

disminucion considerable del calor, por lo menos en el periodo álgido. Nadie duda que en esta enfermedad la temperatura de las partes extremas desciende notablemente, pero no es solo en este sitio, sino en la axila y debajo de la lengua, donde se produce el mismo resultado. Pero no sucede lo mismo con la temperatura profunda; Doyere (1) ha demostrado que el termómetro introducido en el recto de los coléricos álgidos, refiere una temperatura considerable, llegando en ocasiones á 42°. Estos resultados se han confirmado con las investigaciones de M. Marey (2); y en el notable trabajo de M. Lorain (3), ha demostrado que en el cólera la temperatura del recto oscila en límites precisos y casi constantes, mientras que la temperatura de la piel y de la axila se separa por límites muy grandes. Así, en esta enfermedad todas las investigaciones termométricas deben hacerse por medio de la exploracion rectal, bajo pena de incurrir en considerables errores.

Estas observaciones nos obligan á considerar como no definitivas las investigaciones termométricas verificadas en el esclerema de los niños. El enfriamiento considerable demostrado en esta enfermedad por los observadores mas autorizados, y en particular por H. Royer, ¿se ha apreciado en las partes profundas? No pueden afirmarse estos resultados sino despues de observaciones hechas segun los mismos procedimientos empleados en el cólera. Sin embargo, harémos constar que la temperatura tomada en la axila desciende 15 grados menos que la normal, esto es, 22°,5. La misma observacion podemos hacer en todas las enfermedades en que se marca algidez: periodo asistólico de las enfermedades del corazon; estado asfíxico determinado por enfermedades pulmonares, uremia crónica (Hirtz) (4). En todos estos casos hay enfriamiento periférico incontestable. Pero este enfriamiento parece íntimamente unido, al menos en las enfermedades cardíacas y pulmonares, á los trastornos de la circulacion. La cuestion es saber si la temperatura profunda central se disminuye. La inanicion presenta como uno de sus mas constantes efectos el descenso de temperatura (Chossat).

En la convalecencia, la temperatura hipo-normal es un fenómeno pasajero que desaparece con la causa que la produce.

Al terminar esta rápida exposicion de los resultados obtenidos por

(1) Doyere, *Mém. des savants étrangers à l'Institut*, 1858.

(2) Marey, *Essai de théorie physiologique du choléra* (Gaz. heb., 1865).

(3) Paul Lorain, *Etudes de méd. clinique. Le choléra observé à l'Hopital Saint-Antoine*. Paris, 1868, grand in-8° avec figures.

(4) Hirtz, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Article CHALEUR*.

la exploracion termométrica en las enfermedades, debemos mencionar en pocas palabras los trabajos hechos por Henri Roger sobre la temperatura en las enfermedades de los niños (1), y los de M. Charcot (2) en el estado febril de los viejos.

Hé aquí las conclusiones del trabajo de Henri Roger:

En los recién nacidos, desde el dia siguiente del nacimiento, la temperatura media, tomada en la axila, es de 37°,08.

En la mayoría de las enfermedades de los niños, excepto en el edema álgido, las variaciones de temperatura se mantienen sensiblemente en los mismos límites que en el adulto. Esta nocion no se aplica á los recién nacidos que se enfrian con facilidad, tanto más cuanto menos vigorosos sean, así como en ellos las enfermedades agudas no determinan tanto aumento de temperatura como en los niños de mas tiempo.

El máximo de temperatura en el niño se ha observado en un caso de meningitis cérebro-espinal. El termómetro llegó á 42°,5 en un niño de diez años.

Puede decirse que la muerte es inmediata cuando el termómetro llega á 42°.

El máximo de 40° se alcanza pocas veces.

Cuando la temperatura desciende de 32°,5 en la axila, la muerte se produce igualmente.

M. Roger hace esta observacion: en el niño la fiebre tifoidea es la única enfermedad en la que se observa un fuerte calor: 41 y 42° coinciden con aceleracion moderada del pulso. Resulta que una temperatura de 40° se encuentra en un niño cuyo corazon late entre 100 y 140: es indicio casi infalible de la existencia de una dotinenteria; mientras que el mismo máximo de calor, coincidiendo con un número de pulsaciones superior á 130, harán creer en una meningitis en los casos tan frecuentes en que se duda entre estas dos enfermedades. Un descenso de temperatura (35 ó 36°), intermedio entre dos periodos de exaltacion, en un niño afectado de fenómenos cerebrales, indica casi seguramente una meningitis.

En los casos en que el diagnóstico es dudoso entre una bronquitis capilar y la neumonia lobular en su principio, el termómetro debe disipar todas las dudas. Si llega á 40°, se trata de una neumonia. No es necesario insistir para demostrar la importancia capital que presenta en semejantes resultados, y la certeza que dan al diagnós-

(1) Henri Royer, *De la température chez les enfants à l'état physiologique et à l'état pathologique* (Archives générales de méd., 1844).

