
GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

CLÍNICA INTERNA.

BREVES CONSIDERACIONES SOBRE LAS DIFICULTADES

QUE SUELEN PRESENTARSE EN ESTA CAPITAL
PARA ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE UNA REMITENTE PALÚSTRE
Y LAS ENFERMEDADES LLAMADAS TIFOIDEAS.

En una localidad donde reina el impaludismo, como desgraciadamente sucede en nuestra Capital, casi diariamente se encuentra el médico práctico en la necesidad de resolver problemas de diagnóstico á veces muy complicados, como fácilmente puede uno cerciorarse repasando la historia de los hechos ya consignados, y que ponen de manifiesto la tendencia cada vez mayor de esta terrible epidemia, para agravar los hechos por sus peligrosas localizaciones, y á complicar casi todas las entidades patológicas. Mucho se podría decir de los numerosos casos que diariamente se ofrecen á la observación, y que pudieran clasificarse según las diversas modalidades que afectan en nuestro Valle, y más especialmente en esta ciudad. Sería este un trabajo á la vez que muy laborioso, muy importante para nosotros, dadas las condiciones de higiene, cada vez peores en que se encuentra nuestra Capital.

No es mi objeto en esta pequeña disertación el abarcar tarea tan ardua, y si el de someter á la consideración de los honorables miembros de esta Academia la siguiente observación, interesante á mi modo de ver, por las dificultades que se presentaron para poder fundar un diagnóstico; y para que de la historia clínica de este enfermo puedan resaltar con claridad así estas dificultades como la interpretación de los signos que nuestro enfermo ofreció durante la evolución de su enfermedad, trataré de relatar los hechos tales como fueron presentándose día con día á la observación.

El Sr. A. L., español, de veintitrés años de edad, recientemente llegado de Europa, es un joven vigoroso, de muy buena constitución, y sin que en sus antecedentes se haya revelado ninguna enfermedad diatéctica ó hereditaria. En la tarde del día 6 de Junio del presente año sufrió un enfriamiento de conside-

ración, pues que andando muy agitado por las calles, llovió abundantemente y no pudo guarecerse por habérselo impedido una ocupación urgente; el mismo día, al obscurecer, se sintió como resfriado y con dolor de cabeza; este malestar, acompañado de calofrios, calentura y sudores, que parecían acentuarse de medio día en adelante, continuó en los días 7 y 8; en este último día se sintió tan aliviado, según el dicho del enfermo, que se resolvió á concurrir por la noche á una reunión para la que fué invitado; por segunda vez se expuso á la influencia del frío y de la humedad, pues que mucho llovía, cuando á pie se dirigió del lugar de la reunión á su casa. En la mañana del siguiente día 9 se sintió con quebranto general, malestar y dolor intenso de cabeza: al mediodía fuerte calofrio seguido de calentura, la que le hizo suspender sus ocupaciones y ponerse en cama; sudores abundantes durante la noche.

El día 10 se repitió el calofrio por la tarde, seguido de calentura intensa y de sudores, obligándolo ya su enfermedad á permanecer en la cama, y á mandarme llamar al día siguiente.

En la noche del día 11 recogí los antecedentes que llevo referidos, habiendo encontrado al enfermo recostado en su cama y con la expresión tan conocida de un febricitante; el pulso era lleno y frecuente, 110 pulsaciones, 24 respiraciones, lengua ancha, ligeramente seca y saburral en la base, roja en sus bordes, intenso dolor frontal, quebranto, lumbago muy marcado y adolorimiento general, particularmente de las coyunturas, insomnios y constipación; ninguna manifestación ó signo que pudiera ser referido á alguna perturbación funcional ó física pudo apreciarse en órgano determinado. El termómetro marcó en la axila 39°; ésta, como las temperaturas subsecuentes, pueden verse inscritas en la cuadrícula que adjunto. Prescribí esta noche un purgante salino.

