

Comun. Cuespo d yore

31-7-A-N7

70 L

Co 2528

De la

Temperatura en las enfermedades  
del sistema nervioso.

(Tesis de Doctorado)

Lic. Anon. Cuespo.

1883.





UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315394796

b 18473386

i 25462428

*Señores:*  
No es de tener que señalar  
la importancia del libro  
que ante tan digno título  
real y para en esto sea



Umo. Sr.

Señores:

No creo tener que ensalzar  
la importancia del tema,  
que ante tan digno Tribu-  
nal y para un acto tan

2  
solemne como este, me propongo desarrollar.

Desde la mas remota antigüedad ha llamado la atencion de los observadores, el desarrollo notable de temperatura que se produce en las enfermedades. Las denominaciones de fiebres, piroxia, inflamacion, prueban el valor que los antiguos atribuian, intuitivamente, a los trastornos de la calorificacion en diferentes procesos mor-

3  
bosos. Pero no disponiendo para la apreciacion de la temperatura, mas que de medios imperfectos y consecuencia enganosos, tales como el aspecto exterior de las partes, las sensaciones acusadas por el enfermo o las que les revelaban la aplicacion de la mano no pudieron suministrar nos datos exactos del trastorno de esta importante funcion. Es por consiguiente necesario

4.  
llegar á la época moderna, principios del siglo pasado, para encontrar un progreso.

Berhaave, que tanto contribuyó á introducir en la medicina los procedimientos rigurosos de las ciencias físico-matemáticas, fué el primero que recomendó el uso de la exploración termométrica en las enfermedades. Pero su discípulo Haën fué el que recogió las primeras observaciones exactas; demostró contra

5  
mente á las ideas hasta entonces reinantes, que en el periodo de frío, en la fiebre intermitente hay una elevación notable de temperatura. Pero sus observaciones no se propagaron; no obstante algunas ingeniosas observaciones de Hunter y la autoridad de Currie, el uso del termómetro estaba completamente abandonado, cuando Andral, Bouillaud y Gavarret, llamaron nuevamente la atención

6.  
sobre este medio de obser-  
vacion. En 1844 H. Ro-  
ger, publico en los Archi-  
vos generales de medicina  
una Memoria muy intere-  
sante, consagrada al  
estudio de la temperatura  
en los niños, en el estado  
fisiologico y patológico.

Las nociones que en  
esta epoca se tenian sobre  
la termometria morbosa,  
eran, bajo todos los puntos  
de vista, numerosas e im-  
portantes. Pero, debe advertir-  
se que estas observaciones

7  
se verificaban sobre todo con  
un objeto fisiologico y cien-  
tífico mas que clinico. El pro-  
cedimiento existia, pero no  
se conocia su valor; no falta-  
ba mas que un plan regular  
y un método.

A la escuela alemana  
es á la que la ciencia  
debe los ultimos progresos  
realizados en esta via, ya  
travada por los autores  
franceses. Traube, Boerens-  
prung y Wunderlich, en  
una larga serie de constan-  
tes observaciones, han dado

mas exactitud y precision à este método de exploracion. Demostraron la necesidad de las observaciones termométricas regulares y repetidas desde el principio de una enfermedad hasta su completa curacion. El primer resultado de sus observaciones fué una concepcion mas rigurosa de este sintoma tan importante en toda cuestion patológica, la fiebre. Ha ver adquiridas estas

nociones fundamentales, se adquirieron otras tan notables en resultados practicos. Mejor conocida la fiebre en sus intimas manifestaciones se estudiaron las fiebres en particular. La exploracion termométrica demuestra, que, en las diferentes piroxias, la temperatura sigue una marcha constante, siempre comparable à si misma; se ha adquirido tambien otro dato esencial que, en las enfermedades ciclicas de evolucion

regular y fatal, el elemento fijo e invariable entre todos, el que por excelencia caracteriza la enfermedad y acusa el tipo, es el elemento térmico. De todos los síntomas de una fiebre, los fenómenos caloríficos son á la vez los mas seguros y los mas constantes; solamente á la vista de tal ó cual trazado termométrico, sin ningun otro dato accesorio, el médico podrá diagnosticar una viruela, una fiebre

tifoidea. No hace mucho la piretología formaba el capítulo mas vago y peor definido de la patología: la termometría metódica ha disipado muchas de estas dudas.

