

Pero los procesos reumáticos, aunque de esencia distinta, ofrecen algunos caracteres comunes. Así, p. ej., acusan la influencia que sobre los mismos ejercen el frío y la humedad, hecho innegable; la relación hereditaria (así se verán familias castigadas por el reumatismo, asociado frecuentemente con la diabetes sacarina, la obesidad, la gota, la lithiasis renal, etc.); dolor (es verdad que ciertas clases de reumatismo, p. ej. el cerebral, no son dolorosas, pero la regla general es que lo sean); y la movilidad, sobre todo en los reumatismos agudos y en las neuralgias reumáticas, porque, por otra parte, se observan á veces determinaciones, de todo punto fijas y estables.

También podríamos señalar otro carácter común, más bien clínico que patogenético; y es que el reumatismo tiene un tratamiento determinado, una medicación especial, y hay substancias que se reputan antireumáticas, como el cólchico, los ioduros, el salicilato sódico, etc.

La sangre de los reumáticos crónicos pierde su alcalinidad para hacerse ácida, gracias á la presencia de los ácidos úrico, láctico y oxálico; y se observan al propio tiempo depósitos en la superficie de los huesos, no uráticos, como ocurre en la gota, sino fosfatados.

A veces el reumatismo crónico se significa tan sólo en forma neurálgica, movable, y que siente extraordinariamente las influencias externas, acompañándose ó no de afecciones cutáneas que los dermatólogos llaman *reumátides*. En otros casos determina desórdenes viscerales que van y vienen, mudan de sitio, y hasta cesan cuando el ambiente es seco; así hay la forma cerebral, que no sólo ocasiona vértigos, vahidos, soñolencia, atontamiento, insomnio, sino que puede dar lugar á la locura reumática; puede suceder que se fije en un plexo cardíaco, dando margen á palpitaciones y anginas de pecho independientes de una aortitis crónica y de un estado ateromatoso de las arterias coronarias; otras veces aparece el asma, por fijarse el reumatismo en los plexos bronquiales; en otras ocasiones, gastralgias, enteralgias ó hepatalgias; ó se fija en el útero de las embarazadas durante el séptimo ú octavo mes; ó en los músculos. A veces presenta la forma paralítica

reumática de las extremidades; en otras ocasiones hay verdaderas artritis, ofreciendo las articulaciones un intenso estado de fluxión.

El reumatismo crónico puede ofrecer varios tipos: no haré más que señalar los principales. Puede presentarse el reumatismo articular crónico, quedando una gran articulación invadida: la del codo es la clásica, lo propio que la tibio-tarsiana. Los cartílagos, la cápsula, la membrana sinovial y las vainas tendinosas, se fluxionan; se abulta la parte, ofreciendo el aspecto de un tumor blanco, con envaramiento, tendencia á la inmovilidad y á la anquilosis, con desnutrición de ciertos músculos. Esta artritis podrá resolverse, como en espera de un nuevo ataque; pero también es posible que no se resuelva nunca, pudiendo aparecer un tumor blanco que obligue más tarde á grandes intervenciones quirúrgicas. Otras veces no se localiza el daño, sino que se generaliza á cuatro ó cinco articulaciones, que quedan como inmovilizadas durante más ó menos tiempo.

La forma que más llama la atención es la del reumatismo crónico deformante ó nudoso, ó gota de los pobres. Ha habido muchas discusiones sobre su verdadera patogenia, y las opiniones están divididas. Unos creen que no es sólo un reumatismo crónico, sino el más legítimo de todos y el que mejor representa el hecho constitucional y distrófico; pero otros consideran que debiera eliminarse del grupo de las enfermedades constitucionales reumáticas. Charcot se inclina á creer que no se trata de tal reumatismo, sino de una trofo-neurosis, á semejanza de lo que ocurre con la lepra mutilante; y da á esta opinión cierta verosimilitud la circunstancia de que el reumatismo deformante empieza siendo crónico y no como consecuencia de un proceso agudo. Pero esto no es argumento de fuerza, porque la tuberculosis crónica puede empezar siendo crónica, lo mismo que el cáncer, que es crónico desde su principio. Añade que los que padecen el reumatismo deformante no tienden á la exacerbación aguda, siendo así que las otras formas hacen lo contrario. Esto, según lo que se desprende de mis observaciones, no es cierto; podrá ser que en París suceda de esta

manera, pero en nuestro país no ocurre así. En cambio hay otros argumentos en pro de la naturaleza distrófica del afecto, y uno de ellos es que se ve el reumatismo deformante en individuos que tienen lithiasis biliar ó renal. Yo he visitado á una señora que tuvo un período de reumatismo agudo, otro de lithiasis hepática, otro de lithiasis renal y de diabetes, y hoy sufre el reumatismo deformante, ó, por otro nombre, *gota de los pobres*.

En su síndrome ofrece una particularidad, y es que las primeras manifestaciones tienen lugar en las articulaciones pequeñas, á semejanza de lo que pasa en la verdadera gota. Empieza por las falanges de los pies y de las manos, después pasa á los metacarpianos y metatarsianos respectivamente; y en marcha progresiva invade las articulaciones del codo y de la rodilla, pudiendo fijarse más tarde en todas, hasta en las vértebras. Siempre ataca simétricamente, lo cual, para algunos patólogos, arguye la intervención de los centros tróficos, pues en las otras formas falta esa simetría. Las articulaciones invadidas se van abultando y deformando, debiéndose esto en gran parte á la formación de osteofitos, como en la gota, pero de composición química diferente. En virtud de estar esos cuerpos extraños dentro de las articulaciones, se da lugar á dolores terribles, debidos al roce contra las superficies articulares. La configuración de los dedos se va alterando, ora dirigiéndose la punta hacia atrás, en cuyo caso forma el dedo una curva de concavidad dorsal, ora se encorvan en sentido opuesto, hacia las palmas de las manos. Después se invade la articulación carpo-radial, y la mano se inclina sobre el antebrazo, y lo propio sucede en los pies. Estas alteraciones se van produciendo por todas las articulaciones del cuerpo, y á la larga aparecen trastornos viscerales que habrán de agravar la situación. Es raro que el reumatismo deformante lesione el endocardio; pero en cambio se perturba el aparato digestivo y va desarrollándose un estado caquético mortal.

**Diagnóstico.**—El reumatismo visceral crónico lo diagnosticamos por su movilidad (excepto cuando es cardíaco) y por sentir la

influencia exterior; y lo propio si es neurálgico. Si es articular y afecta la forma de artralgias, tiene valor el hecho de que los dolores se disloquen, sin abultamiento, en las articulaciones; y si hay artritis, también por lo regular son movibles, y aparecen y desaparecen, presentándose en varias articulaciones á la vez. Cuando una artritis produce deformidad en la parte, pudiera confundirse con una artritis tuberculosa; pero los antecedentes del enfermo aclararán el caso. Respecto del diagnóstico diferencial entre el reumatismo deformante y la gota, en otro capítulo quedará establecido.

**Pronóstico.**—Varía según la forma del reumatismo. Creo que el reumatismo crónico, si el enfermo reside en un país húmedo, no se cura nunca; podrá aliviarse más ó menos, pero el afecto no se extinguirá. Tratándose de la curabilidad del proceso, podemos decir que hay formas más molestas que graves; v. gr., el reumatismo neurálgico, que hace sufrir mucho, pero no mata. Cuando se hace visceral tiene suma importancia, no tan sólo porque lesiona el corazón, sino otras vísceras, y particularmente los vasos. Para mí, uno de los motivos de la frecuencia de la hemorragia cerebral, es el reumatismo. El deformante puede decirse que es incurable.

