

La abundancia del *sudor* es muy variable. En efecto, se ven sujetos á quienes hay que mudar tres ó cuatro veces de ropa interior, otros que calan enteramente la cama, y otros por el contrario á quienes apenas se necesita mudar de ropa mas de una sola vez.

Intervalo de los accesos.—En algunos casos, y sobre todo cuando el intervalo de los accesos es largo como en las tercianas ó cuartanas, al movimiento febril que se acaba de describir sucede no solo una apirexia completa, sino un estado completo de salud, de manera que despues del primer acceso puede creerse el enfermo completamente curado, pero generalmente queda malestar, languidez y un poco de cefalalgia. El apetito está disminuido, la lengua continúa blanca y un poco pastosa y las deposiciones son difíciles. Cuando hay cierto número de accesos, el bazo queda hinchado y á veces un poco dolorido.

Épocas del día en que sobrevienen los accesos.—Está reconocido en el día que no se puede decir nada de positivo acerca de la hora de la aparición de los accesos, y por consiguiente es inútil repetir las aserciones emitidas sobre este punto. Todo lo que puede afirmarse es, que en la mayor parte de casos los accesos empiezan en el curso del día.

Fiebre intermitente de los niños.—Segun Schmitz-zer (1), la fiebre intermitente cuando se desarrolla en niños muy tiernos presenta modificaciones muy importantes. Solo se encuentra en la clase mas pobre cuyas habitaciones húmedas é insalubres y la mala alimentación parecen ser la causa de la enfermedad. Esta fiebre de los niños afecta constantemente el tipo cotidiano, y se presenta por paroxismos regulares, separados por intervalos de apirexia mas ó menos completa. Durante los accesos los niños se agitan, se enfrian y palidecen, el pulso se pone frecuente, pequeño y concentrado; muchas veces hay temblor, pero no frio intenso; despues de un cuarto de hora ó de media hora, nunca mas tarde, se establece el estadio de calor de la misma manera que en los adultos; dura una hora ú hora y media y despues los niños se duermen y entran en sudor. Al despertarse parecen fatigados, pero se sienten bastante bien. La intermitencia que dura hasta el día siguiente, es bastante manifiesta aunque menos marcada que en los adultos.

Si la enfermedad se prolonga durante algun tiempo, los niños enflaquecen mucho; su cara está pálida y caquética, la piel del rostro se pone de color amarillo sucio, el vientre aumenta de volumen, y el hígado se hincha, pero jamás el bazo.

El doctor Guet (2) ha reasumido del modo siguiente los caracteres de la fiebre intermitente simple en los niños de pecho.

«Invasión repentina, tipo cotidiano, irregularidad de los accesos,

- (1) Schmitz-zer, *Journ. für Kinderkrankheiten*, t. XI.
 (2) Guet, *Gacete méd. de Paris*, Agosto de 1850.

falta casi completa del estadio de frio y de sudor, estadio de calor exagerado y apirexia bien manifiesta. Hé aquí segun las observaciones de este práctico, lo que sucede casi siempre en semejante caso: el niño que estaba muy alegre se pone de repente triste é impertinente, se impresiona fácilmente y la menor causa provoca lágrimas, rehusa tomar el pecho ó el biberon. Se esparce cierta palidez en su rostro, sus manos y sus pies se enfrian, tiene frecuentes bostezos, y algunas veces hay al principio vómitos de materias viscosas ó biliosas. En otros hay un dolor de cabeza violento, y entonees se ve que el niño lleva frecuentemente sus manos á la cabeza; á veces una congestión en un pulmon y una tos seca y molesta, acompañada en algunas ocasiones de vómitos, marca el principio del acceso; otras veces sobreviene diarrea. Bien pronto la piel se pone quemante y seca; esté calor se estiende á las mucosas, el niño se halla abatido y presenta alternativas de sonolencia y de agitación convulsiva. Este estado dura mas ó menos tiempo, luego desaparece esta tensión, la piel se pone flexible y aparece en ella un ligero mador. Todo entra en el orden; el niño se calma, se sonrie y vuelve á tomar el pecho hasta que un nuevo acceso venga á reproducir semejantes fenómenos.

El doctor Sémanas (1) ha observado en Argel la *fiebre intermitente perniciosa en los niños de pecho*, y ha visto que esta fiebre se reviste de la forma de las afecciones mas comunes de la primera infancia.

Mas arriba hemos visto las observaciones de Ebrard sobre la fiebre intermitente de los niños, y yo mismo he comprobado (2) su exactitud.

