las lociones frías de Wanner, las compresas de alcohol, los enemas fríos, y las aplicaciones locales frías sobre la piel. En los casos de epidemias, o por falta de comodidades y en que no se dispongan de los elementos necesarios para el baño, se podrán utilizar las lociones con agua pura, avinagrada o alcoholizada (Jaccoud). Cada 3 horas o a voluntad en los casos que la temperatura oscile por encima de 39° , se colocará al sujeto sobre una sábana limpia debajo de la cual se habrá dispuesto un impermeable. Se toma una esponja embebida en una de las soluciones ya citadas y que tengan una temperatura de 18° . Se hace una loción general, teniendo cuidado de no frotar sobre el abdomen. Procuran un manifiesto bienestar cuando no hay mucha temperatura o estupor muy marcado.

Las envolturas húmedas y frías, substraen calórico por conducción, pueden ser parciales, envolturas de los brazos y abdomen ; o totales.

Como medios para combatir la fiebre, dice Chantemesse, son malos procedimientos, porque causan gran fatiga y bajan poco la temperatura, se emplean más bien en ciertas complicaciones.

Según Liebermeister, cuatro envolturas equivalen a un baño de 25° durante 10 minutos ; no se puede suplantar a este procedimiento que es más sencillo y

más rápido. Las envolturas se harán recubriendo al paciente con una sábana humedecida en agua a 20° a su vez se deberá recubrir con una manta de lana.

Cinco a 10 minutos son suficientes para que la sábana se caliente, se reemplazará si no se ha obtenido un descenso apreciable.

La envoltura total de Buxbaum, suministra a no dudar, reales servicios, calma la agitación, y los enfermos pueden conciliar el sueño. Trippier alterna las envolturas con la balneoterapia. Es un buen procedimiento en los niños.

Las aplicaciones de hielo en una vejiga, sobre la piel (crinioterapia), están indicadas en la medicación de nuestra enfermedad. La refrigeración del abdomen su usá desde hace tiempo. Lenez (Boletín Médico 1910) preconizó las grandes bolsas de hielo, que recubran todo el abdomen, interponiendo entre bolsa y pared una flanela seca como se hace comunmente. Se llena la vejiga con dos terceras partes de su capacidad, de una mezcla refrigerante, se expulsa el aire y se cierra. Se debe renovar a las 3 horas el hielo fundido, aprovechando el momento en que el enfermo se baña, si así sucede. La refrigeración así hecha, es recomendable por su simplicidad, pero el decúbito horizontal es obligado, favoreciendo la producción de escaras y congestiones por hipostasis. Está bien indicada en la flegmasia alba dolens, y miocarditis cuando constituye un

peligro la movilización del enfermo. En el caso de peligro inminente de miocarditis o en los casos ya declarados, se colocará una pequeña bolsa en la región precordial que obrará como antiflogística real, obrará además, como excelente tonicardíaco, por reflejos cuyo punto de partida es la piel regional.

Riegel aplica sistemáticamente bolsa de hielo en el tórax, abdomen y cabeza. En lugar de ellas, Jacquez, Lissauer, usan compresas frías frecuentemente renovadas.

Cheinisse, citado por Milhit y Garnier Nobecourt, recubría el abdomen de sus enfermos con gasa y algodón empapados previamente en alcohol a 90°. Después de exprimidos, los coloca. Por encima se extiende una envoltura de algodón hidrófilo empapado en agua, tela impermeable y después franela. Esta compresa alcohólica se cambia cada dos horas, la de agua se renueva cada hora, sirve para disminuir la acción irritante sobre la piel del alcohol a 90°.

El autor no ha observado accidentes de importancia, salvo un poco de irritación de la piel, que se combatirá con la aplicación de un poco de lanolina.

Según Buchner, ejerce una acción antiflogística local, bien pronunciada, activa el aflujo sanguíneo y favorece la defensa del organismo; absorbido en parte por la piel, el alcohol ejerce las funciones de alimento y

tónico-cardíaco. Vuelve la evolución de la enfermedad, a su decir, más regular y más calma.

Como medio de combatir el exceso de temperatura, se ha usado también los lavajes intestinales fríos, y a baja presión, que fueron hechos por vez primera por Foltz de Lyon en 1875. Previo enema de limpieza, introducía un litro de agua a 10 o 15 grados; repitiéndolo con intervalos de 2 a 4 horas. No se consiguan resultados que lo hagan eficaz y práctico.

Antitérmicos químicos. — Los medios físicos son preferidos por la mayoría de los prácticos, pero existen substancias químicas de diverso origen para luchar contra la fiebre. Algunos hacen uso exclusivo suplantándolos a los baños, (Parot de Tunez). En el tifoideo se emplearán cuando la hidroterapia está contraindicada por complicaciones.

La antipirina que en dosis pequeñas es de resultados efímeros sobre la fiebre, ha sido preconizada por Clement de Lyon, a la dosis de 5 a 12 gramos por día. Ya no se usa, produce un descenso demasiado considerable, no hace sino «enmascarar» la fiebre, pues el pulso queda siempre rápido; obra además, perjudicialmente, disminuyendo la secreción urinaria (Robín), evitando de esa manera, la eliminación de productos tóxicos del metabolismo normal y alterado por la enfermedad.

Tiene una acción tóxica sobre el músculo cardíaco,

los síntomas nerviosos no desaparecen ni se atenúan, ocasiona sudores profusos, eritemas u otras erupciones cutáneas.

El ácido salicílico y la medicación salicilada preconizada en Alemania y especialmente por Vulpian, quien lo administra en sellos de 0,50 (ácido salicílico) de hora en hora ; ya no se usa. Aunque la temperatura bien pronto desciende a 37°, no disminuye tampoco la frecuencia del pulso, actúa perjudicialmente sobre el miocardio, irrita la mucosa del fractus gastro-intestinal y puede hasta provocar agitación y delirio.