**Tratamiento.**—Diverso, según las formas; sin embargo, hay unos cuantos medicamentos que juegan su papel en todas ellas. El cólchico, el bicarbonato sódico y el potásico, las aguas minero-medicinales que contengan el bicarbonato sódico en disolución; los yoduros todos, los bromuros solos ó maridados con los yoduros, particularmente con el de litio; el salicilato sódico, que si bien no produce tan buenos efectos como en la forma aguda, puede, no obstante, administrarse, sobre todo cuando impera el síntoma dolor; los preparados de litina y el ácido benzoico también son excelentes. Como medio común pueden aconsejarse los baños, fríos ó calientes, según sea el estado visceral; pero de todos modos, los baños de río y de mar son algo aventurados, porque no sabemos si el individuo reaccionará bien ó mal. Respecto á los baños calientes, pueden aconsejarse varios: los

clorurados, salinos, sulfurosos y arsenicales; los baños de mar calientes son excelente recurso. Entre los clorurados hay en Cataluña los de Caldas de Malavella, Caldetas, La Garriga, pero en primer lugar los de Caldas de Montbuy, que no tienen rival; entre los sulfurosos son recomendables los de Amélie-les-Bains, Puda de Monserrat, etc., y entre los arsenicales, los de Mont-Dore y la Bourboule.

Aparte de esta terapéutica común, la hay para cada caso: así, si se trata de un reumatismo neurálgico, lo combatimos con el salicilato sódico, yoduro potásico, cólchico, quinina, gelsémium, etc.; si la forma es visceral, la indicación variará según la viscera afecta; si es articular, administraremos la tintura de yodo, *intus et extra*, y los yoduros.

### GOTA.—PODAGRA

Se apellida así por los depósitos que se forman en las articulaciones, especialmente en las de los pies.

Esta afección es interesante por los caracteres clínicos que puede revestir, y también desde el punto de vista histórico. Es conocida desde los tiempos más remotos, pero especialmente desde Hipócrates, Areteo, Celso; y hasta los poetas y filósofos antiguos hablan de la gota, lo cual demuestra que ya en aquella época debía llamar mucho la atención, por su frecuencia. En los huesos de esqueletos encontrados en las excavaciones de Pompeya se han hallado algunos con deformidades producidas por aquella enfermedad, de manera que la antigüedad del proceso queda perfectamente demostrada.

Modernamente también se ha estudiado, y no es posible hablar de la gota sin recordar á un célebre médico inglés: á Sydenham, que la padeció nada menos que cuarenta años. En el siglo XVIII se hicieron estudios más serios; pero su mejor conocimiento débese á Garrod, quien demostró que la gota es un afecto constitucional, debido á la

exuberancia de ácido úrico, que determina la formación de depósitos en diferentes puntos del cuerpo. Pero es discutible si esa riqueza de ácido úrico depende de una formación mayor de ácido ó de una disminución de sus oxidaciones, gracias al retardo de la nutrición. De todos modos, el resultado vendrá á ser el mismo.

Esa cantidad mayor de urea y de uratos no se encuentra en la sangre: la sangre posee la cantidad normal de ácido úrico, según algunos, ó un poco más, según otros; pero en cambio, la orina y los tegumentos están cargados de ácido úrico y de uratos. Las concreciones de los gotosos vienen representadas por uratos de sosa, cal y magnesia; á veces se encuentra ácido oxálico, que ya existe en la economía, pero que en la gota aumenta; en cambio, suele haber disminución de urea, lo cual sirve para demostrar la teoría de los que creen que el ácido úrico se quema escasamente; ya que hay menos urea que la normal, pero mayor cantidad de ácido úrico, causa de depósitos articulares ó de lithiasis.

**Etiología.**—La gota probablemente se relaciona con el género de vida, pues para algo se ha dicho que es enfermedad de los ricos; y efectivamente, es así. Casi nunca se ve en la clase proletaria, sino en los sedentarios y aficionados á la buena mesa. Abundaba en la antigua Roma, precisamente por esas circunstancias; y aun cuando ahora es una enfermedad más común en el hombre que en la mujer, entonces la padecían tanto las mujeres como los hombres. Hoy, en cambio, vemos que la gota casi ha desaparecido de Italia, nación cuya pobreza queda demostrada con su emigración incesante á la América del Sud. En Roma, entonces imperio del mundo, se hacía un verdadero lujo, un derroche en el comer y en el beber, lo cual da explicación de la frecuencia del proceso que estudiamos. La gota viene á ser una enfermedad asténica. Ya es popular el dicho de que “la gota tiene por padre al alcoholismo, por madre á la carne y por nodriza á Venus;” pero influye grandemente la herencia, como también el sexo masculino. La intoxicación saturnina puede también producir fenómenos go-

tosos. Así como el reumatismo abunda en la zona templada, la gota es frecuente en las zonas frías y húmedas: por esto es tan común en Inglaterra, donde hay un considerable número de gotosos. No es tan frecuente en Alemania y en Suiza, y en nuestro país es rara.

**Anatomía patológica.**—Los depósitos de uratos pueden observarse en las superficies articulares de los huesos, pero especialmente en los de las extremidades, donde se ve un depósito de polvillo blanco que parece tiza. También se observa ese depósito en las vainas de los tendones, en la piel y en el pabellón de la oreja, lo mismo que en los cartílagos nasales; además, se presentan deformidades en los huesos; también suele haber depósitos de arenilla en el riñón, porque hay relación íntima entre la gota y la lithiasis. Hay tendencia á que los vasos se hagan ateromatosos y á que se produzcan trastornos viscerales, que se evidencian al practicar las autopsias.

**Síntomas.**—Hay una gota representada por ataques agudos, y otra que es permanente, estable y crónica. La primera consiste en lo siguiente: se verán gotosos que lucen buena salud, ó que tal vez están dispépticos, ú ofrecen desperdicios de uratos por la vía renal; en tales condiciones se presenta el ataque de gota constituido por una serie de accesos. El acceso gotoso es nocturno; despierta el enfermo sobresaltado por la sensación de dolor intenso que experimenta en el dedo gordo del pie (punto clásico), que se abulta, hincha é inyecta de una coloración rosácea más ó menos acentuada; la temperatura se eleva en la parte y los movimientos son imposibles. Suele acompañarse el ataque de un movimiento pirético no muy alto (temperatura de 38° á 39°, y pulso de 100 y 110 pulsaciones); el enfermo tiene sed, náuseas y á veces vómitos; se agita, busca posiciones raras para calmar el dolor, hasta que viene la remisión al cabo de unas cuantas horas, y se tranquiliza y concilia el sueño. Pasa bien todo el día, pero por la noche vuelve á repetir el acceso; sin embargo, á veces no suele reaparecer hasta el cabo de una semana, meses ó años.

Durante la crisis del ataque, la orina va acompañada de abundan-

te ácido úrico; pero antes de empezar, la cantidad de ácido úrico de la orina está disminuída, y en cambio está aumentada en la sangre: lo cual prueba que antes del ataque gotoso hay retención úrica en la sangre, y que después se va eliminando.

Si los ataques se repiten con frecuencia, se establece una lesión fija en el dedo gordo del pie, y hasta en otras articulaciones, como las metatarso-falángicas, las de los dedos de la mano, y aun en articulaciones mayores, pues en todas ellas, si el proceso se generaliza, puede haber depósitos. Con todo, en la gota no hay la tendencia observada en el reumatismo deformante á invadir las grandes articulaciones.

