

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 dias. Algunas veces se observan accesos de *terciana doble*, en cuyo caso hay un acceso todos los dias, pero el tercero se parece al primero, el cuarto al segundo y así sucesivamente.

En el *tipo cuartanario* el acceso sobreviene cada tres dias (2), de suerte que entre los dos accesos hay dos dias de apirexia. Se han citado algunos ejemplos de *cuartana doble*, en los cuales el primero y el segundo dia hay un acceso, despues al tercer dia 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 dias dos accesos); las *cuartanas triplicadas* (dos accesos cada tres dias); la *cuartana triple* (un acceso todos los dias, dos débiles y uno fuerte). La fiebre *quintana, septana, octana* (un acceso el quinto, el sétimo ó el octavo dia).

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 todavia 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 tambien el sudor; pero es muy raro que no haya un poco de mador.

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 dia 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 hidropesías; 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 *caquécticos*, 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 volúmen 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 *hidropesias* son bastante frecuentes; en algunas ocasiones solo se observa una simple hinchazon en los maleolos; pero otras la hidropesia se hace general, y hay anasarca y á veces ascitis. Estas hidropesias 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 apoplegia.

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 excesos, 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*. 1843.

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 febrífugo 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 febrífugo 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 si 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 hidropesias 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 tercer 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.

Según la observación general, las fiebres vernaes son menos peligrosas que las autumnales. En igualdad de circunstancias la enfermedad es más grave en los sujetos debilitados. Por último, la caquexia 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 podía sostenerse sino cuando no se había encontrado el remedio específico. Los autores que más se han ocupado de este punto de terapéutica, Torti, Strack, Lind, etc., han demostrado que una fiebre intermitente benigna en apariencia, podía hacerse perniciosa al quinto ó al sexto acceso.

Pero como se ha manifestado anteriormente, se ha dicho que la quinina no obraba bien, sino se había combatido antes el elemento inflamatorio, saburral ó bilioso, y por esta razón se aconseja una preparación que consiste, según 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 más fácil la absorción de la sal de quinina. Dado el purgante solo, tiene menos inconvenientes que el vomitivo, pero también 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 quinina 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). Según 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 fríos*, alabados en estos últimos años por el doctor Fleury (3).

*Baños de chorro fríos.*—Según este médico, los *baños de chorro fríos* serían 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 quinina.*—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.<sup>a</sup> série, 1848, t. XVI, p. 289).

ó 1 gramo (de 8, 12, 16 y 20 granos). Esta última dosis puede darse los dos ó tres primeros dias á lo menos en un adulto fuerte y vigoroso. En otras condiciones de edad y fuerza, se empieza por menores dosis.

Desde el cuarto ó quinto dia, cuando se ha cortado bien la fiebre, se puede disminuir sucesivamente la dosis del sulfato de quinina, pero teniendo cuidado de continuar la administracion del medicamento durante doce ó quince dias, á fin de evitar las recidivas.

Algunos médicos, entre los cuales se debe contar á Sydenhan, han aconsejado despues de cortada la fiebre, dar la dosis primitiva del febrífugo, y lo que este médico decia de la quina, se aplica naturalmente al sulfato de quinina, á intervalos mas ó menos distantes, escogiendo el dia en el que hubiese habido apirexia si hubiese continuado la fiebre.

No se tiene ideas muy exactas acerca de la eficacia relativa de estos diferentes modos de administrar el sulfato de quinina. Lo que es preciso sobre todo saber es que una fiebre cortada, tiene gran tendencia á reproducirse si se suspende demasiado pronto el febrífugo.

Es, pues, conveniente continuar por cierto tiempo con el medicamento, porque no basta curar la fiebre, sino tambien la predisposicion. Dupré (de Montpellier) administra la quinina el octavo dia, y despues de la última dosis aun lo hace tomar dos ó tres veces mas, cualquiera que sea el tipo de la fiebre. Trousseau (1), sigue casi el mismo método, y da un gramo de sulfato de quinina en una ó dos dosis, en un intervalo de una ó dos horas. El enfermo descansa un dia, y á la mañana siguiente se le hace tomar la misma dosis; despues deja pasar tres dias sin tomar el medicamento; cuatro, cinco, seis, siete y por último ocho, y durante un mes ó dos todavia, cada ocho dias vuelve á la misma medicacion, sin *disminuir jamás la dosis*. El medicamento debe darse siempre en el momento de comer. Haspel no suspende el febrífugo, sino doce ó quince dias despues de la desaparicion de los accesos en las fiebres primaverales, pero administrado á intervalos mas ó menos largos. En las fiebres tercianas y cuartanas insiste en el tratamiento por un mes.

