

El error inverso, que consiste en tomar por una simple fiebre gástrica ó catarral una fiebre tifoidea abortiva ó *febrícula* tifoidea, es aun mas frecuente y difícil de evitar. En efecto, Griesinger con el nombre de *típus levissimus*, Lebert con el de *típus abortivo*, han descrito una variedad de fiebre tifoidea muy comun en ciertas epidemias, y de diez á doce dias solamente de duracion. En esta variedad, las placas de Peyero no llegan á la ulceracion, y de aquí la corta duracion de la enfermedad, pero que presenta el modo de invasion y de defervescencia térmica, meteorismo, diarrea, erupcion y demás síntomas tifoideos. La fiebre efémera, por el contrario, comienza por una invasion repentina, sigue un curso rápido y termina con frecuencia con la aparicion de un herpes, que falta constantemente en la fiebre tifoidea. La convalecencia es lenta en esta última pirexia, es casi nula en la fiebre gástrica y en la efémera. En fin, la temperatura suministra caractéres diferenciales preciosos (1).

Fiebre tifoidea.— Cuando creemos encontrarnos ante esta grande enfermedad, la enfermedad grave por excelencia, la enfermedad endémica y popular, que es en las comarcas templadas lo que las enfermedades pestilenciales para los países cálidos, es necesario colocar las primeras miras del diagnóstico desde los últimos términos. Creemos no deber entrar desde luego en la cuestion de detalles.

La idea de una fiebre tifoidea no puede nacer sino en los climas templados, en la region media de Europa: bajo las latitudes cálidas de esta parte del mundo parece ceder el puesto á las *fiebres palustres*, *perniciosas* y al *típus*; bajo las zonas frias, se encuentra reemplazada por el *typhus fever* (Inglaterra, Irlanda) y el *típus abdominal* (Alemania, Suecia y Rusia).

Por otra parte, debe considerarse que se presenta en dos condiciones diferentes de génesis, en el estado endémico y bajo la forma epidémica. Endémicamente se la ve permanecer en las grandes poblaciones y localidades, cuyos habitantes son numerosos y están aglomerados. Suele encrudescerse por intervalos en las ciudades en que reina habitualmente, constituyendo su forma epidémica; se ve entonces elevarse rápidamente la cifra de mortalidad, y la mayor parte de las demás enfermedades desaparecer, ó al menos perderse y ahogarse en la creciente ola de la enfermedad predominante. Entonces es cuando casi exclusivamente se extiende esta fiebre por los campos, donde no habia aparecido en mucho tiempo, recorriéndolos

(1) Véase A. Laveran, *De la fièvre typhoïde abortive, ou febricule typhoïde* (Arch. gén. de médecine. Paris, 1870).

y diezmandolos. Este dato es de alta importancia, pues si puede suponerse una fiebre tifoidea en las poblaciones numerosas, no lo es tan fácil en el campo y en las aldeas, en las cuales, en presencia de un caso de febricitacion continua, no debe fijarse la atencion en una dotinentería, á no ser que la enfermedad se presentara epidémicamente en la localidad; suponiendo, al menos, que no se asistiese precisamente á la primera aparicion del azote.

Adelantémonos á contestar á una objecion que se nos pudiera hacer, lo cual nos dará tambien ocasion de señalar un nuevo elemento de diagnóstico. Si se espera al incontestable establecimiento de una epidemia para poder juzgar un hecho aislado, hay la exposicion de desconocer los primeros casos, los pertenecientes al periodo de invasion de la epidemia, dejando que el mal se extienda y haga estragos antes de haberse atrevido á darle un nombre. Pero en lo relativo á la fiebre tifoidea, no es posible semejante inadvertencia.

