

Perlas de la Historia de la Medicina

DR. ALFREDO LEÓN GÓMEZ

Esta sección histórica tiene mucho agrado en presentar un trabajo realizado a comienzos del siglo por el Dr. Ramón López Cobos, quien tuvo experiencia con la fiebre amarilla en Amapola. ■

El trabajo ha sido suministrado por el Ing. Guillermo A. Reina, nieto del Dr. López Cobos. Consideramos este trabajo de indudable valor histórico y representa un esfuerzo encomiable de un médico hondureño que se interesó por problemas de la comunidad.

LA FIEBRE AMARILLA Por

el Dr. Ramón López Cobos

Ocho años aproximadamente hará que concebí la idea de escribir algo acerca de la fiebre amarilla, enfermedad infecciosa y epidémica de las más mortíferas que se desarrolla en nuestras costas del Atlántico.

El trabajo que exhibo no dudo que llenará un vacío, tanto que se hace sentir, pues por su propia condición será accesible a todos los que deseen tener conocimientos de dicha enfermedad, ya para atacarla o ya para prevenirla.

No lleva de original sino la idea. Los conocimientos científicos que expresa son deducidos de la experiencia adquirida de grandes maestros, de sus experimentaciones y de sus trabajos clínicos, tanto europeos como americanos. Con ello se logrará evitar en mocho el número de víctimas que este terrible flagelo (vómito negro) arranca a la familia y a la patria.

Al ocuparme de esta terrible enfermedad describiré en el estilo más sencillo y adecuado los conocimientos que a ella respectan, pudiendo ser útil a las personas que no la conozcan, así como también podrá servir de memorándum para las que en ello tengan interés.

La fiebre amarilla es una enfermedad infecciosa endémica, o epidémica, o endemoepidémica. Reconoce como causa ocasional el virus amarillo. Como causa determinante la picadura del mosquito. Se deduce pues, que el agente principal de esta infección como elemento transmisor es el zancudo (*Stegomyia fasciata*) que contagia inoculando el virus por medio de su picadura.

En nuestros países cálidos no existe un lugar que pueda tenerse como endémico y siempre se ha desarrollado como epidemia.

Se debe este desarrollo entre nosotros a la importación, siendo fuentes principales de su origen algunas costas del Mar Caribe (Antillas); otras, las

de México (Veracruz), Cuba; existiendo por otra parte en Panamá y algunos puertos del Sur en el Pacífico, de donde podría venir a Amapala.

De las diversas epidemias que existen clasificadas, la principal es la producida por la importación, entendiéndose por éstas las que se verifican por el desembarque de una persona atacada en un puerto o lugar en donde existe el stegomia entre los mosquitos indígenas o por el desembarque de mosquitos infestados; la manera como se hace el contagio es la siguiente: el zancudo pica a la persona atacada en el primer período de la enfermedad, este zancudo se vuelve apto para la transmisión del virus a los doce días de la primera picadura o su absorción, emigra, pasa a una casa vecina y allí pica a una persona o varias y les ha inoculado el germen amarillo produciendo así un foco más de epidemia y así sucesivamente hasta que la epidemia adquiere su máximo de desarrollo; supongamos que uno de estos mosquitos infestados viaje en un tren de ferrocarril y que por cualquiera circunstancia se estacione en otro lugar del tránsito a propósito, pica allí a otra persona y deja inoculada la enfermedad; lo mismo sucedería con la inmigración de una persona infectada en su período de incubación a otro lugar de la zona, sería picado por un zancudo y quedaría un **nuevo motivo de epidemia**.

Está plenamente probado que la enfermedad se adquiere por inoculación y ésta sólo se verifica por el zancudo o experimentalmente por la inoculación de la sangre enferma en el primer período del mal.

Está probado además, que los útiles de los enfermos, ropas sucias con residuos de vómitos, excrementos, etc., no producen la enfermedad.

La fiebre amarilla es transmisible durante su primer período, en los tres primeros días, cuando en éstos el mosquito ha tomado la sangre de un enfermo e inoculado a una persona sana al picarla a los doce o dieciocho días después de la primera picadura.

Son condiciones propias a la vida de estos mosquitos el ambiente y la temperatura. La temperatura propia para ellos es la que oscila entre 16°C y 38°C.

