

En una época en que la observación clínica era la base de toda clasificación y en que sólo se tenían nociones anatómicas vagas, la confusión que nos parece muy difícil hoy día entre estas dos enfermedades, se reflejaba en casi todos los espíritus.

Esta época es el principio del siglo XIX, que olvidó las tradiciones de los grandes médicos del siglo XVIII, que se habían guardado muy bien de identificar la *fiebre nerviosa lenta* (tifoidea) y la *fiebre maligna pútrida* (tifus). Aun en 1833, la Academia de Medicina ponía como tema de concurso la identidad y la no identidad del tifus y de la fiebre tifoidea, premiando la Memoria de G. de Claubry, unicista á todo trance. Pero los trabajos de Perry, de Londres (1836); Gerhardt, de Filadelfia (1837); Lombard, de Ginebra (1836); Walleix, Rochoux (1840); Barlow (1840); Stewart (1840), establecen de un modo seguro la autonomía de una y otra afección, y Louis, en su Tratado clásico, Grisolle, en su Patología, adoptan la doctrina dualista, que establece definitivamente los trabajos de Jenner en 1849-1851, y los historiadores del tifus, presentado accidentalmente en Francia; Forget, Godelier, etc., etc.

La confusión del tifus con la fiebre recurrente (tifus recurrente, fiebre de recaídas) no es posible en nuestro país, en que esta enfermedad es desconocida. No ocurre lo mismo en los sitios en que estas dos afecciones coexisten, pues precisamente los focos del tifus exantemático son también en parte los de la fiebre recurrente. Rusia, Polonia, Alemania del Norte, Gran Bretaña y, sobre todo, Irlanda, que es su foco de predilección.

La fiebre recurrente es una enfermedad contagiosa que aparece sobre todo bajo la forma epidémica, y de preferencia en épocas de carestía y de hambre. De aquí el nombre inglés de *fiebre famélica*.

La fiebre recurrente empieza bruscamente por *fiebre y escalofríos*; el pulso es frecuente, rápido, lleno y rebotante: la lengua permanece húmeda, pocas veces se pone seca; hay sensibilidad epigástrica; los vómitos y la icterecia son frecuentes; el hígado y el bazo aumentan de volumen; hay astricción; la piel está caliente y seca, la orina es oscura. La raquialgia, los dolores en las extremidades, la inquietud, la agitación, el insomnio y algunas veces el delirio agudo, completan este cuadro, siendo de notar que en la fiebre recurrente no hay erupción característica.

De pronto, hacia el quinto ó el séptimo día, todos estos síntomas desaparecen, coincidiendo con una abundante transpiración. Esta suspensión brusca va seguida de un *intervalo apirético*, durante el cual, el enfermo puede levantarse y dedicarse á sus ocupaciones; después, alrededor del décimocuarto día, se presenta una recaída brusca, en la que se reproduce el cuadro del primer ataque. Esta recaída, más corta, cesa hacia el tercer día. A veces hay dos ó tres recaídas.

La mortalidad es escasa y excepcional; la muerte sobreviene por síncope ó por coma; la autopsia no demuestra ninguna lesión específica; excepción hecha de la hipertrofia del hígado y del bazo, que tampoco es constante, pero que es frecuente (Murchison).

La fiebre recurrente es producida por el espiroceto, al que Obermaier, que le descubrió en 1872 ha dado su nombre.

Se ve, pues, claramente que el tifus exantemático y la fiebre recurrente di-

fieren por sus síntomas y por su naturaleza íntima; y en caso de duda, el examen de la sangre durante el acceso, demostrando los espirocetos muy numerosos entonces, desvanecería cualquier duda (1).

PRONÓSTICO Y MORTALIDAD.— El tifus es, en tesis general, una afección grave.

La estadística siguiente de London Fever Hospital en veintitres años, arroja las cifras que siguen:

17.582 ingresados;  
2.771 muertos, ó sea 15,76 por 100 ó 1 por 6,34 enfermos.

Una proporción análoga nos dan nuestras observaciones.

Conviene indicar después de esta estadística en masa la desfavorable influencia que ejercen ciertas condiciones individuales.

a). La edad forma en primera línea en el concepto del pronóstico. Entre 100 de uno á cinco años, la mortalidad ha sido en el L. F. H. de 6,69 por 100. De cinco á diez años, de 3,59 por 100. De diez á quince, de 2,28 por 100, y de quince á veinte, de 4,46 por 100. En todas estas edades el tifus ha sido relativamente benigno; pero no ocurre lo mismo en adelante.

	Muertos por 100.
Desde los 30 años la misma estadística.....	35,39
— 40 — .....	43,48
— 50 — .....	53,87
— 60 — .....	67,04

b). *Sexo*. — Es cierto que los hombres afectados de tifus mueren en mayor proporción que las mujeres.

c). Añadiremos por último que el alcoholismo, la debilidad constitucional, natural ó adquirida (debilitación), son causas, sin duda alguna, agravantes del tifus.

