

El anexo izquierdo, cuya trompa dilatada por hemosalpinx reveló hipertrofia de sus paredes, vino á ocupar la situación mediana de la matriz al punto de hacernos vacilar por algunos instantes, creyendo que fuera el órgano gestador por la intimidad de las adherencias que la inflamación determinó entre este anexo y la matriz, remontando aquél sobre el fondo de ésta, hasta constituir una sola masa, que llegó á adherirse igualmente á la porción sigmoidea del colon y al peritoneo pélvico, por cuyo motivo fué muy laboriosa la liberación de estos órganos y una vez concluida me obligó á hacer la amputación supravaginal por quedar la matriz métrica y descubierta su superficie de peritoneo después de la descorticación.

La operación fué retardada por mi empeño de conservar hasta lo último alguna porción de los órganos, cuyo intento no realicé por las lesiones que revela la autopsia de la pieza que tengo el honor de presentar, en la cual se puede ver que el útero engrosado, globuloso, francamente métrico, contiene aún algunas fungosidades en su fondo y cerca de los ostiinos tubarios, los cuales se encuentran dilatados. La cara externa presenta las lesiones de la peritonitis adheriva.

HURTADO.

PATOLOGIA INTERNA

Sintomatología del tabardillo

Llamaré quizás la atención que me ocupe en la sintomatología de una dolencia tan común y que se cree que está bien descrita en muchos libros. Mas acontece que las descripciones del tifo exantemático del antiguo continente no cuadran con los atributos del tabardillo que existe entre nosotros y, de paso diré, aun entre esas descripciones hay diferencias importantes.

Y ha acontecido también que por ser poco observadores y estar habituados á leer únicamente libros extranjeros, muchos médicos ven constantemente el tabardillo á través del prisma de los conocimientos adquiridos por la lectura y no lo ven tal cual es, sino tal cual se lo imaginan; sorprendiéndose por eso al oír determinadas afirmaciones ó de que se les llame la atención sobre ciertos hechos, que deberían serles perfectamente conocidos, y que por no serlo,

son tomados, indebidamente, como anomalías ó excepciones.

Sin temor de equívoco, se puede afirmar que hace medio siglo concebía Jiménez mejor la sintomatología (y aun la etiología) que lo que hoy la conocemos la mayor parte de los médicos, excepto en lo que se refiere al curso de la calentura, pues por no aplicarse entonces el termómetro, algunas de las afirmaciones de ese observador necesitan ligeras correcciones.

El tabardillo tiene por lo general pródromos, que duran 2 ó 3 días y consisten en malestar general vago, que hace errecer al individuo que padece de *algo* no preciso: unos piensan que tienen malas digestiones, otros que coriza, ó sienten resequedad de la garganta y se creen con angina. En algunas circunstancias (tifo severo) hay ya en este periodo estado vertiginoso.

Algunas veces este periodo prodrómico es largo y hay en él calenturas vespertinas ó trastornos digestivos.

La temperatura no sube de una manera brusca: de ordinario comienza con tipo intermitente; en la tarde sube á 38°, 38° 5 y aun 39° 5 en el primer día; pero á la mañana siguiente hay descenso que pueda hacerla bajar hasta la normal; en el segundo día la elevación térmica vespertina es más marcada y en la mañana del tercero, generalmente, ya no baja á la normal, aunque puede haber remisión y hasta la noche de ese día desaparecen las acentuadas variaciones, quedando alta y casi continua, aunque son comunes las oscilaciones de 1°, que existen sin regularidad. Del 13.º al 15.º de enfermedad, la temperatura comienza á descender lentamente por *lisis oscilante*: baja primero marcadamente en la mañana, pero en la noche sube de nuevo; al día siguiente el descenso matutino es todavía mayor y en la tarde se observa nueva alza y al tercer día después la temperatura es ya normal en la mañana, y no es raro que todavía en la tarde suba algo. [En los días siguientes de convalecencia, puede haber hipotermia: la temperatura descende á veces algo abajo de 36.º.

No obstante carecer Jiménez de observaciones termométricas, y á pesar de que en la generalidad de casos los atabardillados no recurren al médico desde el primer día de la dolencia, precisamente porque no siendo aparatosa su invasión no se creen atacados por enfermedad seria, notó en muchos casos el carácter intermitente de la calentura en los primeros días, supuesto que escribió:

En la gran mayoría de los casos la invasión es

súbita, sin fenómeno alguno precursor; de manera que, habiendo algún cuidado, casi siempre puede fijarse el momento de aquella. Sin embargo, hay varios hechos en que parece que el tabardillo se desenvolvió en el curso de una coriza ó de una bronquitis comunes, de una afección gastro-intestinal ó de calenturas intermitentes. Aunque respecto de esta última circunstancia hay que advertir que la fiebre reviste en sus primeros días cierta forma periódica, que en las ocasiones que se observa, muy raras por fortuna, deja algo indeciso el diagnóstico. (La identidad de las fiebres. México, 1864.)