Los trastornos viscerales, unos son intermitentes y otros fijos. Sucede que durante la crisis gotosa, ó posteriormente á ella, se presentan complicaciones del pulmón, de las pleuras, de los bronquios, del hígado, del riñón; en cuyo caso se dice que la gota ha remontado. Pero, según sea la víscera afecta, el cuadro variará, pudiendo presentarse una congestión cerebral, un ataque de asma, una crisis de asistolia, fluxión pulmonar fuerte, fluxión hepática, neuralgias, enteralgias, etc. A veces la gota visceral adquiere cierto carácter de permanencia: así, hay gotosos que siempre están asmáticos, otros con jaqueca, ó con perturbaciones cerebrales, ó cardiopatías; lo cual significa que en los órganos se han establecido lesiones persistentes. También es frecuente observar lesiones ateromatosas de los vasos, y esto explica el por qué, á la larga, la gota va acompañada de hemorragias cerebrales; ó determina anginas de pecho. Se comprende también que haya gotosos crónicos, cuya manifestación principal es la lithiasis hepática, ó la renal. Por último, la gota puede dar lugar á manifestaciones cutáneas, análogas á las producidas por el reumatismo; y de ahí que algunos han querido involucrarlas en un solo grupo, calificándolas de "dermatosis artríticas." Estas manifestaciones son asimétricas, lo cual sirve para distinguir las de las reumáticas y de las herpéticas que ofrecen simetría.

**Curso y terminaciones.**—Siendo tantas y tan variadas las

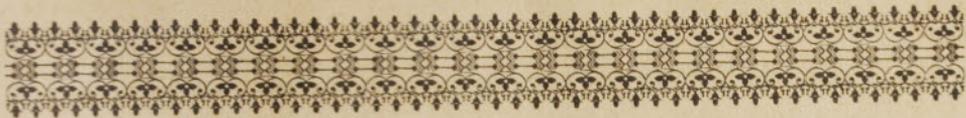
complicaciones que pueden sobrevenir en el curso de la gota, se comprende que la duración y las terminaciones serán distintas según los casos. Hay gotosos que, como Sydenham, han conllevado la afección por espacio de cuarenta años; en cambio, hay otros que han terminado de una manera fatal en un tiempo breve. Por lo demás, la gota, hoy por hoy, es un proceso incurable.

**Diagnóstico.**—La gota úrica puede ofrecer dificultades cuando queramos distinguirla del reumatismo deformante, pero no faltan reglas de diferenciación. En primer lugar, el reumatismo se observa, generalmente, en los pobres, al paso que la gota más bien se presenta en personas de elevada posición y de vida sedentaria; el reumático siente perfectamente las crisis atmosféricas, mientras que el gotoso puede tener un ataque estando la atmósfera seca. El reumatismo impera en la zona templada y húmeda, al paso que la gota en la fría y seca. Cuando el reumatismo es agudo puede confundirse con un ataque de gota; pero casi siempre se presenta en las grandes articulaciones, y es muy raro que radique en el dedo gordo del pie. Es característico de la gota el hecho de que, después de la crisis, disfruta el enfermo de una completa tranquilidad; además, los depósitos gotosos son de ácido úrico y uratos, mientras que en el reumatismo son de fosfatos; en tanto es así, que Garrod ha querido distinguir estas dos afecciones tan sólo por esa circunstancia. Propone que en caso de duda se aplique un vejigatorio en la región afectada; se empape un lienzo con la serosidad que se forma en la ampolla, y añadiéndole ácido acético, al cabo de algunas horas empieza el lienzo á cubrirse de cristales uráticos. Además, la gota se limita, al paso que el reumatismo deformante puede invadir todas las articulaciones, incluso las vertebrales (por lo cual han creído algunos que no constituye un afecto constitucional, sino trófico).

**Pronóstico.**—Es enfermedad incurable, como ya he dicho antes; pero puede permitir, no obstante, la vida durante mucho tiempo, hasta que ocurran complicaciones viscerales más ó menos peligrosas.

**Tratamiento.**—Hemos de dar gran importancia al conocimiento etiológico para establecer un plan terapéutico, que consistirá en remover las causas. A un distinguido médico de Londres se le presentó cierto día en su casa un ricachón, rogándole que le curase la gota; el doctor, después de haberle interrogado, formó concepto del plan terapéutico conveniente, y formuló una receta, que entregó al interesado, advirtiéndole que así que estuviera en su casa la abriese y ejecutase lo prescrito en ella. Hízolo así, y se encontró el enfermo con que la receta decía: “Gánate una peseta y aliméntate con ella “ Esta prescripción no hay duda que encierra una gran síntesis terapéutica. Aconsejemos, por lo tanto, á los enfermos, que hagan ejercicio, á fin de que las oxidaciones no se retarden; que se alimenten principalmente de verduras y frutas; que no abusen de las bebidas alcohólicas, ni hagan excesos sexuales, y así lograrán que disminuyan sus dolencias. Como á plan farmacológico, recomendaremos los alcalinos, como el bicarbonato sódico y el potásico; las aguas de Vichy, Vals, Mondariz, Sobrón, Carlsbad; los preparados de litina; el ácido benzoico, el cólclico y la veratrina, y los purgantes drásticos (escamonea, coloquintida, jalapa, etc.). Cuando hay perturbaciones viscerales, á veces nos vemos precisados á aplicar vejigatorios que llamen hacia afuera una fluxión interna que haya podido provocarse en el curso de la gota. Esto es lo que hizo un médico catalán para combatir los trastornos viscerales producidos por la gota en el rey Fernando VII. Este personaje tuvo una crisis gotosa que amenazaba su vida, y el doctor Castelló, su médico, hizo que se le aplicaran grandes vejigatorios en las extremidades inferiores, para que se desfluxionaran los órganos torácicos. De esta manera pudo S. M. verse libre por algún tiempo de aquellos sufrimientos, lo que valió á dicho médico el título de “marqués de la Salud.”

---



# INFECCIONES FEBRILES AGUDAS

## (PIRETOLOGÍA)

### GENERALIDADES

El concepto de las pirexias en la patología moderna ha cambiado notablemente. Una idea de orden etiológico da á entender que las llamadas fiebres por los clásicos dependen de una infección determinada por un agente vivo. Ese nombre de *pirexia* dado por los antiguos puede aun conservarse desde el punto de vista sintomático, y hasta si se quiere clínico, toda vez que hay un gran número de enfermedades cuyos signos más característicos consisten en el aumento de la termalidad y la frecuencia del pulso.

La palabra fiebre deriva, según unos, del verbo *fervere*, hervir; pero otros la hacen derivar del verbo *februere*, que significa depurar, purificar. Ambas etimologías tienen su razón de ser, porque si por un lado es evidente la elevación térmica, por otro no repugna la idea de una depuración, desde que las ideas modernas vienen demostrando que el hecho de la calentura viene á significar como una batalla librada entre el germen infeccioso y el organismo, que dará por resultado

la eliminación de los agentes tóxicos ó de sus secreciones. Por manera que los modernos no han hecho más que corroborar la razón de una frase antigua.

Sería tarea muy larga el estudio de la patogenia íntima de las piroxias. Todas las teorías se han encaminado á afirmar que la verdadera característica de las piroxias es el *calor*. Galeno, que puede reputarse como uno de los grandes talentos de la antigüedad, hasta superior en algunos puntos á Hipócrates, dió, el primero, un gran valor á la temperatura como signo principal del movimiento febril. Galeno dijo: *calor, substantia fébrilium*; y realmente, no se puede dar una definición más gráfica que ésta, si bien hoy este concepto se ha de rectificar, porque no podemos admitir que el calor sea la fiebre, sino un resultado, una consecuencia de la infección misma.

