

A r s M e d i c a

Año IX

Enero de 1933

N.º 89

Clínica Médica A. de la Facultad de Medicina de Barcelona
(Prof. Dr. A. Pedro Pons)

La fiebre exantemática mediterránea Un caso en Barcelona

por los doctores

A. Pedro Pons

A. Valls Conforto

En el año 1922 pudieron observar los médicos en Marsella la aparición de una pequeña y curiosa epidemia de infección exantemática, de tan especiales características clínicas y evolutivas, que se creyó estar enfrente de una entidad nosológica nueva, diferenciada por muchas características del tifus exantemático. M. OLMER recogió, desde 1922 a 1925, ocho observaciones, cuya primera comunicación fué hecha por él al Comité Médico de las Bocas del Ródano.

Con todo, había precedente, y no es dudoso que el exantema infeccioso descrito desde 1910 en Aubagne, por MARTINI y TRASTEUR, y los casos observados mucho tiempo antes por ROCHE, en Sorgues, corresponden por entero al cuadro que trazó OLMER.

Asimismo, en 1917, Cannes es afectada por una pequeña epidemia, que es estudiada por FOURNIER y ANDREDI, y, en Niza, ELSNITZ recoge, de 1921 a 1926, tres observaciones que presenta a la Academia de Medicina bajo el nombre de exantema infeccioso estival.

Aparte los trabajos fundamentales de OLMER, es de importancia la comunicación

de PIERI (septiembre de 1925) acerca de un caso especialmente notable por hacerse en ella por primera vez la descripción de la mancha negra tan interesante en este proceso.

En 1927 OLMER, BOINET y J. PIERI hacen una comunicación a la Academia de Medicina de Marsella basada en 30 observaciones. En el mismo año OLMER agrupó en su tesis 58 casos. De 1922 a 1928 suman 80 el número de observaciones en Marsella.

A medida que el cuadro de la fiebre exantemática ha sido más conocida, su extensión geográfica ha sido más dilatada, alcanzando casi toda la costa mediterránea francesa, y, adentrándose, ocupa lo que puede denominarse zona para-mediterránea. Esta infección (quizá identificable con la fiebre eruptiva descrita en Italia por CARDUCCI) pertenece al grupo de enfermedades que tienen su punto de origen o su implantación esencial en los pueblos del Mediterráneo, y que, junto con el tracoma, la melitococia, el grupo de las leishmaniosis (Kala-azar, botón de Oriente) y otras afecciones, justifican la concepción de la existencia de una patología especial mediterránea.

La explicación está, sin duda, como dice HECKENROTT, en la situación geográfica de estos países, bajo la línea isoterma 15° y extendiéndose hacia el sur hasta la línea tropical marcada por la línea isoterma 25°, y comprendiendo la península Ibérica, los Pi-

Matilde R., 43 a., casada, reside en un pueblo cercano a Barcelona (Cornellá); 2 hijos sanos, desde hace 10 años amenorreica. A los 19 años, infección de naturaleza indeterminada que duró 17 días. Ligeras afecciones catarrales de carácter estacional.

En enero de 1930 contrae una fiebre tifoidea,

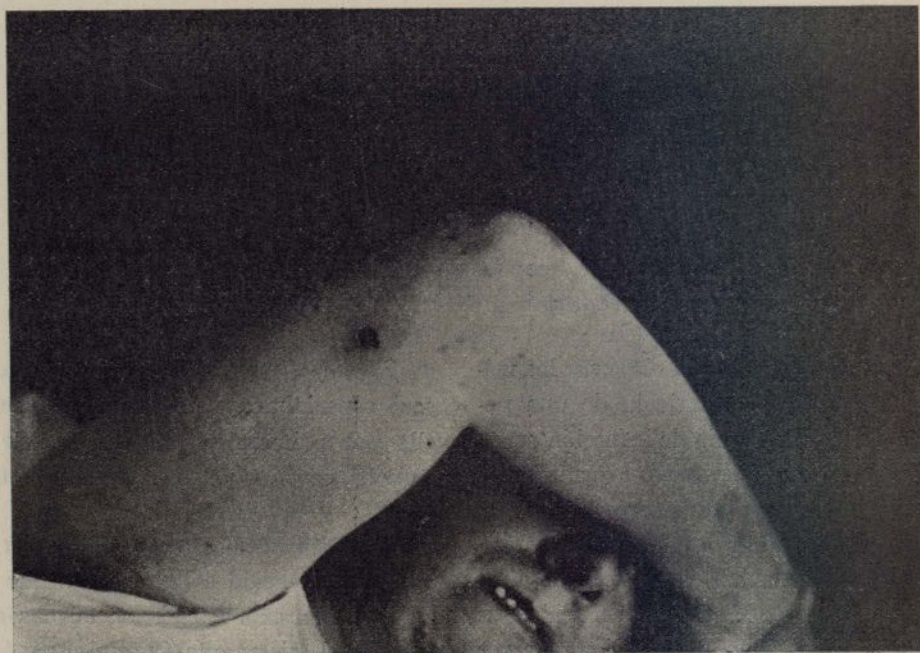


Fig. 1 — Mancha negra rodeada de una erupción maculosa

rinos Orientales, Aude, Herault, Bocas del Ródano, Bajos Alpes, Var, Côte d'Azur, casi toda la Italia mediterránea, el litoral asiático de Siria, Asia menor, Marruecos, Argelia, Túnez, Tripolitania y Egipto; asimismo Servia y Grecia.