Pero no solo, gracias al termometro, se ha establecido el tipo normal de toda enfermedad de evolucion ciclica sino que tambien, por medio de este método de exploracion se puede estudiar toda desviacion de este tipo regular y estas



prevenido para toda complicacion que pueda sobrevenir en el curso de una enfermedad. La eficacia de la intervencion terapeutica puede apreciarse igualmente por este método.

Aunque la termometria morbosa no hubiera hecho mas que establecer sobre bases de una certidumbre matematica la individualidad y la fijera de las enfermedades ciclicas, hubiera prestado

a la ciencia un invaluable servicio. Pero, en todas las enfermedades la exploracion termometrica es indispensable, por las nociones que nos suministra sobre el estado de la calorificacion, es decir sobre la funcion que caracteriza la actividad organica. Las nociones que me propongo desarrollar en esta memoria demostraran, que en efecto fuera de las fiebres propiamente dichas, el termometro

es de una utilidad cons-  
tante y capital.

Los recientes trabajos  
de Hirte, Spielmann,  
Ladesich, Coblenz, las  
interesantes observacio-  
nes de Charcot y Bour-  
neville sobre la tempera-  
tura en las enfermedades  
del sistema nervioso, de  
las cuales voy á ocuparme  
las obras de Taccoud y  
la reciente de Lorain en  
Francia han dado  
gran impulso á este  
importante medio de

diagnóstica En Inglaterra  
Kidney-Pepper, Hittin  
han publicado trabajos  
importantes sobre esta  
materia.

Puede decirse que  
hasta estos últimos años  
en que gracias á los traba-  
jos de Charcot y de su  
discipulo Bourneville  
la exploracion termo-  
métrica ha suministrado  
datos preciosos sobre  
la temperatura en las  
enfermedades del siste-  
ma nervioso, ningun

autor se habia ocupado especialmente de este asunto.

Por lo demas la fisiologia experimental lo mismo que las lesiones que sufre el sistema nervioso demuestran la importancia de los datos suministrados por las variaciones de la temperatura en las enfermedades de este sistema.

Brodie en 1837 dió á conocer el primer caso de esta especie. Se tra-

taba de un individuo que se causó una herida contusa en la region cervical de la médula, á consecuencia de la cual sobrevino una parálisis de todos los músculos de los miembros y del tronco á excepcion del diafragma. La temperatura del cuerpo en este herido, cuarenta y dos horas despues del accidente, se elevaba, antes de la muerte, á la extraordinaria cifra de  $43^{\circ} 9$  centigrados.

Posteriormente se han observado otros casos análogos Billroth observó, en un enfermo que padecía una lesión de la médula espinal á consecuencia de la fractura de la sexta vértebra cervical, cincuenta horas después del accidente, una temperatura de  $42^{\circ}, 2$ . Simon vio, en un individuo atacado de apoplejía á consecuencia de una lesión de la médula por fractura de la duodécima

vértebra dorsal, al tercer día, elevarse la temperatura á  $44^{\circ}$ .

Además los resultados de los experimentos verificados en los animales están completamente de acuerdo con los hechos patológicos.

Pudiera multiplicar hasta el infinito, tanto los casos patológicos como los experimentales que demuestran la exactitud de las observaciones que acabo de

exponer, pero no queriendo  
 hacer demasiado peso  
 este pequeño trabajo pa-  
 so a ocuparme de los ca-  
 sos patológicos en par-  
 ticular, seguro de que con  
 los anteriores datos gene-  
 rales nadie dudara  
 de la importancia de  
 la termometria clinica  
 en enfermedades tan  
 graves como la del sis-  
 tema nervioso.

*Meningitis:* En la meningitis  
 aguda, la fiebre puede em-

perar ya de una manera  
 rapida, ya de una manera  
 mas o menos lenta, segun  
 la causa determinante de  
 la enfermedad.