Por otra parte, no ejerce ninguna acción sobre la marcha de la enfermedad. Gherardt manifiesta antipatía por el salicilato de soda que lleva fácilmente al colapso, muy grave en los niños.

También se deberá rechazar el ácido fénico propuesto por Pecholier en 1869 y después por Desplatz en 1877 ; autor de accidentes graves, colapso con cianosis.

El piramidon puede prescribirse de distinta manera. Moritz dá un gramo diario en dosis de 0.10 cada 2 horas, no es nocivo y su aplicación sería para Jacobs de Estrasburgo, de felices resultados. Su uso no incomoda a los enfermos ; puede asociarse con citrato de cafeína.

La quinina se usa bastante y en distintos métodos. Borqua de Plascencia da 0.10 de sulfato, cada hora

hasta obtener el descenso, otros dan dosis masivas en una sola vez. See, prescribe a la mañana y noche un sello de 0.30. Liebermeister, Jaccoud, Hagenbach, dan dosis discontinuas y masivas.

Jaccoud asocia el bromhidrato de quinina a las lociones, lo dá por la mañana para obtener los descensos por la tarde. El primer día suministra 1 gramo y medio en sellos de 0,50, e igual dosis por la mañana del 2.º día, después suspende 48 horas para recomen-
zar de nuevo si fuese necesario.

En los niños, el sulfato de quinina es bien tolerado, y de resultados eficaces (Liebermeister y Hagenbach).

Marfan preconiza en los mismos las siguientes dosis, según edad.

de 1 a 5 años	0,70 a 1 grs.
de 6 a 10 »	1 a 1,50 »
de 11 a 15 »	1 a 2 »

Da en una dosis y a la noche, raramente se debe repetir al día siguiente, esto demuestra lo bien tolerado que es en los niños.

No obstante, no se deberán dar dosis tan elevadas, hay que reservar ese método para los casos malignos en que la temperatura no cede con los baños, y en lo posible abstenerse de dar quinina por debajo de los ocho años, debiendo las dosis por encima de esa edad no

pasar de 0,50 a 0,70 centígramos, fraccionados en 2 o 3 tomas y con intervalos alejados, (D'Espine et Picot). En algunos casos, cuando a pesar de los baños la temperatura queda en 40° por la mañana y 41 por la tarde, Bouchard aconseja el uso del sulfato de quinina en sellos de 0,50 de 1/2 en 1/2 hora, a la dosis de 2 gramos cada 3 días el 1.º y 2.º septenario; 1,50 gramos, el tercer septenario y 1 gramo el cuarto septenario, prolongándola aún 4 o 5 días más.

La baja térmica es poco aparente. Se puede en algunos casos observar descensos de 1 hasta 3 grados con atenuación de los fenómenos nerviosos. Una nueva dosis no debe ser repetida hasta haber transcurrido 12 horas de la anterior, dada con más premura, ella no surte efectos (Bouchard). Este autor y otros muchos, se preguntan si los resultados obtenidos con esta base, son debidos únicamente a una acción antitérmica; en efecto, en otras fiebres, la quinina no desciende la curva. No tiene otros inconvenientes en su aplicación que producir zumbidos de oídos.

Además de la vía gástrica, la quinina puede introducirse por vía hipodérmica usando una solución de clorhidrato.

Clorhidrato de quinina	} aa 1 grs.
Uretano	
Agua destilada	

Para dos inyecciones de 5 c. c. equivalente a 50 centigramos de la sal química.

Algunos alemanes, reemplazan la quinina por sus derivados: la lactofenina a dosis de 0,50 repetidas con intervalos de horas.

La criogenina se ha usado en sellos de 0,30 a 0,50 en número de 3 a 4 en las 24 horas. No es muy eficaz.

Antisepsia intestinal. -- La mal llamada antisepsia intestinal, que no es absoluta, y cuyos medicamentos para ese fin tiéndese a abandonar, tanto más, que en concepto moderno, la infección tífica es una enfermedad general, con localización intestinal; se consigue parcialmente con el uso repetido de purgantes, salinos de preferencia, que al principio, en su iniciación, no son perjudiciales, pero a medida que la enfermedad avanza, y las lesiones locales se acentúan, su uso se hace peligroso por las hemorragias o perforación intestinales. Algunos continúan, sin embargo, dándoles a sus enfermos en dosis débiles con intervalos variables; cuando hay estreñimiento.

Muchos otros medicamentos se han usado también. Bouchard daba el calomel habiendo sido antes prescrito por Salet a las dosis de 0.01 de hora en hora, para provocar salivación.

El mismo Bouchard lo empleaba simultáneamente con los baños fríos en la iniciación de la enfermedad,

daba 0,40 de calomel por día repartidos en dosis de 0,02 cada dos horas. Repetía la dosis diariamente durante 4 días.

En los niños, Marfan, da colomel el primer día 0.03 a 0.05 gramos en 3 veces con una hora de intervalo. En los días siguientes una mezcla de partes iguales de benzonaftol y subnitrate de bismuto, cincuenta centigramos de cada uno en las veinte y cuatro horas para un niño de 5 años. Da además, 10 gramos de magnesia en forma de citrato y un enema diario.

Bouchard, que parece haberse dedicado a la anti-sepsia intestinal, ideó una mixtura conteniendo 100 gramos de polvo de carbón de álamo, 1 gramo de yodo-formo, 5 gramos de naftalina, 200 gramos de glicerina y 50 gramos de peptona. Esta mixtura la hacía ingerir cada dos horas a la dosis de una cucharada en un tercio de vaso de agua. Después, substituyó la mixtura por naftol B y salicilato de bismuto, dos gramos y medio diarios de cada uno, a los cuales agregaba 50 gramos de carbón vegetal y azúcar en cantidad suficiente.

