

NOTAS CLÍNICAS

PARA CONTRIBUIR AL

ESTUDIO DEL TIFO EXANTEMÁTICO EN GUATEMALA.

SINONIMIA

Tifo exantemático.—Tifo petequial.—Tifo nervioso.—Tifo de Irlanda.—Tifo de Hungría.
—Tifo de los navíos.—Tifo de los campos.—*Tifus ferer de los ingleses.*

RESEÑA HISTÓRICA.

Difficil si nó imposible es relatar la historia completa de cualquiera de las enfermenades infecto-contagiosas de nuestro país, debido á la carencia de datos referentes á epidemiología, inexactitud de datos estadísticos y otras mil razones que omito.

Antes de que apareciera la actual epidemia, ninguna obra de literatura médica guatemalteca, menciona esta enfermedad que, en épocas pasadas como en la presente ha causado millares de víctimas.

Con el objeto de establecer una estadística aproximada de la enfermedad, me dirigí á varios distinguidos facultativos departamentales y ni siquiera obtuve contestación.

He tenido pues, que limitarme á consultar el notable trabajo presentado á la Juventud Médica por el socio honorario Dr. don Carlos Padilla, en Mayo de 1902.

En dicho trabajo encontré los datos históricos siguientes, que consigno literalmente por ser de sumo interés.

«Hace cuatro ó cinco años que reina en el Occidente de Guatemala el tifus exantemático y sin embargo es escaso el número de médicos que tienen exacta noticia de este hecho. El lema «se debe conocer al enemigo para combatirlo» encuentra aplicación si se quiere obtener éxito en la lucha contra una epidemia. Las medidas tomadas hasta ahora para evitar la lenta propagación de tifus de pueblo á pueblo, han sido ineficaces casi todas, no obstante que el desarrollo de una epidemia de tifus es más fácil de dominar que la de otras muchas enfermedades infecciosas.

NOTAS CLÍNICAS

PARA CONTRIBUIR AL

ESTUDIO DEL TIFO EXANTEMÁTICO EN GUATEMALA.

SINONIMIA

Tifo exantemático.—Tifo petequial.—Tifo nervioso.—Tifo de Irlanda.—Tifo de Hungría.
—Tifo de los navíos.—Tifo de los campos.—*Tifus ferer de los ingleses.*

RESEÑA HISTÓRICA.

Difícil si nó imposible es relatar la historia completa de cualquiera de las enfermenades infecto-contagiosas de nuestro país, debido á la carencia de datos referentes á epidemiología, inexactitud de datos estadísticos y otras mil razones que omito.

Antes de que apareciera la actual epidemia, ninguna obra de literatura médica guatemalteca, menciona esta enfermedad que, en épocas pasadas como en la presente ha causado millares de víctimas.

Con el objeto de establecer una estadística aproximada de la enfermedad, me dirigí á varios distinguidos facultativos departamentales y ni siquiera obtuve contestación.

He tenido pues, que limitarme á consultar el notable trabajo presentado á la Juventud Médica por el socio honorario Dr. don Carlos Padilla, en Mayo de 1902.

En dicho trabajo encontré los datos históricos siguientes, que consigno literalmente por ser de sumo interés.

«Hace cuatro ó cinco años que reina en el Occidente de Guatemala el tifus exantemático y sin embargo es escaso el número de médicos que tienen exacta noticia de este hecho. El lema «se debe conocer al enemigo para combatirlo» encuentra aplicación si se quiere obtener éxito en la lucha contra una epidemia. Las medidas tomadas hasta ahora para evitar la lenta propagación de tifus de pueblo á pueblo, han sido ineficaces casi todas, no obstante que el desarrollo de una epidemia de tifus es más fácil de dominar que la de otras muchas enfermedades infecciosas.

«De paso advertiré que, en mi concepto, emplear la mentira ó el silencio para ocultar las epidemias por temor de que cunda la alarma en el público, sobre inconveniente y vergonzoso, es poco fecundo en datos epidemiológicos; y por el contrario se obtendrían beneficios positivos para la ciencia y grandes resultados prácticos, si cada Gobierno creara una Organización Médica que entendiéndose con los análogos de otras naciones, indagara la verdad acerca del aparecimiento y desarrollo de las epidemias dictando en su caso medidas profilácticas de reconocida eficacia.

«La enfermedad á que antes me he referido diciendo que ha tomado carta de naturaleza en el país, es el tífus exantemático. ¿Pero de dónde nos habrá venido este tífus exantemático? A primera vista se podría pensar que entrara por Livingston ó Puerto Barrios, viniendo talvez de los mortíferos campamentos cubanos de Tampa y Chicamango á donde quizá fuera llevado de Nueva York. Pero la peste última de Nueva York fué importada por judíos rusos en 1892 y la pequeña epidemia se sofocó inmediatamente, gracias al magnífico servicio sanitario de que dispone esa ciudad.

«Tampoco encontré ningún dato sobre la aparición del tífus exantemático en el ejército norte americano durante la última guerra.

«La única noticia referente al tífus exantemático en Centro-América se debe al conocido Doctor Bernhardt que murió siendo Decano de la Facultad de Medicina de Honduras. Sus observaciones referentes á una epidemia que hubo en Nicaragua el año de 1851 fueron publicadas en el «Deutsche Clinic» número 8 de 1854. Su diagnóstico tiene tanto mayor fundamento cuanto que Bernhardt había presenciado en la Alta Silésia la epidemia de 1847, célebre por las palabras de justa censura que el joven Virchow dirigió con motivo de ella al Gobierno Prusiano que le había pedido un informe.

«Sábese que por Nicaragua pasaron á mediados del siglo XIX gran parte de los aventureros que fueron á buscar oro á California y nada raro sería que hayan sido ellos los que dejaron en aquel país el mal típico de los desdichados de la tierra, ya trayéndolo directamente de su foco principal Irlanda ó ya de Nueva York, donde pudo hacer escala, bien que á ciencia cierta no se conoce que esa ciudad haya sido infectada sino por los emigrados rusos en 1861.

«Tampoco el dato de la pasajera epidemia de Nicaragua nos hace adelantar mucho en la investigación del origen de nuestra epidemia actual.

«Indudablemente no son las vecinas repúblicas del Sur sino la del Norte á donde debe dirigirse nuestra mirada.

«Según la obra de Hirsh el tífus exantemático llegó á México casi con la conquista.

«Pero á la atención de Hirsh y de los autores de quienes sacó los datos históricos, se escapó por completo lo dicho por el excelente cronista de sus hazañas y conquistador Bernal Díaz del Castillo. El en su «Historia verdadera de la Conquista de Nueva España,» refiere que al regresar Cortés de la desgraciada expedición que hizo á Honduras el año de 1526, se halló frente al nuevo peligro de ser juzgado por el Lic. Luis Ponce de León, enviado por el Rey con ese objeto; pero poco tiempo después de su llegada á México, Ponce cayó enfermo de *mal de modorra*, estuvo cuatro días sin tener las ideas bien claras, y por último murió al noveno.

«Los enemigos de Cortés propalaron la especie de que Ponce había muerto envenenado. Pero el más aferrado de esos detractores Fray Tomás Ortiz, murió dos meses después del mismo mal de modorra que también atacó causándoles la muerte á otros individuos de la orden y más tarde á un hijo de Marcos Aguilar, sucesor de Ponce.

«Jourdanet suministra el detalle interesante sacado de Herrera, Década 5ª, libro 9, capítulo 8, de que los médicos del Lic. Ponce elevaron al Rey un informe en el cual designaron la enfermedad del finado con el nombre de fiebre maligna.

