

pero no puede decirse aún cuáles son los mejores medios de cultivo y de conservación.

El cultivo tiene como punto de partida el cow-pox natural ó la retro-vacunación; en fin, la variolo-vacuna (Instituto de Hamburgo).

La vacuna se cultiva en terneras, machos ó hembras, de más de un mes, ó de seis á ocho meses (Chambon); se siembra en un nuevo animal cada cinco días, teniendo cuidado de tomar la linfa de las mejores pústulas del animal precedente. Numerosas precauciones concernientes á los establos, á la nutrición del animal, á la asepsia de las pústulas, aseguran la continuidad y pureza de las siembras.

Con el temor de inocular la tuberculosis, algunos institutos no utilizan la vacuna recogida, sino después de hecha la autopsia del animal; pero ya hemos visto que este temor es infundado y se evitará cualquier otro contagio, desechando toda ternera que parezca enferma (diarrea, fiebre, dermatosis).

El mejor procedimiento de inoculación al hombre, es la vacunación de *ternera á brazo*, con la linfa recogida *in situ*; en este caso basta, generalmente, la puntura (procedimiento francés).

Para el transporte á distancia, se necesitan las *conservas* de vacuna. Hé aquí los procedimientos empleados: la *linfa líquida* en estado natural, cerrada herméticamente al abrigo del aire y de la luz, sea en *tubos* cerrados y afilados á la lámpara, sea en *placas excavadas*, no se conserva más que algunos días en tiempo cálido (la linfa humana tiene más vitalidad). Los fracasos repetidos á que ha dado origen, han inducido á buscar diferentes proceder.

La conservación en *estado seco*, sobre *placas, lancetas ó puntas de marfil* (Warlomont), es de los menos recomendables: este procedimiento es inconstante, engañoso y se presta á errores.

La mezcla de la vacuna con un cuerpo aséptico que la protege y aísla, es el único medio práctico de tener conservas resistentes; la glicerina, ha sido, por lo general adoptada como medio excipiente; á fin de evitar la atenuación de la vacuna por la dilución, se toma en la pústula vacuna, no solo su parte líquida, sino también las porciones profundas, que se raspan con la cuchari-lla y se trituran y mezclan íntimamente con la glicerina, en proporciones variadas: de este modo se obtienen las *pulpas glicerinadas* (París, Hamburgo, Breslau), derivadas de la *pasta milanesa*; esta mezcla se conserva dos, tres y más meses y permite el transporte á los países cálidos. La mezcla con vaseli-na, ha sido aconsejada (Perron, Layet). Indicaremos también el *polvo de Reissner* (pulpa desecada rápidamente), muy elogiado en algunos distritos de Alemania, y que se emplea mezclándolo con la glicerina; el polvo de Schmith y Wolffberg (mezcla de polvo de vacuna y de dextrina): las mezclas con glicerina salicilada (Pissin) ó timolada, la glicerina y el sulfato de sosa (Skenk). Como todos estos procedimientos debilitan más ó menos la potencia de la vacuna, deben emplearse las escarificaciones para multiplicar las vías de absorción.

BIBLIOGRAFÍA: Barbier, Vaccine animale et vaccine humaine; *Gaz. méd. de Paris*, 1889, n<sup>os</sup> 35, 36, et 37.—Behrend, Ein Fall von post-vaccinaler Hauteruption; *Berlin. klin. Woch.*, 25 juin 1888, n<sup>o</sup> 26.—Bouley, *Leçons de phatologie comparée*. 1881.—Bourgeois, Considérations sur l'inoculation vaccinale; *Bull. gén. de therap.*, 30 mars 1886, p. 241.—Chambard-Hénon, Vaccine hémorrhagique; *Lyon méd.*, 4 août 1890.—Chambon, De la