Esta última mezcla era suministrada a los enfermos en caso de diarrea a la dosis de una cucharada de café de hora en hora. Más tarde, el mismo autor renunció a prescribir estas fórmulas por el desagradado que producen en los enfermos.

El betol o salicilato de naftol, el benzonaftol, se

utilizan a las dosis de 3 a 4 gramos en el día repartidos en fracciones de 0.50 cada 2 a 3 horas.

Dujardín-Beaumetz, prefiere el salol a dosis de 1 a 4 gramos, al cual agrega salicilato de bismuto.

Renaut de Lyon, da el yodoformo porfirizado al interior, a dosis de 0.75 centigramos en tres tomas, en un sólo día.

Se ha usado también sin éxito el fenol alcanforado, dosificado en X gotas cada dos horas. Esta medicación es peligrosa.

La urotropina, cuyo uso es mayor y cuya acción ha sido puesta en claro por Chauffard, se administra a dosis variables de 1 a 4 gramos en las 24 horas. Se elimina con la bilis, y según él, ejerce la antisepsia biliar, en cuyo medio persisten y se multiplican los bacilos de Eberth, haciendo a los sujetos que han curado, portadores de gérmenes o determinando complicaciones alejadas. Por otra parte, eliminándose la urotropina por el riñón, ejercería una acción antiséptica, sobre todo el aparato urinario.

Murchinson había prescrito el ácido clorhídrico ofic. que aún se usa y que al mismo tiempo combate la diarrea cuando es muy pronunciada.

La dosis es de uno a dos gramos en una poción azucarada.

Hayen ha empleado el ácido láctico también en limonada azucarada y lo daba a dosis de 15 a 20 gra-

mos por día ; sería al mismo tiempo un moderador de la diarrea, y atenuaría el meteorismo con todos sus peligros.

En estas proporciones está desprovisto de toxicidad y de acción irritante o perjudicial sobre la mucosa del tracto gastro-intestinal.

También a los fines de la antiseptia intestinal se ha dado el agua cloroformada a la dosis de una cucharada de sopa cada 2 horas.

El peróxido de magnesia en cápsulas queratinizadas, se dá de 0.30 cada cápsula cada 3 o 4 horas (Kirpatrick), no se ha generalizado, por no haber dado resultados.

Todos estos medicamentos y algunos otros que aún habría que agregar a la larga lista ya enumerada y cuyo modo de aplicación acabamos de ver tienen una acción obscura que no se traduce de una manera evidente en la observación del enfermo, algunos disminuyen la diarrea, pero no abrevian la marcha de la enfermedad ni atenúan los síntomas a un grado que hiciera vulgarizar su uso.

Pero como dicho uso no comporta peligros mayores para el enfermo, pueden ensayarse sus efectos.

En cuanto a la antiseptia general que está indicada después que se ha comprobado que la infección también es general, comprende la medicación anti-in-

fecciosa, la que destruye el germen y neutraliza sus toxinas.

En este grupo está incluida la medicación específica de sueroterapia y vacunación curativa que ha sido objeto de numerosos trabajos y estadísticas; la inyección de sustancias coloidales u otros que acentuando la leucocitosis y el poder o índice opsónico del suero aumentan las defensas del organismo. Entre las sustancias coloidales se emplea el electrargol, el electropalladiol en inyecciones subcutáneas, intramusculares o mejor endovenosas dadas diariamente, y que si no han abreviado la enfermedad han hecho descender la intensidad de los síntomas y aumentar la leucocitosis. Esos coloidales según Robin, son útiles en otras infecciones (puerperal, estreptococcia) como ineficaces en la dotieneria.

El nucleinato sódico prescrito por Chantemesse en inyecciones, de 0.20 a cuarenta centigramos diarios, el suero trementinado, las peptonas inyectables (Withe, Dufresne) determinan fagocitosis más o menos pronunciadas.

Diuréticos. — No me extenderé en consideraciones sobre el beneficio de estos medicamentos activadores del funcionalismo renal, aumentando la secreción urinaria, aumentan la eliminación de las toxinas circulantes en el torrente circulatorio. Los baños, la leche, las tisa-

nas, la ingestión de líquidos fríos y en abundancia, obran en ese sentido. La teobromina, la cafeína, la lactosa, tienen indicaciones especiales en los casos de oliguria y en los casos de miocarditis o con síntomas de debilidad cardíaca, para disminuir el trabajo del corazón.

Medicación tónica. — Fué estudiada desde Graves y Stokes. Comprende el conjunto de medicamentos para levantar el estado general, sostener las fuerzas del enfermo, estimulando las funciones de todos los órganos, en la lucha contra el germen. Se suministra expresamente la quina, el alcohol, las bebidas alcoholizadas. Jaccud prescribió la poción de su nombre, en cuya fórmula entraban como elementos el rum, el cognac, el extracto blando de quina. Se dan 100 gramos diarios. Nadie ignora la importancia de la medicación alcohólica en el alcoholismo crónico, que por el hecho de la enfermedad, esos enfermos están en abstinencia; las manifestaciones en estos casos difieren de lo común, los síntomas son más pronunciados, anormales o ruidosos. Puede observarse el delirio dulce con estupor, los temblores, sobresaltos, debilidad e irregularidad del pulso, las evacuaciones involuntarias; todo ese conjunto de síntomas pueden presentarse y podríamos aquí calificar al alcohol de atenuante de todos estos fenómenos. Hemos visto que el alcohol desempeña las fun-

ciones de alimento. Las contraindicaciones serían los delirios agudos y ruidosos en los no alcohólicos, la oliguria y la albuminuria. En los sujetos jóvenes debe abstenerse, aunque no de una manera absoluta, el suministrarles alcohol. En lo posible, no se debe dar por debajo de los 15 años.