Complicaciones.—El doctor Veret (3) ha referido tres casos, en los que la *albuminuria* ha complicado la fiebre intermitente. Este autor atribuye la complicación á una simple congestión de los riñones durante los accesos. Si la fiebre es de larga duración, esta congestión puede terminarse por lesiones mas profundas.

§ IV.—Curso, duración y terminación de la enfermedad; tipos y recidivas.

Acabamos de ver que el *curso* de la enfermedad consiste en una alternativa de accesos febriles y de apirexia, y que las épocas mas ó menos distantes en que se producen estos accesos constituyen los tipos de la fiebre intermitente. Los principales de estos tipos y los únicos que merecen notarse con gran cuidado son: 1.º el *tipo cotidiano*, 2.º el *tipo tercianario*, y 3.º el *tipo cuartanario*.

- (1) *De la fièvre pernicieuse chez les enfants à la mamelle*, 1848.
 (2) *Considérations sur la fièvre intermittente chez les jeunes enfants* (*Union médicale*, 10 y 12 de Octubre de 1848.)
 (3) *Quelques observations de fièvres intermittentes avec albuminurie* (*Arch. gén. de méd.*, Diciembre de 1847).

En el *tipo cotidiano* los accesos sobrevienen todos los días á la misma hora ó con muy corta diferencia, pareciéndose todos en duracion é intensidad. Algunas veces, en lugar de un solo acceso hay dos en el día, en cuyo caso se dice que la fiebre es *cotidiana doble*. Por último, puede suceder que haya mayor número de accesos en las veinticuatro horas: es muy importante conocer este hecho que ha sido puesto fuera de duda por Melier en un escrito muy interesante, porque estos accesos múltiples son muy cortos, no consistiendo muchas veces mas que en una sensacion rápida de calor seguida de sudor, y pueden fácilmente pasar desapercibidos. Melier ha dado á esta fiebre el nombre de *fiebre intermitente de cortos periodos* (1).

En el *tipo tercianario* el acceso se reproduce cada dos días. Algunas veces se observan accesos de *terciana doble*, en cuyo caso hay un acceso todos los días, pero el tercero se parece al primero, el cuarto al segundo y así sucesivamente.

En el *tipo cuartanario* el acceso sobreviene cada tres días (2), de suerte que entre los dos accesos hay dos días de apirexia. Se han citado algunos ejemplos de *cuartana doble*, en los cuales el primero y el segundo día hay un acceso, despues al tercer día apirexia, al cuarto y quinto un acceso, al sexto apirexia y así sucesivamente.

Hé aquí los principales tipos que hay que estudiar, siendo de notar que las fiebres cotidiana doble, terciana doble y cuartana doble son poco frecuentes. Ahora me falta indicar algunos otros tipos tan raros que se pueden mirar como verdaderas aserciones. Tales son las tercianas *duplicadas* (cada dos días dos accesos); las *cuartanas triplicadas* (dos accesos cada tres días); la *cuartana triple* (un acceso todos los días, dos débiles y uno fuerte). La fiebre *quintana*, *septana*, *octana* (un acceso el quinto, el sétimo ó el octavo día).

En la inmensa mayoría de casos los estadios de los accesos se suceden del modo indicado mas arriba; pero algunas veces sucede que *falta uno de los dos estadios*, ó lo que es mucho mas raro *que se presenta uno solo*, y lo que es menos comun todavía es, que *se altera el orden de aparicion de los estadios*. El estadio de frio puede faltar, pero es muy raro que los enfermos no tengan á lo menos cierta sensibilidad al frio. Mas frecuente es quizás que falte el estadio de calor: pero no se puede afirmar, porque si es muy corto se oculta á la atencion del enfermo, al cual por necesidad nos debemos referir. Por último, á veces falta también el sudor; pero es muy raro que no haya un poco de sudor.

En algunos casos se ha visto sobrevenir el escalofrio despues del calor y del sudor, pero estas son verdaderas escepciones. Debe pararse menos la atencion en la forma de la enfermedad que en la vuelta pe-

(1) *Mémoires de l' Acad. de méd.*; París, 1843, t. X, p. 55.

(2) Para no equivocarse en el cálculo, no debe contarse el día del primer acceso.

riódica de los accesos. Al hablar de las fiebres perniciosas volveré á ocuparme de esta proposicion.