purulence sur les vaccinifères de la race bovine; *Rev. d'hyg. et de pol. sanit.*, mars 1889, xi.—Commence, Anomalies vaccinales; *Union méd.*, n<sup>os</sup> 27, 30, 36, 44, 45, 51.—Crookshank, History and Pathology of Vaccination, London, 1889.—Denison Stewart, A preliminary clinic note on a febrile exanthem accompanied vaccination; *Med. News*, 1888, 19 mai, p. 544.—J. Dougall, Culture artificielle du vaccin; *Glasgow med. Journ.*, 1888, xxvi, n<sup>o</sup> 6, et xxvii, n<sup>os</sup> 1 et 2.—D'Espine, Art. Vaccin du *Dict. de méd. et chir.*—Fouque, Pulpe vaccinale glycinée; *Th. de Paris*, 1888.—Goldschmidt, Vaccine obligatoire et vaccine animale; *Rev. de méd.*, avril 1890.—Hayer, Ueber das Reissners'che Vaccine Pulver; *Berl. klin. Woch.*, 1888, n<sup>os</sup> 48 et 49.—Hervieux, Épidémie de vaccine ulcéreuse de la Motte-aux-Bois; *Bull. Acad. de méd.*, séances du 17 sept. et du 26 nov. 1890.—Jaksch, Ueber der klinische Verlauf der Schutzpocken; *Jahrb. f. Kinderh.*, 1888, Bd xxviii, 3 et 4.—Janson, Versuche zur Erlangung künstlicher Immunität bei Variolavaccina; *Centralbl. f. Bacter.*, 28 juill. 1891.—Jeunhomme, Vaccinations et revaccinations en Allemagne; *Rev. d'hyg. et de pol. sanit.*, oct. 1889.—Josserand, Contribution à l'étude des contaminations vaccinales; *Th. de Lyon*, 1884.—Lacour, Vaccine généralisée au cour des dermatoses; *Lyon méd.*, 18 août 1890.—Leloir, Vaccine chancriforme de la Motte-aux-Bois; *Bull. Méd.*, 1889, n<sup>o</sup> 92, p. 1419.—Peiper, Vaccine et tuberculose; *Internat. klin. Rundschau*, 1889, n<sup>os</sup> 1 et 2.—Ueber Vaccine Blepharitis; *Centralbl. f. klin. Med.*, 12 sept. 1891, n<sup>o</sup> 37; Ueber das Vaccinfeber; *Zeitsch. f. klin. Med.* 1890, xvii, 1 et 2, p. 62.—Perrin, Syphilis vaccinale; *Ann. de dermat.*, sept. 1890.—Perron, Impétigo d'origine vaccinale; *Bull. méd.*, 11 nov. 1888, n<sup>o</sup> 90.—Plumeau, Service de la vaccine à Bordeaux; *Rev. sanit. de Bordeaux*, 1888, n<sup>o</sup> 103.—Pourquier, De l'atténuation de la vaccine et des moyens d'y remédier; *Acad. des Sc.*, 17 janv. 1887.—Accidents cutanés après la vaccination animale; *Rev. d'hyg. et de pol. sanit.*, nov. 1888.—Un parasite du cow-pox; *Acad. des Sc.*, 27 fév. 1888.—Proust, Affections compliquant la vaccine; *Bull. méd.*, 11 déc. 1887.—Richard, Technique de la vaccination; *Rev. d'hyg. et de pol. sanit.*, mars 1890, xi.—Schenk, Zur Conservirung der animalen Lymphe; *Berl. klin. Woch.*, 1885, n<sup>o</sup> 17.—Schmidt et Wolffberg, Eine Modification des Reissners'chen-Methode; *Berl. klin. Woch.*, 1886, n<sup>o</sup> 21.—Schmitz, Affection contagieuse de la peau après la vaccination par le vaccin animal conservé; *Viertelj. f. gericht. Med.*, suppl. du t. 1, 1889.—Thomas, Quelques accidents consécutifs à la vaccine; *Th. de Lyon*, 1890.—Vaillard, *Manuel pratique de la vaccination animale*; Paris, 1886.—Voigt, Neue Methode der Conservirung der animalischen Lymphe; *Soc. méd. de Hambourg*, 1886.—Warlomont, *Traité de la vaccination humaine et animale*; Paris, 1888.—Arrêté du Conseil fédéral allemand sur la manière de conserver et d'expédier la vaccine animale; *Ann. d'hyg. publ.*, avril 1890.

## CAPÍTULO VI

### FIEBRE MILIAR (SUDOR MILIAR)

HISTORIA.—La fiebre miliar es una enfermedad general, infecciosa, endemo-epidémica, caracterizada por sudores abundantes, una erupción de aspecto variable y accidentes nerviosos paroxísticos.