También hemos visto el uso del alcohol, antes, durante y después de los baños, para facilitar la reacción.

CAPITULO IV

Métodos

Con este apelativo se han descrito procedimientos bien determinados para el tratamiento de la enfermedad.

Estos métodos, aplicados cada uno de ellos por el autor que los ha ideado y otros hasta los cuales han trascendido, están sostenidos por las estadísticas de numerosos casos sometidos a cada uno de los mencionados procedimientos, que son más o menos buenos en cuanto el número exiguo de decesos y casos manifiestos de curación, cuyos índices lo revelan sus cifras.

El método de Brand con sus baños sistemáticos y reglamentados que ya hemos tratado con su alimentación exclusiva en el período de estado, compuesta únicamente de caldo desengrasado, poco salado, y leche, da las siguientes cifras de curación y defunciones :

Sobre 1335 enfermos, la mortalidad fué 4,6 por ciento, entre ese número había que considerar que 200 eran de ciudad y ninguno había fallecido ; a los 135 .

restantes que eran de campo, había que atribuir pues, una mortalidad de 12 %.

Otra estadística por método de Brand llevada sobre 8141 enfermos, dá un porcentaje de 7,4 % de mortalidad.

El el hospital Bethania, de Berlín, sobre 3141 casos, hubo una cifra de 13.4 % de muertos.

La estadística de Munich llevada desde el año 1868 a 1875 ; de 2224 enfermos, se deducía un porcentaje de 9,2 % de fallecidos.

Las cifras máximas han oscilado entre 10 y 19 % y las mínimas 8 a 10 %.

Método de Jaccoua. — Se refiere al cumplimiento de las siguientes condiciones en el tratamiento de los enfermos :

- 1.º Ahorrar sus energías y sostener las fuerzas.
- 2.º Combatir la hipertermia.
- 3.º Combatir las congestiones pasivas.

Para la primera condición lleva especial cuidado en suministrar una alimentación cualitativa y cuantitativamente suficiente para cubrir las necesidades calóricas. Tonifica los enfermos con quina y bebidas o pociones alcoholizadas. Para combatir la temperatura elevada, usa la balneoterapia, las lociones, los antipiréticos, alternando su uso. El es quien prescribía el ácido salicílico

que ya no se usa ; a las dosis siguientes 2 gramos el primer día, 0,50 el segundo y tercer día.

Para combatir las congestiones, cambia de posición a intervalos y coloca en la base del tórax y miembros, ventosas diariamente.

Sobre 636 casos así tratados, la mortalidad ha sido de 11,6 %.

Método de Bouchard. — Combate la hipertermia con baños tibios, alternando su uso con los antitérmicos químicos. Prefiere, como ya hemos visto, la quinina. Cuando la temperatura llegaba a 40°, daba cada 3 días dos gramos el primer septenario ; 1,50 gramos el segundo y 1 gramo el siguiente o subsiguiente, hasta el descenso de la curva. Cada 3 días también dá un purgante salino. Administraba el calomel en la forma ya indicada. Para los enemas usaba el agua naftolada.

554 casos así tratados, han dado un porcentaje de mortalidad de 54 individuos a sea 9,74 %.

Método de Debove. — Además de los baños, éste ha prestado especial atención a la eliminación por los emuctorios renales de las toxinas. Por eso activa la diuresis por distintos medios. Aumenta considerablemente la ingestión diaria de líquidos, elevando la cantidad de 6 a 7 litros en las 24 horas.

Sobre 154 casos, ha tenido 17 muertes o sea 11

por 100. En otra estadística de 54 casos, se constata una mortalidad de 9,92 %.

Método Dujardin-Beaumetz. — Es un método expectante, siempre que la temperatura no pase 39,5, no interviene activamente para disminuirla. Prescribe únicamente un régimen alimenticio líquido y una higiene general y local.

En la iniciación de la enfermedad dá un purgante salino que luego repite cada 2 días. Para la antiseptia intestinal da salol y salicilato de bismuto en partes iguales y repartidos en sellos de 0.50 centigramos en las 24 horas, a dosis general de 1 a 2 gramos.

Cuando la temperatura se eleva por encima de 39,5, dá antipirina : 1 gramo cada 4 horas en un cachet, hasta que dicha temperatura descienda a 38°.

Tenifica con quina y posición Todd en todo el transcurso de la enfermedad.

Los métodos de Vaquez y demás a base de una alimentación más substancial, no se han divulgado mayormente, a pesar de los datos que nos suministran las observaciones de este autor y de los que han seguido a éste, imitando y aún exagerando las prescripciones de alimentos semilíquidos o sólidos.

CAPITULO V

Observaciones personales

No siempre el médico práctico puede disponer de una familia con comodidades para prescribir en sus enfermos de tifoidea, la balneoterapia. Sea que el local donde se colocan los enfermos sirva de dormitorio a otros miembros de la misma familia, presente un área reducida, o que la familia no disponga de bañeras, rehusándose además, trasladar el enfermo al hospital; sea que el médico no pueda confiarse en algún miembro de esa misma familia, o ya sea que se trate de asistir un tifoideo en el campo, lejos de centros poblados; en todos esos casos está impedido el uso sistemático de los baños y estará indicado poner en práctica la expectación. Por otra parte, se han emitido opiniones modernas, que aunque no desconocen y expresan las ventajas positivas de los baños, manifiestan que en más de la mitad de los casos, serían innecesarios. Vogl añade: «ahora se piensa que una elevación térmica mo-

derada no representa para el organismo el peligro que se suponía antes». Parece que los anticuerpos y las substancias inmunizantes que prepara el organismo frente al atacante, son mayores con la temperatura siempre que sea moderada ; y la producción de esas substancias defensivas es estimulada por esa misma temperatura. Habría, naturalmente, que definir o que dilucidar a lo que ellos llaman temperatura moderada.