La *duracion* de los accesos es muy variable, siendo raro que sea menor de una hora, y que se prolongue mas allá de seis ó siete. En cuanto á la duracion de la misma enfermedad es imposible determinarla. En cierto número de casos, y sobre todo en las *fiebres simples vernaes*, se ve disiparse la enfermedad por sí misma á los cinco, seis ó siete accesos; pero otras veces, que son las mas, la enfermedad se prolonga indefinidamente, los accesos son mas intensos y se infarta el bazo. En cuanto á la *duracion de los estadios* es igualmente variable. Sin embargo, se puede decir que en el mayor número de casos el estado de frio dura una ó dos horas, el de calor mas tiempo, y el de sudor se prolonga por muchas horas.

De aquí resulta que el *intervalo de los accesos* tiene una duracion muy varia. Se han citado casos en los cuales un acceso empezaba antes que terminase el otro, constituyendo así la fiebre *subintrante*; pero esto sucede en las fiebres perniciosas.

Accidentes consecutivos.—La *terminacion* de la fiebre intermitente simple, sea cualquiera su tipo, puede ser espontáneamente favorable, como he dicho mas arriba. Sin embargo, en la mayor parte de los casos hay que oponer á la enfermedad un tratamiento apropiado, y en estas condiciones termina por la curacion.

Si se la abandona, hay un número considerable de casos en los cuales los accesos se reproducen indefinidamente, pudiendo comprobar entonces: 1.º un estado cloro-anémico; 2.º el infarto esplénico y hepático; 3.º varias hidropesias; y 4.º la melanemia y la leucocitemia.

El *estado clorótico* se manifiesta por la coloracion pálida tan conocida, y que es inútil recordar aquí, la cual es el resultado de la disminucion de los glóbulos, de la fibrina y de la albúmina de la sangre por la persistencia de la fiebre, que es esencialmente hipostenizante. Si este estado continúa, los enfermos se ponen *caquéticos*, que se reconoce por la coloracion amarillo bajo de la cara; por la hinchazon de la cara, que pierde su espresion; por la palidez profunda de las encías, las cuales, por efecto de la desfibrinacion de la sangre, sangran con facilidad; por el aumento de volumen del vientre y por el enflaquecimiento de los miembros pelvianos. Antes de que se hubiese encontrado el tratamiento específico de estas fiebres, este estado terminaba con frecuencia por la muerte. Mas arriba hemos hablado de la *intumescencia del bazo*, y muchas veces es tal, despues de un número considerable de accesos, que se percibe este órgano por debajo y á la derecha del ombligo, y en ocasiones hasta á poca distancia de la espina iliaca anterior y superior. El hígado no permanece extraño á la accion de la fiebre intermitente; unas veces se le halla hipertrofiado y otras atrofiado, duro y arrugado (1).

(1) Haspel, *Mal. de l' Algérie*, 1852, t. II, p. 234.—Frerichs, *Mal. du foie*, trad. Duménil et Pelagot, 1862, p. 216-353.

Las *hidropesías* son bastante frecuentes; en algunas ocasiones solo se observa una simple hinchazon en los maleolos; pero otras la hidropesía se hace general, y hay anasarca y á veces ascitis. Estas hidropesías son las mas de las veces consecutivas á la desfibrinacion de la sangre.

Tambien se han observado dos accidentes particulares que son la melanemia y la leucocitemia. Nada diremos de la leucocitemia porque se estudiará separadamente; pero respecto á la melanemia, está constituida por la presencia de un pigmentum negro en la sangre, cuyo pigmentum no es mas que una trasformacion de la hematina en el bazo; porque, como la fiebre intermitente da lugar á la hiperemia del bazo, resulta que este órgano fabrica mas pigmentum (1). No obstante otros órganos, principalmente el hígado, pueden tambien producir pigmentum. La destruccion mas considerable de la hematina determina la disminucion del número de glóbulos, y de aquí la clorosis; la acumulacion de este pigmentum en el hígado ocasiona la atrofia hepática; en el riñon, la albuminuria, y en el cerebro, el reblandecimiento, la apoplejía.

Esta cuestion de la melanemia está todavía en mantillas, y la ciencia no pronunció todavía su última palabra.

Recaidas.—Las *recaidas* son muy frecuentes, y no se presentan siempre, ni con mucho, con el mismo tipo que el primer ataque, pudiendo sobrevenir aunque el enfermo no se oponga ya á las causas de infeccion, y entonces son ordinariamente ocasionadas por el frio, la humedad, los escesos, en suma, por las causas determinantes indicadas mas arriba (2).