Generalmente, la  
 ascension termica se hace  
 muy considerable, man-  
 tiendose á gran altura,  
 (mas de 40° c) de una manera  
 continua y elevandose mu-  
 cho mas durante la agonía,  
 de manera que la muerte  
 se verifica generalmente  
 á una temperatura de 40°  
 5' ó 41°. Algunas veces se

se elevase el calor medio grado en las tres horas que preceden á la muerte.

En la meningitis granulosa, el principio de la ascension termica escapa de ordinario á la observacion, ya por no haber practicado la medicacion en los primeros dias del principio insidioso de la enfermedad ya por que las lesiones anteriores (tuberculosis de los pulmones, de las

glándulas ect) hayan determinado una elevacion termica.

En el curso de la enfermedad, la temperatura excede en poco á la normal, no observandose sino excepcionalmente las cifras elevadas de la meningitis franca.

Cuando se aproxima la terminacion fatal, despues de una duracion mas ó menos larga de la enfermedad, la temperatura no se eleva

mas que excepcionalmente si ha sido anteriormente febril; frecuentemente baja; aunque no al grado normal, sin embargo disminuye algunos grados.

En la agonia puede suceder que continúe este descenso o bien que se presente antes de la muerte una ascension considerable ( $41^{\circ}$  c. Wunderlich).

En la meningitis cerebro-espinal epidemica las condiciones termicas

son tan diversas, como el conjunto de los sintomas que esta enfermedad, a pesar de su esencialidad, puede presentar.

En algunos casos muy graves y rapidamente mortales, la temperatura ha seguido una marcha semejante a la de la meningitis aguda.

Aunque no sea siempre muy elevada al principio de la enfermedad, llega sin embargo en muy poco tiempo a grados extremada-

mente considerables, en los  
 cuales se mantiene du-  
 rante muchos dias; al  
 aproximarse se la muerte  
 puede elevarse extraordi-  
 nariamente ( $42^{\circ}$  y hasta  
 $43, 45$ ) y, despues de la  
 muerte, puede elevarse  
 todavia algunas decimas  
 pudiendo llegar a  $44, 16$ .  
 Entre los casos mortales, se  
 presentan tambien algu-  
 nos en los cuales la tempe-  
 ratura poco elevada du-  
 rante cierto tiempo se eleva  
 repentinamente a un

grado considerable al fin  
 de la enfermedad.

Hay casos ligeros re-  
 lativamente que no presen-  
 tan más que una fiebre  
 de corta duracion, muchas  
 veces con considerable deca-  
 cion de temperatura.

En oposicion a este  
 curso febril de corta  
 duracion, ya con caracter  
 grave a benigno, se encuen-  
 tran casos en que la marcha  
 de la temperatura puede  
 ser muy variable en un  
 mismo caso, lo cual depen-



de principalmente de las complicaciones.

Algunas veces, la duracion y la exarcebacion termica son semejantes a las de las fiebres tifoideas. y, hasta cierto punto, el trazo termico puede ser semejante con el de esta enfermedad; pero no presenta la regularidad que caracteriza a la fiebre tifoidea.

La defervescencia puede verificarse rapidamente pero por lo general

sigue una marcha lenta.

En la meningitis espinal aguda la elevacion de la temperatura es en general moderada  $39^{\circ}\text{C}$  aunque hay casos en los cuales puede ser muy grande y rapida ( $41^{\circ}\text{C}$ ) pero este es el caso menos general.

Hemorragia cerebral. El primer fenomeno que se observa al principio de una hemorragia cerebral, es un descenso notable de temperatura, la cual baja a  $36^{\circ}$  y

aun a  $35^{\circ}, 4$ . A este periodo sigue una ascension rápida cuando la muerte se ha de verificar en un periodo corto, alcanzando entonces la temperatura central la cifra de  $40^{\circ}, 4$  pudiendo llegar a  $41^{\circ}$  y  $42^{\circ}$ . Por el contrario cuando el enfermo debe curar ó cuando la terminacion fatal no se verifica sino despues de un tiempo mas largo, la temperatura se eleva despues del

descenso inicial, á la cifra normal ó algo mas oscilando entre  $37^{\circ}, 6$  y  $38^{\circ}, 6$  durante algun tiempo, manteniendose alrededor de la temperatura normal si el enfermo debe curar y sufriendo una ascension rápida despues de este periodo, si la terminacion debe ser fatal.