Se ha querido buscar el mecanismo de ese aumento de temperatura; pero aunque en rigor todavía se ignora, por más que abundan las teorías, parece evidente que como quiera que en las fiebres hay aumento de las oxidaciones orgánicas, el calor debe venir determinado por un acto de combustión. Hay quien cree que el calor es debido á que en los febricitantes no hay equilibrio normal entre la oxidación y la refrigeración, estando ésta disminuída; pero esta suposición es inaceptable teniendo en cuenta la desnutrición que se opera en los individuos febricitantes y en la aparición de ciertos productos en la orina, que indican mayor oxidación. Pero ¿por qué aumentan las oxidaciones? Se ha dicho que por una perturbación de los centros calorígenos, determinada por las toxinas de los microbios de la infección; y es evidente que las calenturas en su esencia dependen de una verdadera función viva, ejercida por familias microbianas diversas, que una vez dentro de nuestro organismo efectúan actos de absorción y de desasimilación ó excreción. Estos gérmenes se han de nutrir á nuestras expensas, y han de segregar productos que representan el principal papel en los actos infectivos.

El número crecidísimo de microbios verdaderamente pirogénos

que están ya clasificados, y que se cultivan y reproducen, y que inoculados han determinado pirexias bien definidas y susceptibles de total diferenciación, han puesto ya fuera de toda duda que las fiebres vienen determinadas por la introducción en nuestro organismo, por vías las más diferentes, de una verdadera flora microscópica. No todas las infecciones agudas llevan ya aparejado el descubrimiento de su agente patógeno; pero así y todo, los hechos de observación y de comprobación experimental son tantos y tan variados, que las pequeñas lagunas que todavía se han de llenar no tienen fuerza bastante para modificar aquellas afirmaciones. Claro es que varios problemas quedan aún por resolver, sobre todo en lo que respecta á la producción del proceso térmico, á la manera como el organismo se defiende, si es por medio de actos de fagocitosis ó por determinadas combinaciones químicas; pero el primer paso está dado y los perfeccionamientos irán viniendo.

Partiendo de la idea de que las calenturas dependen de la presencia de gérmenes, resulta que hay un período transitorio silencioso entre la introducción de los mismos en nuestra economía y las primeras manifestaciones morbosas exteriores que acusan su presencia; período que podríamos denominar latente ó de incubación, que varía en cada caso y cuyas explicaciones son por demás obscuras. Es difícil explicar el por qué introducido ese germen en nuestra economía permanece adormecido por espacio de bastante tiempo.

El hecho principal y verdaderamente característico en las pirexias es el calor; tanto, que en términos generales podría decirse que infección febril y frialdad son hechos contradictorios. Hay, sí, infecciones con hipotermia, en el paludismo, en el cólera y hasta en algunas tifoideas; pero esto no quita que admitamos que la temperatura elevada constituya la condición principal de las pirexias. El calor en las fiebres suele ir precedido de un frío; pero á veces la frialdad subsigue á la calentura. Este frío puede ser térmico y real; es decir, que el enfermo siente frío y está frío; pero en otros casos, aun teniendo el

paciente temperaturas de 39° y 40°, experimenta una sensación de frío, que puede ser intenso, á lo largo de la columna vertebral, ó aun más generalizado.

Cuando el frío es intenso, real, y no constituye un fenómeno subjetivo, se acompaña de ciertos fenómenos de importancia. Hay palidez del rostro, que está descompuesto y rechupado; los dedos se adelgazan; se altera el cutis, ofreciéndose lo que se llama *piel de gallina*; los enfermos se acurrucan, se encogen y doblan los muslos sobre el vientre y los brazos sobre el pecho, y tiritan, tiemblan hasta llegar á mover la cama, gracias á los movimientos convulsos de que están animados, y ofrecen también castañeteo de dientes.

Todo esto representa manifiestamente un desorden de inervación; y si lo que se acaba de indicar no tuviera suficiente fuerza afirmativa, quedaría comprobado con lo que sucede en los niños, que hasta llegan al extremo de hacerse eclámpsicos.

El calor puede ofrecer diversas particularidades de cantidad, y aunque lo de la calidad haya sido puesto en duda por algunos, es evidente que hay enfermos que con igual temperatura termométrica, si aplicamos la mano, por el dorso, sobre el pecho, que es el punto clásico para percibir el calor, la sensación que experimentaremos no es igual en todos ellos; pues mientras en unos la sensación es urente, molesta, desagradable, en otros la piel transpira y el calor percibido es agradable y nada molesto; otras veces sucede que aplicando el termómetro nos encontramos con una temperatura que no podíamos sospechar siquiera por la que la mano percibe. Por esto los antiguos hablaban de un calor urente, acre, mordicante, halitioso, etc.

Respecto á la cantidad, las calenturas desarrollan temperaturas que oscilan desde algunas décimas hasta 40°, 41° y á veces 42°; pero en las 24 horas hay oscilaciones, efecto de las defervescencias, de 1° á 1°5, según sea el tipo de la pirexia. Las defervescencias ordinariamente son matutinas y las exacerbaciones vespertinas; pero esto no impide que el orden se invierta ó que desordenadamente haya varias sesiones en un mismo día.

El pulso, que antiguamente guiaba á los piretólogos para el conocimiento de la fiebre, nunca es tan exacto como el termómetro; además, á veces no guarda consonancia con la fiebre, pues puede haber una temperatura baja con un pulso que oscile entre 100 y 110 pulsaciones; al revés, se ven febricitantes con 40° de calor y con pulso normal ó retardado. Respecto á la frecuencia del pulso hay muchas variantes; á veces durante todo el período consérvase la plenitud vascular; otros pulsos, fuertes en los primeros momentos, al final decaen, si ofrecen depresión ya desde el principio. Y lo mismo puede decirse del ritmo, que unas veces es acompasado y otras irregular, intercalante, ó que presenta sus oscilaciones durante las veinticuatro horas, lo mismo que la temperatura.

Uno de los fenómenos notables que se observan en las calenturas es la pérdida de peso. Todos los febricitantes adelgazan; pero con la particularidad de que esas pérdidas son más apreciables en el período de la defervescencia que en el de su mayor fuerza. Esta pérdida de peso viene ajustada á la energía de las oxidaciones; pero la explicación del por qué es más considerable en el período de defervescencia que en el inicial, es dudosa cuestión, lo cual demuestra que aun no conocemos bastante el trabajo de asimilación y desasimilación orgánicas.

Las calenturas, además, van acompañadas de trastornos de la inervación que se producen en todas las épocas del mal y hasta en su mismo comienzo. El frío del período inicial viene acompañado de trastornos nerviosos representados á veces por temblor, convulsiones y castañeteo de dientes; agréguese á esto la cefalalgia, que puede ser superciliar ú occipital, y más ó menos intensa según de qué infección se trate; así, la fiebre tifóidea y la viruela vienen caracterizadas por un dolor fuertísimo de cabeza que puede durar cuatro ó cinco días, al paso que hay otras pirexias, el sarampión por ejemplo, con poco dolor. Puede haber delirio exaltado ó subdelirio, y diversas alteraciones de los sentidos; las pupilas tienden á la miosis, y á veces, gracias

á la intensidad de la calentura, hay verdaderas alucinaciones é ilusiones; y los enfermos equivocan los caracteres de los objetos y confunden una persona con otra, ven monigotes, figuras extrañas, fantasmas, etc. El oído se altera; hay hiperestesia y alucinaciones é ilusiones también. El gusto se altera y el sabor puede ser amargo agrio,roso, etc. En cuanto al tacto, puede presentarse cierta hiperestesia en la piel, que aumenta á medida que se acentúa la fiebre, y dolores á lo largo del raquis y de las extremidades, que en algún caso hasta dejan al enfermo inmobilizado.

