

la pinguícula, el terigion común ó el de color moreno; pero ha abido en algunos en los que no he encontrado absolutamente nada, lo que deberemos tener en cuenta al valorarlo como signo clínico.

En cuanto á personas que no tienen hábitos alcohólicos y que están, por supuesto, en la edad de tener terigion, si no están frecuentemente expuestas á causas irritantes de la conjuntiva; la mayor parte no tienen terigion absolutamente pero en algunos que no acostumbran el alcohol; se encuentra, por descontado, el terigion común rojo, si su conjuntiva está irritada por polvos, gases, etc., y la pinguícula y aún el terigion con coloración amarillo-gris, exactamente como en los alcohólicos. Debo, no obstante, advertir que el terigion común y particularmente el moreno, me ha parecido más frecuente en los alcohólicos. Esta relación entre el terigion y el alcoholismo crónico, la señaló el Sr. Jiménez, desde hace varios años; hoy nos la explicamos muy bien, puesto que sabemos que la pinguícula y el terigion son alteraciones tróficas, como el gerontoxon. En algún libro moderno, en el Tratado de enfermedades de los ojos, por Panas (pág. 262), he encontrado señalado el alcoholismo como causa del terigion.

Puesto que el terigion y la pinguícula, con la coloración especial señalada, existen en personas no alcohólicas y como, por otra parte, individuos alcohólicos hay, en quienes no se encuentran, resultan que son signos diagnósticos inciertos que sólo adquieren algún valor, cuando se consideran con algunos de los síntomas conocidos del alcoholismo. Este inconveniente, por lo demás, es de casi todos los signos; para fundar un diagnóstico hay que reunir varios síntomas. Si me parece que la relación entre la intoxicación alcohólica y el terigion merece estudiarse más de lo que hasta hoy se ha hecho. El terigion amarillo gris-sucio, tan frecuente en México, está reclamando un examen histológico é histológico particular,

México, Noviembre 13 de 1901.

A. CHACÓN.

PATOLOGIA MEDICA

PRONOSTICO DEL TABARDILLO

En 41,403 enfermos de tifo que ingresaron en varios hospitales ingleses, murieron 6,296 ó sea el 15,26 % según Murchison, y en la obra de patología que está publicándose por Brouardel, afirma Netter que la mortalidad media es de 1 por cada 5 ó 6 casos. En México, del año de 1893 á 1901 inclusive, fallecieron 6,896 enfermos de tabardillo, habiéndose tenido noticia en este lapso de tiempo de haber sido atacados por él 25,327, lo que da una mortalidad de 27,22 por 100. Si agregásemos á las citadas cifras las de casos y defunciones ocurridos en los cuatro primeros meses de este año, la cantidad de enfermos se elevaría á 28.011, y la de muertos subiría á 7,667, aumentando un poco el tanto por ciento de mortalidad, que entonces resulta de 27,37 por 100; mas no es prudente considerar en la estadística unos meses tan sólo de un año, porque el tanto por ciento de mortalidad tal vez varíe según las estaciones.

Al asentar que en México fallece un enfermo por cada 3 ó 4 y que, por consiguiente, el pronóstico del tabardillo es entre nosotros más grave que el del tifo en Europa, estoy seguro de que los datos numéricos que me han servido de base no son completamente exactos; pero creo que bastante se aproxima á la realidad la proporción de defunciones con respecto al número de atacados. Es verdad que de algunos enfermos de tabardillo no tiene conocimiento el Consejo Superior de Salubridad; mas en cambio otras veces se da el aviso por error de diagnóstico y aun cuando el curso de la dolencia permita rectificar este diagnóstico, el enfermo queda oficialmente figurando entre los atabardillados. En la estadística del "Hospital Juárez," en que por seguirse todo el curso de la enfermedad y por poder hacerse correcciones en las cifras, tiene que haber menos causas de error, murieron 2,930 tifosos y sanaron 8,139, de julio de 1888 á junio de 1895 y, por lo mismo, la mortalidad fué de 26,56 por 100 cantidad que va de acuerdo con la que resulta de la estadística del Consejo Superior de Salubridad, sobre todo teniendo en cuenta la añeja observación de que en los hospitales es, de ordinario, un poco menor la mortalidad por tabardillo que en

el resto de la ciudad. Conozco, otras estadísticas que se refieren á la clientela particular de algunos médicos y éstas sí difieren generalmente mucho de las que antes he citado, habiendo alguna en que la mortalidad es de 4 por 100; pero como me interesa en este momento buscar el pronóstico general del tabardillo, dedo limitarme á hacer notar que á pesar de la habilidad especial y notabilísima de esos médicos, la mortalidad general por tabardillo es todavía superior al 25 por 100 en la ciudad de México.