Es necesario no olvidarse, en efecto, que la fiebre tifoidea se encrucece bajo la forma de *epidemias estacionales* ó *anuales*. Es uno de los periodos en que el *genio morbo* de una comarca sostiene la fiebre tifoidea, y la hace sentir durante temporadas variables en los campos y pequeñas poblaciones, durando hasta que un dia, sin que se pueda encontrar la razon, desaparece la enfermedad de un modo absoluto. Así, no es, pues, probable que la imaginacion del observador, atenta siempre sobre la constitucion epidémica subsistente, pueda desconocer en un caso particular el carácter de la enfermedad que domina. Es mas fácil creer que vea fiebre tifoidea, aun cuando no exista, que no que deje escapar un solo caso.

En cuanto á las fiebres estacionales, la dificultad no es mucho mayor. Toda inteligencia verdaderamente médica interroga los periodos de las estaciones, y adelanta con la idea la produccion y la renovacion de las enfermedades. En el otoño espera los reumatismos y las afecciones catarrales; en el invierno, las afecciones parenquimatosas, tales como la neumonía; en la primavera preve la aparicion próxima de las afecciones verminosas, de las fiebres erráticas, de la fiebre tifoidea. En su consecuencia, el primer caso no produce sorpresa, puesto que estaba previsto.

Si de estos hechos generales descendemos á los casos individuales y concretos, veremos que el diagnóstico de la fiebre tifoidea presenta las condiciones mas opuestas de facilidad y dificultad.

Es casi imposible no aplicar este nombre á una enfermedad que se presenta bajo los caractéres siguientes: prodromos muy largos; despues de quince dias ó de un mes, debilidad y pérdida de fuerzas, adelgazamiento, inapetencia; despues cefalalgia, epistaxis,

fiebre intensa, diarrea, timpanizacion del vientre, dolor, tension, gorgoteo en la fosa iliaca derecha, delirio ligero por la noche, estupor pasajero, indiferencia de las cosas exteriores. La probabilidad del diagnóstico es mayor todavía si el enfermo tiene de diez y ocho á veinte años y es recién llegado á una gran poblacion.

En el primer período, puede confundirse la enfermedad con una fiebre eruptiva ó una sínoca. Las primeras se eliminan fácilmente por la ausencia de fenómenos prodrómicos especiales y por la duracion, que no puede prolongarse mas allá de cuatro dias. En la sínoca hemos dicho ya que no existia la continuidad y tension febril que hemos señalado en la tifoidea. Pero si la enfermedad se prolonga y pasa de un septenario, se separa completamente la sínoca, y se presentan nuevas dificultades de diagnóstico.

La *meningitis* y la *tísis aguda* entran en línea desde este momento, no siendo muy fácil el separarlas.

La *meningitis granulosa* se produce en una época en que la fiebre tifoidea se observa rara vez; se presenta con mas frecuencia de seis á doce años. Mas tarde solo la padecen los tuberculosos. La cefalalgia es violenta y los vómitos casi constantes. El vientre está indolente, blando, y no se produce gorgoteo. La diarrea es excepcional. El pulso presenta irregularidades que no existen en la fiebre tifoidea. No hay epistaxis, ni manchas rosadas. En fin, otro signo muy importante es el estado normal del bazo, cuyas dimensiones no aumentan.

En cuanto á la *tísis aguda*, el diagnóstico es en muchos casos casi imposible de establecer, al menos en los primeros dias, lo que disimula los numerosos errores de diagnóstico cometidos por los prácticos mas eminentes. No es cierto que en los primeros momentos de la enfermedad exista rubicundez en el torax y signos de asfixia. Estos síntomas sobrevienen en una época mucho mas avanzada de la enfermedad. La ausencia de los fenómenos propios de la fiebre tifoidea esclarece al práctico en este momento. En suma, si en un enfermo que presenta el hábito exterior de un tifoideo, no se descubren por la exploracion los signos patognomónicos de la enfermedad; si los fenómenos abdominales se disipan, y predominan por el contrario los torácicos: disnea, estertores, expectoracion pituitosa; si el bazo no es voluminoso; si la lengua permanece algo húmeda á pesar de la fiebre intensa y continua, podrá *suponerse* la existencia de una *tísis aguda* en un sujeto predispuesto. Téngase entendido que solo hablamos del período de principio. La evolucion ulterior de la enfermedad permitirá al práctico hacer un diagnóstico mas preciso. Esta distincion es uno de los casos mas difíciles del diagnóstico médico.