Segun René Vannoye (3) hay un *signo particular que anuncia la inminencia de la recidiva de las fiebres intermitentes*, el cual consiste en un estado especial de la conjuntiva, que tapiza el párpado inferior. Esta membrana que en el estado normal presenta un color rojo mas ó menos vivo, cuando se la examina en un sugeto atacado desde algun tiempo de fiebre intermitente, presenta muchas veces segun Vannoye una raya pálida, que circunscribe al arco inferior del segmento menor libre del globo ocular. Cuando se baja el párpado invertido, y se hace dirigir al enfermo el ojo hácia arriba, esta raya representa bastante bien una media luna, de la cual uno de los cuernos corresponde al ángulo interno del ojo, y el otro al ángulo esterno, de manera que su borde cóncavo rodea la parte inferior de la esclerótica, y que su borde convexo se marca por una línea mas ó menos manifiesta en la mucosa palpebral. El grado de palidez de esta raya está en relacion directa con la profundidad del padecimiento que ha sufrido el organismo. Las numerosas observaciones

(1) Frerichs, *ouv. cité*, p. 273.

(2) Véase § II CAUSAS.

(3) *Annales de la société médicale de la Flandre occidentale*. 1848.

que ha hecho Vannoye sobre este punto le han permitido establecer:

1.º Que cuando este fenómeno no existe, la fiebre no ha durado ordinariamente mucho tiempo, á no ser que llegase fácilmente á hacerla caer, sin que su cesacion sea seguida de recidiva.

2.º Que cuando existe, la administracion conveniente de un febrifugo la hace á veces desaparecer en poco tiempo, y entonces no hay que temer que vuelvan los accesos.

3.º Que cuando la raya persiste despues de la desaparicion de los accesos febriles, estos vuelven en casi todos los casos, y solo despues que esta raya se ha confundido con la tinta del resto de la mucosa palpebral no hay que temer que se repitan.

Como Vannoye, hemos comprobado la existencia de este signo, que encontramos tambien en las cloróticas, y que es efecto de la anemia ocasionada por la fiebre intermitente.

§ V.—Formas de la enfermedad.

Desde luego se ha distinguido *una fiebre intermitente inflamatoria* en la cual el frio es corto, el estadio de calor largo, la temperatura alta, la cefalalgia y la soñolencia considerables, y el pulso lleno y duro. Sigue despues la *fiebre intermitente biliosa*, en la cual la boca está pastosa, el apetito perdido, hay mal gusto de boca y amargor, la cara está amarillenta y el pulso blando y depresible. Finalmente, se observa la *fiebre mucosa ó catarral* en la cual padecen varias mucosas.

Se ha dicho que en la primera la quina obra imperfectamente, si antes no se destruye el estado inflamatorio con las emisiones sanguíneas y los diluentes, y que en la segunda el febrifugo encuentra los mismos obstáculos, si no se empieza administrando los vomitivos. Esta opinion se halla muy acreditada, y se funda principalmente en que en los países cálidos se consigue que desaparezca la fiebre biliosa bastantes veces con los vomitivos; ¿pero se halla esto evidentemente demostrado? Por mi parte niego el hecho, pero sí digo que se necesitan hacer observaciones mas exactas para que se desvanezca toda duda.

§ VI.—Lesiones anatómicas.

Los enfermos afectados de fiebre intermitente simple, no sucumben sino cuando la caquexia indicada mas arriba ha hecho progresos. Entonces se encuentra el infarto crónico del bazo, cuyo tejido se ha vuelto mas firme y resistente. Tambien se observan las diversas hidropesías de que hemos hablado; pero ninguna otra lesion hay que pueda atribuirse á esta enfermedad. El infarto del bazo en estado agudo ha podido estudiarse en sugetos que han sucumbido por acce-

sos de fiebre perniciosa, y entonces tan solo se ha encontrado una simple congestión sanguínea.

§ VII.—Diagnóstico y pronóstico.

El *diagnóstico* no puede ser difícil para un médico observador, aun cuando los estadios no se presenten con toda la regularidad habitual.

Pronóstico.—El pronóstico de la fiebre intermitente simple es favorable, sobre todo porque el médico tiene un medio eficaz de detener los accesos; pero por benigna que sea no se puede decir con certeza que tenderá naturalmente á la curación. En el anejo del Hôtel-Dieu he visto un enfermo, que habiendo tenido un primer acceso de hora y media, vió que todos los días se aumentaba esta duración, hasta que después de veintidos accesos para los que nada se había hecho, desaparecía casi completamente el intervalo apirético. Al vigésimo tercero acceso se le condujo al hospital, en donde se le administró inmediatamente el sulfato de quinina; pero era ya demasiado tarde; el acceso fué pernicioso y causó la muerte. Tampoco se deben olvidar las convulsiones que pueden ser muy pronto funestas en los niños.