En los días 12, 13, 14 y 15, el estado del enfermo se empeoraba visiblemente: las ligeras remisiones en la temperatura, que sobrevenían generalmente por las noches, después de sudores más ó menos copiosos, no producían alivio notable. En la noche del día 12 hubo una epistaxis ligera. En los días 14 y 15 encontré, haciendo la auscultación del pecho, estertores mucosos gruesos, algunos subcrepitantes diseminados en el pulmón derecho, en el cual la respiración vesicular se oía debilitada con relación al otro pulmón; de vez en cuando había una pequeña tos seca sin expectoración; «debo advertir que esta persona fuma mucho.» Lo que originaba más molestias al enfermo, eran los insomnios y el dolor de cabeza; aunque había cierto grado de postración y alguna que otra vez un ligero subdelirio durante las exacerbaciones de la temperatura, sin embargo la inteligencia estaba siempre despejada. En estos días prescribí el sulfato de quinina á la dosis de dos gramos en las veinticuatro horas.

En los días 16, 17 y 18, el cuadro de síntomas se conservaba el mismo en el fondo con las particularidades siguientes: el enfermo se agotaba más cada día, los insomnios persistían con tenacidad, conservándose siempre la inteligencia y

sin que se presentase accidente nervioso alguno que llamase la atención. Por lo que se refiere al abdomen, dominaba más bien la constipación; las evacuaciones no ofrecían nada que pudiera llamar la atención; vientre flexible é indoloro á la presión, con excepción del dolor que se despertaba al nivel del hueso epigástrico; el bazo á la percusión estaba sensiblemente aumentado de volumen, sobre todo en el sentido transversal, sin desbordar las falsas costillas. El examen más minucioso no me hacía descubrir alguna erupción eritematosa ó de cualquier otro género en la piel. La orina, analizada por el Profesor Donaciano Morales, dió el siguiente resultado:

Cantidad probable de orina en veinticuatro horas, 1,100^{cc}.

Color, moreno, anormal.

Aspecto, turbio, sedimentoso, abundante, mucoso.

Moco, en exceso, pigmentos de la bilis, indicios.

Ácidos de la bilis, indicios.

Pigmentos con productos hemafeicos.

28 gramos de urea por 1,000 de orina.

Cristales de urato de sosa en muy grande cantidad.

La verdad es que con una fiebre continua que sigue la marcha que vengo describiendo, es casi seguro que el médico no pueda fundar concienzudamente un diagnóstico, y sobre todo cuando, como en el caso presente; se está en el décimo día, y aun no se encuentra la razón de ser de una fiebre continua en la alteración de ningún órgano, ni en la aparición de exantema alguno en la piel, con tanta mayor razón, cuanto que, como en el presente caso, no se modifica en nada la marcha de la fiebre por la administración sostenida de buenas dosis de sulfato de quinina.

Habiendo reservado mi juicio, solicité de la familia de este enfermo una consulta con los médicos que fueran de su confianza; los designados fueron mis distinguidos maestros los Sres. Dres. E. Licéaga y R. Lavista; la consulta tuvo lugar el día 18: durante la misma, y al descubrir al enfermo para examinar la piel, encontramos por primera vez después de diez días que llevaba de estar en cama, cuatro manchitas lenticulares, dos en el vientre y otras dos en el pecho, éstas eran rosadas, papulosas, de 2 á 3 milímetros de circunferencia, y desapareciendo completamente á la presión; en suma, eran muy semejantes á las de la *fiebre tifoidea*. Sobre este punto deseo llamar la atención de mis ilustrados consocios para hacerles notar que la semejanza por sus caracteres, del eritema observado en nuestro enfermo con el lenticular propio de la fiebre tifoidea, fué unánimemente reconocida por los Sres. Profesores Licéaga y Lavista que asistieron á la consulta, y por mí. En la mañana de este mismo día había habido una segunda epistaxis, aunque ligera. Los referidos profesores manifestaron su conformidad con el cuadro de síntomas que acabo de describir, siendo, á su

juicio, difícil poder hacer, aun en ese día, un diagnóstico diferencial entre una fiebre tifoidea y una remitente paludeana.