Los perjudica o mata la **temperatura** inferior o superior a cualquiera de éstos dos términos respectivamente, es decir, abajo de 16°C los paraliza y mata y lo mismo sucede arriba de 38°. Por consiguiente es en **el verano en la época** del calor húmedo cuando las epidemias adquieren su mayor grado de intensidad y disminuyen con las lluvias y por lo general terminan con las lluvias copiosas que traen una suficiente baja de temperatura que impide la vida de este mosquito.

La presión atmosférica influye muy poco en la vitalidad de este agente transmisor del vómito negro y si se cree en su influencia, no es tanta para que no se deba atribuir enteramente a la baja de temperatura que existe en las montañas y lugares que tienen relativamente mayor altura que las costas o valles sobre el nivel del mar.

Se sabe pues, que las epidemias no se desenvuelven en los lugares altos, que por lo general poseen un clima templado, y esto se explica sencillamente porque los stegomia, condición sine qua non, son únicos predilectos encargados a su transmisión y éstos no viven en los lugares templados y fríos.

De esa manera se explica que una persona sufre la enfermedad en un clima frío y no pasa a otra, con verdadera satisfacción de los vecinos.

Insistiremos en las causas que contribuyen al desarrollo de las epidemias y sabemos que son predisponentes: los vientos, las temperaturas, las estaciones,

y volveremos a decir que la estación más caliente y húmeda es la propia para el desarrollo del mal amarillo. Entre aquéllos está el removido de los suelos, principalmente cuando se hacen excavaciones que determinan estancamientos de aguas, verdaderos pantanos, en donde los zancudos encuentran terreno fértil para su desenvolvimiento, porque son sus aguas lugar en donde las hembras prefieren la puesta de sus huevos.

La edad también influye como causa que predispone, es bien notado que la edad adulta es la propensa a ser atacada y de esto se desprende la frase proverbial de que "la fiebre amarilla hace huérfanos", en el sentido de que respeta a los niños.

La profesión también tiene su parte de predisposición, se ha observado que son más atacados los que trabajan en oficios en los cuales el desarrollo de calor, sea artificial o natural, es mayor.

Para entrar a considerar la fiebre amarilla comenzaremos a conocerla en el individuo enfermo y la dividiremos en dos períodos, en primero y segundo. No está demás en este lugar saber que el período de incubación pasa desapercibido como en la mayoría de las fiebres infecciosas y que consta de 3, 4 y 5 días; pero es de todo punto necesario y verdaderamente útil hacerlo de 7 días. El primer período es llamado con el nombre de período inflamatorio con remisión, y el segundo será el período ataxo adinámico.

Este nombre de período inflamatorio se acomoda perfectamente pues designa en realidad una fase tal, como su nombre lo indica, siendo en ocasiones único, pues existen fiebres leves, ligeras, que no pasan al segundo período, contentándose con síntomas de una inflamación y pronta remisión.

Son síntomas del primer período, la cefalalgia (dolor de cabeza), el frío por lo general muy fuerte, brusco y de una duración regular; hay súbita elevación de temperatura con sed viva, el termómetro marca 40 y 41 grados.

Parece que la fiebre amarilla presta a las fiebres infecciosas eruptivas su hábito exterior particular en lo que concierne a la cara; en ésta la mirada se vuelve brillante, húmeda, hay dolor en los globos oculares ¡fotofobia a veces (horror a la luz); los pómulos se congestionan, se hinchan; el enfermo aparece como asustado y vacilante. En tiempos de epidemia este aspecto exterior facilita el diagnóstico. Otro síntoma interesante es la raquialgia o sea dolor intenso de la cintura como el de la viruela.

El estado nauseoso o emetismo, el cual como su nombre lo indica, es una manifestación clásica en este caso de la gastritis infecciosa. El estómago, como consecuencia, está susceptible, que no soporta las bebidas en los casos graves ni las antieméticas, y se sostiene, por lo ordinario, este estado nauseoso —alimentos al principio, amarillos, claros o porráceos— el cual, con la terrible idea del vómito negro, agrava la mentalidad del enfermo, que empeora la situación esperando se presente aquél con su cuadro desastroso y abrumador.