«Jourdanet, sin citar la fuente de su aseveración, dice que *modorra*, como expresión vulgar y fiebre maligna en el lenguaje médico, eran en la España de entonces las palabras usadas corrientemente para designar lo que hoy se llama tífus.

«En realidad, conforme al Diccionario, *modorra* significa sueño, de igual manera que la palabra *typho* en idioma griego.

«También es un hecho que en los siglos XV y XVI reinaba en España el tífus acaso llevado de Oriente por la vía de Chipre.

«Bernal Díaz del Castillo continúa su relación, contando que en el buque en que vino el Lic. Ponce se declaró una peste que atacó durante la travesía á más de cien personas, muriendo algunas y que después del desembarque en Medellín aún sucumbieron otras del mismo mal de modorra.

«En México pocos monjes escaparon de la enfermedad y corrió la noticia de que ésta se había propagado en todo el país.

«Fijándose mucho en la expresión *todo el país*, Jourdanet duda de que se tratara del tífus; porque él solamente lo había

observado en los lugares altos. Es de sentirse que el único médico á quien llamó la atención lo relatado por Bernal Díaz del Castillo sobre el particular, haya rechazado la bien fundada hipótesis de la llegada del tífus á México el año de 1526, contribuyendo á mantener el error de que esto no se verificó sino en 1576.

«La peste de 1546 y la de 1576 tuvieron dos cronistas, el monje Juan de Torquemada y el padre Sahagun, quien la pudo describir por experiencia propia. Ambos cronistas hablaban de cefalalgia, vómitos, manchas rojas, hemorragias nasales y bucales, siendo las últimas muy copiosas. Al lado de la palabra azteca *matlazahuatl*, usada para llamar diversas erupciones cutáneas, aparece la voz castellana *tabardete*, que según el Diccionario es el nombre que se daba antiguamente á la escarlatina.

«Ambas palabras se empleaban para designar las manchas cutáneas; pero es de advertir que éstas en el tífus no pueden nunca llamar la atención de los profanos, particularmente si se trata de gente de color oscuro. Recordando por otra parte las hemorragias copiosas, muy abundantes en el tífus, se verá que hay varias razones para estimar las ya mencionadas pestes y las de 1736 y 1762 como de escarlatina maligna.

«La descripción de la enfermedad que hizo sucumbir al Lic. Ponce, se adapta admirablemente á un caso de tífus. El quinto día cuando brotó el exantema se le ofuscó el entendimiento; cuatro días después ó sea al noveno, sobrevino la muerte. Es lo frecuentemente observado en el tífus. La epidemia en el navío; la muerte del fraile Ortiz, ocurrida dos meses más tarde, son datos cronológicos que también concuerdan con lo que la experiencia enseña respecto del tífus, cuya larga incubación no dura menos de catorce días.

«Sucede á menudo que cuando se trata de la historia de las epidemias se cometen muchos errores, porque de pocas y vagas frases se deducen conclusiones inexactas. Pero en el presente caso creo que sin violar los hechos ni interpretarlos con exceso de fantasía, puede sostenerse con bastante fundamento que en 1526 hizo el tífus su primera invasión en México.

«A pesar del intervalo enorme de los siglos, hay datos consignados en la misma obra de Hirsh, que permiten establecer cierta continuidad entre el *mal de modorra* de Bernal Díaz y el tífus endémico revelado por los franceses. Montana (New-York, med. Rec. 1813), presencié en México una epidemia de tífus, á la que los indios llamaron «matlazahuatl.»

No sería extraño que una palabra azteca vaga y general haya sido usada entonces, para llamar una enfermedad diferente de la escarlatina, sobre todo si tomamos en consideración la decadencia del idioma azteca en 1813.

«En la misma obra Hirsh cita además á los médicos franceses Ponet, Buanet y Condet (Rec. de Med. Mil., febrero, marzo y mayo de 1863) y al belga Viullot (Pres. Med. belge 40. 1866) y dice: «Encontraron el tífus exantemático como epidemia en las altiplanicies mexicanas.»

«El citado Jourdannet, afirma así mismo en una nota consignada en su traducción francesa de la Historia de Bernal Díaz del Castillo que él (Jourdannet) encontró el tífus endémico en las alturas de México en 1878.

«No se puede saber cuantas veces desde el año de 1526, habrá llegado el tífus de las alturas mexicanas á Guatemala y hay absoluta carencia de datos para presumir que esta enfermedad se haya conservado como endémica en este país.

«En las obras de historia patria, se hallan muy pocas noticias que se refieran á epidemiología.

«En su Historia de Centro-América (1876), don José Milla y Vidaurre dice que el año de 1851 se fundó un hospital por los frailes dominicos á causa de que durante los trabajos de construcción de la ciudad de Guatemala murió mucha gente. En la actualidad suelen venir á esta capital constructores y picapedreros de las ciudades de Quezaltenango y Totonicapam. ¿Sucedería lo mismo en aquella época, y traerían ellos un germen de la epidemia que entró á México con Ponce de León y probablemente á esta República por la frontera mexicana?

«En el compendio de la Historia de la ciudad de Guatemala por Domingo Juarros (1809) hay otra noticia que permitiría suponer el transporte del tífus por los menestrales altenses. Consigna el historiador en una especie de catálogo de las calamidades que en aquel entonces afligieron á Guatemala, unas «calenturas petequiales» de 1741 á 1773 que aparecieron después de la ruina, indudablemente fué porque en esa época acudieron los artesanos indios á la reedificación de la ciudad.

«También don Manuel G. Elgueta en su obra «Un pueblo de los Altos» (Totonicapam) da el dato de que en 1831 hubo en Totonicapam una epidemia de calenturas.

«Seguir paso á paso la historia del tífus en Guatemala desde aquellos tiempos hasta nuestros días sería casi imposible por falta de datos, pues aún buscándolos con gran empeño, sólo se encontrarían algunos tan vagos é insignificantes que no abrirían el campo de lo verdadero sinó el de aventuras

hipótesis. El origen mexicano de la enfermedad es lo más probable por lo que respecta á las antiguas epidemias. La misma procedencia debe admitirse también para las aparecidas desde fines de 1896 hasta la que en la actualidad reina en algunos pueblos de la República.

«La primera epidemia local de importancia del tífus se ha presentado en Quezaltenango.

«La memoria manuscrita del año 1897 dice: se desarrolló el tífus exantemático, y para impedir la propagación se formó un lazareto en la Escuela de San Vicente, á cargo de Don Alberto Zúñiga quien lo atendió debidamente, evitando así fatales resultados.

«En la memoria presentada por la Dirección del Hospital General de Occidente al Ministerio de Gobernación y Justicia, el 31 de Diciembre de 1900, página 4, dice: estas medidas y otras se han puesto en observancia y así con alguna lentitud, ha ido desapareciendo la terrible enfermedad que cerró los ojos para siempre al joven estudioso, competente y honrado Doctor J. Roberto Molina, que en unión del Doctor Raymundo Velarde servían con desinterés el lazareto de tíficos.»

El tifo exantemático, que indudablemente es la primera vez que se registra en los anales epidemiológicos de esta ciudad, parece seguir la marcha que siguen aquí las enfermedades infecto-contagiosas: se desarrollan cuando pasa el invierno, tienen su apogeo en los primeros meses del año y su declinación cuando se establecen las lluvias.

En Mayo de 1902 el Doctor Don Carlos Padilla escribe: «En nuestro cuadro patológico, el tífus exantemático es una enfermedad nueva. Médicos notables de larga práctica, me han asegurado que nunca han visto un sólo caso de esa dolencia en esta ciudad, en cambio llegó á mi noticia no hace mucho tiempo que otros encontraron un caso raro, único y espontáneo.»