Recientemente el doctor Pfeufer (1) ha citado treinta y cuatro casos, en los que se ha logrado cortar la fiebre *dando una sola dosis de 50 centigramos (10 granos) de quinina de una vez poco tiempo antes del acceso*. En las dos terceras partes de casos, ha habido despues de la administracion del medicamento, un segundo acceso menos fuerte que los precedentes; pero luego no ha vuelto á aparecer la fiebre. Si este método fuese realmente tan eficaz como dice este autor, seria una gran ventaja, sobre todo en el campo, á donde el alto pre-

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.<sup>a</sup> édition, 1865, t. III, p. 444.  
(2) *Neue medicinische Zeitung*.

cio de la quinina impide dar dosis suficientes; pero es necesario todavia que haya hechos antes de decidir.

Una regla que tiene en su favor la sancion de una larga esperiencia, es la de empezar á administrar el sulfato de quinina desde que empieza la apirexia, es decir, en la época mas distante del momento en que se debe verificar el acceso, y hacer de suerte que toda la dosis sea tomada algunas horas antes de este momento. En efecto, es sabido que esta sal necesita algun tiempo para obrar, y es tan cierto que no es raro ver que repite el acceso una ó dos veces, mas ó menos retardado y mas ó menos debilitado despues de la administracion de este medicamento.

Los médicos que consideran á la fiebre como dependiente del infarto del bazo, aconsejan que se continúe la administracion del sulfato de quinina á alta dosis, durante todo el tiempo que su volúmen pase de los límites naturales, y si este infarto es antiguo y se disipa con dificultad, dan la sal á grandes dosis. En efecto, es sabido que Bally administraba hasta 36 ó 54 granos (2 y 3 gramos) de sulfato de quinina y mas. Los ensayos que he intentado me han convencido de la inutilidad de estas grandes dosis de sulfato de quinina. Cuando la fiebre está bien cortada, el bazo disminuye de dia en dia y recobra su estado normal, aun cuando se bajase la dosis á 60 y 50 centigramos (12 y 10 granos).

Nonat ha citado hechos que tienden á demostrar que algunas aplicaciones de *sanguijuelas* ó de *ventosas escarificadas* en la region esplénica, aceleran el restablecimiento del estado normal del bazo, aunque se reduzca el sulfato de quinina á dosis muy pequeñas como 20 ó 30 centigramos (4 ó 6 granos.)

En la Memoria que he citado mas arriba, he dicho que el bazo que quedaba estacionario por dos ó tres dias despues de la cesacion de la fiebre, aun cuando se continuase la administracion del medicamento á dosis bastante alta, disminuia con rapidez bajo la influencia de las sanguijuelas; pero despues he visto que habia procedido con demasiada ligereza, y en otros casos habiendo esperado uno ó dos dias mas, he observado que disminuia con rapidez el órgano hinchado aunque yo no hubiese hecho aplicar sanguijuelas, y despues de haber reducido el sulfato de quinina á 50 centigramos (10 granos).

Si hubiéramos de creer á Piorry (1), la accion del sulfato de quinina es tan pronta que un gramo (18 granos) de esta sustancia administrado en una pocion suficientemente acidulada para trasformar la sal en bisulfato, basta para hacer que el bazo disminuya una cantidad notable al cabo de cuarenta ó cincuenta segundos. Los experimentos que he hecho (2) me han demostrado que esta asercion es errónea; pues constantemente he visto que estando cortada completa-

(1) *Traité de méd., prat.*, t. VI, SPLENOPLATHIES.

(2) Véase *Mémoire cité (Union médicale, 1847.)*

mente la fiebre, el bazo conservaba su volúmen por tres ó cuatro dias, aunque la dosis del sulfato de quinina fuese de 1 á 2 gramos (de 18 granos á  $1\frac{1}{2}$  dracma), tomados de una vez el primer dia y por dosis refractas los siguientes. Gouraud (1) ha explicado la ilusion de Piorry por un desarrollo considerable de gases en el estómago, cuyo gran fondo oculta por su sonoridad el sonido á macizo del bazo. En los casos que habia citado cuando publiqué mi Memoria, no habia observado este efecto; pero últimamente, en un sugeto afectado de una terciana con un desarrollo considerable del bazo, le he visto producirse del modo mas evidente. Al medio minuto pareció disminuir el sonido á macizo del bazo, pero solo por su límite interno; despues esta disminucion aparente hizo tales progresos que la mitad interna de la estension en que se percibia el sonido á macizo, habia desaparecido para dar lugar á aun sonido muy claro, al paso que persistia la mitad esterna. Y aquí no podia haber equivocacion en la causa, porque el sonido á macizo habia conservado su estension segun el diámetro longitudinal, mientras habia disminuido una mitad segun el diámetro trasversal; por otra parte se sabe que cuando se trata de la disminucion del mismo órgano, esta disminucion es concéntrica. Además, habiendo sido examinado el enfermo dos horas despues, el volúmen anormal del bazo daba lugar al sonido á macizo primitivo, porque habia cesado la distension del estómago. Finalmente, para que nada faltase al experimento, se hizo la misma prueba al dia siguiente con un vaso de tisana fria, y sucedió absolutamente lo mismo que con el sulfato de quinina.