Sin duda por la congestión inflamatoria, se sienten latidos en la pared epigástrica y como si se dijera que el estómago late, —el dolor en este punto no falta y en los casos graves llega a tal extremo que el enfermo se queja y grita aun con la sola idea de tocarse o de que lo toquen, hay una máxima exageración de la sensibilidad (hiperestesia).

La lengua se halla sucia, blanquecina; al borde de las encías se ve un color blanquisco propio de las gastritis y especialmente de la fiebre amarilla; a veces hay dificultad para la deglución y sequedad en la faringe.

Nada extraño es ver erupciones en este período (rash), sudáminas que se localizan principalmente en la región escrotal. El enfermo despide un olor parecido al de paja podrida. Nótese por lo regular dolores articulares. En este período la constipación (estreñimiento) es la regla, observándose la diarrea en raras ocasiones.

Nos- hemos detenido un poco en la exposición de los principales síntomas del primer período y pasaremos a conocer en breves rasgos lo que concierne a la *remisión*.

La *remisión* se presenta a los tres o cuatro días de la enfermedad, muchas veces es brusca hasta una completa baja de la temperatura a la normal, otras llega a 38 y 38.5°C. La sed disminuye.

Con este descenso, cesan los dolores: la raquialgia —el dolor de cintura—, de la cabeza, el estómago se mejora, vuelve al enfermo cierta alegría, desea levantarse, viene la esperanza, en pocas palabras, hay una mejoría general y el enfermo se cree sin peligro y en efecto así es cuando el caso es ligero, allí comienza la convalecencia y allí termina, pero si el caso es grave, fatal engaño; es la mejoría de la muerte como la llaman; aquí principia el tinte subictérico (color amarillo); no tarda en producirse una recrudescencia y allí tenemos iniciado el segundo período cuya manifestación es la forma esencialmente grave de la enfermedad.

Este período se caracteriza como el precedente, con los mismos síntomas, pero sumamente agravados —y en dos. diferentes aspectos: en éstos, la temperatura asciende bruscamente o con remisiones; forma tifoidea la primera, remittente, la segunda.

ES vómito que en período anterior era claro, amarillo o porraceo, se vuelve oscuro, color de café y presenta un sedimento como de la infusión del polvo del mismo grano. En ocasiones este vómito, de negro que es. se convierte en rojo; es que se deben a una hemorragia del estómago (gastrorragia). La disposición hemorrágica se presenta también en los intestinos (enterorragias) también dérmicas (púrpura) y uterinas (metrorragias), que provocan los abortos.

En este período la biliverdina, sustancia colorante de la bilis, se absorbe; los humores, y la célula (los tejidos) a toman y tenemos una coloración amarilla característica que denomina la enfermedad. No hay duda que su presencia en el sistema determina una disparidad entre la temperatura y el pulso, pues éste no corresponde a aquélla, quedándose lento entre 60 y 70 pulsaciones por minuto.

El estado adinámico se presenta ya ligero unas veces, ya profundo, al extremo de tomar un carácter verdaderamente tifoideo, por lo general precedido de un estado de alucinación o de delirio algunas veces furioso.

Me parece anotar en este lugar que la duración de esta enfermedad se realiza en los casos ligeros en cinco días, poco más o menos, y en los casos graves, en unos doce días.

En los casos fulminantes el paciente, por la presencia de una inflamación renal, nefritis infecciosa, se ha disminuido notablemente el funcionamiento del

filtro y he allí que la intoxicación debida al enorme desarrollo de toxinas (veneno) imposibilita sus funciones, aumentando su cantidad y extinguiendo su eliminación. Es ésta una de las causas de importancia que desgraciadamente producen la muerte al enfermo, muerte por supresión completa de la orina (o anuria), la cual se verifica 36 horas antes de la muerte.

Puede ésta producirse también por inflamaciones en las serosas o mucosas, y entre éstas la más frecuente es la endocarditis, sin que por otra parte, fuese nada extraño una simultánea afección de alguno de los órganos importantes para la vida.