Después de esa fecha he tratado de investigar los casos que se han presentado en la clientela civil de los Doctores establecidos en la Capital, y es esta la ocasión de dar á los señores facultativos, mis agradecimientos por haberme honrado suministrándome esos datos.

En el cuadro siguiente consigno el resultado de mis investigaciones y los datos estadísticos que refiere el Doctor Don Carlos Padilla en su brillante trabajo de tifo exantemático.

POBLACIONES	AÑOS	CURADOS	MUERTOS	TOTAL	MORTALIDAD	FORMAS	COMPLICACIONES	Duración de la enferma.	TERMINACIÓN	EDAD	
Guatemala { Hosp. de epidemias Hospital Militar... Penitenciaria... Particulares...}	1905	124	16	140	12 %	Atáxica, adinámica y febrícula	Otitis, parotiditis, gangrena del pulmón y de la boca.	10, 14 á 25 días.	Por crisis.	De 14 á 50 años.	
	1904-1905	136	17	153	12/50 %		Gangrena simétrica de las extremidades inferiores.—Bronquitis.			Niños, adultos y ancianos.	
	1903-1905	150	20	170	12 %		Embolia de la arteria de la fosa de Silvio, embolia de la femoral, parto prematuro, gangrena de los testículos.				
	1904-1905	23	4	27	17 %		Otitis y bronquitis				
Quezaltenango	1897	29	5	34	14 %						
	1898	78	24	102	30 %						
	1899	150	19	169	12 %						
	1900	72	7	79	9 %						
	1901	31	4	35	11 %						
	1900	204	34	238	14 %						
	1905	50	5	55	10 %						
	1903-1905	600	90	690	13 %						
	1899	833	125	958	15 %						
	1900	1,280	192	1,472	15 %						
Chimaltenango	1901	2,346	352	2,698	15 %						
	1899-1901	5,739	287	6,026	5 %						
Quiché	1899-1901	558	28	586	5 %						
	1899-1901	840	42	882	5 %						
	"	600	30	630	5 %						
	"	2520	126	2,646	5 %						
	"	678	34	712	5 %						
	"	219	11	230	5 %						
	"	1,260	63	1,323	5 %						
	SUMAS	8 años y 1/2	18,260	1,852	20,112	10 %					

Resulta que ha habido en los pueblos de que se tiene noticia, un total de veinte mil ciento doce atacados, con mil ochocientos cincuenta y dos muertos.

Abordaré ahora la etiología, patogenia, descripción etc. de la enfermedad, basando el trabajo en el estudio de 157 observaciones tomadas personalmente en los Hospitales de Epidemias y Militar.

OBSERVACIÓN I.—Nicolás Alvarado, soldado del Batallón Guardia de Honor, ingresó al Hospital Militar el día 30 de Agosto de 1904, ocupando la cama número 15 de la 2ª Sala de Medicina.

Individuo de mala constitución, refiere los datos patológicos siguientes: Tuvo sarampión hace 2 años y disentería últimamente; padre alcohólico, madre muerta repentinamente. No tiene colaterales vivos. El día anterior como á las 7 de la noche fué atacado de calofrío y epistaxis abundante. Al examen encontré los siguientes síntomas: tinte terroso de la piel, demacración notable, conjuntivas inyectadas, voz entrecortada, bordes palpebrales tumefactos, lengua saburral y temblorosa, bazo grueso rebasando unos tres centímetros del reborde costal, hígado normal, nada de meteorismo ni dolor abdominal, aceleración y disminución de intensidad de los ruidos cardiacos, estertores mucosos en los vértices pulmonares, orina albuminosa, temperatura 40°, pulso 120, respiración 20, reflejos normales. Con el objeto de examinar bien el estado de la la piel, que era muy asqueroso, unido al color moreno del enfermo, ordené un baño templado con lociones jabonosas intensas, después de lo cual no descubrí más que hiperemia del tegumento externo. Ordené un purgante salino y me retiré. Al día siguiente el enfermo se presentaba en estas condiciones: delirio violento, pronunciaba palabras incoherentes, cara congestionada, lengua húmeda y pálida, vientre suave á la presión, bazo hipertrofiado, en el hipogastrio se dibujaban algunas manchas rosadas, pequeñas, análogas á las del sarampión, estertores sibilantes en las bases pulmonares. El examen de la orina dió el siguiente resultado: color rojo oscuro, cantidad en 24 horas, 1,000 gramos, reacción ácida, filtrada y tratada por el calor hubo precipitado que no se disolvió por el ácido azótico; luego tenía albúmina. Temperatura 40.2, pulso 120, respiración 20. El Doctor Neri Paniagua, Jefe del servicio, después de un detenido examen formuló el diagnóstico de tifo exantemático y ordenó la traslación del enfermo al aislamiento, prescribiendo baños templados, régimen lácteo y un febrífugo.

El primero de Setiembre (4º día de la enfermedad) al pasar la visita reglamentaria con el Doctor Neri Paniagua, encontramos al paciente en estado de colapso, con delirio

tranquilo, dientes y labios fuliginosos, lengua saburral, nada de accidentes abdominales. La erupción se había generalizado, temperatura 39°, pulso 115, respiración 20. Despedía un olor *sui generis*. En la tarde de este día el estado general era el mismo. El siguiente día (quinto de la enfermedad) el aspecto de la piel era marmóreo, temperatura 39.2, pulso 130, respiración 25, pupilas contraídas, en estado de postración profunda, no reconoce á nadie. Tonos cardiacos muy disminuidos de intensidad. El 3 de Setiembre de 1904, á las 7 a. m. (6º día de la enfermedad) el enfermo muere súbitamente.

La balneación templada, la leche, los purgantes, antisépticos y un febrífugo cuando la temperatura se hizo peligrosa, fué la base del tratamiento instituido por el Doctor Neri Paniagua, Jefe del Servicio.

AUTOPSIA:—Ayudado por el practicante Br. Don Isidro B. Juárez y 2 enfermeros del servicio procedí á la autopsia, cuyo resultado fué el siguiente: abierta la cavidad craneana por un corte circular de sierra, encontramos pequeños focos sanguíneos en las meninges, el tejido subaracnoideo estaba infiltrado y en el ventrículo medio había un gran derrame seroso.

Abierta la cavidad torácica, encontramos el corazón friable, hipertrofiado, con degeneración grasosa y en el ventrículo izquierdo había un inmenso coágulo. Descubiertos los órganos abdominales notamos lesiones catarrales en el estómago, intestino sano, riñones con manchas equimóticas superficiales, hígado congestionado, bazo hipertrofiado, la sangre era de color rojo vinoso. Había coágulo de todos tamaños en los principales vasos.

Como consecuencia de esta autopsia sólo tengo que referir que los dos enfermeros que me ayudaron (Venancio Tejada y Francisco Solórzano) murieron 20 días después de tifo exantemático.

OBSERVACIÓN II.—Rodrigo Hernández, enfermero del Hospital Militar, de 16 años de edad, ingresó al Hospital de Epidemias el día 7 de Abril de 1905, ocupando la cama número 20. No es posible obtener datos por medio del mismo enfermo, por encontrarse en estado de postración profunda y no contesta, sino vagamente á las preguntas que se le hacen.

Por una casualidad llegué en momentos en que lo conducían al Hospital, y, de los conductores, inquirí los siguientes datos: en el curso de una buena salud, Hernández fué presa de calofrío, raquialgia, cefalalgia, fiebre, etc. el día 4 de Abril de 1905.