Además de estos puntos capitales del diagnóstico, hay una porcion de cuestiones de detalle, que el médico debe apreciar con gran delicadeza, bajo pena de no saber qué tratamiento instituir.

Queremos hablar de las *formas* de la enfermedad tifoidea. No podemos hacer mas que señalar los nombres y fenómenos característicos principales.

El estado de reaccion inflamatorio franco y el ventajoso efecto de los antiflogísticos caracterizan la *forma inflamatoria ó angiotécnica*. Los fenómenos biliosos ó mucosos y la remitencia febril señalan las formas *biliosa* y *mucosa*. La fiebre tifoidea *adinámica* se reconoce por la excésiva postracion de fuerzas, las evacuaciones involuntarias y fétidas, por las hemorragias pasivas y por las escaras. Por último, se llama *atáxica* á la fiebre cuando existe una gran movilidad nerviosa, delirio violento, calambres, fenómenos convulsivos y un gran desacuerdo en las manifestaciones morbosas de los diferentes aparatos. Lo repetimos, la terapéutica está interesada en el diagnóstico de las formas, puesto que de él se derivan las indicaciones fundamentales.

Pero no es esto todo; es necesario saber conocer la fiebre tifoidea bajo las apariencias anormales que puede revestir, y quitarla el disfraz.

Se ve á los enfermos febricitar durante algunos septenarios, sin hacer cama, siendo luego atacados por los terribles accidentes de una *peritonitis sobreaguda*, lo cual constituye una fiebre tifoidea *latente*, que se termina por la perforacion del intestino.

Ciertas epidemias, particularmente en los niños, presentan como síntoma anormal un *estreñimiento pertinaz*.

Otros presentan como fenómeno inicial en casi todos los casos, una *fiebre remitente*, perfectamente bien caracterizada, pero contra la cual no alcanza nada el sulfato de quinina.

Nos basta haber señalado estos hechos; son suficientes para poner en guardia al observador contra las sorpresas; le inspirarán prudencia y reserva en el diagnóstico de los casos que se separen de lo que se ve generalmente en la clínica.

Tifus, tifus petequial.— Aunque esta sea propiamente una enfermedad exótica, como hay repetidos casos de ella, siendo importada á nosotros, y como constituye la pirexia por excelencia de una notable porcion de Europa, creemos útil presentar su sintomatología. Esta pirexia dominó en el siglo xvi á xviii, y durante la guerra del imperio; despues desapareció de Francia, hasta la época de la guerra

de Crimea, en que fué importada hasta Val-de-Grace por nuestros soldados. Parece atacar ciertas razas (Chauffard), sobre todo la irlandesa (*tifus fever*, tan bien estudiado por Graves), y las poblaciones eslavas del Báltico, de Polonia y de la alta Silesia. De estos focos la enfermedad se extendió á Hungría, Alemania, en las provincias danubianas y al Norte de Italia.

Por lo demás, puede formar pequeños focos circunscritos bajo la influencia de la acumulacion, de la miseria, de las fatigas excesivas (tifo de las prisiones, de los campamentos, del hambre, *Hunger typhus*). Durante el hambre horrible que reinó en Argelia en 1868, nuestros médicos militares tuvieron una nueva ocasion de estudiar el tífus, que diezmo la poblacion árabe de nuestra colonia. Citarémos la reciente memoria de M. Maurin, que es una buena adición á la historia del tífus (1).

Esta pirexia es indudablemente contagiosa, y en mayor grado que la fiebre tifoidea; la primera invasion produce por lo general la inmunidad.