Muchos clínicos, y entre nosotros los hay, han suprimido los baños en la mayoría de los tifoideos, usando otros medios físicos de refrigeración local y general o haciendo prescripción de anti-térmicos químicos para combatir la hipertermia, cuando ésta es excesiva, y han manifestado y a diario se oye, que la mayoría de sus enfermos han evolucionado bien, siendo las cifras estadísticas de la mortalidad por ellos tenida, inferiores a las suministradas por la aplicación de las prácticas hidroterápicas.

Los defensores de estas prácticas, para sostenerla enumeran las múltiples ventajas de los baños por nadie desconocidas, y los partidarios de la expectación presentan las cifras estadísticas.

Pero como muy bien dice Milhit «nada es más equivocado en materia de fiebre tifoidea que los datos estadísticos, cuando esta encuesta no es llevada sobre un número considerable de casos, además el grado de malignidad de las epidemias, hace difícil la compara-

ción de los resultados». Esta última aseercción puede encontrarse enseguida cuando se leen las estadísticas insertas al tratar el método de Brand, se ve el índice distinto de mortandad con un mismo procedimiento.

A continuación transcribo breves comentarios de observación clínica llevado sobre 51 casos de tifoideos habidos en el servicio de Clínica Médica del doctor Arturo J. Soldini, sito en el Hospital Pirovano.

En dicho servicio, en los casos de esta infección, durante el transcurso de dos años de mi permanencia, no se aplicó a ninguno de ellos la hidroterapia bajo forma de baños. Se ha hecho a semejanza del método de Dujardin-Beaumetz una medicación expectante, pero que difiere algo de la de ese maestro.

He aquí el método si así podríamos llamarlo: Los enfermos a su ingreso, cuando la afección recién se iniciaba, sin poder hacer con clorovidencia el diagnóstico, cuando sus síntomas se confundían con los de un embarazo gástrico febril; previo un baño de limpieza en el momento de traerlos al servicio, se le administraba un purgante salino. Se hacían prescripciones de dietética, dando leche mezclada con te o café cada dos horas y caldo de cereales 3 veces por día. Se colocaba una bolsa con hielo sobre el abdomen, que facilitaba además, en pocas horas, la aparición al nivel de la superficie de aplicación de manchas rosadas lenticulares síntoma positivo que se tenía en cuenta para el diag-

nóstico. Comprobado éste en breve transcurso de tiempo y confirmado por el laboratorio, se continuaba el mismo género de alimentación, dando además, bebidas frescas en abundancia, agua de Vichy o limonada cítrica, para la cual se insistía periódicamente al enfermo a fin de que las aceptara. Todas las mañanas, al practicarse muda de la ropa, se hacía una loción con agua alcoholizada y se recubrían con pasta Lassar la región glútea, los talones o los pliegues. La cabellera, los genitales externos, la boca, eran objetos de un cuidado asídúo. Las temperaturas por encima de 39.5, era combatida con la colocación de otras dos bolsas de hielo una sobre la cabeza y otra sobre la región precordial.

Con su permanencia continuada, se obtenía un descenso de la curva febril más o menos pronunciado.

Las temperaturas por encima de 40°, eran objeto de una indicación especial, se administraba un sello de 0.30 de piramidon y 0.10 de citrato de cafeína, obteniéndose un descenso variable y duradero. En este momento se indicaban estimulantes cardíacos, aceite alcanforado, espartenia, estrignina. En los casos de adinamia pronunciada, los estimulantes, la adrenalina suministrada esta última con suero glucosado por enteroclisís lenta con aparato cuenta gotas de Murphy, en los casos habidos ha obrado favorablemente (XXX a XL gotas de la solución al 1 por 1000 en 24 horas).

En los casos de excitación con temperatura baja,

se aplicaban bolsas calientes, se abrigaba bien a los enfermos y se estimulaban con inyecciones. Las complicaciones se prevenían por una observación diaria del enfermo. En su tratamiento, se ejecutaban las indicaciones comunes a cada una de ellas. Sistemáticamente, para modificar el estado general, para tonificar el organismo, levantar el pulso y evitar las recaídas, se daba a todos los enfermos de tifoidea una poción conteniendo 25 gotas de una solución al milésimo de adrenalina mas dos gramos de urotropina y 120 a 150 de poción Todd en las 24 horas.

El único tropiezo que se ha tenido es el estupor permanente en algunos enfermos que impide en parte una buena alimentación, pero las insistencias del enfermero vencen en gran parte esa resistencia. El estupor y la ausencia de los baños no han hecho prolongar la enfermedad. El ciclo evolutivo ha sido de 4 a 5 semanas, como en los demás casos donde se aplican los baños, el organismo, no obstante revelar a nuestros sentidos, un estado de postración e inacción, se ha defendido bien contra el germen y toxinas.

De los 51 casos observados y así tratados, se han producido dos defunciones o sea alrededor de 4 %. Una de las enfermas fallecidas, ingresó al servicio al final de la segunda semana con 41° de temperatura adinamia profunda, signos de miocarditis, 130 pulsa-

ciones por minuto, ligeros edemas maleolares, temblor y acrocianosis, falleciendo al tercer día de su ingreso.