EXAMEN:—Individuo bien constituido, presenta rubicundez de la cara, conjuntivas inyectadas, párpados tumefactos, lengua saburral, labios y dientes fuliginosos, vientre suave y nada doloroso á la presión, bazo hipertrofiado, hígado normal, taquicardia, estertores de bronquitis en los vértices pulmonares, orina albuminosa, temperatura 40.3, pulso 120, respiración acelerada. En la pared anterior del tórax se dejan ver algunas manchas pequeñas, papulosas, rosadas, que desaparecen á la presión. Reflejos abolidos. A indicación mía, los enfermeros suministraron un baño á la temperatura de 25°, que produjo una diuresis notable; pocos instantes después supe que las hermanas dieron al enfermo o'80 de piramidón.

Día 9.—La erupción se ha generalizado: es muy abundante en el vientre y pared anterior del tórax. Es también muy abundante en la cara, (contrariamente á lo que dicen los autores). Con excepción de la temperatura que es ahora de 39.2, los demás síntomas han aumentado de intensidad. El Doctor Sánchez, médico del Hospital, prescribió la balneación metódica y un purgante salino.

Día 10.—Temperatura 39.6, respiración acelerada, pulso 120. El estado de la piel es seco y viscoso, despiden un olor *sui generis*. Tos seca y quintosa.

Las prescripciones del Doctor Sánchez, este día fueron: salol o'80, piramidón o'80 en obleas. P. de Todd, 1. c. c. 2. h. Limonada salicilica. Baños templados.

Día 11.—Temperatura 39°, pulso 115, respiración 20. El aspecto de la piel es marmóreo, debido á que las manchas primitivas han enrojecido al máximo y han aparecido otras menos rojas; algunas tienen el tamaño de un centímetro en la cara y región dorsal de los brazos. Estado de estupor intenso; solo hablándole en voz alta se consigue llamarle la atención por un instante; materia fecal normal; orina albuminosa.

Los días 12, 13, 14 y 15, la temperatura osciló entre 38.2 y 40.2, el pulso entre 100 y 120, la respiración siempre fué acelerada, orina abundante sin albúmina, durante este tiempo la balneación templada, régimen lácteo, el salol y el piramidón una que otra vez, fué el tratamiento prescrito por el Doctor Sánchez.

Día 16.—El estado general ha cambiado, oye bien, pone atención á las preguntas que se le dirigen, temperatura 37.4, pulso 80, respiración normal.

Día 17.—Encontré á mi observado sentado en la cama haciendo ensayos de movimientos con las extremidades infe-

riores. La erupción tiende á desaparecer, temperatura, pulso y respiración normales.

Día 20.—Empieza á dar pasos apoyado en un bastón. La descamación es abundante. Diez días después el enfermo pidió su baja por encontrarse completamente curado.

OBSERVACIÓN III.—Timoteo Vélez, procedente del Batallón número 3, ingresó al Hospital de Epidemias el 10 de Abril del corriente año.

Encuétrase este enfermo en decúbito dorsal, con gran postración, respiración acelerada. Despiden un olor *sui generis*. No da ningún dato respecto á la historia de su enfermedad.

Temperatura 40.5, pulso 120, lengua húmeda, temblorosa, nada de saburral, vientre suave é indolente á la presión, bazo grueso, hígado normal. La percusión pulmonar es maciza en las bases. En los vértices se oyen estertores de bronquitis. El corazón funciona bien. La orina es de color rojo subido y albuminosa. No hay exantema. Como yo no era más que observador, me limité á ver que las hermanas daban al enfermo 40 gramos de sulfato de soda.

11 de Abril (3^{er} día de la enfermedad). Hay tendencia al estupor, entre dos enfermeros logran meterlo en un baño de artesa. Respiración acelerada, temperatura 39.2, pulso 125. Me propuse encontrar la erupción y la hallé en la pared posterior del tórax, poco perceptible y muy diseminada. De orden del Doctor Sánchez el enfermo tomó unas obleas de salol y piramidón; una poción de Todd con creosotal, una limonada salicilica y se le administraron varios baños templados.

Día 12.—(4° de la enfermedad). Temperatura 39.6, pulso 120, respiración 20. El estado general no ha cambiado.

Día 13.—(5° de la enfermedad). La erupción se ha generalizado. Temperatura 39.8, pulso 120, respiración 22.

Día 14.—(6° de la enfermedad). Los vecinos de mi observado refieren que éste pasó la noche delirando; la erupción es confluyente y no desaparece á la presión; temperatura 40°, pulso 128, respiración 25, continúa bajo la influencia de la balneación y antisepsia.

Los siguientes días, hasta el 21, el estado general es el mismo. La misma postración, el mismo estado delirante, la temperatura oscila entre 38 y 40.2, el pulso entre 100 y 120 y la respiración entre 20 y 25. Hubo constipación durante esos días. La orina fué abundante y albuminosa hasta el 21.

Día 22.—El termómetro marca 37°, el pulso es regular (70), respiración normal. Inteligencia clara.

Día 23.—Temperatura 36.8, pulso y respiración norma-

les. Puede sentarse apoyándose en los bordes de la cama. Toma alimentos con sus propias manos. Debido á la debilidad en que ha quedado permanece en el Hospital esperando recobrar sus fuerzas para pedir su baja.

OBSERVACIÓN IV.—Tifo exantemático de forma atáxica. Suicidio.

Secundino Alvarez, soldado del Batallón número 3, ingresó al Hospital de Epidemias, el día 20 de Marzo del corriente año.

Individuo de buena constitución, como de 30 años de edad, es animado de movimientos incesantes de las extremidades. Arroja las almohadas y sábanas al suelo. Pronuncia palabras ininteligibles, se levanta y va como en busca de un precipicio

Entre dos enfermeros logran acostarlo de nuevo. Tiene la cara roja, bordes palpebrales tumefactos, respiración acelerada, pulso débil y muy frecuente, (más de 120 pulsaciones.) No fué posible hacerle un detenido examen, por el estado de agitación en que se encontraba. Se le administraron 2 baños templados y un purgante salino. En la mañana del día siguiente, los enfermeros me refirieron que á pesar de su vigilancia, Alvarez salió violentamente del salón y pocos instantes después, murió á consecuencia de graves contusiones que sufrió la noche anterior.

OBSERVACIÓN V.—Tifo exantemático complicado con parotiditis y otitis externa supurada.

A. P. de 18 años de edad, procedente del Batallón número 3, ingresó al Hospital Militar el día 1º de Octubre de 1904. Individuo bien constituido sin antecedentes patológicos de ninguna especie; refiere que en el curso de una buena salud fué bruscamente atacado de calofrío, temblor en los miembros, transpiración abundante y fiebre. Presenta al examen los síntomas que siguen: tinte terroso de la piel, bordes palpebrales tumefactos, voz entrecortada, respiración acelerada, lengua saburral, vientre suave á la presión y nada doloroso. Hace 3 días que no obra, bazo hipertrofiado, hígado normal, corazón sano, en los vértices pulmonares se oyen estertores de bronquitis, temperatura 40.2, pulso 125, respiración 20, orina escasa, turbia y albuminosa. No hay manchas de ninguna especie. Encontrándome de guardia ese día, no vacilé en prescribir un baño frío de inmersión, lociones jabonosas intensas y una fricción general de alcohol, tanto como tratamiento de la enfermedad, como para darme cuenta del estado de la piel que en realidad era difícil á simple vista, dado el estado de suciedad en que se encontraba. Hecha esta operación se

dejaron ver varias manchas papulosas en la pared posterior del tórax. Prescribí un purgante de calomelanos al vapor con escamonea, y me retiré. En la mañana del día siguiente, al pasar su visita reglamentaria el Doctor Neri Paniagua, formuló el diagnóstico de tifo exantemático y prescribió el tratamiento balneológico, recetando además 0'80 de salol.