En efecto, si tenemos en consideración la curva térmica de esta fiebre, y los síntomas que por su importancia pudieran servir para fundar un diagnóstico, veremos que en favor del diagnóstico de una tifoidea había los datos siguientes:

1.º Se trataba de una persona que acababa de llegar de Europa: sabido es entre nosotros que los muy raros casos de fiebre tifoidea que aquí se presentan, se observan por regla general en los extranjeros recién venidos de Europa.

2.º La curva de la temperatura, la que á pesar de haberse comenzado á inscribir desde el día 11, esto es, al quinto día de lo que pudiera considerarse como período prodrómico de la enfermedad, afecta una marcha semejante á la de la tifoidea tanto en las oscilaciones ascendentes como en las estacionarias que se observan en el curso del segundo y tercer septenarios.

3.º La existencia de un catarro brónquico ligero, que empezó á iniciarse desde los primeros días para acentuarse suficientemente en el curso del segundo septenario, sin que por esto llegara á provocar ni la opresión, ni la asfixia propias de la bronquitis de la fiebre tifoidea.

4.º La aparición hasta el décimo día de manchitas rosadas lenticulares, semejantes á las de la fiebre tifoidea, y á las que se da tanto valor en el extranjero.

En favor del diagnóstico de una fiebre *remitente de origen paludeano*, existían los siguientes datos: La forma francamente intermitente con que empezó esta enfermedad; la coloración pálida amarillenta de la fisonomía del enfermo muy bien acentuada desde el principio del segundo septenario, «á diferencia de la asfíxica, que es propia de la tifoidea.» La conservación de la inteligencia despejada, así como la ausencia de síntomas nerviosos bulbo-medulares; la existencia de sudores más ó menos copiosos, coincidiendo con las bajas de temperatura, muy particularmente al principio de esta enfermedad, y por último, el aumento de volumen del bazo.

Hechas estas consideraciones, continuaré refiriendo la historia de la marcha y modificaciones que sufrió esta afección febril en su período de decrecimiento y en su terminación. El mismo día 18, según lo acordado en la consulta, se suspendió el tratamiento por la quinina, en vista, sobre todo, del estado que guardaba el pulso del enfermo, muy lento, depresible y en discordancia con la temperatura, 80 pulsaciones por minuto para una temperatura de 40º: se prescribió la antipirina en papeles de á gramo cada uno, con el objeto de hacerlos tomar al enfermo de vez en cuando para no dejar subir la temperatura de 38 ½º; pero fué tal la susceptibilidad del enfermo para este medicamento, que, como puede verse por la curva térmica, la temperatura bajó casi inmediatamente después de tomado el primer papel, hasta 37º, acompañándose esta gran defervescencia de sudores tan abundantes que empaparon la ropa del enfermo y la de la cama, dejándolo muy agotado; desde ese momento modifiqué la dosis de antipiri-

na y prescribí papeles de 25 centigramos cada uno. En los días que siguieron al 18, el enfermo, aunque perdía sensiblemente sus fuerzas y se agotaba, llamaba la atención, sin embargo, el que conservara su inteligencia despejada, dándose cuenta de todo lo que le rodeaba y pasando largos ratos del día en pie y arreglando los papeles de su escritorio; no llegué á observar su lengua seca ni fuliginosa; tampoco volvió á producirse una nueva epistaxis; nunca hubo hemorragias ya fueran intestinales ó de cualquier otro género; vientre flexible, sin dolor á la presión; no había diarrea; pero bien pronto sobrevino una complicación grave, cual fué la de producirse sudores copiosísimos, acentuándose más por las mañanas, aunque también se producían á otras horas del día, siendo éstos tan abundantes que empapaban la ropa de la cama, y á veces pasaban al colchón, haciendo bajar la temperatura hasta 35° y dejando al enfermo en un estado de algidez y de agotamiento muy alarmante, «como podrá juzgarse por la temperatura del día 24.»