Como este trabajo no lleva por objeto sino ponerlo al alcance de todos, me limito lo que juzgo necesario y sólo me referiré, a grandes rasgos, a la importancia que tiene para el médico y el enfermo el conocimiento de la composición anormal de la orina en esta enfermedad. Algo diré de la albúmina; esta sustancia desempeña un papel importantísimo para el pronóstico y consiguientemente para el tratamiento de esta dolencia. Se encuentra en diferentes proporciones según el período de la enfermedad y en relación con la gravedad del mal. A una forma leve corresponde una pequeña cantidad de albúmina que forma un círculo blanco en la orina de un vaso a la mitad y en el cual se ha hecho reaccionar un poco de ácido nítrico; si la albúmina se ve arriba del círculo blanco la forma es leve, pero si se ve debajo de dicho círculo y se asienta, dejando un fuerte sedimento la forma es grave y compromete la vida del enfermo, quedando de consiguiente un pronóstico gravísimo.

La ictericia o mitoma amarillo corresponde a la terminación del primer período, si falta en el enfermo, rara vez, nunca puede decirse que falta en el cadáver, pudiendo asegurarse que si no hay coloración amarilla en el tejido celular subepidérmico no ha habido fiebre amarilla.

En los casos serios cuando los vómitos se han presentado súbitamente y la clase de fiebre es grave, la destrucción de los glóbulos rojos de la sangre que se ha verificado produce una sustancia que se llama hemofeina y que el hígado convierte en pigmento biliar, pero si este órgano está enfermo y no realiza esta transformación, pasa al riñón y si éste a su vez está en mal estado y no la elimina, se convierte en materia colorante que pasa al torrente circulatorio, tiñe la célula en general, de donde proviene la ictericia llamada hemoféica; ésta pertenece a los casos graves.

Hay otra clase de ictericia producida no por la obstrucción del canal biliar o mejor dicho por la retención de la bilis sino más bien por un derrame bilioso, el cual produce, por la absorción de la materia colorante, el tinte amarillo. Esta forma pertenece a la fiebre amarilla remitente biliosa.

Algo dijimos ya respecto de la temperatura de esta fiebre, pero será conducente decir que fuera de las formas remitente y tifoidea, ataxo adinámica, ligeras o graves, existe otra forma de tipo intermitente en la que probablemente se encuentra un campo palúdico en el enfermo.

Sabemos que el vómito negro es debido a una hemorragia del estómago y agreguemos que debe su color bermejo a la acción del jugo gástrico sobre la sangre derramada.

Esto lo podemos probar experimentalmente haciendo obrar ácido clorhídrico sobre la sangre derramada, la cual toma la coloración negrusca parecida al café con asiento.

La mayor o menor intensidad de esta enfermedad hace las formas clínicas de ella, lo mismo que su marcha; tendremos cuatro clases de formas clínicas —la primera, ligera, corresponde al período inflamatorio, termina a los 3 o 4 días y se refiere a una gastritis, en la cual la temperatura y demás síntomas caen al término dicho sin recrudescencia— y el enfermo convalece pronto aún sin ictericia. Esta forma produce inmunidad.

La segunda forma, fulminante, como su nombre lo indica, corresponde a una agravación rápida, la temperatura sube a su mayor grado y el vómito se manifiesta todo en los dos y tres primeros días. En este caso la muerte es la regla.

El tercer caso es la forma común u ordinaria, la fiebre sigue su curso completo, es decir, abarca los dos períodos, afectando ya su aspecto remitente continuo o tifoideo, o remitente.

El cuarto caso es la forma ambulatoria (walking fever), la cual presenta variedades como su nombre lo indica, ya sea de mejorías ya de agravamientos. En ésta el enfermo ya se siente bien, ya se ocupa de sus oficios habituales, se cree sin riesgo alguno, cuando de repente es acometido por recrudescencias bruscas, ya de la temperatura que agrava la situación o de vómitos negros, verdaderas gastrorragias, que en medio del aparente estado de salud estallan, concluyendo con su víctima que cae y muere en el colapso.

Las recaídas se presentan rara vez y por lo general se observan a los ocho, diez o doce días de la convalecencia.

Las complicaciones son las propias de las enfermedades febriles infecciosas: inflamaciones de las mucosas, bronquitis, pulmonías, endocarditis, inflamaciones del escroto con gangrenas.

El pronóstico varía según la forma de la fiebre.