Hay en la historia médica dos grandes formas epidémicas de fiebre miliar, que se han sucedido en Europa y que se ha pretendido separar desde el punto de vista nosológico; pero que parecen ser, como veremos, dos formas de

BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA  
FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L.

una misma enfermedad, modificada en el curso de los siglos y bajo la influencia de los climas y de las razas. Se deben las primeras descripciones á Aretco, Erasistrato y Celio Aureliano (1).

El *sudor inglés* (*pestis britannica, sudor anglicus, pestis efhemera*), la más antigua forma conocida, apareció por primera vez súbitamente, sin importación conocida, en 1485; en cuatro nuevas ocasiones (1507, 1518, 1529 y 1551) castigó á los habitantes de Inglaterra, respetando por completo á los de Escocia é Irlanda. Las epidemias, muy mortíferas, sobre todo en 1518, y de extensión muy rápida, cesaron de súbito en 1551 para no reaparecer ya; la cuarta epidemia atacó la Europa del Norte, Alemania, Austria, Suiza; pero respetó á Francia: vierónse en Augsburgo, en el breve período de ocho días, 15000 atacados y 800 muertos. Después de una larga tregua, reapareció la miliar en el siglo XVII en Alemania y luego en el siglo XVIII en Francia, donde atacó especialmente á Picardía y Flandes.

El *sudor picardo* (1718-1723) tuvo, como principal historiador, á Bellot: en este mismo siglo hubo cuatro grandes focos, en el Norte, en el Centro, en el Este y en el Mediodía; se presentó en París en 1747 (2). En el siglo XIX ha marchado del Norte al Este (Thoinot); se ha extendido ámpliamente por la cuenca del Garona (Parrot), de la Charente y del Loira (3); entre las epidemias más importantes y mejor estudiadas, debe señalarse la de Poitiers (1845), de la cual han referido la historia Gaillard, Orillard y Grisolle, y la de los departamentos de la Vienne y de la Alta Vienne (1887) referida por Brouardel, Thoinot, Hontang, Parmentier (Comisión de estudio) y Chedevergne, Jablonski, Thiandière y Litardière.

Como ya hemos dicho, la fiebre miliar moderna, que comienza con el sudor picardo, difiere notablemente, á primera vista, de la miliar de los siglos XVI y XVII. En efecto; en esta última, la erupción faltaba á menudo, ó bien se limitaba á la coloración lívida de la cara y de las extremidades, con tumefacción de las manos y de los pies; por el contrario, en las epidemias modernas, el exantema es la regla. Además, la gravedad era, entonces, mayor que en la actualidad; mientras ciertas epidemias inglesas han ocasionado 99 víctimas por 100 casos, se han visto en Francia formas tan benignas que ni siquiera daban un muerto por 100 casos: también pudo apreciarse en el siglo XVII que algunos ingleses llegados á Francia caían enfermos sin propagar la enfermedad. Basándose en estos argumentos, han negado Hecker y Littré la identidad nosológica de ambas enfermedades. Sin embargo, opinamos, con Colin, que la gravedad no es un carácter bastante permanente pará establecer una distinción entre dos enfermedades separadas por siglos y por diferencias de raza;

(1) Colin admite, no obstante, y en contra de la opinión de Hecker y Anglada, que el *morbus cardiacus*, que según Littré, fue observado del siglo III antes de J.-C. al siglo II de la Era Cristiana, es la fiebre miliar; la descripción que de aquella da Littré (debilidad extrema, pequeñez del pulso, opresión intolerable, síncope, transpiración profusa), y el hecho de que atacaba especialmente á las personas jóvenes vigorosas, aproximan, en efecto, esta enfermedad á la fiebre miliar (Colin).

(2) También en España se presentó una fiebre miliar epidémica en dicho siglo (año 1764), localizada especialmente en Extremadura é hizo estragos considerables (véase Hernández-Morejón, *Loc. cit.*, introducción al siglo XVIII). — (*N. del T.*).