El grupo de fenómenos recuerda el de la fiebre tifoidea, excepto la intensidad de la fiebre, el estupor y la adinamia, que son, por lo general, mas considerables; el delirio es precoz; del tercero al sexto día aparece una erupcion de roséola, que no tarda en convertirse en verdaderas *petequias*. La duracion de la enfermedad es menos grande que la de la fiebre tifoidea, lo que depende sobre todo de la integridad de las placas de Peyero y de los gánglios mesentéricos. La mortalidad es variable, segun las epidemias (varía de 60 á 6 por 100); es, por término medio, de 15 á 20 por 100. Es, pues, una afeccion mas grave que la dotinenteria.

Hay además otra especie de tífus, bien estudiado por Griesinger (2), con el nombre de *fiebre recurrente*, y que los patólogos ingleses llaman *relapsing fever*. Se ha observado en Irlanda, San Petersburgo, en Königsberg y recientemente en Leipzig (1869) por Wunderlich. El tífus bilioso de Egipto no es otra cosa, segun Griesinger, que una fiebre recurrente de forma icteróide.

Esta enfermedad sigue una marcha especial; está caracterizada por dos, rara vez tres accesos febriles, separados por apirexias francas durante cuatro, siete y aun diez días. La invasion de la enfermedad es brusca, la fiebre enorme; pero, cosa notable, el delirio es raro. Quizá el elemento palúdico juegue algun papel en la produccion y desarrollo de esta pirexia.

(1) A. Maurin, *Le typhus exanthématique des Arabes* (epidemia de 1868. Paris, 1872).

(2) Griesinger, *Traité des maladies infectieuses*, trad. por Lemátre. Paris, 1868.

Griesinger, en su notable tratado, que hemos tenido ocasion de citar tantas veces, reúne el estudio del tífus petequial, el de la fiebre tifoidea, el tífus recurrente, y aun el de una enfermedad felizmente extinguida hoy, pero que tiene un papel importante en la historia de las enfermedades epidémicas; hablamos del tífus petequial ó de la peste de Oriente. Forma un grupo especial, el de las enfermedades *tíficas* ó *tifóides*, modo de agrupacion ingenioso, y que justifica á la vez la etiología, la sintomatología y la anatomía patológica. Bajo el punto de vista de la etiología, estas enfermedades son todas contagiosas, aunque en diversos grados; sin embargo, todas pueden producirse espontáneamente bajo la influencia de ciertas causas especiales, siendo las mas principales el hacinamiento y el hambre. Las lesiones anatómicas en todos obran, especialmente sobre la sangre y los órganos hematopoiéticos ó linfóides (bazo, folículos intestinales y gánglios). En fin, la sintomatología consiste esencialmente en un estado febril, con debilidad, adinamia, delirio, y el estupor particular y el aspecto tifoideo que caracteriza el grupo.

Agrupando estas pirexias, y demostrando las múltiples analogías que presenta, ha hecho Griesinger mas fácil su estudio é interpretacion; así hemos creído deber presentar aquí esta feliz generalizacion, que ilumina esta parte, hasta ahora tan confusa, de la historia de las fiebres (1).

B.—FIEBRES ERUPTIVAS.

Nada se parece á las fiebres continuas como las fiebres eruptivas: si se cubriese la erupcion, se podría confundir la viruela con la fiebre tifoidea; el sarampion con la efémera ó la sínoca, etc. La viruela ofrece solamente, en su evolucion, el cuadro de una fiebre que se suspende tres ó cuatro días, para volver á presentarse con nueva violencia (fiebre secundaria); pero, por otra parte, el delirio, la postracion, las congestiones viscerales establecen, una similitud casi perfecta con la fiebre tifoidea. Pero descubriendo el tegumento, todas las analogías se desvanecen á la vista de la erupcion. Siendo así, se conciben todas las dificultades del diagnóstico antes de la erupcion; en efecto, en el periodo prodrómico dominan principalmente los fenómenos de la fiebre, en los que deben reconocerse los accidentes diferenciales propios á cada especie; siendo, por lo tanto, estos accidentes subordinados sobre los que debemos llamar la atencion.

(1) Griesinger, *loc. cit.*—Bernheim, *Des fièvres typhiques en général*. Tesis de Strasbourg, 1868.