Es raro el calenturiento que no presente la lengua sucia, y que no tenga inapetencia y hasta anorexia. Hay notable disminución de orina, que se ofrece más densa. Sucede que á veces la orina es clara, y la familia del paciente la enseña al médico con verdadera satisfacción, creyendo que es buena señal; pero lejos de ser así, cuando está encendida indica escape de productos tóxicos, cosa favorable en las infecciones. Además, examinando el líquido urinario, aparte de las toxinas y productos de desasimilación, puede ofrecer gérmenes que han escapado por el filtro renal; y esto demuestra una vez más las ventajas de que la orina se presente turbia. Al principio de las pirexias la piel está seca; pero más tarde ofrece una sudoración abundante, que despidе un olor que varía según los casos; por cuya circunstancia hay médicos que con sólo el olor que el sudor despidе, conocen que se trata, por ejemplo, de un varioloso ó de un tifódico.

**Curso y terminaciones.**—Estos son los fenómenos comunes á las fiebres. Así desarrolladas, siguen una marcha que la mayor parte de las veces es cíclica, y tienen un curso prefijado. La viruela sigue una marcha tan matemáticamente exacta, que podemos decir lo que sucederá en tal ó cual día. Respecto á la duración, varía según sea la fiebre: la efímera suele durar veinticuatro horas, y la tifóidea, á veces dura hasta seis meses. Terminan de diferentes maneras: cuando los síntomas, una vez han llegado al período máximo, repiten de una

manera lenta y gradual, se dice, usando la fraseología antigua, que ha terminado por *lisis*; pero otras veces, cuando han llegado al período de estado, terminan de una manera brusca, dicese que se ha operado una *delitescencia*. En algún caso, esta desaparición brusca coincide con la aparición de algunos fenómenos de más ó menos entidad y que explican el cese rápido; á estos fenómenos se les llama *críticos*. Una epistaxis copiosa, una sudoración profusa, una micción abundante, etc., pueden ser causa de que la fiebre y demás síntomas declinen rápidamente, constituyendo la terminación por *crisis*. Ahora, explicar por qué, v. gr., una epistaxis copiosa determina la declinación de la fiebre, es difícil; pero sí se comprende, que por efecto de una secreción renal, ó por una sudoración, se extinga la fiebre, precisamente porque se han eliminado los gérmenes que la determinaron. Antiguamente se aceptaban los *días críticos*, y ciertos fenómenos que anunciaban la *crisis*; esto sin duda fué una verdad, pero hoy no nos fijamos tanto en ello, porque á menudo desviamos la infección de su curso evolutivo, y así se comprende que no pueda apreciarse una fenomenología igual á la de otros tiempos.

Las pirexias presentan lo que se llama tipo, representado por las oscilaciones que en el curso del mal hacen los fenómenos febriles. Se admiten tres tipos: continuo, remitente é intermitente. En el primero, la fiebre se sostiene durante todo el día, con oscilaciones que no pasan de un grado á grado y medio; pero, cuando la oscilación alcanza dos grados, entonces se llama remitente, é intermitente cuando desaparece por completo la fiebre para volver á aparecer. Las fiebres intermitentes pueden ser cotidianas, cuartanas, tercianas, mensuales, anuales, cotidianas dobles, cotidianas duplicadas, etc. Y todo eso depende del germen: así, el bacilo del tífus produce la continuidad; los gérmenes que acompañan á las infecciones purulentas tienden á la intermitencia, lo propio que el bacilo de la malaria.

**Diagnóstico.**—Se reduce á apreciar si en un enfermo aparecen los síntomas generales de la infección que se acaban de apuntar.

Fuera de esto, sólo basta apreciar el sitio y el alcance de los trastornos viscerales primitivos y los que consecutivamente se vayan produciendo para hacer la clasificación del género infectivo; y así decimos: infección tífica, variólica, grippal, etc.

**Pronóstico.**—Es difícil hacerlo en términos generales; porque hay calenturas que llevan en sí cierta benignidad, y probabilidades á favor del enfermo; al paso que otras, van siempre marcadas con un sello de gravedad absoluta. Así, una fiebre efímera carece de importancia muchas veces, pero no así las exantemáticas. Y la gravedad, como bien se comprende, está subordinada á las condiciones de los individuos y á la virulencia de los gérmenes. Sería no conocer lo que son las pirexias, el querer subordinar en absoluto la gravedad de las mismas á la temperatura: ésta constituye un factor importantísimo; pero hay que atender también á otras circunstancias para formar el pronóstico. A veces, aunque la temperatura sea baja, hay un despliegue de fenómenos viscerales muy importante, que exige un pronóstico gravísimo. Según antes dijimos, hay médicos que quieren suponer que la temperatura, siendo elevada, puede ocasionar la muerte de los microbios, y por lo tanto el pronóstico, si esto fuese cierto, debiera formarse más leve si la termalidad fuese muy alta; sin embargo, podemos sostener, sin temor de equivocarnos, que en general, cuanto mayor sea la temperatura, más peligro corre el enfermo; porque si el calor elevado influye en la esterilización de los microbios, también es fácil que ocasione la muerte del enfermo.

**Tratamiento.**—Hay medios profilácticos y medios curativos. La profilaxis tiene una grandísima importancia, dada la contagiosidad de las pirexias. El saneamiento de las urbes constituye un medio profiláctico de grandísima importancia; la difusión de las afecciones infectivas se opera por las condiciones del suelo, por las condiciones intrínsecas de las casas y por el ambiente, en virtud de las corrientes atmosféricas. Debemos recordar como profilácticos los beneficios que se logran con el aislamiento de los individuos enfermos, ya en los

lazaretos, ya en sitios provisionales. Las fiebres exantemáticas son las que más fácilmente se transmiten; y como ocurre que, por olvido de las prácticas higiénicas, niños que acaban de padecer el sarampión ya pasean por la calle, y otros con las costras de la viruela hacen lo mismo, por eso la difusión es grande. En otros países, donde las leyes son muy severas por lo que á eso se refiere y las gentes tienen más conocimiento de cuanto atañe á la salud, no son tan fáciles como en el nuestro las propagaciones de los procesos infectivos.

Por lo que toca al tratamiento de las infecciones, bien se me alcanza que hoy por hoy es bastante empírico. La terapéutica racional habría de consistir en conocer el elemento patógeno y en aniquilarlo. Únicamente la quinina produce la muerte de los esporozoarios de la malaria; pero su acción parasiticida sobre otros gérmenes patógenos es problemática, y todavía lo es más la de otros agentes medicamentosos. Por otra parte, como á menudo el proceso es cíclico, de ahí que por regla general nos veamos reducidos al humilde papel de cumplir indicaciones sintomáticas: sólo en el caso de residir las primeras localizaciones del mal en puntos accesibles, como garganta y tubo digestivo, podremos intentar la esterilización *in situ* de los agentes de la infección.

Debe recomendarse á todo trance la limpieza; así hoy apenas se ve un tifódico que ofrezca gangrena por efecto del decúbito y de la suciedad. Debemos colocar al infectado en una sala grande y bien ventilada. Conviene hacer comprender á la familia que el abrigo del enfermo ha de ser ligero, para que de esta suerte la termalidad sea menor. En cuanto á la alimentación, no se olvide que las fiebres infecciosas desgastan tanto, que hay tifódicos que llegan á perder mil gramos de peso al día; por lo tanto, interesa colocarlos en condiciones de resistencia, con una alimentación compatible con el estado de las vías digestivas, pero sin caer nunca en la exageración. Convenzámonos de que muchas veces logramos curaciones con sólo los medios dietéticos.