El día 2 de Octubre (6º de la enfermedad) el paciente se presentaba en estas condiciones: temperatura 39.5, pulso 115, respiración 20. Acostado sobre el lado derecho permanece indiferente á todo lo que le rodea. Orina abundante y albuminosa.

Al séptimo día la erupción se hizo confluyente invadiendo los brazos y los muslos. Hubo delirio tranquilo y elevación de la temperatura á 40.2.

Al octavo día, el estado general es alarmante. Sumido en el estupor gime y grita llevándose las manos al cuello. Examinado de nuevo, notamos linfarto de las glándulas parótidas. Sin suspender la balneación, el Doctor Paniagua recetó una poción sedante y me ordenó que pusiera al enfermo una curación iodada en las regiones parotídeas.

Al noveno día, el Doctor Valdeavellano abrió las parótidas y salió un chorro de pus espeso y fétido. Se colocó un desagüe y un apósito antiséptico.

Al décimo día, al hacer una nueva curación, notamos que por los oídos se derramaba pus y el enfermo por otra parte se quejaba de dolor intenso de oídos. Con la jeringa de Guyon y una solución boricada hicimos un lavado diario de los oídos, al mismo tiempo que curábamos cuidadosamente las glándulas parótidas. Continuó el enfermo bajo la influencia de la balneación y el tratamiento por el salol, ocurriendo de vez en cuando y sólo cuando la temperatura pasaba de 40º á un febrífugo, de preferencia al piramidón.

En los días 10, 11, 12 y 13 de Octubre, los síntomas tíficos se acentúan y sólo se ha podido conseguir la supresión del dolor, pues las heridas parotídeas, así como la inflamación auricular, tienden á la curación.

El día 14, el termómetro marca 37º. El enfermo se encuentra muy despejado. Intenta levantarse, pero se cae debido á la debilidad en que se encuentra. El día 20 las heridas se encuentran cicatrizadas, la otitis ha desaparecido y el paciente empieza á andar. Pide su baja el 31 de Octubre, completamente curado.

OBSERVACIÓN VI.—Tifo exantemático de forma adiná-

mica (gangrena simétrica de las extremidades). Andrés Joaquín, procedente del Batallón número 3, ingresó al Hospital Militar, el día 17 de Noviembre del año de 1904. Individuo bien constituido, no presenta antecedentes morbosos dignos de mención. Se queja de cefalalgia, náuseas, quebranto general, etc. El termómetro marca 40.2, pulso 115, respiración acelerada. El examen del aparato digestivo revela un estado saburral de la lengua y ligero dolor en la fosa iliaca derecha; sin embargo, no hay meteorismo ni gorgoteo. Al examen de los demás órganos, encontramos: pulmones sanos, corazón normal, hígado también normal, bazo hipertrofiado, doloroso, rebasando unos 4 centímetros del reborde costal. La orina era escasa, turbia y albuminosa. En espera de otros signos se hizo el diagnóstico provisional de tifo exantemático y se trasladó el enfermo al aislamiento, donde seguí observándolo. Sometido el paciente á la balneación, la temperatura bajó un grado, se estableció la diuresis y en la tarde que lo volví á ver se encontraba despejado. El 19 de Noviembre aparecieron junto con el delirio, numerosas manchas papulosas, aisladas las unas de las otras, de color rosado, haciendo relieve sobre la piel y desapareciendo á la presión. Temperatura 40°, pulso 120, respiración acelerada.

El 22 de Noviembre la erupción era completa, el exantema era abundante en los brazos, en el tórax y en los muslos. El delirio, violento. Pronunciaba palabras incoherentes. Dos enfermeros lo sostenían en la cama. Se administró una poción sedante y se le pusieron varios empaques hidropáticos.

El 23 (7° día), encontramos al paciente en estado de estupor, sólo hablándole en voz alta se conseguía llamarle la atención; pero luego caía en la somnolencia. Temperatura 39°, pulso 115, respiración 20. El examen de los pulmones reveló la existencia de estertores de bronquitis. El del corazón disminución de intensidad de los ruidos cardiacos y aceleración de los mismos.

El 24 (8° día), notamos un aspecto viscoso y seco de la piel que á la vez era marmórea. Tratando de explicarnos ese fenómeno, comprobamos la existencia de nuevas manchas que contrastaban con las primeras de rojo púrpura. Los días siguientes hasta el 30 de Noviembre, el estupor fué cada vez más intenso, la erupción petequiral se hizo confluyente, la constipación fué constante, la orina abundante sin albúmina. La temperatura osciló entre 38 y 40°, el pulso entre 105 y 120 y la respiración entre 20 y 25. El 31 (al décimo cuarto día), el termómetro marcó 37°. El enfermo despejado, trataba de reco-

nocer á sus vecinos. Dos días después podía sentarse sólo en la cama.

El día 3 de Diciembre, en el curso de la convalecencia, le sobrevino un dolor pungitivo en las piernas; este dolor no se exasperaba á la presión; tampoco había edema. Más tarde las piernas perdieron la sensibilidad, tomando un tinte sombrío que se transformó en rojo cobrizo; muslos sanos. Las partes enfermas estaban separadas de las sanas por una línea muy irregular que describía grandes ángulos agudos. Parálisis completa. Se prescribió el ioduro de potasio á la dosis de 4 gramos diarios, sustituyéndolo por una medicación tónica cuando se hacía necesario y á los 3 meses de tratamiento, el enfermo sale del Hospital completamente curado.

OBSERVACIÓN VII.—Tifo exantemático de forma atáxica y alcoholismo crónico.—Fermín Rosales, procedente del Batallón número 3, ingresó al Hospital de Epidemias el día 13 de Abril del corriente año.

Como antecedentes patológicos solo refiere hábitos de alcoholismo. Manifiesta que el 5 de Abril fué bruscamente atacado de calofrío, cefalalgia, vértigos, náusea, etc. Fué trasladado al Hospital Militar, de donde viene hoy (9° día de la enfermedad). Presenta la cara roja, conjuntivas inyectadas, párpados tumefactos, labios temblorosos, voz entrecortada, respiración acelerada, tos quintosa, manos temblorosas, lengua saburral, sin accidentes abdominales, bazo grueso, estertores de bronquitis en el pulmón derecho, aceleración y disminución de intensidad de los ruidos cardiacos, orina escasa, turbia y albuminosa. En el dorso, abdomen, pared anterior del tórax y cara dorsal de los brazos, noté manchas numerosas, aisladas unas de las otras, de contornos irregulares, cuyos bordes se confundían con el tinte hiperémico de la piel, se hacían más pálidas á la presión, pero no desaparecían. Temperatura 40.2, pulso más de 120. Se le administraron 3 baños templados, un purgante salino; y más tarde, por ser la temperatura demasiado alta, 0.80 piramidón. Al día siguiente encontré á mi observado con camisa de fuerza. El delirio era violento. Más de 120 pulsaciones por minuto. Después el delirio se hizo tranquilo; el termómetro marcó 39°. La respiración era acelerada. El pulsó débil. El 16 (duodécimo día de la enfermedad), encontré al paciente con respiración de Cheyne Stokes, pulso incontable. Pocos instantes después murió, á pesar del tratamiento energético instituido por el Dr. don Julio Sánchez.