Teniendo en cuenta únicamente los casos en que he observado atabardillados suficientemente cuidadosos para usar el termómetro desde el momento en que sienten el primer indicio de enfermedad, he encontrado que el ascenso brusco y la persistencia de la calentura, en cifras altas desde el primer día, es excepcional y también lo es el descenso brusco y persistente, verdaderamente crítico.

Además de la calentura aparece en la mayor parte de los casos cefalalgia de intensidad variable, por lo regular bastante marcada, ocupando la frente y las regiones supraorbitarias. Existe á veces desde el principio; pero se acentúa más al 4.º y 5.º día, atenuándose y aun desapareciendo por completo en la segunda semana, quizás en parte por el estado de torpeza intelectual y de hipoestesia que entonces existe.

Hay desvanecimientos frecuentes, sobre todo cuando el paciente cambia de posición, y que van siendo más y más marcados y si el enfermo anda todavía, al caminar parece ebrio.

Hay dolores difusos en todo el cuerpo, verdaderas mialgias, más frecuentes en los miembros inferiores y en la región lumbar; teniendo los pacientes la sensación de cansancio doloroso.

El insomnio es frecuente, aunque no constante. Los atabardillados duermen poco ó nada y su sueño es interrumpido por ensueños y pesadillas y carece de efecto reparador.

El aparato digestivo sufre: hay anorexia, lengua saburral desde el principio y sensación de flemas ó pellejos en la garganta, que dificultan la deglución, la fonación y la respiración. Hay estreñimiento persistente, rara vez diarrea: si el enfermo come (lo que rara vez acontece) hay meteorismo después de la comida, que puede aparecer desde el principio, pero que es más propio de la segunda semana.

El pulso, en los casos normales, es de 100 á 120 por minuto; al tomarlo se percibe temblor en los músculos colaterales de la arteria radial.

La cara del tífoso cambia; del principio al fin de la dolencia las conjuntivas están inyectadas; y al 5.º ó 6.º día se marca ya la facies especial: la cara está pálida, los ojos están enrojecidos, la palabra está balbuciente, algo parecida á la de los que tienen delirium tremens, por el temblor que agita á los labios y á la lengua; hay disecea desde el 3.º ó 5.º día, con perturbaciones auditivas análogas á las que se observan con la quinina. En período más avanzado, la cara adelgazada expresa indiferencia; la mirada está vaga; las alas de la nariz pulverulentas y con movimientos, y la boca entreabierta.

Al 6.º día, rara vez al 5.º y mucho más al 7.º, aparece el exantema que comienza por el vientre y el tórax, en sus caras anterior y posterior, de ordinario su color es algo cobrizo (análogo al del sarampión cuando comienza á borrarse) y rara vez muy rojo; aparece poco á poco, por brotes sucesivos ó invade los brazos y aun las manos y la cara; después se oscurecen algo las manchas y al 9.º ó 10.º día se vuelve exantemo-petequial la erupción: en el centro de la mancha hay una equimosis pequeña, como piquete de pulga; pero que puede ser más grande y aun extensa. Este exantema puede disminuir al 12.º ó 13.º día de enfermedad, antes que la calentura: otras veces no disminuye hasta la convalecencia y hay casos en que aun 12 días después de terminada la calentura persiste todavía.

Desde que aparece el exantema los síntomas nerviosos se agravan. Comienza la postración; el delirio es frecuente y los progresos de la adinamia hacen que en la 2.ª semana sea exclusivamente dorsal el decúbito y si se cambia de él al enfermo, vuelve poco á poco á recobrarlo. La inteligencia se pone obtusa; pero casi siempre los enfermos llegan á comprender lo que se les dice, aun estando en estado casi comatoso; intentan en tal caso hablar, pero la palabra sólo se manifiesta con movimientos de los labios. Hay fuliginosidades en la boca, especialmente en la lengua, y torpeza en los movimientos de ésta; si se exige á los enfermos que la saquen cuando están muy adinámicos, no la retiran dentro de la boca después, sino que queda entre los dientes.

La carfología no es muy frecuente por fortuna; pero el delirio tranquilo y las alucinaciones son casi constantes, así como las bruscas contracciones musculares, impropriamente llamadas sobresaltos de tendones.