Si tratamos de averiguar las circunstancias que influyen de una manera particular en

ute descenso del calor central, creemos poder citar la continuacion de la hemorragia la produccion de nuevos focos, la propagacion de la sangre a los ventriculos, finalmente la produccion de una hemorragia en la mitad derecha de la protuberancia y en el pedunculo cerebeloso medio correspondiente, accidentes que denotan tambien la aparicion de la

contraccion y de los movimientos convulsivos (Bourneville).

Resumiendo los datos consignados, podemos dividir los periodos termicos en tres grupos:

- Primero = Hemorragia cerebral fulminante ó hemorragias multiples, que se suceden, no se observa mas que el descenso inicial de la temperatura:
- Segundo = Hemorragia cerebral terminandose por la

muerte en un periodo de diez á cuarenta horas, en estas circunstancias se observa: un descenso inicial de la temperatura; una elevacion rapida.

Tercero = Hemorragia cerebral que no termina por la muerte sino despues de algunos dias, en estas casos se notan los tres periodos: descenso inicial; periodo estacionario caracterizado: por una ascension ligera y momentanea, por osci-

laciones limitadas de la temperatura alrededor de la cifra fisiologica; un periodo ascendente terminal. La muerte cuando tiene lugar se verifica cuando la temperatura alcanza su maximum.

Reblandecimiento cerebral. Los traxados termicos del reblandecimiento cerebral, son bastante semejantes á los de la hemorragia. Sin embargo se encuentran diferencias

que pueden servirnos para el diagnóstico diferencial de estas dos enfermedades.

En el reblandecimiento, exceptuando los casos que podemos considerar como extraordinarios, en los que la terminación fatal se verifica en un periodo muy corto, aunque no tanto como en las hemorragias llamadas fulminantes, el descenso inicial de la temperatura

va falta, y, cuando existe, no es tan pronunciado como en la hemorragia. Generalmente en este periodo la temperatura no baja de  $37^{\circ}$  pudiendo ser de  $37^{\circ}2$ ,  $37^{\circ}4$  y hasta de  $37^{\circ}8$  durante las primeras horas que siguen al ataque.

En el segundo periodo, estacionario, se observa en el reblandecimiento, generalmente, poco despues del ataque, una elevacion brusca

de la temperatura que llega a  $39^{\circ}$  y aun a  $40^{\circ}$ . Después la temperatura baja, volviendo a la cifra normal y ofrece oscilaciones irregulares, ya permaneciendo en la misma cifra durante dos días; ya presentando remisiones pueden ser vespertinas ó matinales. Estas remisiones pueden llegar a ser hasta de un grado.

El periodo ascendente sobreviene general

mente después de un periodo estacionario bastante largo y mal caracterizado. La temperatura, en la mayoría de los casos, se eleva lentamente. Puede suceder que en este periodo la temperatura sea poco marcada, pero con frecuencia, se eleva hasta un grado bastante alto ( $39^{\circ}$ ,  $40^{\circ}$ ); finalmente en algunos casos, puede llegar a un grado tan elevado como la hemo-

magia cerebral.

No siendo en los casos excepcionales, en que la muerte es bastante rápida, la temperatura terminal del resquecimiento cerebral es mas baja que la de la hemorragia.

Despues de la muerte, la temperatura parece descender con mas rapidez que en la hemorragia (Bourneville).

En los ataques

apoplejiformes que pueden sufrir los individuos que padecen esclerosis, parálisis general y algunas otras afecciones cerebro-espinal y algunas otras afecciones cerebro-espinales, la temperatura se eleva, desde la invasion de los primeros sintomas, tendiendo a elevarse progresivamente toda via mas mientras dura el acceso (Charcot).