En los niños es difícil la administracion de este medicamento, cualesquiera que sean las precauciones que se tomen. Se le puede prescribir *con café*, pero la infusion de esta sustancia es muy escitante en esta edad.

Sin embargo, administrándole como recomienda Ebrard, no hay inconveniente. Este médico deslie de 10 á 15 centigramos (de 2 á 3 granos) de sulfato de quinina en algunos granos de café tostado, despues añade 30 gramos (una onza) de una infusion cualquiera, endulza esta mezcla y aun añade un poco de leche. Los niños toman esta bebida sin repugnancia.

El doctor Petzold (2) da á los niños muy pequeños la mezcla siguiente:

R. Miel.....	45 gram.
Sulfato de quinina.....	75 centigram.
Mistura de ácido sulfúrico.....	4 gram.

Mézclese. Se da una cucharada cada hora ó cada dos horas.

Hay un medio mas sencillo que consiste en hacer *pequeñas pillo-*

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*

(2) *De la fièvre intermittente chez les enfants nouveau-nés (Journal für Kinderkrankheiten, Diciembre de 1845).*

*doras de quinina en bruto*, que se les dan en una mezcla, en una ciuuela, en sopa, etc. Como la quinina en bruto tiene menos accion que la sal, es preciso dar una dosis un poco mayor, 20 á 25 centigramos (12 á 16 granos) para un niño de tres ó cuatro años, elevando en seguida la dosis segun la edad.

Antes del descubrimiento del sulfato de quinina se obtenian los resultados con la quina. Pero como pudiera suceder que el médico no tuviera á su disposicion mas que esta sustancia, se la puede dar en forma de extracto á la dosis de 6, 8, 12 y 16 gramos ( $1\frac{1}{2}$ , 2 y 4 dracmas), en bolos, hostias ó en bebida. La quina en polvo debe prescribirse á mayores dosis, desde 8 á 20 gramos y aun mas por dia, y en dos ó tres veces. Este medio es menos costoso; y se la puede tomar, ya en opiada, ya en pan sin fermentar, en una taza de café ó con arroz, ó en una infusion aromática.

El sulfato de quinina es una sal irritante, por lo que cuando el estómago está inflamado ó es muy susceptible, hay inconvenientes en administrarla por la boca, en cuyo caso se la puede dar en *lavativas*, cuidando de añadir de 10 á 12 gotas de *ludano* para que pueda retenerse el líquido. Cuando se prescribe en lavativa, es menester hacerla soluble por la adiccion de dos ó tres gotas de ácido sulfúrico ó alcoholizado de agua de Rabel; lo que es una condicion indispensable. Esta lavativa debe ir precedida siempre de otra media simple, cuyo efecto es limpiar el intestino y facilitar la absorcion de la quinina.

*Sulfato de cinchonina*.—Bouchardat, Delondre y Girault aseguran que esta sal puede equipararse con el sulfato de quinina; sin embargo, Moutard-Martin (1) la ha encontrado menos activa que esta última sal y mas tóxica, pero tiene la ventaja de no ocasionar ni trastornos, ni zumbidos de oidos. La dosis y el modo de administracion, son las mismas que para el sulfato de quinina.

Si la irritacion del estómago es poco considerable se puede administrar tambien el medicamento por la boca, pero asociándole al *ópio*, ó bien se puede recurrir á la quina que es menos irritante que el sulfato de quinina.

Pero puede suceder tambien que el intestino esté inflamado, en cuyo caso se ha recurrido al *método endérmico*. Es cierto que aplicando el sulfato de quinina á la piel desnuda, se puede cortar la fiebre; pero esta sal tiene el inconveniente de causar vivos dolores, y lo que es mucho peor, el de producir escaras.

Las *fricciones con una pomada cargada de sulfato de quinina* son un medio muy infiel. Sin embargo, nos vemos con frecuencia obligados á recurrir á ellas en los niños, y esto es lo que ha hecho en particular Ebrard, cuyas interesantes investigaciones he citado muchas veces, y yo mismo he obtenido de ellas muy buenos efectos. Se mezcla el sulfato de quinina con la manteca en la proporcion de 1, 2

(1) Moutard-Martin, *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1860, t. XXIV, p. 447.