Así, parecerá extraño que en el litoral catalán no fueran observados casos de esta fiebre exantemática, que describen los autores de Marsella. El caso presente merece su presentación como muestra de la existencia de esta infección en nuestro país (1).

(1) En Cataluña sólo ha sido citado un caso, que nosotros sepamos, por P. DOMINGO, cuya reseña no hemos podido hallar. En España merecen especial mención las 8 observaciones publicadas por TAPIA en Madrid.

que se prolongó del 5 de enero al 14 de marzo. La enfermedad actual le obliga a guardar cama el día 1 de agosto de 1931 con 39.1° (el día anterior 38°) y desde 2 días antes ligero malestar y cefalalgia intensa. Al guardar cama cede la cefalalgia, apareciendo ligero dolor de garganta y fotofobia.

Tres días antes, en la cara posterior del brazo derecho apareció un grano, de superficie luciente, y en su cúspide un punto de foliculitis que dejó escapar, al ser comprimido, una gota de serosidad. Queda un cráter de contornos limpios que se extienden en superficie hasta alcanzar el diámetro de una moneda de 2 reales, apareciendo en la superficie una escara de color negro. Así desarrollada existía esta lesión el día 1 de agosto. Al día siguiente aparece brote artrálgico, especialmente manifiesto en las articulaciones metacarpo-falángicas e inter-falángicas, muñecas, codos y rodillas. La mano derecha está

además ligeramente edematosa. Insomnio e inquietud por la noche. Somnolencia durante el día. Constipación. Orina escasa. Sin vómitos.

En el día 3 se entra en la fase eruptiva, cuyos elementos son máculo-papulosos, iniciándose por la parte posterior de los brazos y espalda, y pasando al vientre, muslos y piernas, y al final

hepática, y el bazo es fácilmente palpable tres traveses de dedo por debajo del reborde costal. Nada anormal en la auscultación del pulmón. En la orina ligera albuminuria y algunos cilindros.

Los días posteriores, del 6 al 11 de agosto, el cuadro no sufre ninguna variación esencial,

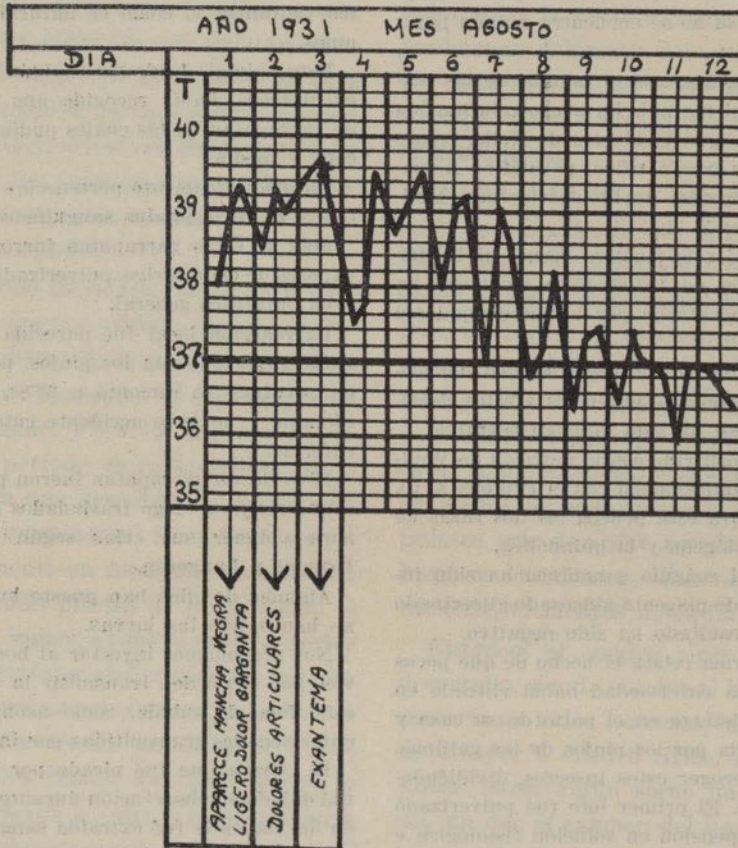


Fig. 2

invade más discretamente el pecho y la cara (figura 1). El ciclo eruptivo cursó en 48 horas.

En los días 4 y 5 de agosto la enfermedad entró en su fase máxima después de una remisión térmica transitoria aparecida durante la fase eruptiva. El sensorio de la enferma es despejado y el estado general no ofrece motivo de inquietud. Nada anormal en corazón y pulso. Faringe ligeramente enrojecida. Marcada inyección conjuntival. La erupción no es confluyente, las máculo-pápulas son de color rosado al principio. Ningún elemento petequial. La palpación del abdomen descubre una marcada hipertrofia

mientras la curva térmica inicia un descenso líctico que alcanza la apirexia los días 11 y 12 (figura 2).