Dato importante, que

puede servirnos para el diagnóstico diferencial entre estos ataques, la hemorragia y el rubor decimiento cerebral.

*Mielitis aguda.* Esta afección puede emprender con una rápida elevación de la temperatura, la cual puede llegar a  $39,9$  ó  $40^{\circ}$ . Pero más generalmente, la elevación de la temperatura es poco sensible ó nula. (Byrom-Bramwell).

En las lesiones

traumáticas de la médula, sobre todo, de la cervical, se observa una elevación enorme de la temperatura, pudiendo llegar hasta  $43^{\circ}, 21$  (Brodie)  $42^{\circ}, 2$  (Billroth)  $43^{\circ}, 6$  (Günke).

Los ataques convulsivos, sobre todo las convulsiones tónicas (estáticas, Charcot y Bouchard) se acompañan generalmente de elevación de la temperatura central. Voy



por consiguiente á ocupar  
me de la temperatura en  
estos estados.

Epilepsia, histero-epilep-  
sia é histenismo. Segun  
Alvarengo (1) Compton  
habia notado en un  
epiléptico, en el momen-  
to de la agonía una tem-  
peratura de  $40,6$  (2) Wi-  
liams (3) Gibson y

(1) Manual de Termometría  
general 1875. pag. 117.

(2) Temperature in acute  
Diseases London 1866.

(3) Medical Times,  
1867 n.º 896.

Clouston han consigna-  
do, pero de una manera  
incidental, algunas in-  
dicaciones sobre la tem-  
peratura durante el  
acceso epiléptico. Gibson  
cita el caso de un epilép-  
tico cuya temperatura era  
de  $36,11$  en los intervalos  
de los accesos y, en el cual,  
durante estos se elevaba  
á  $38,33$ .

Clouston se ocupa  
sobre todo, en su obra de  
la temperatura en el  
intervalo de los accesos.

Sin embargo, en sus conclusiones hay un pasaje que nos interesa:  
 « Un acceso epiléptico,  
 » dice, deprime, desde luego  
 » la temperatura, después  
 » tiende a elevarla un poco,  
 » pero hay una diferencia (que no señala), según  
 » que el enfermo este dormido o despierto ».

Aug. Voisin en el Diccionario de Medicina y Cirugía prácticas dice: « Cuando un ataque de epilepsia es

» intenso, es raro no encontrar  
 » un poco de aumento  
 » del calor central, del número  
 » de pulsaciones y  
 » de los movimientos respiratorios. Se ve por lo  
 » tanto, la temperatura  
 » axilar elevarse fácilmente a  $38^{\circ}$ , el pulso  
 » a 84-88 y el número de  
 » respiraciones a 24-28.  
 » Estos caracteres de una  
 » fiebre transitoria se  
 » encuentran constantemente  
 » y con mayor intensidad en los casos.

„en que los ataques se  
 „suceden con cortos inter-  
 „valos. La temperatura  
 „axilar se eleva entonces  
 „algunas veces hasta  $41^{\circ}$ ,  
 „el pulso á 150 y la piel  
 „se cubre de un sudor pro-  
 „fuso».

Wunderlich en su libro  
 tan completo bajo otros  
 puntos de vista, se limi-  
 ta á recordar el trabajo  
 de Westphal sobre los  
 ataques epilépticos  
 de los que padecen pa-  
 ralisis general.

Era el estado  
 de la cuestión cuando  
 gracias á los trabajos  
 de Mascot, se ha podido  
 estudiar mejor la tem-  
 peratura, no solamente  
 en los accesos aislados,  
 sino también en el  
 estado de mal epilép-  
 tico.

En los accesos ais-  
 lados de epilepsia, la  
 temperatura sufre un  
 aumento aunque no  
 muy grande ( $37^{\circ}8-38$   
 $38^{\circ}1$ ) volviendo poco

70  
tiempo después de 20 ó 30  
minutos, á la cifra nor-  
mal para sufrir nuevas  
oscilaciones cuando  
se producen nuevos ac-  
cesos. Aunque haya cin-  
co, seis, diez accesos ó  
más en las veinticuatro  
horas, en cuanto el enfer-  
mo recobra el conocimien-  
to, encontrándose en su  
situación habitual,  
la elevación de la tem-  
peratura no se man-  
tiene.