(3) En Francia (Colin) existen dos focos epidémicos, uno al Norte, que se extiende desde el departamento de la Mancha hasta el del Jura; el otro en el Centro y Sur (Allier, Poitou, Aude, Dordogne Hérault).

pues algunos casos graves de sudor picardo, estaban revestidos de toda la virulencia de los casos ordinarios del antiguo sudor inglés: por otra parte, la erupción no se ha presentado en muchos casos de la epidemia de Coulommiers (1839), y, además, numerosas analogías, como la abundancia del sudor, la rápida descomposición de los cadáveres y la lentitud de la convalecencia con la persistencia de las palpitaciones, justifican sobradamente la aproximación nosológica de las dos formas (Colin).

ETIOLOGÍA. — La etiología de la fiebre miliar, es de las menos conocidas. Ataca indistintamente á todas las *edades*: muchos recién nacidos cayeron enfermos en la epidemia de 1887: los ancianos no están exentos; el *sexo* tampoco tiene importancia, aunque algunas epidemias se hayan cebado especialmente en las mujeres.

En cambio, es positivo que la *constitución robusta* expone particularmente á los adultos: los más vigorosos son, á menudo, los atacados con más violencia: Parrot ha observado este hecho entre los obreros cuya profesión permite mejor la conservación de las fuerzas. Sin embargo, desenvolviéndose la enfermedad en los campos sobre todo, los campesinos cuyas habitaciones son malas, húmedas y sucias, insuficientemente aireadas, son, por lo común, las víctimas de las epidemias; pero como ha hecho constar Colin, cuando la miliar ataca en las ciudades las clases acomodadas, no presenta inmunidad.

Se ha hecho desempeñar un gran papel á la humedad, á la proximidad de los pantanos, de los canales, á las inundaciones, á la monda de los ríos y también á las nieblas (en Inglaterra); también se ha invocado la influencia de la putrefacción de materias orgánicas, de la proximidad de los estercoleros, de la suciedad de las habitaciones, etc.; pero son éstas, condiciones triviales comunes á todas las poblaciones rurales, y que faltan en muchos países infestados por la fiebre miliar. Lo mismo puede decirse de la constitución geológica del suelo, de las costumbres de los habitantes, de su raza y de sus condiciones higiénicas. En suma, desde el punto de vista etiológico, la miliar es independiente de las condiciones etnológicas y climatéricas.

La *inoculación* ha sido intentada, aunque *sin resultado*, por Legrand de Mello, Dubun de Peyrelongue y Moreau, Dufraise, Borgi, y Mazuel, empleando el líquido de las vesículas. Sin embargo, Parrot consiguió determinar en sí mismo una erupción perfectamente localizada, vesiculosa, pero sin característica precisa: este resultado único es discutible y la inoculabilidad es, cuando menos, dudosa.

¿Qué debe opinarse respecto al *contagio*? Parrot, Orillard y Gaillard, no lo admiten; Grisolle lo conceptuaba dudoso y parece ser que los hechos les dan la razón: se ve, por ejemplo, que una nodriza enferma, no contagia á su hijo; uno sólo de los esposos es atacado en una familia, sólo un hijo entre los que ocupan una misma habitación; por último, es frecuente ver un individuo que ha llegado y permanecido durante algunas horas en un foco epidémico, contagiarse en él y sufrir la enfermedad al regresar á su procedencia sin infectar á ninguno de los que le rodean; la miliar es una enfermedad *regional*, que no sería acaso más contagiosa que el paludismo (Jaccoud).

Sin embargo, Foucart, Rayer, y Loreau (1845), admitían el contagio; y en la epidemia de 1887, Hontang, Parmentier, y Thoinot, lo han comprobado

BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA  
FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L.

de un modo irrefragable; por ejemplo, un médico es contagiado por el primer enfermo que ha tenido que cuidar; puede desarrollarse un foco epidémico alrededor de un enfermo, único, que ha contraído su enfermedad en otra región muy distante. Brouardel y Thoinot, llegan á suponer que el contagio es muy potente: en su apoyo, invocan: la rapidez con que un individuo puede ser atacado al penetrar en un medio epidémico; el número realmente colosal, de los casos que se desarrollan en breves horas, en una misma localidad: parece, no obstante, que el desarrollo tan rápido de las epidemias se explica mucho mejor por la influencia de una causa, cualquiera que sea, actuando á la vez sobre toda una población. Admitiremos, pues, que si existe el contagio, es limitado. Su modo de transporte y sus puertas de entrada, nos son desconocidas.