Hemos visto ya que existen casos ligeros en los cuales los vómitos negros no se presentan y en los que la temperatura cae dentro del tercer día, sin remisión y por lo ordinario sin ictericia; en estos casos pues, el pronóstico es favorable. Al contrario, cuando en los primeros días del ataque febril se presentan los vómitos negros el pronóstico es sumamente grave, se puede decir que mortal. En todo caso en que la enfermedad se prolongue más del período propio de una ligera inflamación, y en que la fiebre sigue su curso completo, la enfermedad, de por sí, es grave; hay que desconfiar de los éxitos; ya hemos anotado lo que en esta fiebre se llama la mejoría de la muerte.

EL DIAGNOSTICO

Se confunde fácilmente esta fiebre, con la ictericia grave y la diferenciamos en que en esta dolencia la coloración amarilla se presenta de golpe y sin raquialgia, lo que no sucede con la fiebre amarilla, y también en la falta de vómitos negros que no tiene la ictericia.

Se puede confundir con la fiebre hemoglobinúrica, en que en ésta encontramos lumbago, hematuria, e ictericia; esta última no existe sino después del primer período de la fiebre amarilla y se presenta lentamente; en que corresponde por lo general a aquélla una infección palúdica en la que probablemente la administración de la quinina desempeña un papel importantísimo produciendo la irritación del riñón.

Se puede confundir con una fiebre remitente; ésta se aproxima en sus caracteres a la fiebre amarilla pero no presenta raquialgia —y hay, por lo general en ella también infección palúdica— y le falta el vómito negro.

Se confunde con la tifoidea biliosa pero el carácter de la tifoidea que afecta el tipo continuo y la ausencia del vómito la diferencian.

En resumen, útil es este diagnóstico diferencial al principio de las epidemias pero una vez declaradas éstas, deben tenerse por sospechosas todas las fiebres infecciosas y nada se opondrá a tratarlas con lo que a las epidemias se refiera, siendo casi seguro estar por lo general en presencia de la infección por el virus amarillo.

PROFILAXIS

No me detendré en hacer ni una ligera exposición respecto del virus amarillo, ni a hablar del microbio propio de este virus y sólo nos detendremos, en su profilaxis, del zancudo y de los pantanos, de la importación y exportación, de las diversas maneras en que es conducido el virus amarillo y en fin, de evitar las causas que procuran la epidemia así como de facilitar los medios de su destrucción.

Tenemos pues, algunos elementos que reconsiderar: el "zancudo" (*stegomyia fasciata*), (calopos *stegomyia*) y el hombre, agregaremos, ya infectado; y además, los pantanos, agua estancada, depósitos de aguas, barriles, recipientes cerrados, lagunas, lugares húmedos y sombríos y en general todos los lugares en donde la putrefacción de las sustancias orgánicas ya animales o vegetales, entran a formar criadero de mosquitos.

Nos ocuparemos separadamente: 1^o—De la destrucción de los mosquitos; 2^o—del aislamiento del enfermo con el mosquito, y digo intencionalmente con el mosquito porque bien sabemos que es sólo este agente culicida el propagador del mal o mejor dicho su agente de contagio.

No hablaré de las diferentes etapas porque atraviesa el mosquito en sus condiciones biológicas y tomémoslo en su aspecto propio de generación y aptitud para llenar su fatal cometido.

Vamos a colocarnos en el caso de atacarlo en el aire ambiente. Sabido es que este huésped importuno habita en los lugares húmedos y sombríos, excusa los lugares secos y claros donde el sol penetra. Amparado pues en las habitaciones vive en ellas y allí es en donde hay que destruirlo por una parte. Para atacarlo allí tenemos elementos de que hacer uso, que los maten o imposibiliten en conjunto.

Haremos uso de las fumigaciones y de las sustancias en estado de vapor venenoso. Entre éstas citaremos el formol, el ácido sulfuroso, el pyretro y algunos humos de maderas que producen gases irrespirables, y a propósito, entre nosotros, es costumbre quemarlas cerca de las casas que se quieren preservar de las epidemias, en los patios y puertas de las casas, lo mismo que algunas especies de estiércol de los ganados que dan humos irrespirables.

Para usar el ácido sulfuroso se toma el azufre en flor, el cual se quema después de haber cerrado herméticamente las habitaciones, tomando una cantidad como de una libra por una habitación cuya capacidad sea poco más o menos de 4 a 5 metros cúbicos, a condición de ser herméticamente cerrada.