(2) Charcot, *De l'état fébrile chez les vieillards* (Gaz. des Hop., 1866).

tico, con frecuencia tan difícil en las enfermedades infantiles.

En lo concerniente á la temperatura en las enfermedades agudas febriles en los viejos, M. Charcot ha indicado algunas notables particularidades. En los viejos hay poco escalofrío, como ya lo habia observado Beau: durante la defervescencia la temperatura desciende con mas facilidad que en el adulto, por debajo de la cifra normal, sin que se presenten los fenómenos de colapso que con semejante descenso se manifestarian en sujetos mas jóvenes. En el adulto, la neumonía franca lobular, que ha sido el principal objeto de las investigaciones termométricas de M. Charcot, cuando debe terminar por la muerte, presenta una elevación insólita de la temperatura, que se aumenta hasta el término fatal. En los viejos, por el contrario, la muerte se verifica algunas veces con todos los signos de una defervescencia engañosa, la temperatura desciende progresivamente en plena flegmasía hasta llegar á la cifra normal.

En fin, la regularización y distribución uniforme del calor es menos perfecta en el viejo que en las demás edades de la vida: en estos es necesario distinguir el resultado de la termometría axilar, de las que suministra la exploración rectal. En el adulto, estas dos curvas son siempre paralelas y casi se confunden. En los ancianos presentan una notable separación, la temperatura exterior desciende, y al contrario la de las partes centrales se eleva en muchos grados (Charcot).

No podemos prolongar más estas consideraciones sobre la temperatura. El objeto tiene tan vastas proporciones que solo hemos podido presentar las cuestiones que mas se relacionan con la semeiología y el diagnóstico de las enfermedades. Estas consideraciones bastan, sin embargo, para probar que el estudio de la temperatura es hoy indispensable al clínico que desea obtener conocimientos positivos. Dan á conocer que no hay entre el pulso y la temperatura concordancia absoluta que permita juzgar la una por la otra. Una misma temperatura puede coincidir con pulsos muy diversos, y aunque habitualmente el pulso se eleva en las enfermedades en que se encuentran las mas elevadas cifras termométricas, sin embargo, las excepciones no son raras.

La última palabra de estas investigaciones no se ha dicho aun. El camino está trazado para los que, penetrando mas adelante en el estudio de los fenómenos patológicos, quieran conocer las relaciones que existen entre la temperatura producida y los diferentes productos excretados; gases espirados, exhalación cutánea, urea, etc.... durante el periodo febril.

v. p. 478 1/2 LIBRO CUARTO.

DE ALGUNOS PROCEDIMIENTOS FÍSICOS Y QUÍMICOS PARA LA EXPLORACION CLÍNICA.

Las ciencias accesorias suministran todos los días á la medicina clínica el tributo de sus investigaciones, enriqueciéndola con numerosos medios de exploración. Como interesa que conozcan nuestros lectores los procedimientos que se refieren al diagnóstico, vamos á dar la indicación de los que se derivan de la física y de la química.

Los medios de exploración de que vamos á tratar no son útiles, cada uno en particular, sino para reducidos y limitados puntos de la observación médica, y no los hemos colocado en los libros precedentes, porque siendo de un orden diferente, hemos querido formar con ellos un libro separado.

Darémos aquí el resumen de los resultados obtenidos por el *oftalmoscopio*, el *laringoscopio*, el *microscopio*, y por los procedimientos, por desgracia poco numerosos, que la *química* suministra á la clínica. Hemos ya hablado en otro lugar de la *dinamoscopia*.

CAPÍTULO PRIMERO.

DEL OFTALMOSCOPIO.

El exámen del interior del ojo, y mas especialmente el de la retina, es, á nuestro juicio, una de las conquistas mas preciosas de la ciencia moderna. A pesar de que es muy limitado el campo de las investigaciones, basta para dar una idea de los actos íntimos del organismo; por él se manifiestan y revelan el modo de circulación capilar, los fenómenos de la nutrición y las diversas fases de la alteración patológica de los tejidos.

Historia.—En ciertos animales el fondo del ojo *refleja la luz*; en el hombre solo se presenta este fenómeno en algunos casos patológicos. El fenómeno *reflexión* no es una función propia del animal; tiene lugar por reflexión de cierta cantidad de luz exterior, pero que se escapa á la vista del observador. El color negro del fondo del ojo en el hombre depende de que los rayos luminosos que penetran en el órgano vuelven paralelamente, esto es, siguiendo la dirección de su entrada; por lo que se concibe la imposibilidad de que el obser-