Hay, á veces, parálisis vesical en la 2.ª semana; dolores abdominales vagos y despertados por la palpación hecha en el trayecto del colon. La percusión

del bazo indica que el área esplénica está algo aumentada; pero nunca se llega á palparlo como en la fiebre tifoidea.

Desde el principio hay tos seca que no molesta al enfermo; pero es más marcada en el 2.º septenario, y acompañada de algunos estertores en este período. Suele también haber hipo, y á veces muy intenso y tenaz en la segunda semana, siendo esto más común en los casos graves.

Puede haber hemorragias en diversos puntos: las epistaxis son casi constantes; en algunos casos hay enterorragias, hemorragias cerebrales, etc. Por fortuna sólo las epistaxis son frecuentes.

Los síntomas mencionados van desapareciendo poco á poco, notándose que todavía persisten cuando la calentura comienza á bajar y sucediendo muchas veces que algunos aumentan de intensidad cuando la temperatura desciende.

Durante la enfermedad se nota hipoestesia de la piel: los enfermos rara vez manifiestan dolor por las inyecciones hipodérmicas; mas en la convalecencia aparece la sensibilidad y aun puede haber hiperestesia.

No es raro que durante la convalecencia se marque más el malestar general y persista el delirio. En los primeros días de ella continúa la adinamia y la sordera acompañada de zumbidos de oídos. La inteligencia tarda en recobrar su actividad normal, sobre todo, la facultad de retención. El apetito tarda en presentarse: en los 4 ó 5 primeros días de convalecencia hay anorexia marcadísima; pero al reaparecer la gana de comer lo hace con suma intensidad y entouces la convalecencia asciende y el enfermo se repone muchísimo.

El curso de la enfermedad es, en lo general, progresivamente ascendente, hasta que comienza á declinar la calentura; pero esto no obsta para que se observen ligeras remisiones en tal ó cual síntoma, y se puede decir que casi siempre el paciente tendrá un conjunto de síntomas más severo cada día que en el precedente.

El descenso de la calentura es de ordinario precursor del de los síntomas; mas como no simultáneamente disminuyen todos y aun se agravan á veces entonces unos, y hasta puede morir el paciente, queda todavía muy dudoso el pronóstico en ese momento.

Por lo anterior se ve que la duración del tabardillo no es precisamente la de su calentura; pero ateniéndose á ésta, se puede decir que en la mayoría de casos dura 16 días. Jiménez dijo: «Calculan-

do únicamente sobre los hechos en que ese punto de partida no admite ninguna duda, resulta que en poco más de las dos quintas partes de los casos, el mal terminó en el 14.º día: en una sexta parte uno, ó dos días antes ó después de ese mismo término 14.º; pocos alcanzan el fin de la tercera semana, y todavía menos pasan adelante ó se quedan en la primera. Respecto de estos últimos, que son rarísimos, es digno de notarse que la enfermedad recorre en tan estrechos límites todos sus períodos, abreviando y como saltando los plazos con cierto furor; que bien puede merecerle el epíteto de fulminante.» (Lugar citado).

Mas hay que tener en cuenta que en los casos (que según mis observaciones constituyen la mayoría) en que el ascenso y descenso se efectúan como he referido, por oscilaciones, no se puede sin termómetro asegurar cuándo comenzó á aparecer la calentura y menos cuándo desapareció definitivamente, por la aceleración del pulso por adinamia; de lo que resulta que el clínico citado fácilmente puede haberse equivocado asignando duración un poco menor de la real á la calentura.

Respecto de los tabardillos que duran menos de una semana, sólo me limito á decir que no los he visto y que lamento no saber en qué día aparece en ellos el exantema.

Con frecuencia hay complicaciones.

Además de la parálisis vesical ya señalada, deben mencionarse la paresia intestinal que ocasiona meteorismo exagerado y tenaz, que no cede á purgantes ni á enemas. Puede haber hemorragias, graves por su abundancia ó por el sitio en que la sangre se derrame (meninges, cerebro).

Se observa también la congestión pulmonar hipostática que con frecuencia se confunde con la neumonía.

Durante el tabardillo ó en su convalecencia puede aparecer gangrena de formas húmeda ó seca, debidas á trombosis venosas ó arteriales, frecuentes en los miembros inferiores y, sobre todo, en la piernas. El Dr. Lucio nos recomendaba impedir que pusieran en la frente á los tíficos defensivos de vinagre, porque los había visto causar gangrena. También se ha visto en la vulva y yo la he observado en la lengua.

En los puntos más comprimidos de la piel, á consecuencia del decúbito, aparecen con frecuencia escaras (en la región sacra, v. gr.).