Las observaciones siguientes se refieren á los enfermos

curados por la balneación siguiendo el método de Riess en el Hospital Militar, á indicación del Doctor E. Mora y bajo mi dirección.

I.—Ambrosio Sánchez, soldado del Batallón número 3, individuo bien constituido, no refiere antecedentes patológicos hereditarios ni personales. Se queja de calofrío, cefalalgia frontal, raquialgia, náuseas, tos, etc. Al examen se presentaron los síntomas siguientes: temperatura 40.2, pulso 120, respiración 20, lengua saburral, abdomen flácido é indolente á la presión, bazo grueso, hígado normal, taquicardia, estertores de bronquitis á la auscultación pulmonar. Orina albuminosa. Al tercer día que aparecieron manchas papulosas en el abdomen, se sometió el enfermo al tratamiento por el método de Riess. Al décimo día hubo delirio violento con impulsiones locomotrices y erupción petequeial generalizada, más tarde colapso y delirio tranquilo. Al décimo cuarto día, la defervescencia era completa. El 30 de Diciembre (á los 22 días) el enfermo sale curado para su casa,

II.—José Loaiza, soldado del Batallón número 3, sujeto bien constituido, de oficio carpintero, de 19 años de edad, no refiere antecedentes morbosos dignos de mención. En el curso de una buena salud fué atacado ayer de calofríos pasajeros, dolores en los miembros, raquialgia, cefalalgia, etc. Al examen se presentaron los síntomas siguientes: cara roja, párpados tumefactos, conjuntivas inyectadas, transpiración abundante, lengua saburral, vientre suave é indolente á la presión. Estertores de bronquitis á la auscultación pulmonar, temperatura 40.2, pulso 115, respiración 20. Sin pérdida de tiempo se prescribió el tratamiento por el método de Riess. La erupción petequeial coincidiendo con delirio violento, colapso más tarde, constipación, delirio tranquilo y marcha de la temperatura confirmaron el diagnóstico. Salió curado el 31 de Diciembre, á los 11 días de tratamiento y 8 de convalecencia.

III.—Alfredo Solares, soldado del Batallón número 3, individuo bien constituido, con antecedentes hereditarios y personales nulos. Presenta los síntomas iniciales del tifo exantemático. Después de ocho días de balneación por el procedimiento de Riess y 2 de convalecencia, salió curado el 26 de Diciembre.

IV.—Francisco González, soldado del Batallón Guardia de Honor, de 18 años de edad, bien constituido, no acusa antecedentes patológicos mencionables. Al examen se presentaron los síntomas iniciales del tifo exantemático. La erupción petequeial y otros signos confirmaron el diagnóstico.

Después de 12 días de tratamiento por el método anterior y 3 de convalecencia salió del Establecimiento completamente curado.

V.—Loreto López, de la Guardia de Honor, individuo de mediana constitución, ha padecido de paludismo, sus padres son sanos. Presenta prodromos de tifo exantemático. Otro día la elevación brusca de la temperatura á 40.5, y otros signos llevaron al diagnóstico de la enfermedad. Fué sometido al tratamiento durante los 12 días siguientes. El 31 de Diciembre (al décimo séptimo día) sale del Hospital completamente curado.

VI.—Silverio Hernández, de 18 años, de la Guardia de Honor, presenta un estado notable de demacración. No suministra ningún dato referente á la historia de la enfermedad. Al examen se encontraron síntomas de tifo exantemático correspondientes al tercero ó cuarto día. Fué sometido al tratamiento durante 10 días, después de los cuales y 8 más de convalecencia, salió curado el 31 de Diciembre.

VII.—Bernardo Pérez, soldado de la Guardia de Honor, individuo bien constituido, de 19 años de edad, hace la siguiente relación: estando de centinela, tuvo necesidad de llamar á su cabo para que lo relevaran por encontrarse en ese instante atacado de calofrío y temblores en los miembros, que le hacían imposible desempeñar sus funciones. Momentos después tuvo cefalalgia, náusea, tos, etc., pasó la noche con fiebre y hoy, segundo día de la enfermedad, siente quebranto general. Al examen se presentaron los síntomas de invasión del tifo. En la tarde del mismo día de su ingreso hubo epistaxis. En el curso de los demás días se presentaron otros síntomas característicos, 13 días después del tratamiento por el método de Riess, y 5 de convalecencia, pidió su baja por encontrarse curado al décimo octavo día, 31 de Diciembre de 1904.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Dos factores son necesariamente indispensables para la explosión de esta enfermedad: la presencia del agente patógeno y la oportunidad mórbida.

«Engendrado por causas especiales el agente tifógeno es reproducido por el organismo que él infecta y transmitido de hombre á hombre con una potencia que hace del tifo exantemático la más contagiosa de las enfermedades tíficas.» Jaccoud.

La observación demuestra que los principales medios

de transmisión del agente patógeno, son los cadáveres (Observación I); las localidades donde han estado los enfermos y los enfermos mismos en el período en que el olor *sui generis* que despiden es más pronunciado.

El aclimatamiento que tiene gran influencia en la etiología de otras enfermedades infecciosas, no tiene ninguna en el tifo que ataca lo mismo á los nuevos como á los antiguos habitantes.

Las enfermedades ligeras y la convalecencia acrecentan la receptividad mórbida.

Un primer ataque disminuye la receptividad; pero no confiere la inmunidad.

Los médicos, practicantes y enfermeros están muy expuestos.

La potente acción del hacinamiento sumada á la fatiga, depresión moral, hambre como consecuencia de la carestía excesiva de los víveres, falta de higiene privada y pública, en una palabra, ese conjunto de condiciones diversas que se llama miseria social, es lo que exige el tifo exantemático para estallar en todas direcciones á la manera de explosivos comprimidos.

Todas esas condiciones, agregando los hábitos alcohólicos, se encuentran admirablemente reunidas en nuestros cuarteles, donde estallan frecuentemente las enfermedades infecto-contagiosas de esta ciudad. La actual epidemia partió de los Batallones Guardia de Honor y número 3, que se han distinguido siempre como madrigueras de enfermedades contagiosas.

DESCRIPCIÓN

De los 157 casos observados personalmente en los Hospitales de Epidemias y Militar, 25 tuvieron prodromos y los restantes un principio brusco. Los primeros empezaron con inapetencia, lascitud general y cefalalgia ligera. El síntoma inicial de los segundos fué un calofrío intenso seguido de transpiración abundante.

* * *

A partir de ese período prodrómico en los primeros y desde el primer día en los demás, hubo en todos elevación brusca de temperatura (40° á 40.5); dolores violentos en los miembros y en el dorso, principalmente en los muslos y en la región lumbar; cefalalgia frontal que no se exasperaba por la presión sobre el cráneo; tos quintosa; inyección de las conjuntivas;

rubicundez de la cara y tumefacción de los bordes palpebrales, sobre todo en los alcohólicos; respiración acelerada hasta 32 por minuto, excepto en cuatro casos, cuya respiración fué puramente diafragmática; el pulso osciló entre 100, 120 y más allá; tendencia invencible al sueño; lengua saburral y temblorosa; vientre suave é indolente á la presión; tumefacción del bazo; taquicardia; estertores mucosos; agotamiento rápido de las fuerzas musculares, orina escasa y albuminosa en 17, fuertemente urobilínica en 2, rica en fosfatos en los demás.