EPIDEMIOLOGÍA. — Ya hemos dicho cuán densa obscuridad rodea el origen de las epidemias de fiebre miliar. Pueden aparecer éstas en todas las épocas del año; empero son más intensas durante la estación del verano. Preceden á todas las epidemias casos esporádicos más ó menos numerosos, á menudo separados por largos intervalos; lo que equivale á decir que la epidemia nace siempre de un foco endémico permanente, pero cuya existencia es, á menudo, desconocida: la miliar invade entonces las comarcas vecinas, en las cuales no era conocida, «y allí crea á veces nuevos focos, que á su vez desempeñarán un papel en las nuevas epidemias» (Thoinot), de suerte que todas las epidemias parecen enlazadas, unas con otras, por una cadena más ó menos continua de casos aislados.

Ordinariamente, cuando aparece la epidemia en una localidad en la cual era desconocida, se desarrolla con rapidez inaudita; cuéntanse por centenares los casos simultáneos en un centro importante; alcanza su acmé en una semana y luego decrece con gran rapidez, esta rápida expansión, es independiente de la importancia del centro atacado, ya sea éste una ciudad ó un pueblo.

Pero hasta ahí llegan los caracteres comunes á las diferentes epidemias, mientras en ciertas épocas permanece el foco limitado á una región bien determinada y sin tendencia alguna á la invasión, en otros casos, por el contrario, atacan un territorio considerable; en 1849, cubría la cuarta parte de Francia (Colin). Por lo demás, su extensión no obedece á ninguna regla, es independiente (salvas algunas excepciones) de la dirección de los vientos. Se ve cuán diferente es la enfermedad de que hablamos (en lo que toca á la potencia de la difusión) de las fiebres eruptivas; por el contrario, se aproxima mucho, por su evolución, á la gripe epidémica, atendidas las proporciones todas de expansión y de movilidad.

En muchas ocasiones la miliar ha sido precedida por pequeñas epidemias de fiebres eruptivas (epidemia de Coulommiers, 1841, relatada por Barthez, Landouzy y Gueneau de Mussy), por el sarampión (Ardouin, Orillard, Jolly), con menor frecuencia por la escarlatina. Thoinot y Hontang han notado la coexistencia de la fiebre miliar y del sarampión en once epidemias. Es difícil interpretar estos hechos. ¿Se trata de verdaderas coincidencias, ó sencillamente de formas anómalas de la miliar? En la epidemia de 1887, los médicos de Poitiers, Chedevergne, Jablonski, Thiaudière y Litardière, afirmaban la existencia del sarampión simple ó de forma miliar: pero la comi-

sión oficial no reconoció más que una forma especial, á la que dió el nombre de miliar morbiliosa (*suetta rubeolique*).

NATURALEZA. — La fiebre miliar es una enfermedad infecciosa; tiene el modo de iniciarse, la resonancia general, el poder contagioso y la marcha epidémica de aquéllas. Las investigaciones bacteriológicas han sido como esbozadas en 1887, por Roux y Chantemesse, en una época en que la epidemia se hallaba en plena declinación; el examen de la sangre sobre laminillas, no ha dado resultados más que una vez. La inoculación á diferentes animales, sin éxito.

Su coincidencia con el cólera, observada en Francia, especialmente en Picardía (Bucquoy, 1832, 1849) y en un gran número de pueblos, había inducido á suponer una relación con esta pandemia (cólera cutáneo); pero estas dos enfermedades no han coexistido más que en Francia, y su modo de extenderse y de transportarse es sobrado diferente en ambas, para excusar (por inútil) la discusión acerca de este concepto. Recordemos que Rayer atribuía la miliar á una gastro-enteritis.

Recientemente se ha pretendido, con verosimilitud, que el virus de la miliar era de origen telúrico (Bouchard, Parrot, Jaccoud). Este último autor se ha esforzado en demostrar la íntima afinidad del paludismo y la fiebre miliar, porque ésta es observada en los países en que reina aquella infección, porque alterna á veces con las fiebres palúdicas, y finalmente porque reviste un carácter remitente ó intermitente (Jaccoud). ¡Pero cuánto mayores son las diferencias! La miliar invade regiones en las que no se ha conocido el paludismo, en las que la naturaleza calcárea y la sequedad del suelo apartan la posibilidad de cualquiera influencia pantanosa (Parrot, Gaillard, Colin). El paludismo no procede nunca por acometidas súbitas y violentas como la miliar; por último, el sulfato de quinina ejerce escasa acción sobre esta última. Estas razones son suficientes para admitir, que la miliar es una enfermedad específica que no tiene relación alguna con las demás infecciones ó intoxicaciones conocidas.