Segun la observación general, las fiebres vanales son menos peligrosas que las autumnales. En igualdad de circunstancias la enfermedad es mas grave en los sujetos debilitados. Por último, la cachexia de las fiebres intermitentes es de un funesto agüero.

§ VIII.—Tratamiento.

Ya no se piensa en la actualidad en dejar seguir la fiebre intermitente sin combatirla; esta opinión no podia sostenerse sino cuando no se había encontrado el remedio específico. Los autores que mas se han ocupado de este punto de terapéutica, Torti, Strack, Lind, etc., han demostrado que una fiebre intermitente benigna en apariencia, podia hacerse perniciosa al quinto ó al sexto acceso.

Pero como se ha manifestado anteriormente, se ha dicho que la quina no obraba bien, sino se había combatido antes el elemento inflamatorio, saburral ó bilioso, y por esta razón se aconseja una preparación que consiste, segun los casos, en sangrías, vomitivos, purgantes y diluentes. Sucede muchas veces en la fiebre intermitente que el *cambio de país* basta para detener la enfermedad; por lo mismo, es conveniente en estas circunstancias, aguardar dos ó tres días antes de cortar la fiebre. Pero si, por contingencias particulares, se ve uno precisado á permanecer en medio de efluvios miasmáticos, deberá someterse á un régimen tónico; al uso del café poco ó nada azucarado, á usar abrigo de lana á raíz de la piel; evitando sobre todo trabajar y permanecer por las noches en medio de los miasmas (V. Meunier). Si existe un estado saburral, es indispensable admi-

nistrar primero un *emeto-catártico* (sulfato de sosa, 20 gramos; tártaro estibiado, 10 centigramos), para limpiar el tubo digestivo; porque además de la depleción que ocasiona, hace mas fácil la absorción de la sal de quinina. Dado el purgante solo, tiene menos inconvenientes que el vomitivo, pero tambien es menos poderoso. No obstante, no se olvidará que un purgante, administrado intempestivamente puede hacer reaparecer una fiebre intermitente, curada ya. El calomel parece tener el privilegio de poder administrarse muchos días seguidos, sin que tenga el inconveniente de otros purgantes.

Por consiguiente, el remedio á que es preciso recurrir desde luego, es la quina y sus preparados. Mas puede el médico ser llamado en el momento del acceso: ¿y en este caso se deberá obrar inmediatamente? No, cuando se trata de una fiebre intermitente simple, cuyos accesos dejan entre sí intervalos bastante considerables, pues es preciso esperar á la apirexia para administrar el específico, y entre tanto se limitará el médico á los medios siguientes:

Tratamiento del acceso.—Se ha propuesto apresurar por diversos medios el desarrollo de los accesos. Favorecer el calor y el sudor elevando la temperatura, dando escitantes difusibles y bebidas calientes; hé aquí á qué se reduce esta medicación, cuya acción no es muy manifiesta (1). Segun Lind (2), es útil una dosis moderada de *opio* para calmar la violencia, y para abreviar la duración del acceso. Pero en general se contentan los médicos con dar una bebida tibia y emoliente, y con mantener á los enfermos á una temperatura suave en cama y en un sitio tranquilo. Cualquier otro medio es inútil y pudiera ser peligroso.

Tratamiento curativo.—En la actualidad está universalmente reconocido que el medio curativo por excelencia es el *sulfato de quinina*. Pero antes de hablar de él debo decir dos palabras acerca de los *baños de chorro frios*, alabados en estos últimos años por el doctor Fleury (3).

Baños de chorro frios.—Segun este médico, los *baños de chorro frios* serian por lo menos tan eficaces como el sulfato de quinina en el tratamiento de la fiebre intermitente simple y reciente, y superior en el tratamiento de la fiebre antigua y rebelde. Pero sin dejar de reconocer que Fleury ha obtenido por este medio felices resultados, no creo que se le pueda atribuir esta superioridad, porque los casos de curación no menos notables, logrados con el sulfato de quinina, son innumerables.

Administración del sulfato de quinina y de la quina.—Esta sal se da en una pocion, en píldoras ó en polvo, en una hostia ó en café para disfrazar su amargor á la dosis de 40, 60 y 90 centigramos

(1) Véase WILSON PHILIPS, *Fièvres intermittentes*; París, 1819.

(2) *Essai sur les maladies des Européens dans les pays chauds*; París, 1785.

(3) *Des douches froides appliquées au traitement de la fièvre intermittente* (*Arch. gen. de méd.*, 4.^a série, 1848, t. XVI, p. 289).