En el estado de mal

51  
epiléptico, la temperatura  
aumenta también desde  
los primeros accesos; pero  
en lugar de bajar á la  
cifra fisiológica, perma-  
rece más elevada y á me-  
dida que los accesos se  
multiplican y sobre todo  
que, en los intervalos que  
los separan, las facultades  
intelectuales y sensoria-  
les se debilitan más y  
más hasta abalirse, la  
temperatura se eleva  
y esta ascension se  
verifica con gran rapi-

der, pues en algunas horas, la temperatura puede llegar á  $40^{\circ}$ ,  $41^{\circ}$   $42^{\circ}$ . Tal es la marcha de la temperatura en la fase de aumento de este periodo (Bourneville)

El estado de mal epiléptico puede limitarse á este periodo, convulsivo, ya muemba el enfermo, ya cure. En el primer caso, en las últimas horas de la existencia del enfermo, generalmente, los accesos

son tan numerosos que es imposible contarlos. La temperatura poco tiempo antes de la muerte es ya muy elevada y aunque una ó dos horas antes, los accesos pueden desaparecer, sin embargo la temperatura continúa aumentando.

Cuando el enfermo cura, desaparece el estivo; vuelve el conocimiento; la temperatura baja rápidamente á  $37^{\circ}$ ,  $3$ .

Es sin embargo, excepcional que las cosas pa-

sen de esta manera; con frecuencia, al primer periodo, siguen otros, llamados mesingiticos.

En este periodo, hay que tener en cuenta tambien la terminacion, ya por la muerte ó bien por la curacion. En el primer caso la temperatura llega a  $42^{\circ}$ ; y en el segundo, baja rapidamente a la cifra fisiologica.

Se sabe que la histeria y la epilepsia

pueden encontrarse en un mismo enfermo, en el que, segun la mayor parte de los autores se combinaran de dos maneras principales:

Primero: Permaneciendo los ataques histéricos y los accesos epilépticos distintos; Segundo: casos en que la histeria y la epilepsia son coeales, es decir se han desarrollado y existido juntas.

En este segundo grupo, el hecho capital

30  
que resulta es que, lo mismo que los accesos aislados de epilepsia, dan lugar a un aumento de temperatura.

En todos los casos observados de histeria la temperatura era normal.

Los datos que el termómetro nos suministra, en estas afecciones pueden servir de mucho a los médicos forenses y militares.

Nadie ignora que

56  
ciertos individuos simulan la epilepsia ya para atraerse la caridad pública, ya, sobre todo, para sustraerse al servicio militar. Los simuladores, con el fin de llamar más la atención, hacen por imitar los accesos más violentos.

La exploración termométrica será un excelente medio de asegurarse de la realidad de la epilepsia. Si el enfermo es verdaderamente epiléptico la temperatura se elevará sobre la cifra físico

logica, lo cual se podrá notar aun despues de algun tiempo de la remision; si por el contrario, hay simulacion la temperatura permanecerá normal.

Eclampsia puerperal - Las observaciones esparcidas en los Tratados de partos, Periodicos, Memorias y Diccionarios mas recientes, no nos han suministrado sobre este punto especial ninguna indicacion de valor. Dice con Segale y Grenser que « la tem

peratura de la cabera es elevada, sobre todo en la frente » y que en los intervalos de los accesos de eclampsia « se queda mas que la frecuencia del pulso y la elevacion de la temperatura » con aserciones vagas que no aclaran la cuestion (Bourneville).

Guinke en Alemania consignó, en 1869, un caso de eclampsia, anotando la temperatura, la cual, dice, se elevó á la cifra



de  $43^{\circ}, 1$ . Apenas de un in-  
terés, este hecho ha parado  
de ser percibido; después  
de Linncke hasta Bour-  
neville, nadie se ha ocupa-  
do de consignar la tem-  
peratura en sus observa-  
ciones.