INCUBACIÓN. — La incubación de la miliar varía en límites muy restringidos; puede ser de dos á tres días; nunca es inferior á veinticuatro horas (Brouardel, Thoinot); pero no conocemos su máximum.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Las lesiones de la fiebre miliar son muy poco conocidas; no ha sido hecho ningún estudio histológico y los datos macroscópicos que proceden de la primera mitad de este siglo, son muy insuficientes.

Alteraciones cadavéricas. — Con gran rapidez, en las tres ó cuatro horas que siguen á la muerte, se cubre el cadáver de manchas lívidas, de suffusiones sanguíneas; la boca y la nariz dejan fluír una sangre espumosa; en algunas horas se descomponen los tejidos y la putrefacción esparce un olor insoportable, notado en todas las epidemias.

Lesiones viscerales. — En el tubo digestivo, hacia el cual habían dirigido su atención Rayer y Foucart (*gastro-enteritis* de Rayer), se encuentran manchas de vascularización y de pigmentación, congestión de las placas de Peyer y la psorenteria que Burgeois consideraba como una erupción vesiculosa del intestino. El hígado, el bazo y los riñones están aumentados de volumen y congestionados; el bazo aparece difluente. La congestión observada en los pul-

mones, no tiene nada de especial y es un fenómeno puramente agónico. Sería interesante estudiar el miocardio, cuya alteración podría tal vez explicar los accidentes de sofocación (Jaccoud); sin embargo, no se ha notado miocarditis apreciable á simple vista; parece ser que en el bulbo y el sistema nervioso central es donde radica la causa de estos accidentes, se comprueba en estos puntos una congestión general de las meninges y del tejido nervioso (Allioni, Parrot, Rayer); se trata aquí de un fenómeno secundario, resultante de la sofocación.

**Sangre.** — *a)* Durante la enfermedad, la sangre sacada de la vena, es de un color rosa claro (Parrot) y su coágulo tiene el aspecto de la jalea de grosellas, sin costra inflamatoria. Examinada según el triple aspecto de la coagulación, del número de los glóbulos y de la cromometría, se presenta la sangre revistiendo uno de dos tipos (Parmentier). En el primero, hay disminución del número de los hematíes, sin alteración notable de su aspecto y de su riqueza en hemoglobina. Este es el tipo de las *pirexias* (Hayem). El segundo, que corresponde al tipo *flegmático* (segunda variedad de Hayem), se observa en los casos en que hay complicaciones inflamatorias; se caracteriza por la formación de un reticulum fibrinoso de gruesas fibrillas que irradian alrededor de masas hematoblásticas con formación de grumos ó *placas flegmáticas* de Hayem.

Apesar de las considerables pérdidas de líquido que sufre el organismo, la sangre no parece espesada, puesto que no aumenta la proporción de los glóbulos.

*b)* Durante la convalecencia se comprueban los caracteres de una mediana anemia (3.800.000 glóbulos rojos) y una ligera disminución de la hemoglobina.

**SÍNTOMAS.** — Se describen en la fiebre miliar tres períodos; *principio ó invasión, erupción y descamación*; sin embargo, muchos autores admiten cuatro períodos; unos dan más importancia á los prodromos (Barthez, Landouzy, Gueneau de Mussy, Colin), otros la dan á la convalecencia (Parrot). Pero la inconstancia de los prodromos no permite hacer con ellos un estadio especial, y la convalecencia, por larga y penosa que sea, no pertenece á la enfermedad, sino á sus consecuencias.