El otro caso de deceso fué una chica de 10 años que había ingresado junto con la madre, ambas afectadas de la misma enfermedad. Ingresó también, tardíamente, en el curso de la segunda semana. Al tercer día de convalecencia, se produjo una recrudescencia de la curva térmica. Como el enflaquecimiento era muy marcado, falleció de inanición. En este caso no podía hacerse balneación fría, por tratarse de una forma clínica con delirio, excitación y temperatura por debajo de 39°, a pesar del calentamiento artificial y de las inyecciones, no se pudo conseguir hacerla reaccionar; siguió así hasta la defervescencia, después de lo cual, hizo la recaída fatal.

He aquí resumidos, los otros enfermos, cuyos datos transcritos están en el libro de sala.

M. M., 20 años, francesa. Ingresó en marzo de 14-915, alta abril 7. Forma mediana.

M. B., 38 años, enfermera francesa. Ingresó en marzo 15-915, alta abril 10. Forma mediana.

I. B., 21 años, italiana. Ingresó en abril 16-915, alta mayo 22. Forma mediana.

A. G., 18 años, argentina. Ingresó en abril 18-915, alta mayo 18. Forma mediana, con una enterorragia.

A. F., 39 años, española. Ingresó en abril 25 de 1915, alta mayo 22. Forma mediana.

F. C., 20 años, argentina, Ingresó abril 12-915,
alta mayo 20. Forma mediana.

R. V., 17 años, española. Ingresó mayo 1-915,
alta Junio 3. Forma mediana.

A. M., 23 años, española. Ingresó mayo 13-915,
alta Junio 5. Forma mediana.

B. G., 60 años, española. Ingresó mayo 5-915,
alta junio 10. Forma mediana.

A. S., 25 años, italiana. Ingresó mayo 5-915, alta
junio 4. Forma mediana.

I. P., 21 años, española. Ingresó mayo 12-915,
alta julio 20. Forma hemorrágica, epistaxis, dos ente-
rorragias.

A. G., 26 años, argentina. Ingresó junio 17-915,
alta julio 26. Forma mediana.

M. G., 35 años, española. Ingresó junio 14-915,
alta agosto 10. Forma mediana.

A. B., 19 años, argentina. Ingresó junio 12-915,
alta agosto 10. Forma mediana.

A. G., 25 años, española. Ingresó junio 15-915,
alta agosto 8. Forma mediana.

A. S., 30 años, española. Ingresó junio 15-915,
alta junio 18. Forma adinámica, miocarditis, muerte.

A. F., 28 años, argentina, Ingresó junio 18-915,
alta julio 12. Forma mediana.

C. T., 16 años, argentina. Ingresó diciembre 13
de 1915, alta diciembre 23 (llevada). Forma mediana.

- S. D., 20 años, española. Ingresa diciembre 10 de 1915, alta enero 24-916. Forma mediana.
- F. S. A., 19 años, argentina. Ingresa diciembre 28-915, alta enero 27-916. Forma mediana.
- R. D., 20 años, argentina. Ingresa diciembre 20 de 1915, alta abril 5-916. Convalecencia prolongada.
- F. R., 16 años, argentina. Ingresa enero 25-916, alta febrero 24. Forma mediana.
- E. F., 18 años, española. Ingresa enero 26-916, alta marzo 12. Forma mediana.
- A. G., 16 años, argentina. Ingresa enero 26-916,
- A. G., 16 años, argentina. Ingresa enero 27-916, alta marzo 5. Forma mediana.
- V. P., 15 años, argentina. Ingresa enero 30-916, alta abril 10. Forma mediana.
- S. C., 25 años, italiana. Ingresa febrero 2-916, alta abril 4. Forma mediana.
- A. M., 21 años, argentina. Ingresa febrero 12-916, alta abril 12. Forma mediana.
- C. F., 28 años, española. Ingresa febrero 16-916, alta abril 10. Forma mediana.
- R. G., 17 años, española. Ingresa febrero 19-916, alta abril 20. Forma mediana.
- B. P., 18 años, argentina. Ingresa febrero 20-916, alta abril 18. Forma mediana.
- A. R., 23 años, oriental. Ingresa febrero 25-916, alta abril 30. Forma mediana.

P. S., 33 años, italiana. Ingresa febrero 25-916, alta abril 22. Forma mediana.

M. M., 15 años, argentina. Ingresa abril 11-916, alta abril 16 (llevada). Forma mediana.

L. M., 20 años, argentina. Ingresa febrero 17 de 1916, alta febrero 24. Forma mediana.

F. G., 29 años, española. Ingresa marzo 9-916, alta marzo 13. En convalecencia.

E. G., 50 años, española. Ingresa abril 3-916, alta abril 30. Forma mediana.

D. A., 15 años, argentina. Ingresa abril 15-916, alta mayo 14. Forma mediana.

O. B., 28 años, española. Ingresa abril 18-916, alta mayo 30. Tifoidea y embarazo.

B. A., 22 años, argentina. Ingresa abril 29-916, alta julio 9. Tifoidea, endocarditis crónica, ins. mitral.

M. G., 33 años, italiana. Ingresó mayo 29-916, alta julio 2. Forma mediana.

M. G., 10 años, argentina. Ingresa junio 18-916, alta julio 2. Recaída, muerte por inanición.

C. G., 25 años, italiana. Ingresa junio 13-916, alta julio 13. Forma mediana.

C. M., 17 años, italiana. Ingresa julio 2-916, alta agosto 3. Curada.

C. Z., 18 años, argentina. Ingresa noviembre 12

de 1916, alta diciembre 17. Tifoidea y miocarditis ;
curada.