* * *

Del tercero al séptimo día hubo en todos una erupción consistente en pequeñas manchas de forma irregular, aisladas ó agrupadas, del tamaño de un simple punto primero, de varios milímetros después; estas manchas desaparecían á la presión hasta el segundo día; empezaban por el hipogastrio y dorso, generalizándose luego á la pared anterior del tórax, todo el abdomen, muslos, región dorsal de los miembros superiores. En un caso ví manchas petequiales de un centímetro de extensión, abundantes en la cara (Observación II). El color del exantema era rojo púrpura en los últimos días del segundo septenario. Independientemente de esas manchas presentaron otras, de rojo menos subido, situadas aparentemente sobre la epidermis que contrastaban con las primeras. Unas y otras daban al enfermo un aspecto característico. Durante los tres primeros días la erupción era completa.

En la mayoría de los casos hubo al principio del segundo septenario, delirio violento con impulsiones locomotrices. Uno de mis observados en el Hospital de Epidemias (caso V), fué víctima de grâves contusiones que sufrió. Para muchos se hizo necesario la camisa de fuerza. Este delirio violento fué seguido de un período de colapso con delirio tranquilo.

* * *

Durante los dos primeros días del segundo septenario las perturbaciones cerebrales eran más pronunciadas en la tarde y en la noche que en la mañana. En esta época pude notar en más de 15 casos, perturbaciones de las funciones del corazón (pulso débil, pequeño, depresible, disminución de intensidad de los ruidos cardiacos, etc.) Observé también al principio de este septenario un estado seco y viscoso de la piel, exhalando un olor *sui generis*, algo parecido al que dan las cuevas

de ratas ó ratones, signo á que alude el Dr. H. Prowe en la notable conferencia dada á la Juventud Médica por el socio honorario Dr. don Carlos Padilla. Pasados estos primeros días del segundo septenario, la excitación nerviosa cedió su lugar al estupor.

* * *

Hacia el medio del segundo septenario, el aspecto de mis tíficos ha sido característico: acostados sobre el dorso ó sobre un lado permanecían indiferentes á todo lo que les rodeaba, como si estuvieran bajo la influencia del cloroformo. La resolución muscular era completa. Dejando caer un miembro se movía como masa inerte. Sólo hablándoles en voz alta despertaban atónitos un momento para caer en seguida en su estado de estupor. En esta época las manchas de color rojo púrpura eran confluentes en muchos. El estado del aparato digestivo era el siguiente: lengua seca, saburral, de color moreno, temblorosa; labios y dientes fuliginosos; abdomen flácido, raramente meteorizado, pero siempre indolente á la presión. Una que otra vez hubo cámaras diarreicas involuntarias; pero la constipación ha sido la regla. Las perturbaciones cardíacas se acentuaron en los casos graves hacia el duodécimo ó décimo tercer día. En un caso no pude oír los tonos cardíacos, momentos después este mismo enfermo presentaba respiración de Cheyne Stokes, seguida de muerte. Al terminar el segundo septenario los enfermos graves que pudieron resistir, alternaron su estupor con delirio tranquilo, hasta que al fin el estupor degeneró en profundo y fatal coma, ó fué seguido de un síncope ó asfixia por infarto pulmonar, ó bien se verificó una defervescencia salvadora.

* * *

La crisis al fin del segundo septenario ha sido la regla; por excepción se ha verificado en los casos graves al décimo ó undécimo día. Esta observación está de acuerdo con lo visto en Inglaterra é Irlanda, donde la enfermedad es llamada fiebre de los catorce días.

«Al décimo cuarto día de la enfermedad una mejoría más ó menos marcada se produce. El enfermo cae en un sueño tranquilo que dura varias horas de donde sale otro hombre.»— (Trousseau).

Así es realmente; en esa época, los enfermos que van á salvarse, despiertan como de un profundo y largo sueño, asus-

tadizos, queriendo darse cuenta del lugar donde están y la catástrofe que ha pasado por ellos. Después de la defervescencia completa, al décimo cuarto día ó antes en los casos de mediana intensidad, la convalecencia fué rápida en todos.

COMPLICACIONES .

En la actual epidemia no he visto uno que no tenga bronquitis como complicación torácica. Con razón los irlandeses han llamado á esta enfermedad «Tifo catarral.» Esta complicación apareció en todos al principio del primer septenario, revelándose por tos quintosa, expectoración mucosa y estertores sibilantes en diversas regiones del pulmón. Otra complicación frecuente del lado del aparato respiratorio, ha sido el infarto hipostático, complicación que, unida al catarro brónquico en un período en que la postración era profunda, ocasionó la muerte por asfixia á varios enfermos. En tres hubo gangrena del pulmón y de la boca. En dos, gangrena simétrica de las extremidades inferiores por embolia. En seis, parotiditis, en uno parotiditis y otitis externa supurada (Observación V). En uno hemiplegia y en casi todos sordera que desaparecía en el momento de la crisis. Flegmasia alba-dolens, escorbuto, erisipelas, edema de los miembros, erupciones forunculosas no he visto.

FORMAS .

La forma atáxica se observó en muy pocos, la adinámica fué la regla. Mi primer observado en el Hospital Militar fué de forma fulminante.

Félix Jacquot ha descrito con el nombre de tificación á pequeñas dosis, un conjunto de síntomas tales como malestar ligero, movimiento febril, inapetencia, insomnio, confusión accidental de las facultades intelectuales, quebranto general que experimentan ciertas personas constantemente expuestas al contagio sin pagar su tributo al tifo. «Algunas veces éstos fenómenos se declaran realmente; pero otras, aparecen solos y cesan desde que el enfermo sale de la atmósfera infecciosa en medio de la cual vivía.» (Trousseau).

DIAGNÓSTICO

La fiebre tifoidea, el sarampión, la escarlatina y varias enfermedades que en un período avanzado presentan fenómenos típicos, pueden simular el tifo exantemático cuando en éste falta la erupción característica. De mis 157 casos observados personalmente en ninguno ha faltado. Fuera de la erupción característica del tifo exantemático, bastarían para distinguirlo de la fiebre tifoidea los siguientes síntomas: invasión brusca, fenómenos mórbidos (fiebre, delirio, estupor, etc.) produciéndose rápidamente con notable intensidad. Duración total de 14 días. Terminación por crisis. Convalecencia rápida. El termómetro suministra servicios clínicos importantes. La reacción aglutinante de Widal quitaría toda duda.

El examen de la erupción y la marcha de la temperatura, hacen mucha luz en los casos de sarampión y escarlatina que se acompañan de adinamia profunda.

Por último, una observación atenta de las enfermedades que en un período avanzado presentan fenómenos típicos, es suficiente para evitar el error.

PRONÓSTICO

En los lugares donde ha sido eficazmente combatido por facultativos, la mortalidad de 11 á 12 % es nada alarmante comparándola con la de 50 % de la epidemia de Irlanda y Escocia, y la de 42 % de Londres durante los años de 1856 á 1860. Es más grave en los hombres que en las mujeres, en los adultos y ancianos que en los jóvenes, en los pobres que en los ricos. Las preocupaciones morales aumenan la mortalidad.

Con respecto á los signos del pronóstico, creo conveniente mencionar los siguientes: respiración nerviosa, accidentes cerebrales precoces y abundancia de la erupción, son de mal augurio.

«Sin embargo, aún en los casos más graves, el médico no debe desesperarse; porque no hay enfermedad como el tifo donde se vea tan á menudo sobrevenir la curación cuando el enfermo parecía estar en la situación más alarmante.» (Trousseau).

TRATAMIENTO Y PROFILAXIA

La base del tratamiento instituido por los Doctores Paniagua en el Hospital Militar y Sánchez en el de Epidemias, ha sido la balneación.