Cuando la cifra térmica, por lo alta, inspire cuidado, debemos recurrir á los antipiréticos. El primero de ellos contra las afecciones infecciosas es sin disputa la quinina, que especialmente contra las intermitentes, es una verdadera panacea. Además de éste, tenemos otros, también importantes; v. gr.: la antipirina, la acetanilida ó anti-febrina, el salol, el ácido fénico, el fenato de sosa, el ácido salicílico, el salicilato sódico. Pero estas substancias, si no se saben manejar, son peligrosas, y aun conociendo su empleo importa gran prudencia, por la facilidad con que colapsan el corazón y alteran la secreción urinaria. Recurso antipirético mucho menos peligroso y por demás útil, viene representado por la hidroterapia, pues los baños y las abluciones y los fomentos fríos, no sólo influyen sobre el calor, sino que regularizan la circulación capilar y las funciones del sistema nervioso, y además son sudoríficos y diaforéticos, facilitando de esta suerte la eliminación de los productos tóxicos. Además, la importancia de este agente terapéutico es todavía mayor si se tiene en cuenta que basta variar la temperatura de los baños y el tiempo de la inmersión para que los efectos fisiológicos y terapéuticos varíen grandemente y puedan cumplirse distintas indicaciones.

---

### CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES

Es posible que la clasificación que ha venido aceptándose hasta ahora por los autores se convierta en una agrupación parecida á las de la Historia Natural, cuando se conozca el microbio productor de esas infecciones; entonces vendrá el momento de substituir las clasificaciones actuales puramente clínicas con las etiológicas. Pero hoy por hoy hemos de decir que las infecciones agudas se clasifican

según los órganos principalmente lesionados; de ahí las infecciones con localización principal en el aparato digestivo (fiebre tifoidea, fiebre amarilla, cólera, etc.); en las mucosas (fiebre catarral, grippe, difteria, etc.); en la piel (fiebres exantemáticas, etc.)

### GRIPPE.—INFLUENZA.—TRANCAZO, etc.

Es una enfermedad conocida desde el siglo xvi en Europa. En algunos puntos de Rusia, como San Petersburgo y Moscou, es endémica; extendiéndose generalmente de N. á S. y de E. á O., constituye epidemias y pandemias que se propagan con una velocidad extraordinaria, y son muy pocas las personas que escapan á esta infección. Son muchos los autores que consideran que la propagación se verifica por medio de las relaciones comerciales; sin embargo, dada la enorme difusión, parece más probable la propagación por medio de la atmósfera.

Pffeifer ha descubierto el bacilo patógeno de la grippe.

Puede lesionar diferentes vísceras, pero no lo hace con un carácter bien determinado. Constituye á veces lesiones de orden catarral en las mucosas del aparato respiratorio y digestivo; otras veces produce trastornos cardíacos, renales ó meningíticos.

**Sintomatología.**—Son muy variados los síntomas, hasta en una misma epidemia; pero expondremos los caracteres más comunes.

Puede invadir bruscamente ó con signos podrómicos sin valor; sea de una manera ó de otra, se desarrolla de ordinario un aparato febril con temperatura que varía entre 38° y 41° y 120 ó 130 pulsaciones por minuto; pulso fuerte y desplegado en los primeros momentos; rostro muy coloreado, simulando una erupción, y las conjuntivas están inyectadas, lo cual constituye un síntoma bastante característico. Hay dolor en la cabeza, en el raquis, y hasta á lo largo de las extremidades, como si al enfermo lo hubiesen apaleado. Siendo viva la pirexia, pue-

den desarrollarse en esos momentos hiperemias cerebrales ó de otros órganos.

Este cuadro puede evolucionar con rapidez ó prolongarse, presentándose entonces formas clínicas variadas. Así, á las veinticuatro horas, puede cesar la fiebre, y queda el enfermo sin síntomas, pero con una sedación muscular general que dura de cuatro á ocho días.

Si el enfermo continúa febril, se manifiestan localizaciones diferentes (pulmonares, gástricas, cerebrales, renales, neurálgicas, etc.) que dan nombres diversos á la grippe. La pulmonía catarral, que es muy frecuente, ofrece una movilidad en el proceso febril y en el afecto local extraordinaria.

**Pronóstico.**—Puede terminar favorable ó fatalmente, según sea el alcance de las complicaciones viscerales. Las circunstancias individuales influyen mucho en la gravedad de la grippe: en los niños, en los viejos y en los valetudinarios, tiene más importancia que en los jóvenes. Son frecuentes las afecciones del aparato respiratorio, consecutivas á esa enfermedad, sobre todo la tuberculosis.

**Diagnóstico.**—Se funda, en primer lugar, en el gran número de ataques; después en la rapidez de la invasión, y en la misma versatilidad de los síntomas. No hay otra infección aguda que propenda más al polimorfismo.

**Tratamiento.**—**PROFILÁCTICO.** Prevenir un afecto catarral. —**CURATIVO.** Propiamente no existe, reduciéndose á combatir los síntomas y las complicaciones.

## FIEBRE EFIMERA

Se llama *fiebre efimera* un proceso caracterizado por una pirexia más ó menos intensa, pero de duración breve, pues puede terminar en poco más de veinticuatro horas, ó aun antes.

**Etiología.**—A veces nos es desconocida. Suele afectar especial-

mente á los niños y á los jóvenes, como si se tratase de una fiebre de crecimiento. Sobreviene en general á consecuencia de trabajos corporales excesivos, de una impresión *a frigore*, ó de una transgresión de régimen.

**Síndrome.**—Empieza casi siempre por un ligero escalofrío al cual sigue un calor más ó menos elevado; la cara está encendida y animada; con cefalalgia y quebrantamiento general, sed viva; en una palabra: todos los síntomas de un aparato febril que termina generalmente á favor de sudor copioso, quedando el enfermo curado. La exploración de las vísceras no da á conocer ninguna lesión que explique el desarrollo de la fiebre.

**Diagnóstico.**—Es fácil *a posteriori*, pero durante el período febril es difícil, á veces, saber si se trata de una fiebre efímera ó de un preludeo de otra infección.

**Pronóstico.**—No ofrece ninguna gravedad.

**Tratamiento.**—El plan diatético basta la mayoría de las veces; pero podrá ampliarse con la medicación sudorífica ó con algún deferrescente de la fiebre.

## VIRUELA

Conocida desde antes de la era cristiana en la China, fué importada á Europa por los Cruzados. Razes y Sydenham son los que mejor la han estudiado.

Es enfermedad contagiosa en todos sus períodos; y el contagio puede verificarse de muchas maneras, pero tal vez el más frecuente es el que tiene lugar por las vías respiratorias, adonde van los gérmenes que flotan suspendidos en el aire que respiramos. Es propia de todas las edades y de ambos sexos; no obstante, afecta con más frecuencia la segunda infancia, la juventud y el sexo femenino. Suele padecerse una vez á la vida, como si confiriera inmunidad; pero no han faltado casos de repetición: Luis XIV fué uno de ellos.

A ciencia cierta no se conoce el microbio productor de la viruela. En las costras se encuentran *estreptococcus* y *estafilococcus* varios. En el *virus* se ha encontrado un *coco* que, según algunos, inoculado produce la viruela; falta, sin embargo, saber la última palabra de estos experimentos.