Tal es el pronóstico general; pero no hay que olvidar el pronóstico individual, que puede fundarse en ciertos síntomas. La miocarditis, una respiración suspirosa, ó espasmódica, los síntomas cerebrales marcados, la miosis muy pronunciada, la postración grande y precoz, los temblores musculares, la carfología, las contracciones espasmódicas de la cara, las parálisis de los esfínteres, el timpanismo muy pronunciado y la erupción generalizada y de color oscuro, constituyen elementos de pronóstico desfavorable.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.— La anatomía patológica macroscópica del tifus, se condensa en pocas palabras, y en cuanto á la histología patológica hay muy pocos documentos que hablen de ella.

La *putrefacción* después de la muerte es muy rápida.

En el dermis se encuentran los puntos hemorrágicos que había en vida.

Los *músculos* y el *músculo cardíaco* en particular, presentan las lesiones de la miositis que Zenker ha dado á conocer. También se observan subfusiones ó focos hemorrágicos en los músculos rectos del abdomen.

(1) Para más detalles sobre el espiroceto de Obermaier, consultar el artículo de N. Eilbert en este Tratado.

Por regla general, no hay ninguna lesión intestinal, ni en el intestino delgado ni el grueso; las placas de Peyer, los folículos aislados y los ganglios mesentéricos están sanos.

El bazo está de ordinario hipertrofiado y difluente (dos tercios de casos según Murchison).

El hígado está engrosado y reblandecido en muchos casos.

El pericardio contiene casi siempre alguna cantidad de líquido seroso.

La laringe presenta lesiones secundarias, que ya hemos descrito.

Los bronquios están hiperhemiados; los pulmones congestionados, sobre todo en las bases. Es raro que las pleuras contengan líquido; por regla general hay congestión meníngea é hidropesía subaracnoidea y ventricular.

Los riñones están hiperhemiados, congestionados y presentan á simple vista el aspecto del riñón escarlatinoso.

La sangre del corazón y de los grandes vasos es negra y está poco coagulada, presentando el mismo aspecto que otras veces se observaba cuando se sangraba á los tíficos.

Tratamiento.—Este capítulo comprende el tratamiento curativo y el profiláctico.

Del curativo hay que decir muy pocas palabras. Se limita á combatir los síntomas; las lociones débilmente antisépticas y los baños, prestan sin duda grandes servicios.

La profilaxia es muy sencilla; aireación, aislamiento, desinfección cuidadosa de las ropas, de los objetos de la cama, de la habitación del enfermo, que no es en suma sino la profilaxia de toda enfermedad epidémica de contagio análogo: viruela, sarampión, escarlatina.

## FIEBRES ERUPTIVAS

Por **LUIS GUINON**

Doctor de la Facultad de Medicina de París.

Trad. de **D. R. GOMEZ FERRER**

Catedr. de Enferm. de la infancia de la Fac. de Valencia.

### GENERALIDADES

**CARACTERÍSTICA Y NATURALEZA DE LAS FIEBRES ERUPTIVAS.** — Las fiebres eruptivas tienen como caracteres comunes: su naturaleza infecciosa y específica, la contagiosidad, la epidemidad, la erupción. Clínicamente, se manifiestan por un enantema y un exantema, cuyo aspecto, sitio é intensidad, ofrecen algunas variedades; por fenómenos generales y fiebre, cuya evolución es asaz constante para cada una de ellas; son enfermedades cíclicas. Estos caracteres no se realizan completamente, en verdad sea dicho, sino en las formas normales.

Este grupo comprende la escarlatina, el sarampión, la rubeola ó alfombrilla, la viruela, la varicela y la vacuna.

Ciertas enfermedades que no están colocadas en el mismo grupo realizan, no obstante, algunas de las condiciones de aquéllas pirexias; pero difieren de las mismas por la escasa importancia de su erupción, que es tan solo un episodio contingente, y su débil contagiosidad (fiebre tifoidea), por la ausencia completa de poder contagiante, como muchas dermatosis cuya naturaleza infecciosa es, por lo demás, dudosa (dermatitis exfoliatriz aguda, eritema nudoso, etc.), finalmente, por su evolución más irregular, como la erisipela.

Existen ciertas enfermedades infecciosas y cíclicas, como las parótidas, la coqueluche, cuya gran contagiosidad y cuya frecuencia en la edad juvenil, las aproxima á las fiebres eruptivas. Estas se reproducen siempre bajo la misma forma, no se transforman una en otra, y cuando se desarrollan paralelamente en un mismo sujeto, revélanse siempre en los síntomas los elementos de cada una de ellas. Esta especificidad no impide, sin embargo, que la enfermedad revista los aspectos más variados; la viruela confluyente, por ejemplo, puede engendrar una varioloide de las más benignas, y recíprocamente.

Hemos dado cabida en nuestra descripción á una entidad morbosa, todavía discutida, cuya historia apenas esbozada en Francia, está desde hace mucho tiempo sólidamente establecida en el extranjero, la *alfombrilla*.