C. B. A., 25 años, italiana. Ingresa diciembre 15
de 1916, alta enero 7-917. Ambulatoria.

J. E. R., 18 años, argentina. Ingresa febrero 5
de 1917, alta abril 3. Forma mediana.

L. C., 18 años, argentina. Ingresa febrero 22 de
1917, alta mayo 14. Forma mediana.

E. B., 16 años, austriaca. Ingresa marzo 24-1917,
Vista en defervescencia.

A. L., 16 años, argentina. Ingresa marzo 26-917,
Vista en defervescencia.

Conclusiones

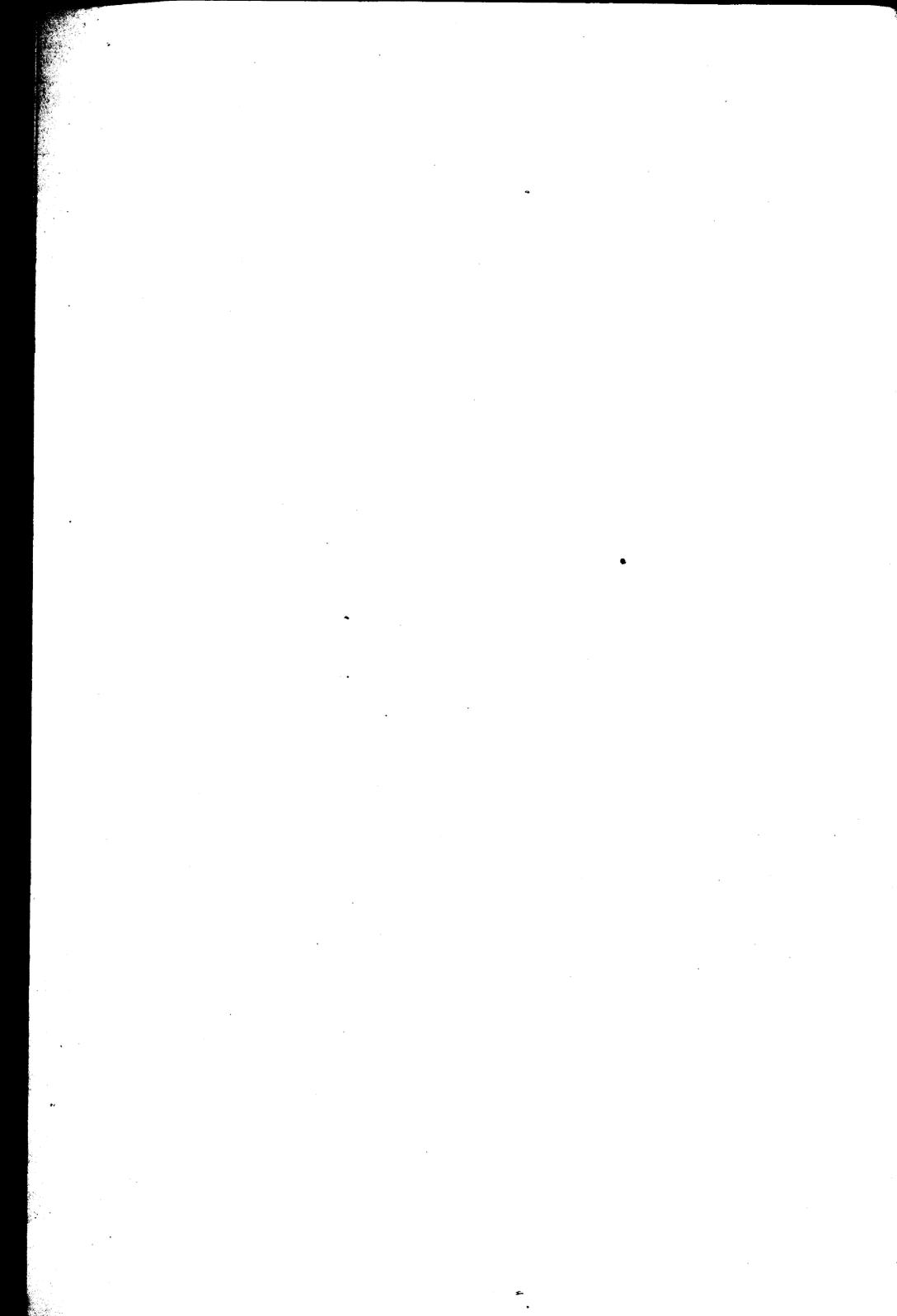
Del estudio analítico sobre los casos clínicos expuestos, se deduce lo siguiente :

1.º Que en ciertas formas de la infección no son indispensables : la balneación, las compresas o las lociones frías.

2.º Que las formas capaces de evolucionar favorablemente sin estos medios físicos de refrigeración, son las leves y medianas con temperaturas moderadas y exentas de complicaciones.

3.º Que aunque en las observaciones se constaten ejemplos de mayor gravedad con resultados favorables, no por eso se debe, tratándose de casos semejantes, preconizar un método expectante.

4.º La evolución de la enfermedad tratada así, se hace en el mismo lapso de tiempo, que el que se puede obtener con la balneación, no se abrevia ni se prolonga el curso de la enfermedad.



Bibliografía

- Boggs.* — Semaine medical (Julio de 1900).
- Baltazard.* — Toxines et antitoxines thyphiques. (Tesis de París 1909).
- Bouchard.* — Autointoxications dans les maladies.
- Bronardel et Gilbert.* — Fièvre typhoïde.
- Barié.* — Maladies du cœur et de l'aorte.
- Claise.* — Le régime des typhiques. (La Clinique, mars 1909).
- Cheinisse.* — Traitement de la fièvre typhoïde par les applications d'alcool (Semaine M., Nov. 1909).
- Chantemesse et Khan.* — Hiperleucocytose provocquée par le nucleinate de soude. (Ac. M., junio 1907).
- Chaufarà.* — L'urotropine dans le traitement des infections aigües et dans la fièvre typhoïde. (S. M., mars 1911).
- Castaigne et Boiffin.* — Maladies infectieuses aigües
1912.