Viruela.—Las viruelas regulares van precedidas de algunos síntomas bastante característicos para que pueda prevérseles comunemente. Si no podemos enseñar nada nuevo á nuestros lectores indicándoles, como todos los autores, las epistaxis, los vómitos biliosos, el dolor lumbar (*raquialgia*); esperamos, sin embargo, serles útiles recomendándoles con instancia no descuidar nunca semejantes indicios. Si despues de haber explorado minuciosamente á un febricitante no encontramos ninguna alteracion orgánica; si presenta un vivo dolor de cabeza y epistaxis, pero sin gorgoteo en la fosa iliaca, sin timpanizacion del vientre y sin bronquitis, ¿podremos pensar con razon en una fiebre tifoidea? Si el enfermo vomita, no presentando sino incompletamente los síntomas de un embarazo gástrico, no puede creerse la existencia de esta afeccion; además de que nunca va acompañada de notable fiebre. Por último, el dolor lumbar, aunque ligero, no puede confundirse con otro síntoma, siendo además muy fijo y localizado. Procediendo con este análisis en los síntomas presentados, nos acercamos progresivamente á la verdad. Es cierto que cada uno de estos indicios es poco significativo, pero su asociacion les da valor, y convergiendo á un mismo punto, demuestran que no existe una lesion localizada, sino una fiebre. Si el enfermo presenta por casualidad algunos vestigios de otra enfermedad anterior, una vez conocidos se les separará del grupo de los recientes y que constituyen la actual entidad morbosa.

Si se observa una erupcion punteada ó de un rojo uniforme en la cavidad de la boca, hecho menos comun que lo que se cree, se adicionará á los síntomas precedentes, como complementario.

Existen, á pesar de todo, respecto á la viruela, dificultades que no podemos negar, y quisiéramos que se juzgase, menos severamente de lo que se acostumbra, la reserva en que se coloca el médico ante los casos áridos de diagnosticar. Es incontestable que en presencia de ciertas afecciones febriles toda apreciacion formal y decisiva es imposible, no teniendo preventivamente ningun indicio para asegurar que se va á desarrollar una erupcion. No debe detenerse, sin embargo, el práctico en esta sola consideracion; y si bien no puede afirmar que el mal que observa sea una viruela, debe asegurar, sin embargo, que no es una fiebre tifoidea, ni una neumonía, porque hay en el estado del febricitante algo que repugna estas hipótesis. Plantear como regla de conducta la atencion y la expectativa, inspirar la duda, es lo suficiente, siendo necesario no olvidar que el estudio clínico de las fiebres es el terreno mas movedido y variable.

Sydenham y Trousseau han planteado la siguiente ley: si la erup-

cion no aparece sino al cuarto ó quinto dia despues de la invasion, será discreta; pero si comienza al fin del segundo ó principio del tercero, será confluyente. Por principio de la enfermedad conviene comprender, no ese malestar vago y mal definido que se observa en los primeros momentos de todas las pirexias, sino el instante del escalofrio inicial en que el enfermo se siente seriamente afectado, y desde el cual se ve precisado á guardar cama (Desnos); á partir de este momento debe comenzarse á contar. Sin embargo, segun Jaccoud y Petersen (de Copenhague), la ley de Sydenham no se produce en todos los casos, y se observan erupciones discretas que aparecen en el segundo ó tercer dia, y otras confluentes que comienzan, por el contrario, del tercero al cuarto dia. A pesar de esto, toda erupcion que pasa del cuarto dia será constantemente discreta, nunca confluyente.

Además de la brevedad de sus prodromos, la misma erupcion, *viruela confluyente*, tiene su principio generalmente característico. Consiste en una rubicundez erisipelatosa, en apariencia uniforme, pero que un exámen mas atento hace percibir un sembrado de pequeños puntos rojos en contacto unos con otros. Mas tarde, cuando estos puntos se hacen vesiculosos, la epidermis se desprende bajo la forma de ampollas que no dejan entre sí intervalos de piel sana; la cara aparece entonces, segun expresion de Morton, cubierta de una careta de papel gris, de pergamino mojado (!).