La temperatura de los baños ha variado según la intensidad de la enfermedad. En la generalidad de los casos en el Hospital de Epidemias se preparaba el baño á la temperatura de 28° ó 25° bajándose rápidamente á 24° ó 22.

En el Hospital Militar se emplearon empaques hidropáticos. En varios casos de forma fulminante, con previo examen del corazón, se prescribió el método de Brand.

Con el Doctor E. Mora, Director del Hospital Militar en Noviembre y Diciembre del año próximo pasado, pusimos en práctica en veinte enfermos el procedimiento de Riess, el cual nos dió excelentes resultados.

El salicilato de fenol en obleas de 0'80 c. diariamente, el piramidón á la dosis de 0'80 c. cuando la temperatura se hizo peligrosa, la leche en abundancia y el cuidadoso aislamiento de los enfermos completaron el tratamiento.

«El tifo exantemático es probablemente una de las enfermedades adquiridas por inhalación. Tal vez se quedan los microbios todavía hipotéticos en la cavidad rinofaríngea, fabrican allá las toxinas durante los 15 días de incubación y por fin causan los síntomas conocidos y siempre típicos del tifo. Con esta idea me parecía aún más absurdo un tratamiento microbocida y me limité á emplear el salol, ya que los trabajos de Salkowski han probado los salicilatos como destructores activos de muchas toxinas en la sangre. No soy partidario de los febrífugos, porque la temperatura alta tiene indudablemente sus ventajas para la oxidación de varias sustancias nocivas. Pero en combinación con el salol que ataca las mismas sustancias, ya me parece indicado á veces el empleo de un poco de fenacetina para bajar con la temperatura, durante algunas horas, un pulso excesivamente rápido y procurar así un descanso á corazón é individuo.

«En los niños usé empaques hidropáticos.

«Ningún tifoso probó una gota de bebidas alcohólicas.

«Lo principal me pareció mi trabajo preventivo.

«No se ha desinfectado aquí nada, ni se han encalado los ranchos ni se ha incendiado *la tusa*. Yo puedo desinfectar un instrumento metálico, un lienzo, una placa de vidrio y también un cuarto bien cerrado. Pero ignoro el arte de

desinfectar á un hombre, todos sus útiles, vestidos y trastos, un rancho y una galera abierta ó el campo á su rededor. Dejo algo de este trabajo al sol y otros factores de la naturaleza y no adormito mi conciencia con actos simbólicos, como fumigar y regar soluciones antisépticas. Los vejesterios deben abandonarse en estos países con igual desdén, como las exageraciones pedánticas de la higiene moderna. Solamente lo sencillo puede ejecutarse. Lo demostré aquí en Chocó y lo recomiendo.» (H. Prowe.) (1)

CONCLUSIONES:

I.— El tifo exantemático elige de preferencia sus víctimas entre individuos que descuidan hasta las más elementales reglas higiénicas. Eso ha sido observado en las epidemias europeas y eso se observa también en Guatemala, donde los indígenas son los primeros en unir su desaseo corporal á los malos hábitos, sobre todo de alcoholismo, preparando así el terreno al tifo y otras enfermedades infecciosas ó no infecciosas que cuando los ataca, arrasa por completo sus poblaciones. Durante mi internado en el Hospital Militar, tuve ocasión de ver en más de cien defensores de la Patria (soldados), en su mayor parte indígenas, un estado indescriptible de suciedad corporal, que en unión de sus ropas internas (andrajos), despedían un olor *sui generis*.

II.— Con respecto al hacinamiento unido á los elementos anteriores, destructores todos de la salud, recordaré las palabras de mi malogrado compañero y amigo Dr. Felipe Lima: «Entre nosotros, al menos, no se ha llegado al extremo; sin embargo, se observa con mucha frecuencia un verdadero amontonamiento de familias con pésimas costumbres, que sus residencias son una verdadera colección de inmundos olores, sin contar el asqueroso aspecto....» Creo que, sin exajerar las cosas, debiera establecerse por quien corresponda, una comisión permanente para vigilar el aseo interior de gran número de habitaciones que son verdaderas pocilgas, empezando por nuestros cuarteles y continuando con los depósitos de cueros en fermentación, que abundan hasta en el centro de la ciudad. A esta comisión estaría encomendada también, la destrucción de edificios que por deseo de lucro, se han hecho

en malas condiciones higiénicas, así como la prohibición absoluta de construir en esas condiciones, que son elementos que busca el tifo exantemático y todas las enfermedades infecciosas para su desarrollo.

III.— Esta enfermedad exige un diagnóstico pronto, para imponer luego el tratamiento profiláctico que es en una epidemia como esta, el brazo derecho para combatirla, y no esperar, como acostumbra algunos, que aparezca la erupción característica que generalmente tiene lugar al sexto día, época en que es más contagiosa.

IV.— El diagnóstico oportuno no es difícil hacerlo en tiempo de epidemia, si se tiene en cuenta la invasión brusca y la intensidad y rapidez con que se producen los fenómenos mórbidos. Menos difícil aún, si al investigar se inquiriere que la procedencia es de algunos de los focos de infección.

V.— Toca á nuestros cirujanos militares destruir esos focos de infección, emprendiendo así la lucha contra la actual epidemia, lucha que, en mi concepto, debe empezarse licenciando á las tropas que se han convertido en verdadero peligro para la sociedad.

VI.— Opino con el Doctor H. Prowe que los febrífugos están formalmente contraindicados en una pirexia como esta, y sólo debe recurrirse á ellos, de preferencia á la fenacetina, cuando la temperatura se hace peligrosa. Tuve ocasión de ver á un desgraciado enfermo, sometido á la acción del piramidón sin indicación técnica del médico, caer pronto en la hipotermia seguida de muerte.

VII.— La balneación por el método de Riess me parece muy recomendable.

Francisco Lemus S.

22 33,

Samuel González.

Imprenta,

J. J. Ortega.

(1) «La Juventud Médica» número 36.

PROPOSICIONES

- ANATOMÍA DESCRIPTIVA.— Del intestino delgado.
ANATOMÍA PATOLÓGICA.— Del tifo exantemático.
ANATOMÍA TOPOGRÁFICA.— Triángulo de Scarpa.
BOTÁNICA MÉDICA.— *Papaver somniferum album*.
CLÍNICA QUIRÚRGICA.— Cáncer de la mama.
CLÍNICA MÉDICA.— Murmullo vesicular y sus alteraciones patológicas.
ENFERMEDADES DE NIÑOS.— Ascárides lombricoides.
FÍSICA MÉDICA.— Termómetros clínicos.
FARMACIA.— Pociones.
FISIOLOGÍA.— Digestión.
GINECOLOGÍA.— Tacto vaginal.
HIGIENE.— De los cuarteles.
HISTOLOGÍA.— Mucosa intestinal.
INSTRUCCIÓN MILITAR.— Camillas para transportar heridos en campaña.
MEDICINA OPERATORIA.— Toracentesis.
MEDICINA LEGAL.— Muerte.
OBSTETRICIA.— Embarazo extra-uterino.
PATOLOGÍA GENERAL.— Pronóstico.
PATOLOGÍA INTERNA.— Disenteria.
PATOLOGÍA EXTERNA.— Eczema.
TOXICOLOGÍA.— Envenenamiento por la estricnina.
TERAPÉUTICA.— Cloralosa.
QUÍMICA MÉDICA INORGÁNICA.— Arsénico.
QUÍMICA MÉDICA BIOLÓGICA.— Saliva.
ZOOLOGÍA MÉDICA.— *Sarcoptes escabici*.