El formol se hace pasar por el agujero de una llave por la puerta de las habitaciones perfectamente cerradas; el pyretro también se incinera en ellas, sus gases irrespirables paralizan el mosquito, que cae y en el suelo se le mata. después de las incineraciones.

Se destruyen también los mosquitos podando árboles, secando pantanos y lugares húmedos, dando fácil acceso a los rayos solares. Todas estas cosas son practicables, pero tienen su técnica especial que pertenecerá a los cuerpos de sanidad.

Ahora, para atacar el mosquito en sus nacimientos, en sus fuentes de origen, busquémoslo en los pantanos, en las charcas lodosas, en los puntos en donde hay putrefacciones, en los ríos sin corriente, en las lagunas, en los pozos, en los recipientes que conservan aguas y allí se destruirán con el petróleo.

Esta sustancia mata por asfixia todas las larvas de *Stegomyia* y tiene la ventaja sobre otras de que como no se disuelve en el agua, no la imposibilita para el consumo, pudiendo servirse de ella sacándola de las capas profundas de los depósitos. El permanganato mata las larvas pero como se disuelve envenena las aguas.

El aceite destruye las larvas por asfixia.

El tiempo que ha de durar esta tarea no se puede determinar fijamente pero sí será conveniente sostener una capa de petróleo por un tiempo determinado—como de un mes, poco más o menos—, hasta la limpieza completa de los moscos.

Cuando haya que desinfectar una habitación en donde exista un enfermo atacado de la enfermedad se hace como ya se ha dicho, cambiando de sitio al enfermo mientras se desinfectan alternativamente las habitaciones. En este caso es necesario atender esta desinfección en las casas vecinas en donde probablemente, y es lo más seguro, haya ya mosquitos inmigrantes ya infectados y se escogerán las casas contiguas y todas las del perímetro que se suponga hayan alcanzado los mosquitos.

EL ENFERMO

Conocidas las medidas profilácticas que se refieren a las enfermedades infecciosas de carácter epidémico, fácil nos será dar a conocer algunas disposiciones generales que las abarcan y lo que en especial les concierne por su naturaleza propia.

Pondremos en práctica la desinfección y el aseo. Esto es ya bastante conocido para entretenernos pero no olvidemos que además de las habitaciones y el suelo, atenderemos a la familia y los asistentes encargados de poner en ejecución las enseñanzas del médico. Se escogerán para precaver, los vestidos especiales, que no se dejen atravesar por el mosquito al picar y se librarán las manos y la cara con caretas y guantes. Se usarán para estas partes del cuerpo libres al aire, cosméticos que el profesional prescribirá. No olvidemos que las fiebres ligeras amarillas producen inmunidad, así es que escogeremos las personas inmunes y las que vayan pasando las fiebres y queden aptas para el servicio. Los mosquitos pican por lo general en la noche y en los crepúsculos. Es de rigor evitar el piquete y cuidarse de esto principalmente por la noche, en razón de que el zancudo infectado prefiere las noches para picar.

Se librarán con pomadas al formol, traumacín a la crisarrobina, aceite de giroflé, las partes descubiertas como manos, etc.

En tiempos de epidemias es de rigurosa necesidad y hay que exigir el uso de telas alámbricas lo suficientemente tupidas para no dar paso al mosquito, las que se colocarán convenientemente en las ventanas y puertas de las casas.

Las camas se harán cercar con mosquiteros, telas permeables que no dejen pasar este perseguidor pertinaz y malsano.

Un dato interesante será recordar que el mosquito sólo trasmite la enfermedad cuando después de haber picado al hombre enfermo pica a otro sano a los doce días de la primera picadura. Sucederá en ocasiones que se asista un enfermo que no parece tener la fiebre amarilla siendo que está infectado y esto pasa con la engañosa walking fever (fiebre ambulatoria) en la cual el enfermo aparece sano y el mosquito a su alrededor puede infectar y seguir picando, desarrollando las infecciones.

TRATAMIENTO

Atenderemos sintomáticamente la enfermedad y comenzaremos con sus principales síntomas.