Decía hace un momento que es fácil que no sea igualmente grave la dolencia en las distintas épocas del año y si se estudia por semestres el tanto por ciento de mortalidad en los años á que he hecho referencia, se ve que por lo común es más grave el tabardillo en el primer semestre, como puede verse en el siguiente cuadro:

AÑOS.	1er. SEMESTRE	2º SEMESTRE
1893	39,84 por 100	32,92 por 100
1894	31,25 "	26,53 "
1895	35,66 "	30,12 "
1896	29,42 "	28,77 "
1897	29,71 "	31,13 "
1898	24,58 "	21,74 "
1899	26,06 "	19,97 "
1900	23,14 "	26,95 "
1901	29,20 "	27,59 "
1902	28,72 "	— "
	(en 4 meses)	

Se ve que en nueve años solo en dos fué mayor el tanto por ciento de la mortalidad en el segundo semestre (1897 y 1900) y que en uno de esos años (1897) poca fué la diferencia entre los dos semestres. No he dispuesto del tiempo suficiente para estudiar el promedio de la mortalidad en estos años, mes por mes, y sólo puedo volver á hacer constar aquí las cifras que se hallan en mi trabajo acerca de la etiología del tabardillo, (1) que se refieren solamente á los años de 1893 á 1896 inclusive. En esos años los meses, por orden decreciente en el tanto por ciento de mortalidad, deben colocarse así: junio, 41,64 por 100; abril, 38,70 por 100; mayo, 37,78 por 100; marzo, 36,18 por 100; julio, 33,93 por 100; septiembre, 33,22 por 100; febrero, 32,89 por 100;

noviembre, 31,99 por 100; enero, 31,53 por 100; agosto, 30,72 por 100; octubre, 28,76 por 100; diciembre, 25,53 por 100. Sin atreverme por sólo estas cifras (que darían por resultado que es más grave la enfermedad en abril, mayo y junio) á asentir la influencia de las condiciones propias á cada mes sobre la gravedad del tabardillo, creo probable que esta gravedad varía con esas condiciones y me limito á hacer notar que en esos tres meses no es precisamente en los que ocurre por lo general el mayor número de defunciones, pues esto acontece por lo común en marzo y abril, comenzando ya á haber disminución en mayo hasta el mes de septiembre, que es cuando, de ordinario, hay menor número de fallecimientos por tabardillo: no se ve, por lo mismo, relación entre el número de defunciones y el tanto por ciento de la mortalidad, ó en otros términos, no aumenta la gravedad de la dolencia proporcionalmente al número de los atacados.

El hecho, por todos observado, de que en el hospital ocasione menos mortalidad el tabardillo que en la ciudad podría explicarse, á primera vista, por las condiciones especiales de higiene ó de asistencia médica en dicho establecimiento; pero también hay que tener en cuenta las condiciones especiales de la clase social que ahí acude y recordar que en la ciudad se ve también menos gravedad de la dolencia cuando ataca á los proletarios que á los que gozan de buena posición social, y no puede decirse que el rico habite, por regla general, locales en más malas condiciones higiénicas, que nuestro improvisado hospital. Respecto al otro factor, es decir, la terapéutica, sólo hay que hacer notar que en caso de que influya en esto, deberá inferirse que su efecto es perjudicial en la actualidad, supuesto que es indiscutible que más se medicina el enfermo acomodado que el abandonado en el lecho del hospital á la apatía de los enfermeros.

En cada caso especial "jamás puede afirmarse un pronóstico en el tifo, y sobre todo cuando parece benigno" (1); mas hay, sin embargo, algunos datos que deben inclinar á uno ú otro pronóstico. Sin embargo, no debe olvidarse que hay veces en que enfermos muy graves sanan y otras en que sucumben, por algún cambio brusco en

(1) México, 1897.

(1) *Etiología del tabardillo*. Terrés. 1897, pág. 20.

el curso de la enfermedad, los que parecían tenerla muy leve.