**Síntomas.**—Se admiten en la descripción de la viruela cinco períodos, que son: incubación, invasión ó podrómico, erupción, supuración y desecación ó desprendimiento de las costras.

**INCUBACIÓN.**—Comprende desde el momento que el germen penetra en el organismo hasta la aparición del primer síntoma. Su duración no está bien determinada; parece que fluctúa entre diez y catorce días. Cuando se hacía la inoculación directa, se veía que era de menor duración.

**INVASIÓN.**—En este período se presenta un desarrollo febril rápido, precedido ó no de calofríos. La temperatura alcanza 40° como promedio, con pequeñas oscilaciones. El pulso, frecuente y lleno, desarrollándose los fenómenos comunes á toda fiebre. Los síntomas que caracterizan este período son tres: *cefalalgia* intensa, generalmente en la frente y en las sienas; *raquialgia* y dolores lumbares; y, por último, trastornos *gastro-hepáticos* que se traducen por *vómitos* biliosos.

La duración de este período es de uno á cuatro días.

**ERUPCIÓN.**—A la erupción variolosa precede algunas veces otra que los ingleses llaman *rash*, erupción en forma de manchas difusas eritematosas que aparecen en los muslos, en el vientre y en el pecho.

El *rash* puede revestir dos formas: la hiperémica y la hemorrágica. La primera está constituida por anchas placas de color rojo-escarlata que desaparecen momentáneamente por la presión; la segunda está formada por placas de color vinoso, sobre las cuales se destacan manchas equimóticas que no desaparecen por la presión digital. Esta erupción puede presentarse en el período podrómico; es fugaz, dura de uno á tres días; pero en seguida aparece la que es característica de la viruela.

La erupción suele presentarse por el orden siguiente: primero en la cara (labios, carrillos, nariz y barba), luego sigue el tronco, dorso de las manos, brazos, dorso de los pies, piernas, etc. La erupción necesita de treinta á cuarenta y ocho horas para verificarse; de aquí el que haya granos más jóvenes que otros. Los granos salen en número mayor ó menor, desde ocho ó diez, hasta cubrir toda la superficie del cuerpo. La erupción, al asomar, está constituida por pápulas rojas como picadas de mosquito; estas pápulas crecen en altura y en extensión hasta convertirse en vesículas llenas de un líquido claro, opalino, al segundo ó tercer día; las vesículas crecen, y al cuarto ó quinto día se convierten en pústula.

Durante el período eruptivo (de pápulas y vesículas) el enfermo experimenta un relativo bienestar: cesa la cefalalgia y la raquialgia, y la fiebre resiste más ó menos según la gravedad. También es propio de este período la aparición del *enantema* (erupción en las mucosas), que suele preceder al exantema. Ofrece el *enantema* marcha rápida y no es purulento, á menos que se presente en la conjuntiva, lindando con la córnea.

SUPURACIÓN.—Las vesículas se convierten en pústulas de ectima al quinto día. Estas se presentan abultadas, llenas de un líquido blanco-amarillento algo aperlado, rodeadas de una aureola rojiza, y con la bóveda deprimida en su centro (umbilicación de la pústula variolosa).

El aspecto del enfermo varía según sea el número de granos: cuanto mayor sea éste, más desfigurado estará aquél. Aparecen entonces edemas en la cara, manos y pies. Es común que el enfermo empiece á salivar y sienta tirantez y dolor en las pústulas. Vuelve á avivarse la fiebre, subiendo la temperatura á 40° y hasta 41°; el pulso es lleno, frecuente y duro. Así pasan el sexto y el séptimo días de la erupción, hasta el noveno, en que se inicia otro período.

DESECACIÓN.—Empieza por el mismo orden que la erupción; pero es común que el *enantema* se deseque antes que el exantema. El

líquido de las pústulas se espesa y se adhiere á la membrana contenitiva formando costras parduscas que despiden un olor muy repugnante y característico. Las costras, después de su caída, dejan al descubierto cicatrices y manchas de color cobrizo que á la larga se vuelven blancas, pudiendo persistir así indefinidamente. Al entrar en convalecencia se despierta el apetito, y el enfermo recupera las fuerzas; no obstante, no siempre se reducen las cosas á lo que hemos dicho, sino que pueden presentarse complicaciones.

**CÓMPPLICACIONES**—En el período de invasión puede morir el enfermo á consecuencia de fenómenos hiperémicos en el cerebro y en el pulmón; pero el momento más crítico sobreviene en el período de desecación, la cual, en vez de verificarse de una manera gradual y lenta, puede producirse lo que se llama *retropulsión del exantema*: las pústulas se aplastan con rapidez, palidecen los círculos rojos que las rodean, aparecen fenómenos cerebrales, pulmonares y cardíacos, y el enfermo muere asfíctico en poco tiempo.

Cuando la desecación se está operando pueden presentarse otras alteraciones de la piel: flemones, ántrax, etc. En este período de desecación pueden desarrollarse fenómenos cerebrales tardíos, quizás debidos á una anemia cerebral.

**FORMAS Y VARIEDADES DE LA VIRUELA.**—Las dos formas principales son la *discreta* y la *confluente*. La viruela discreta nos ha servido de tipo y está caracterizada por tener las pústulas diseminadas: separadas unas de otras por anchos espacios de piel sana. La viruela confluente tiene la erupción tan unida, que ha desaparecido toda huella de piel sana; las remisiones febriles no son regulares como las del anterior, y su pronóstico es más grave. Viruela *coherente* es aquella que no sólo es confluente, sino que las pústulas se fusionan unas con otras, siendo, por lo tanto, el pronóstico gravísimo.

*Viruela sin viruela.*—Esta está caracterizada sólo por los síntomas de invasión gravísimos, y la muerte sobreviene, sin dar tiempo á la erupción; ó si salen pústulas son tan escasas, que bien puede decirse que no hay trabajo eruptivo.

La *viruela hemorrágica*, escorbútica ó negra, presenta la invasión grave, intensa y corta. La erupción va precedida del *rash* hemorrágico, y suele aparecer al segundo ó tercer día. Durante la erupción, en vez de experimentar un alivio, continúan la fiebre, la cefalalgia, el mal-estar, la disnea, etc. La pápula es lívida, la vesícula morada, y la supuración, si se presenta, va mezclada con sangre. El enfermo echa sangre por la nariz y por la boca y expele orinas sanguinolentas. La agitación y la disnea suben de punto, y el enfermo muere al tercero ó quinto día, apenas esbozada la erupción, en la mayoría de las veces.

La forma *adinámica* presenta un período podrómico lento y muy intenso. Al presentarse la erupción, continúan la fiebre, la agitación, el insomnio. La erupción suele ser confluyente; las pápulas son pálidas y poco prominentes. En el período que había de ser supurativo, los granos se presentan deprimidos, con un líquido lactescente contenido en su interior, y rodeados de una aureola parda. Falta el abotagamiento de la cara, de las manos y de los pies. En el período de desecación, viene como una retropulsión, el enfermo se pone disneico y es muy fácil que muera.

Pueden presentarse fenómenos pulmonares y cerebrales.

**Diagnóstico.**—No es fácil en el período podrómico, á menos que exista una epidemia, pues hay otros procesos, como la grippe, la fiebre amarilla y la erisipela que comienzan de la misma manera.

Cuando aparece la erupción, no hay lugar á duda. Dado el conocimiento de la viruela, conviene saber la especialidad.

Viruela discreta: pocos granos y esparcidos.

Viruela confluyente: muchos granos en poco espacio.