Hay una forma de viruela discreta que importa no confundir con la confluyente; la erupcion está formada por grupos de botones en forma de racimo ó *corimbo*. Se la reconoce en que estos grupos están separados por intervalos de piel sana. En fin, veremos mas adelante que en la erupcion, una vez completa, la marcha termométrica ayudará tambien á distinguir la viruela discreta de la confluyente.

Pero estos casos son muy fáciles. Algunas veces, del segundo al cuarto dia el delirio se desenvuelve, experimentando el enfermo una opresion y ansiedad alarmantes. Entonces la cara y la piel se cubren de manchas sombrías, rojas ó lívidas, fugaces, que retroceden y tienden á desvanecer la esperanza de una erupcion prevista. ¿Qué debemos pensar entonces? Claro está que se trata de un *esfuerzo eruptivo*, y si se tiene valor para abrir una vena, se verá que pocas horas despues aparece una erupcion confluyente, y el enfermo sale de aquel estado de opresion que amenazaba hacerle sucumbir.

(!) Véase Desnos, *Considération sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de quelques formes de variole*. (Soc. méd. des hopitaux, 1870).

Otras veces la erupcion se compone de pápulas blanquecinas, largas y extendidas, como las de la urticaria. No puede dudarse, sin embargo, que se trata de una viruela, aunque insólita, puesto que ninguna enfermedad presenta estos caractéres.

Una vez desarrollada la erupcion, el interés del diagnóstico desaparece respecto á la cuestion de viruela; correspondiendo á la clínica la distincion de la viruela confluyente y la *benigna*, la diferencia de las erupciones *papulosas*, *silicuosas*, *cristalinas*, y por último, la de la *variolóide* y de la *varicela*. Recomendamos, para todas estas cuestiones, los tratados de patología y las monografías especiales.

Sarampion.—En los niños, desde la edad de un año, hasta los doce ó catorce, se debe pensar siempre en el sarampion, aun en el caso en que el enfermo le haya padecido una ó dos veces. Las epidemias suelen comenzar en Paris en el mes de febrero, y se repiten muchas veces en el año.

En los casos regulares el enfermo comienza por afectarse de una laringo-bronquitis, con *tos ferina*; los ojos se inyectan y se ponen brillantes y lagrimosos, con estornudos y una fiebre mas ó menos graduada. Una diarrea mucosa suele completar el cuadro de la *fiebre catarral* que constituye el fondo del sarampion. Si se presume esta enfermedad, se podrá, reconociendo la boca, encontrar placas rojizas ó un punteado de un rojo difuso, verdadero *exantema*.

Algunas veces son los prodromos mucho mas bruscos; el niño se manifiesta incómodo y febricitante, sin otro signo bien característico; pasa la noche agitado, y por la mañana la erupcion morbillosa, que no se sospechaba, nos sorprende en su manifestacion.

La erupcion, de un rojo vivo y claro, se distribuye, bien aislada, bien en pequeñas placas; algunas veces toma el aspecto papuloso; la piel es delgada y suave. La erupcion se manifiesta primero en el tronco, extendiéndose despues. La fiebre dura de veinte y cuatro á cuarenta y ocho horas, la tos persiste mucho tiempo, la diarrea termina, el apetito y la alegría reaparecen. La convalecencia casi puede decirse que no existe; pero se ven persistir largo tiempo en el antebrazo, y algunas veces en los muslos jaspeados grises ó azulados, empañados, que no desaparecen á la presion del dedo, especie de *equimosis dérmicos*. Rara vez hay descamacion furfurácea. Consecuencias graves, tendencia á la tuberculizacion.

Escarlatina—No es esta fiebre eruptiva propiedad exclusiva de los niños, puesto que ataca frecuentemente al adulto. Reina en epi-

demias, aunque mas raramente que el sarampion: la gravedad de estas es variable, siendo unas benignas, y mortales otras, acompañando, precediendo ó siguiendo las anginas simples, pultáceas ó diftericas.