La eclampsia puer-  
peral nos presenta una  
curva termométrica  
elevada desde la apari-  
ción de las convulsiones  
y continúa elevándose  
hasta su cesación ó la  
muerte de la enferma.

Cuando los accesos  
se suceden rápidamente  
y la enferma no sale del  
coma profundo, termina-  
dose generalmente por la  
muerte, la temperatura al-  
canza un grado muy eleva-  
do  $40^{\circ}$ ;  $40^{\circ}, 2$ ;  $41^{\circ}$ ;  $41^{\circ}, 2$ ; y  $42^{\circ}, 6$

En la forma más be-  
nigna, en la que los accesos  
son menos frecuentes la  
temperatura es menos alta  
 $37^{\circ}, 9$ ;  $39^{\circ}, 2$ ; lo cual indica  
una relación entre el nú-  
mero de los accesos y el grado  
de la temperatura.

Resulta de este último dato una aplicación que creo debemos consignar. Cuando la temperatura permanece en ciertos límites, no es necesario recurrir á tratamientos energicos. Se debe, según mi parecer, abstenerse en particular de las sangrias, por que se obtienen siempre los servicios que prestan á expensas de una debilitación del organismo y todos

saben que las mujeres en cinta, sobre todo, las que parren en los hospitales, son, en general, bastante debiles, ya, para que se sea sobrio en las emisiones sanguíneas, cuando no están formalmente indicadas (Bourneville).

De los datos consignados se deducen las consecuencias siguientes:

Primera. En los accesos de eclampsia, la temperatura se eleva desde el principio hasta el fin.

Segunda: En los intervalos, la temperatura se sostiene á una cifra elevada y, en el momento de las convulsiones, se nota una ligera ascension.

Tercera: Finalmente, si la eclampsia debe terminarse por la muerte, la temperatura continua aumentando y llega á una cifra muy elevada; si por el contrario, los accesos desaparecen y el coma disminuye ó cesa de una manera definitiva, la

temperatura baja progresivamente y vuelve á la cifra normal.

Uremia eclámptica. - Acabamos de ver que en la eclampsia, la temperatura, desde el principio hasta el fin de los accidentes, se eleva sobre la cifra fisiológica. La uremia, nos presenta una curva exactamente inversa, en otros términos, en esta enfermedad, la temperatura baja desde el principio al fin de los accidentes, de una ma-

nera considerable, á una cifra muy inferior á la fisiológica.

El descenso de la temperatura en esta afección, puede llegar hasta ser de  $30^{\circ},3$  en el momento de la muerte.

En la forma convulsiva, la temperatura es mas elevada que en la comatosa, siendo en la primera de  $35^{\circ},2$  y de  $35^{\circ},4$  durante las convulsiones; en la segunda, forma la cifra termométrica

descendiéndola desde  $35^{\circ}$  á  $30^{\circ},3$ , siendo el descenso mas marcado, cuanto mas profundo es el coma. Si los accesos tienden á desaparecer y se restablece la emisión urinaria, la temperatura se eleva, para volver á descender si los accesos se repiten.

De ~~los~~ datos consignados se deducen las consecuencias siguientes:

Primera: La uremia cualquiera que sea su

forma, da' lugar á un descenso progresivo y considerable de la temperatura central.

Segunda: Este descenso se marca cada vez más á medida, que la enfermedad se aproxima á una terminacion fatal.

Tetanos: En el tetanos, la temperatura se eleva á una cifra bastante alta  $40^{\circ}$  á  $42^{\circ}$ , pudiendo llegar segun Wunderlich á  $44^{\circ}$ ,  $75$ . Se distingue esta elevacion termica del

tetanos, de la que caracteriza á las enfermedades febriles, por dos caracteres, no presentar exacerbaciones regulares, y, por el contrario, sufrir un aumento temporal en el curso de cada acceso. La elevacion de la temperatura no se verifica al principio del acceso; entonces, por el contrario, durante los primeros minutos, hay un pequeño descenso de 2 á 5 decimas de grado; pero cuando el paroxis-