Viruela franca: la erupción tiene color rojo; hay remisión de los fenómenos en el período eruptivo

Viruela escorbútica: manchas amoratadas; *rash* hemorrágico; no suele ser confluyente:

Viruela adinámica: no remiten los fenómenos graves del podromo; granos aplastados, sin círculo rojizo y con líquido opalescente.

**Tratamiento.**—Hay uno profiláctico, que es la vacunación y demás medidas higiénicas. El tratamiento curativo no existe. Si no hay complicaciones, bastan los medios dietéticos. Están indicados los tónicos en general, y conviene vigilar las complicaciones para llenar las indicaciones que de ellas resulten: si hay hiperemias ó congestiones cerebrales ó pulmonares, las combatiremos, etc.

Conviene emplear los recursos que parecen disminuir la potencia purulenta de las pústulas, á fin de evitar deformaciones: dispondremos que el aposento del enfermo esté en la oscuridad, pues parece que la luz aviva la potencia destructora de la capa de Malphigi; protegeremos el rostro con pomadas de precipitado rojo ó blanco, de resorcina y subnitrate de bismuto, pomada mercurial rebajada, etc. Interesa vigilar los globos oculares, y dado el caso que se formen pústulas hay que lavarlos con solución bórica cada hora, y cuatro veces al día con una solución de sublimado al medio por mil.

### VARIOLOIDE.—VIRUELA LOCA

La varioloide es una viruela atenuada por una vacuna ó por una viruela anterior. La varioloide, inoculada en un individuo no vacunado, produce la viruela.

Los períodos podrómico y eruptivo son idénticos á los de la viruela, aunque menos intensos por lo general. La erupción es, casi siempre, discreta, y aparece en los mismos sitios y por el mismo orden que la erupción de la viruela. Las pápulas, unas desaparecen, otras se convierten en vesículas, para convertirse en pústulas sólo unas pocas. La fiebre, que ha desaparecido en el período eruptivo, no vuelve á presentarse; pues no existe período de supuración.

El diagnóstico no es difícil, porque si el individuo está vacunado, en el período podrómico podremos sospechar la varioloide y en los períodos siguientes veremos que tenían fundamento nuestras sospechas.

## VARICELA

Es una infección distinta de la viruela y de la varioloide, ya que inoculada produce siempre varicela.

Empieza por un movimiento febril poco intenso, y en menos de veinticuatro horas sale la erupción, constituida por manchas rojizas que al día siguiente levantan el epidermis, quedando formadas unas vesículas llenas de un líquido claro. Rodéase la vesícula de una aureola inflamatoria; el líquido se espesa, se seca y aparece una ligera costra negruzca que en poco tiempo se desprende. Los granos, en número escasísimo, no tienen sitio fijo de aparición ó suelen estar diseminados. En tres ó cuatro días el exantema hace toda su evolución.

El pronóstico es leve, por más que á veces el podromo sea intenso. El tratamiento es casi nulo.

## SARAMPION

El sarampión, que algunos le suponen equivocadamente sinónimo de la *roseola*, es una enfermedad infectiva y contagiosa, que puede ser esporádica y epidémica, y ofrece caracteres de benignidad y malignidad.

**Etiología.**—El microbio productor no se conoce todavía. La enfermedad es propia de todos los países y apenas hay una persona que no la haya padecido una vez. Confiere muy poca inmunidad; así es que puede padecerse varias veces con muy poco intervalo. Ataca preferentemente á los niños.

**Síntomas.**—Para su mejor estudio se divide la enfermedad en cuatro períodos, que son: incubación, invasión, erupción y desecación.

*Primer período (incubación).*—La duración de la incubación está mal determinada; se cree que es de ocho á treinta días.

*Invasión.*—Los síntomas del período podrómico son muy variables; puede presentarse una fiebre intermitente de paroxismo diario, y después de tres ó cuatro paroxismos quedar continua y regular. Otras veces sólo se nota malestar, tristeza, inapetencia, y al cabo de unos días se manifiesta el sarampión. De todos modos, lo ordinario es que, con calentura ó sin ella, aparezcan fenómenos enantemáticos, como lagrimeo, coriza y catarro bronquial. De todos modos, la fiebre, si aparece, no es muy elevada en este período. En algunos enfermos es tan corta la invasión, que pasa desapercibida, y viene la erupción junto con los síntomas podrómicos; pero, regularmente, la invasión dura de uno á quince y hasta veinte días, y después aparece la erupción.

*Erupción.*—La temperatura se eleva á mayor ó menor altura, al revés de la viruela, que descende en este período; pueden presentarse temperaturas de 39° á 40°. A medida que aumenta la erupción, disminuyen los fenómenos enantemáticos, excepción hecha del catarro bronquial.

El exantema suele brotar por el mismo orden que en la viruela: cara, tronco y miembros. Está constituido por manchas rosáceas aisladas, como ligerísimas pápulas, que pueden elevarse bastante, en cuyo caso se da el nombre de *papuloso* á esta forma de sarampión. El color se parece al exantema de la escarlatina; tienen las pápulas, el aspecto de picadas de pulga, y su diámetro fluctúa entre tres y ocho milímetros. El número de pápulas es menor ó mayor hasta llegar á cubrir toda la superficie del cuerpo; de todas maneras, aunque sean confluentes, no producen gran deformidad del rostro.

Las manchas sarampionosas desaparecen momentáneamente á la presión digital; pero no se produce, como en la escarlatina, la raya blanca, cuando se pasa la uña ó un lápiz por las partes ocupadas por la erupción.

La piel puede estar seca ó cubierta de sudor, y la erupción suele completarse en dos ó tres días, viniendo luego la declinación.

*Descamación.*—En este período desciende la fiebre junto con los demás síntomas. El exantema va obscureciéndose y borrándose; se resquebraja la epidermis y se desprende en forma de escamas furfúraceas, finísimas como el salvado, hasta renovarse por completo. Se presenta un estado de salud, al menos aparente, á los ocho ó diez días aproximadamente. Si el mal se reproduce más tarde, no suele ser tan violento como la vez primera.

*Complicaciones.*—En todos los períodos del sarampión pueden surgir complicaciones. Pocas veces ocurren en el período podrómico; sin embargo, cuando la intensidad de la fiebre es mucha, pueden llegar á producirse convulsiones en el niño; convulsiones que no auguran, por lo común, una terminación funesta.

En el período de erupción son comunes las epistaxis, que no son alarmantes, á menos que se trate de un sarampión escorbútico. Es muy frecuente la bronquitis capilar, la bronco-pneumonía, y la neumonía. Pueden aparecer también endocarditis, fenómenos meningíticos y gastro-intestinales. El riñón puede alterarse y aparecer albúmina en la orina.

Otra de las complicaciones graves es la retropulsión del exantema, que puede matar rápidamente al enfermo si no tiene la suerte de que vuelva á brotar. Una consecuencia del sarampión, muy grave y bastante frecuente, es la tuberculosis pulmonar.

*FORMAS ANÓMALAS.*—*Sarampión sin erupción.* Generalmente en esta forma no hay erupción sarampionosa bien caracterizada, sino que aparecen en el cuello y en el pecho algunas manchas fugaces y sin carácter. En otros casos la erupción se verifica lentamente.

En el *sarampión hemorrágico* las manchas se presentan vinosas, con equimosis, y no desaparecen á la presión digital. Las hemorragias son temibles en esta forma.

La forma *adinámica* tiende muy fácilmente á la retropulsión del exantema, lo cual la hace muy grave. Las pápulas son de color lívido y no tienen elevación.