La erupcion sigue á los prodromos despues de un intervalo muy corto (24 ó 48 horas y algunas veces menos), teniendo rara vez ocasion de presagiar la naturaleza de la enfermedad durante sus primeros indicios. Debe temérsela cuando un febricitante tiene una violenta incomodidad en la garganta, simple ó con secrecion pultácea, la lengua de un rojo vinoso, como barnizada, sensacion de picor y escozor en la piel, especialmente en los dedos, con hinchazon de las manos y rigidez en las articulaciones. El catedrático M. Trousseau ha insistido, con razon, desde sus primeros tiempos, en la extrema frecuencia del pulso, que asciende desde el principio á 130 y 140, aun en el adulto. La erupcion es fácil de distinguir del sarampion; invade medianamente la cara, pero cubre el tronco, el abdómen y los muslos de anchas placas de un rojo oscuro y uniforme como de frambuesa: el calor es ácre y mordicante, la piel pierde su flexibilidad y se pone dura formando cuerpo con el tejido celular: este estado de induracion, que se pronuncia en los movimientos de flexion, los dificulta, y produce plegaduras gruesas de la piel. La erupcion no tiene la persistencia de la del sarampion; es fugaz y se retira para volver á ocupar de nuevo el lugar que tenia primitivamente. La duracion es variable, termina en algunos casos en cuarenta y ocho horas; pudiendo reproducirse varias veces durante ocho dias; nosotros la hemos visto continuarse bajo la forma de coloracion eritematosa durante tres semanas.

Puede reconocerse la escarlatina por sus consecuencias despues de pasada la erupcion. Su descamacion, verificada por grandes placas, es fácil de distinguir, debiendo señalarse sobre todo los fenómenos siguientes: persistencia del hormigueo en los piés y las manos, algunas veces con abotagamiento y disminucion extrema de la sensibilidad; color violado ó lívido de la piel; calor local, reaparicion de los eritemas seguidos de descamacion foliácea; por último, persistencia de la induracion del tejido celular de los piés y de las manos, en los pliegues de las articulaciones, en la parte interna de los muslos, en las nalgas, en las espaldas, cuyas partes induradas están dolorosas é impiden el decúbito. La fiebre persiste á menudo largo tiempo.—En fin, otros síntomas mas lejanos, como la hematuria, albuminuria, anasarca y las convulsiones vienen todavia á ayudar á fijar el diagnóstico retrospectivo.

Roséola.—Alfombrilla.—Erupciones intermedias.—Todas las fiebres eruptivas no han de estar forzosamente comprendidas en la dualidad del sarampion y la escarlatina; así como no todas las fiebres se asignan á la fiebre sínoca ó á la fiebre tifoidea. Con un aparato febril semejante al eruptivo, se presentan en los niños unas erupciones insignificantes, que se denominan *roséola*, *alfombrilla*, y que los autores alemanes califican de *rotheln*. Sin gravedad y no contagiosas, serian insignificantes estas afecciones si no estuvieran expuestas á confundirse con el sarampion ó la escarlatina: en efecto, la forma de la erupcion y su color son tan variables, que pueden hacer pensar así en una como en otra de estas erupciones; por último, tienen caracteres tan manifiestos, que no pueden confundirse con nada conocido y clasificado.

Erupciones adicionales, variolus rash.—Complicacion de las fiebres eruptivas.—Se ve algunas veces la erupcion *pustulosa* de la viruela acompañada de otra *eritematosa*, clara ó sombría, punteada ó dispuesta en placas; lo que hizo creer á algunos médicos que era una complicacion del sarampion ó de la escarlatina. Esta hipótesis antimédica se destruye ella misma por su base, porque no se ha publicado nunca un caso de *viruela* acompañada de *sarampion*, *escarlatina* y *púrpura*.