Tomando en consideración el carácter intermitente de esos accesos, le ordené tomase en las veinticuatro horas tres cápsulas gelatinosas compuestas cada una de $\frac{1}{2}$ de gramo de salicilato de quinina y $\frac{1}{4}$ de gramo de benzoato de sosa, tratamiento que me pareció indicado y que se aconseja muy racionalmente para combatir estados febriles semejantes á este de que me ocupó. Se modificaron bastante estos accesos alarmantes; pero como la amenaza estaba siempre encima y la situación del enfermo era sumamente delicada, creí indicado un cambio de temperamento y ordené que con las precauciones necesarias se trasladase á Mixcoac, lo que se hizo el día 26. Todavía en los días 27 y 28 se manifestaron pequeños accesos vespertinos, terminándose con el último el ciclo de esta fiebre remitente.

Intencionalmente he reservado para terminar esta observación, la relación de la marcha que siguió el exantema antes referido. Creo oportuno traer á la memoria que: el exantema ó roseola tifoidea, por discreta que sea, no se produce inmediatamente en *bloc*, sino que tiene lugar por brotes sucesivos cuya duración individual es de tres á seis días; las manchas palidecen y se borran, dejando solamente una ligera pigmentación gris. Ahora bien, en nuestro enfermo no solo no se produjeron nuevas manchas, sino que, además, no sufrieron la evolución característica que acabo de referir, puesto que el día 3 de Julio, estando ya el enfermo en plena convalecencia, todavía se observaban las cuatro manchas exantemáticas ligeramente desvanecidas.

Para terminar, sólo me resta emitir el juicio que en mi humilde concepto puede hacerse *à posteriori*; así es que, si por una parte tenemos presentes las consideraciones sobre el diagnóstico diferencial que he dejado consignadas y por otra convenimos en que el exantema observado no ha sido el de la *fiebre tifoidea*, creo que en este caso podemos admitir como diagnóstico: una *fiebre remitente de origen palustre y de forma exantemática?*

Añadiré que no este el primer caso de *fiebre palustre* en el que se haya observado un exantema: los Sres. Dres. M. Carmona y Valle y R. Lavista han tenido la bondad de referirme casos semejantes, de cuya historia y valorización me propongo ocupar en otra ocasión para que puedan servir de complemento á este imperfecto trabajo.

México, Julio 25 de 1888.

E. VARGAS.

OFTALMOLOGÍA.

IMPORTANCIA DEL EXAMEN QUERATOSCÓPICO

PARA EL DIAGNÓSTICO

DE ALGUNOS CASOS COMPLICADOS DE ASTIGMATISMO.

Aun no hace muchos años que el Dr. Cuiquet descubrió el medio de examen designado por él con el nombre de queratoscopia, y es ya notable el número de aplicaciones que ha encontrado, así como el uso frecuente que de dicho medio hacen diariamente los oftalmólogos. Esto no debe sorprendernos si se atiende á la facilidad de aquel modo de exploración del órgano visual, á la precisión de sus indicaciones y á la rapidez con que por medio de él se llega á determinar el estado de refracción del ojo examinado, y aun con cierta costumbre el grado de la miopía, de la hipermetropía ó del astigmatismo, sin que sea necesario para esto contar con la buena voluntad ó con la inteligencia del individuo que se examina, pues en último análisis, se trata de un medio de examen de los llamados objetivos.

Como la exploración queratoscópica es perfectamente conocida de los miembros de esta ilustrada Academia, es del todo inútil que la describa con minuciosidad, y sólo recordaré sus principios fundamentales.

Sabido es que cuando se dirige sobre el ojo un hacecillo luminoso reflejado por un espejo plano ó cóncavo, agujerado en el centro para ver á través de la abertura, el campo pupilar aparece de un rojo más ó menos intenso; sabido es también que si se imprime al mango del espejo un movimiento lento de rotación, ya á la derecha, ya á la izquierda, de manera que el haz luminoso reflejado se desaloje al mismo tiempo sobre la cara del observado, se ve aparecer en el campo pupilar rojo una sombra que va avanzando poco á poco á medida que se hace girar el espejo, hasta que invade todo el disco rojo que llega á quedar todo él en la sombra. Yo compararía esta invasión del disco pupilar rojo por la sombra, á la inmersión del disco brillante de la luna en el cono de sombra