mo tetánico realtablee,  
 la temperatura se eleva,  
 por una ascension cuyo  
 grado y duracion son  
 directamente propor-  
 cionales á la intensidad  
 y á la persistencia de  
 la contraccion. En las  
 primeras horas, que si-  
 guen á la muerte de los  
 tetánicos, la temperatura  
 sufre un nuevo aumen-  
 to que puede pasar de  
 dos grados y medio (Wun-  
 derlich, Leyden).  
 Del diagnóstico diferen-

cial de la hemorragia ce-  
 rebral, el reblandecimien-  
 to, la eclampsia y la  
 uremia, basado en la  
 temperatura. En presen-  
 cia de un enfermo en  
 un estado apoplético  
 ó comatoso, únicamen-  
 te la temperatura fue-  
 de servirnos como dato  
 para formular un  
 diagnóstico seguro.  
 Sabemos, que, si se trata  
 de una hemorragia, la  
 temperatura sufre un  
 descenso momentáneo

á una cifra inferior á  
 la normal, elevándose  
 y alcanzando en un  
 tiempo variable, un gra-  
 do hiperpivético. Por  
 el contrario, si se trata  
 de un reblandecimien-  
 to cerebral, el descenso  
 de la temperatura falta  
 y cuando existe, no es  
 tan pronunciado como  
 en la hemorragia. Además  
 en el periodo llamado  
 citacionario, el reblan-  
 decimiento presenta  
 oscilaciones irregulares

que no hay en la hemorragia.  
 Finalmente el periodo  
 de ascenso no es tan rapi-  
 do ni tan alto como en  
 la hemorragia.

En el caso en que  
 fuera una uremia, la  
 temperatura, como hemos  
 visto, sufre un descenso  
 notable que se pronun-  
 cia cada vez más.

En presencia de un  
 ataque convulsivo, con  
 ó sin albumina en las  
 orinas, la temperatura  
 puede ser normal también

de medio de diagnos-  
 tico. Si se trata de una  
 eclampsia puerperal,  
 la temperatura no baja  
 de una manera conti-  
 nua, como en la uremia  
 propiamente dicha;  
 no descenderá ni aun  
 momentaneamente  
 para elevarse enseguida  
 como en la hemorragia  
 sino que, desde el prin-  
 cipio, se encontrará  
 sobre la cifra normal  
 y continuará elevando  
 se hasta la terminacion

de los accidentes.

De las demas afec-  
 ciones del sistema ner-  
 vioso, nada podemos con-  
 signar, ya por ser estas  
 apireticas, ya porque  
 no existen observacio-  
 nes exactas, que pue-  
 dan servirnos para su  
 estudio bajo el punto  
 de vista termico.

Sin embargo pode-  
 mos usar casi de una  
 manera general, que  
 las afeciones de la mé-  
 dula á excepcion de la



meningitis espinal y la mielitis aguda todas son apiréticas.

Orno Señores; que con los datos consignados, queda demostrada la importancia de la termometría clínica en las enfermedades del sistema nervioso. Hemos visto que el termómetro no solo sirve para suministrarnos un diagnóstico exacto, de estados que por sus síntomas principales se

confunden, sino que también nos suministra datos exactos para el tratamiento, puesto que he consignado anteriormente la gravedad de la afección se traduce por una elevación ó un descenso mayor de la temperatura, según los casos, indicando nos los medios terapéuticos más ó menos energicos.

La medicina legal y la militar, también, pueden obtener datos preciosos para distinguir la verdadera epi-

lejos de la simulación,  
distincion importante  
para estas dos ramas de  
la medicina practica.

Si como vemos, la  
termometria clinica,  
a sufrido un gran im-  
pulso en estos ultimos  
años, se debe a que  
los hombres eminen-  
tes han comprendido  
su valor; ¡ojala! que  
todos los practicos  
lo comprendan y  
se dediquen a esta

clase de exploraciones  
que tantos datos espe-  
tales pueden suminis-  
trarnos.

He dicho.  
José Cuñer