J^o—*La fiebre.* Aquí haremos consideraciones que no estarán demás. ¿Entre los antifebrífugos será conveniente la quinina, la antipirina, el ácido salicílico, el salol y otras drogas? Se puede contestar que no. Veamos por qué. La quinina por su acción especial sobre el epitelium renal, lo irrita, impide su eliminación y la de las toxinas y provoca congestiones o nefritis, que agregadas ya a la irritación o congestión e inflamación renales, provocan una hematuria y precipitan la anuria, agravando la condición de la enfermedad y sólo se explicará su uso en casos en que el tipo de la fiebre sea de carácter intermitente palúdico y en éstos, usándola con prudencia.

Lo mismo diremos de las otras sustancias mencionadas que casi tienen los mismos inconvenientes y son por otra parte deprimentes: del sistema circulatorio central.

¿Qué será pues lo que prescribiremos para atacar la fiebre? Usaremos la hidroterapia, medicación que el médico usará según su experiencia y conocimientos. Yo relacionaré aquí lo mejor que se conoce de aplicable en nuestros países y condiciones de lugar. Usaremos un método parecido al de Brand en la tifoidea. Buscaremos una tina suficientemente capaz de contener el cuerpo del enfermo, llena de agua, a una temperatura de 30°C. Se hará permanecer al enfermo durante media hora (aplíquese el termómetro), se tendrá cuidado de echar atentamente agua en la cabeza del mismo y después de haberle bajado la temperatura a 38°C se le extraerá de la tina.

Esta operación se repite cada dos o tres horas a manera de sostener a esta misma temperatura al enfermo. Cada vez que éste salga de la tina se le dará un grog caliente (té con 15 gramos de cognac) y se le aplicará una botella de agua caliente a los pies.

Se puede bajar la temperatura —y es para algunos profesores muy útil— con la sangría, ya en la safena, ya en la mediana basílica (la cantidad de sangre extraída variará según la constitución y temperamento del enfermo. No pasará de 600 gramos.) Podrá usarse de la sangría general como antipirético en el período inflamatorio y en todo caso sólo en este período, si posible es al comienzo de la enfermedad, pues esta sangría disminuye las toxinas amarillas y las saca de hecho. Las estadísticas son favorables a estas sangrías en ese período.

2^o?—*Los vómitos.* ¿Será prudente aconsejar vomitivos como el emético, la ipecacuana u otros? Se debe decir que no. Está perfectamente demostrado el mal efecto de los vomitivos pues éstos pueden dar lugar a gastrorragias y precipitar la gravedad del mal.

Se usará como medicación evacuante que limpia y corrige la constipación, las sales de sosa y de magnesia que limpian el tubo digestivo y a la vez facilitan la diuresis (salida de la orina), cosa que no debemos descuidar y hay que atender muy especialmente. Esta medicación, lava, es antiséptica y facilita la salida de orina (diuresis).

Se preferirá el citrato de magnesia en forma de limonada purgante.

Se aconsejará para calmar las náuseas y vómitos, las limonadas frías a pequeñas dosis o mejor la poción de Riveiro, el hielo en pequeños pedazos a tragar, y se aplicará también sobre el epigastrio vejigas llenas de hielo para éstos y las gastrorragias. Siendo éstas consecuencia lógica de una gastritis infecciosa sobre aguda debe asistirse a la desinfección de la boca, sea con borato de soda o con agua oxigenada diluida.

En algunos países se usa el calomelanos cuando hay constipación (estitiquez), pero es una práctica poco recomendable y será preferible recurrir al aceite de castor o de ricino, a la cáscara sagrada o a las sales acidas de magnesia, ayudadas con lavados templados de agua fría esterilizada, los que se practicarán con un (bock) irrigador, contenido de 1,000 gramos y una sonda propia o de nelatón.

3^o—El delirio se calmará con los baños, con las remisiones provocadas de la temperatura, hielo a la cabeza, haciendo salvedad de las sanguijuelas por producir, a veces éstas, hemorragias tenaces, debido a la disposición del enfermo para la extravasación sanguínea.

En casos de colapso se recurrirá al ron punch, a dosis calculadas, a las aplicaciones de botellas calientes a los pies y a las inyecciones de suero artificial. Este, además de llenar preciosas indicaciones, ayuda la diuresis.

49—El lumbago (dolor de cintura) se aliviará con ventosas y aplicaciones frías o de hielo.