- Echeverria José F.* — Tesis de Buenos Aires, Los procesos Eberthianos.
- Enrique Berer Lanny LaFitte.* — Tratado de medicina.
- D'Espine et Picot.* — Maladies des enfants.
- Garnier et Nobecourt.* — Therapeutique des maladies infectieuses.
- Medou.* — Tratado de Fisiologie.
- Lénez.* — La refrigeración systematique de l'abdomen dans le traitement de la fièvre typhoide. (Bulletin Medical, abril 1900).
- Milhit.* — Traitement de la fièvre typhoide.
- Mauquat.* — Tratado elemental de terapéutica.
- Mathieu et Roux.* — Pathologie gastro-intestinale.
- Potain.* — La fièvre dans la convalescence de la dothiententerie.
- Saquépée.* — Les porteurs des germes. (Bulletin de l'Institut Pasteur, enero 1910).
- Saquépée.* — L'alimentación du typhique. (Paris Medical, 18 mars 1911).
- Roger.* — Alimentation et digestion. (Paris 1907).
- Vaquez.* — Alimentation dans la fièvre typhoide.
- Penna y Madero.* — Historia de la administración sanitaria y asistencia pública (1910).
- Mohr y Staehelin.* — Tratado de medicina.

Buenos Aires, Junio 16 de 1917

Nómbrese al señor Académico doctor José Penna, al profesor titular Dr. Justiniano Ledesma y al profesor suplente Dr. José Moreno, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.

Secretario.

Buenos Aires, Julio 23 de 1917

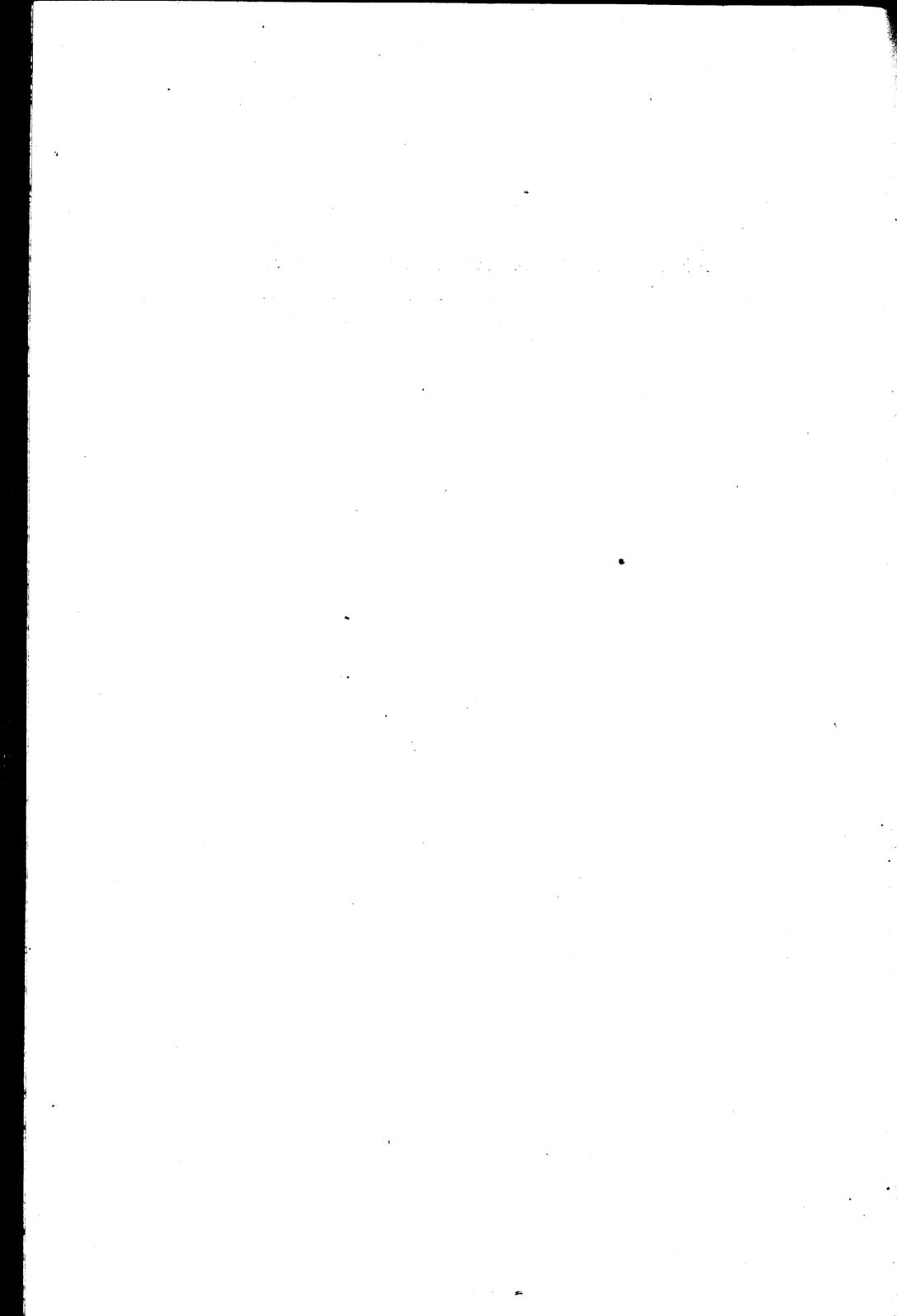
Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta 3338 del libro respectivo entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou

Secretario





PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Concepto actual de la infección tífica y de la fiebre tifoidea.

J. Penna.

II

La substracción de calor es el único medio de acción del frío o hidroterapia tifoidea ?

J. Ledesma.

III

Fisiología del proceso febril y terapia fisiopatológica de la infección tifoidea.

J. Moreno.