Semejantes asociaciones repugnan á la inteligencia, pues no se concibe que una enfermedad pueda servir de base de evolucion á otras simultáneas, ni que muchas enfermedades puedan desarrollarse libremente en una economía en que deben hacer sus manifestaciones, atacando los mismos órganos y con la misma actividad funcional. Nos asociamos de todo corazón á M. Trousseau, que juzga la cuestion en los términos siguientes: «Apenas puedo comprender cómo hombres formales, profesores de hospitales, que ocupan en nuestro arte una posicion eminente, pueden citar é imprimir todos los dias casos en que la viruela ha sido complicada por la *escarlatina*. Error deplorable de la escuela anatómica, que no juzgando la enfermedad sino por sus manifestaciones exteriores, no considera los elementos que la constituyen, y cuya reunion representa la unidad morbosa tal como debe concebirse (1).»

Cuando se ve asociarse á la erupcion variolosa manchas *morbiliformes* ó *escarlatiniformes*, debe creerse que estos eritemas son expresiones del virus varioloso, engendradas por la misma accion congestiva que produce las pústulas, y nada más. Si se nos dice que esta

(1) *Clinique médicale de l'Hotel-Dieu*. 2.ª edicion, t. I, pág. 30, Paris, 1865.

erupcion es antipática á la viruela, que se opone á la pustulacion é impide su confluencia, y que estos caracteres dan á conocer otra índole morbosa, contestarémos que estas razones no tienen valor; es fácil comprender, en efecto, que el esfuerzo variólico se manifiesta por esta eflorescencia congestiva, y que es insuficiente para una pustulacion confluyente.

Pero, por otra parte, si se sigue la evolucion de estas erupciones, no se tarda en disipar toda idea de comparacion entre el sarampion y la escarlatina. Desde hace mucho tiempo, nuestra observacion personal nos ha enseñado que los eritemas que acompañan á la viruela no tienen el curso de las fiebres morbilosas y escarlatinosas; duran mas tiempo, tienen descensos y retrocesos alternativos, reaparecen en la convalecencia y sostienen las supuraciones inagotables, á las que se deben las señales profundas, las deformidades y cicatrices de las viruelas. Por otra parte, ¿se ve que los sarampiones y escarlatinas añadan á los fenómenos de la viruela el cortejo de sus accidentes propios, fiebre catarral, angina, anasarca, etc.? ¡Nunca! No podria suceder de otro modo, puesto que solo son sarampiones y escarlatinas falsas.

No admitimos, pues, las complicaciones de fiebres eruptivas.

En estos últimos años se ha importado de Inglaterra la denominacion de *rash* para caracterizar estos eritemas concomitantes de la viruela y de las fiebres eruptivas. Es necesario no dejarse seducir por esta nueva palabra; conviene conservar la modesta significacion que Th. Dimsdale le ha dado desde su origen (1772). Bajo el nombre de *rash* varioloso, entendia una *ebullicion variólica*. Por lo demás, hace mucho tiempo que el nombre de *roséola variólica* le ha sido consagrado por los demás médicos.

Entre los autores modernos que tratan la cuestion como nosotros, citarémos á nuestro respetable colega M. Delpech (1), M. Trousseau (2), M. Gueniot (3) y M. J. Almeras (4), que en una tesis interesante ha resumido todos los conocimientos actuales sobre este asunto.

Antes de dejar de ocuparnos de las fiebres eruptivas, se debe señalar la *urticaria* que sobreviene acompañada de accidentes febriles.

(1) *Gazette des Hopitaux*, 30 marzo 1838.

(2) *Clinique de l'Hotel-Dieu*, 2.ª edic., t. I, p. 200. Paris, 1864.

(3) *De certaines éruptions dites militaires et scarlatiniformes des femmes en couches, ou de la scarlatinoïde puerperale*. Tesis. Paris, 10 enero, 1862.

(4) *Des Rash ou exanthemes scarlatiniformes confondus avec les scarlatines*. Tesis. Paris, 29 agosto, 1862.