1.º **Invasión.** — El comienzo puede ser: ó *progresivo con prodromos, ó rápido ó súbito.*

*a)* **Prodromos.** — Es regla que los haya en algunas epidemias (Foucart, Teilhol); faltan las más veces en otras (epidemia de 1887), ó son muy poco acentuados y pasan inadvertidos; lo cual quiere decir que su duración puede variar mucho (de uno á cuatro días). No tienen nada de característico; el enfermo experimenta un malestar general, una debilidad creciente y en apariencia inexplicable; se siente quebrantado, con dolores en todos sus músculos; pero estas sensaciones dolorosas predominan en las rodillas y en las muñecas que difícilmente puede mover, aunque no haya en ellas indicio alguno de artropatía; experimenta luego escalofríos repetidos que aparecen sobre todo por la tarde; á esto se une con frecuencia embarazo gástrico, un estado saburroso y náuseas, aunque el apetito se conserva á veces.

Rara vez aparecen desde el principio accidentes nerviosos en forma de ca-

lambres más ó menos dolorosos en los músculos de las pantorrillas; aquellos son, por lo común, pasajeros; sin embargo, Thoinot observó una mujer que tuvo, durante algunas horas, una mano contracturada en flexión invencible (tetania).

Pero los prodromos faltan á menudo, y el enfermo cae de repente en el período de invasión. Los fenómenos característicos de este período son: *debilidad extremada, sudores, fiebre y accidentes nerviosos paroxísticos.*

*b)* **Invasión rápida.** — Se manifiesta durante la tarde ó hacia la noche, por un malestar vago, pero que se hace rápidamente tan intenso, que obliga al reposo; las piernas flaquean, pequeños escalofríos de corta duración y una ligera transpiración se suceden rápidamente; el enfermo, cada vez peor, se acuesta, y durante la noche aparece el primer acceso de sudor.

*c)* **La invasión brusca** se manifiesta, sobre todo, al principio de las epidemias; después de pasar un día sin haber experimentado ningún malestar sério, el enfermo se despierta de repente durante la primera mitad de la noche preso de un sufrimiento extraño, de una ansiedad y de una agitación intensa, de escalofríos repetidos y de una transpiración muy abundante; le duele la cabeza, pero lo que aumenta su inquietud y su agitación es una sensación de ahogo, de constricción epigástrica á la cual se unen violentas palpitaciones. Al mismo tiempo aumentan los sudores que corren profusamente; este síndrome dura una hora ó más, después el malestar se atenúa poco á poco y vuelve la calma, al propio tiempo que la transpiración disminuye.

Tal es el primer acceso; su violencia rara vez iguala á la de los accesos que sobrevendrán en las noches siguientes. En efecto, una de las características de esta enfermedad, es la calma relativa durante el día y la agitación violenta, los accidentes temibles por la noche.

Hay, pues, en la fiebre miliar, durante este período, elementos permanentes y síntomas episódicos. Estos últimos constituyen el *paroxismo ó acceso nocturno*, con sus principales elementos: sudores y trastornos nerviosos.

**Paroxismo nocturno.** — Volvamos á su descripción. Los sudores son permanentes, pero menos profusos durante el día, y menos abundantes también al principio; á menudo están en relación con la intensidad de los trastornos nerviosos, pero no guardan relación con la intensidad de la erupción: durante el paroxismo nocturno corren en tal abundancia, que pueden impregnar y atravesar los colchones y esparcir la humedad alrededor del enfermo; cuando se levantan las cubiertas, se eleva un denso vaho, cuya abundancia, favorecida por la manera cómo se cubren los enfermos, por temor á un enfriamiento, ofrece todos los grados: esparcen un olor soso, que en el interior de las habitaciones sucias de ciertos campesinos adquiere una fetidez extremada, que se ha comparado á la de la paja podrida (Rayer, Guéneau de Mussy), á la de los cadáveres en putrefacción, pero que no tiene nada de específico (Foucart, Grisolles, Parmentier), y que desaparece si se tiene mucha limpieza. El sudor apenas es ácido (Guéneau de Mussy). La aparición del sudor, es precedida con frecuencia por escalofríos: cuando el sudor disminuye, deja una sensación de bienestar.

El acceso de *opresión* acompaña ó precede al de transpiración; su brusquedad y su intensidad son tales á veces, que el enfermo cree morirse: la opresión parece debida á una sensación constrictiva, como de barra en el epigas-

BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA BIBLIOTECA  
FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L. FAC. DE MED. U. A. N. L.