Como complicaciones por parte del corazón no he encontrado pericarditis ni endocarditis; pero sí hay

con frecuencia un cuadro clínico correspondiendo á miocarditis: hay frecuencia exagerada del pulso (140, 160 y aun más), está débil, arritmico y desigual; los ruidos del corazón están también débiles y arritmicos; no se oye soplo ni frotamiento; hay lipotimias y síncope, de pronóstico gravísimo, que terminan por muerte del paciente.

Se ha observado en casos de adinamia muy marcada la aparición de una queratitis que puede producir la ulceración y aun la perforación de la córnea.

Se ha encontrado también en varias ocasiones el cuadro clínico del meningismo (dolor en los globos oculares, fotofobia, anisocoria, pereza en la reacción pupilar, etc.) y es de sentirse que la falta de necropsias sea obstáculo insuperable por ahora para saber en qué proporción se trata entonces de verdadera meningitis y en cuál hay verdadera miocarditis en los casos anteriores.

Ojalá y que en lo sucesivo nos preocupemos un poco más de estudiar el tabardillo en los enfermos más bien que en los libros extranjeros y ya que tan frecuentemente somos sumisos á lo que en ellos consta, recordemos las siguientes palabras de Murchison: «Se ha descrito el tifo en México, en la América Central y en la América del Sur; pero ninguna de las descripciones que he leído permite deducir que la enfermedad era el verdadero tifo, y que no se trataba más bien de las fiebres habituales de ese país, fiebre tifoidea y remitente adinámica.» (El tifo exantemático. París. 1896. Pág. 52).

JOSÉ TERRÉS

FISIOLOGIA

La Ureina

En el año que antecede, presenté á la Academia un trabajo acerca del descubrimiento de un principio orgánico constitutivo de la orina, al que el doctor Moor dió el nombre de *ureina*, y fué motivo de una comunicación, hecha por el mismo doctor al XIII.º Congreso Internacional de Medicina. Ofrecí á la Sociedad nuevo estudio acerca de este asunto, pues conjeturé desde entonces que semejante novedad sería una de tantas ilusiones que nuestra época, ávida de descubrimientos, toma como realidades, siendo

solo fantasmas que se desvanecen á la luz de la experimentación y de una razonada crítica. Vengo, pues, ahora á cumplir esa promesa, poniendo de manifiesto el juicio á que ha dado lugar el examen del pretendido descubrimiento.

La idea expresada por el Dr. Moor de que una gran cantidad de sustancias orgánicas dan de modo intenso reacción azul, característica con el ferrocianuro de potasio y el cloruro de fierro, reacción que puede observarse cuando la morfina y varios alcaloides son tratados por una solución de estas sales férricas, deduciendo después de *numerosas* y *exactas* investigaciones que ninguno de los componentes orgánicos ó inorgánicos de la orina, podía explicar esta reacción y que, por lo mismo, algún cuerpo químico, hasta hoy desconocido, debía de ser causa de tan extraño fenómeno; esta idea es del todo falaz puesto que Gautier, Bouchard, Addueco y otros han encontrado cuerpos básicos tanto en la orina normal como en la patológica, que originan esta reacción.

Para el Dr. Moor la ureina es un producto de metabolismo orgánico del cuerpo humano y pertenece al grupo de alcoholes de la serie aromática, descomponiéndose á la temperatura de 80º cent. en varios cuerpos que pertenecen á la clase de oxiácidos aromáticos. Afirma también el mismo autor que la ureina es un fermento cuya energía necesita para su desarrollo la temperatura de 130º cent.

Pues bien, ninguna de estas conclusiones está apoyada en hechos y no tienen más que imaginario fundamento. Lo mismo podemos decir de la aserción dogmática, sin justificación experimental respecto á que la ureina es la causa de la fermentación amoniacal del líquido urinario, pues está en oposición con resultados numerosos obtenidos por competentes investigadores.

Se ha preparado la ureina por el procedimiento indicado por el Dr. Moor, el Sr. Dr. Uribe la obtuvo también y yo la presenté á la Sociedad; mas al hacerse un análisis cuidadoso cualitativo de esta sustancia, empleando los medios de investigación y purificación, se halló que la tal ureina contenía sodio, potasio, amonio, fosfatos, urea, creatinina, pyrocatechin, fénol, sustancias alcalinas y bases de nucleina. A pesar de que se procuró evitar el empleo de un exceso de nitrato de mercurio para conseguir el descoloramiento, siempre se encontró este metal en la ureina; sin duda, algún compuesto orgánico de mercurio, formado con el nitrato, era su inmediato origen.