Es un hecho que la gravedad del pronóstico aumenta con la edad del enfermo y cuando el tabardillo aparece en un individuo que tenía alguna dolencia grave, especialmente si es cardíaca ó digestiva. Debo asentar aquí haber oído afirmar á algunos médicos, que suele la tuberculosis incipiente mejorar cuando el tuberculoso está atacado de tabardillo, y se recordará que en esta Academia ha considerado el Dr. Juan María Rodríguez (*Gaceta Médica*, Tomo 29, pág 405), dudosa la acción del embarazo en el pronóstico de dicha fiebre, sin recordar probablemente lo asentado por el Dr. Miguel Jiménez, quien afirmó que se agrava el pronóstico.

La mayor parte de los síntomas de mal pronóstico, pertenecen al aparato circulatorio y entre ellos deben mencionarse: la taquicardia; la arritmia en las contracciones cardíacas; la debilidad de éstas; las hemorragias, principalmente si son intestinales y, por de contado, las intracranéas. Deben también referirse á las hemorragias, las petequias, que cuando se extienden á la cara y en general, cuando están muy abundantes y extensas (habiendo casos en que se deben llamar verdaderamente equimosis) son signos de mal pronóstico. También la extensión del exantema á la cara y manos se observa principalmente en los tabardillos severos.

Los síntomas nerviosos más importantes son: el estado comatoso, que excepto en los casos de complicación cerebral, es más bien una adinamia profunda; en segundo término la coreología, las convulsiones y el delirio después. El Sr. Jiménez mencionaba la cefalalgia intensa, pero á mí me parece que no tienen gran importancia para el pronóstico. La fatiga anterior del cerebro es muy perjudicial.

En el aparato digestivo, la enteroplegia con su timpanismo consecutivo. Las evacuaciones involuntarias, sobre todo si no son sentidas por el enfermo, indican su adinamia.

En el respiratorio, sin tener en cuenta las complicaciones accidentales, debe temerse mucho la muerte cuando hay hipo tenaz.

En el aparato urinario no parece haberse encontrado, hasta ahora, síntoma valioso para el pronóstico, pues la verdad es que no se han hecho estudios serios respecto á la composición de la orina, aunque quizás se hallen datos importan-

tes en su toxidez. Respecto á la anuria, resulta de la falta de introducción de agua al organismo y se observa en los atabardillados adinámicos, sobre todo si no degluten ya, cuando no se les administra agua por el recto ó por hipodermoclasia. La retención de orina está también ligada con la adinamia.

En los órganos de los sentidos se obtienen signos por el estudio del de la vista, tanto por el estado de las pupilas como porque la aparición de queratitis constituye un signo de mal pronóstico.

La temperatura sólo en sus grados extremos sirve para presagiar un mal desenlace y sobre todo, si persiste en ellos por bastante tiempo. La prolongación de la calentura después del 18.º día, sin remisión, es un signo grave y debe hacer pensar que hay complicaciones.

Los sudores no son favorables sino cuando su aparición coincide con mejoría en los otros síntomas; pero si existen copiosamente antes de la terminación natural de la enfermedad, son de mal pronóstico y otro tanto puede decirse de la poliuria.

Inútil es decir que deben también tenerse en cuenta las complicaciones (congestión pulmonar, meningitis, enteritis, etc.)

Estos son los signos que, según lo que he visto, tienen valor para establecer con alguna probabilidad un mal pronóstico, especialmente los pertenecientes al aparato circulatorio, el hipo y la enteroplegia; pero, repito, no debe olvidarse que en cada caso especial y sobre todo, cuando sólo existe uno ó muy pocos de los signos mencionados, puede variar casi bruscamente el curso de la enfermedad.

Por de contado que mientras en número menor existan los signos indicados, menos grave será el pronóstico; mas aún en los casos que parecen más benignos y hasta en la convalecencia, puede una hemorragia meníngea ó un síncope imprevisto ocasionar la muerte repentina del enfermo, ó una hemorragia intestinal abundante, hacerlo fallecer en poco tiempo.

Junio 11 de 1902.

JOSÉ TERRÉS.

Turnos de lectura de los socios de la Academia el mes de Julio de 1902.

Están en turno para su lectura reglamentaria en el presente mes, por las Secciones de
Farmacología.—Julio 2.—Dr. Gregorio Mendizábal.
Obstetricia.—Día 9.—Dr. Fernando Zárrega.
Ginecología.—Día 16.—Dr. Julián Villarreal.
Higiene y Estadística Médica.—Día 23.—Dres. Luis E. Ruiz y Manuel S. Soriano.