Los exámenes practicados a la enferma fueron los siguientes:

- Recuento de hematies, 4.600.000 por mm.³
- Recuento de leucocitos, 8.600 por mm.³
- Recuento de plaquetas, 202.000 por mm.³ (Kristensson).

Fórmula leucocitaria:

Granulocitos polimorfonucleares neutrófilos 68,50

Granulocitos polimorfonucleares basófi- los	0,50
Granulocitos polimorfonucleares eosinó- filos	1,—
Linfocitos	21,—
Monocitos	4,—
Grandes mononucleados	5,—

En los frotis de sangre teñidos por el May-Grunwald Giemsa no se encuentra ningún parásito hemático.

Llamó nuestra atención el tamaño de las plaquetas, doble del normal. La suero-aglutinación fué practicada según la técnica de Kolle, frente a emulsiones de bacilo tífico, paratífico A, paratífico B, Colibacilo, Bacilo de Gartner, Melitococo y Proteus X 19.

La prueba fué sólo positiva frente al b. tífico, a la dilución de 1:100. Este fenómeno ha sido también encontrado por los investigadores marseleses.

El fenómeno de Nicolle (aglutinación del melitococo por el suero de enfermos afectos de tífus exantemático) ha sido también negativo.

Lo mismo ha ocurrido con la reacción de Weil-Félix, o sea la aglutinación con el Proteus X 19. Hemos usado para esta prueba las dos razas de Proteus, la indolígena y la anindólica.

El cultivo del coágulo sanguíneo ha sido intentado con caldo-placenta-glucosado-glicerinado (p H 7,2). El resultado ha sido negativo.

Como la enferma relata el hecho de que pocos días antes de la enfermedad había entrado en un gallinero existente en el patio de su casa y había sido picada por los piojos de las gallinas, procedimos a recoger estos insectos, dividiéndolos en dos lotes. El primer lote fué pulverizado y puesto en suspensión en solución fisiológica e inyectado a un enfermo canceroso que se prestó generosamente a ello. Únicamente le produjo una pápula prurítica que persistió dos días ligeramente indurada y que fué desapareciendo sin dejar rastro. La gráfica térmica de este individuo no sufrió alteración en su trazado.

Los otros piojos fueron dejados en ayunas dentro de la estufa húmeda, donde los encontramos muertos a los dos días. Fueron disecados según la técnica de Brumpt en una gota de solución fisiológica. El intestino aislado, fué aplastado en portaobjetos, fijado al Bouin durante dos horas lavado con agua litinada y finalmente teñido con Giemsa alcalino en la estufa.

El examen microscópico de las preparaciones demuestra la presencia de elementos exactamente iguales a los descritos como "Rickettsia", pero lo escaso del material no nos ha permitido hacer las técnicas oportunas para diferenciar si eran intra o extracelulares que, al decir de WOLBACH, diferenciaría su poder patógeno.

En la casa había un perro muy cariñoso con los visitantes y, como es natural, más con sus amos.

Este animal, desde hacía algún tiempo, en sus excursiones, había recogido una gran cantidad de garrapatas, de las cuales pudimos obtener docena y media.

Entomológicamente pertenecían al *Ixodes ricinus* y al *Ricicephalus sanguineus*.

Seis de estas garrapatas fueron muertas por vapores de cianhídrico, pulverizadas e inyectadas a un paralítico general.

La reacción local fué parecida a la del individuo inyectado con los piojos, pero además su temperatura se remontó a 37'8°, pero ésta fué efímera, y no tuvo accidente cutáneo alguno el enfermo.

El resto de garrapatas fueron puestas a picar a un cobaya y luego trasladados a sendos tubos para obtener sus crías según la técnica de Brumpt y Langeron.

Algunas de ellas han puesto huevos pero aun no han salido las larvas.

Nos proponemos inyectar al hombre estas larvas, por si pueden transmitir la enfermedad en esta fase de subida, como acontece con otras enfermedades transmitidas por insectos.

El cobaya que fué picado por las garrapatas fué dejado en observación durante 4 días, al cabo de los cuales le fué extraída sangre por punción cardíaca con una jeringa conteniendo solución citratada.

La sangre, en cantidad de 3 c. c., fué inyectada a un hombre, que no manifestó más que una leve elevación térmica.

Esta investigación fué hecha para poder dilucidar el caso de una infección inaparente en el cobaya.

El comienzo de la fiebre exantemática es habitualmente súbito: Para CARDUCCI, existirían a veces pródromos limitados a uno o dos días antes del comienzo aparente. Así parece ocurrir en nuestra observación. La

fiebre alcanza desde el primer día su máximo, llegando a 39 ó 40° comúnmente, a veces más, precedida en algunos casos de escalofríos. La lengua saburral, húmeda, no se modifica en el curso de la enfermedad, no observándose la lengua seca, tostada, de tífus abdominal y grave. Se perciben a menudo estertores húmedos que delatan catarro bronco-alveolar. El aspecto de la cara vultuosa, enrojecida, es típico, y en especial la inyección conjuntival con ligero lagrimeo. El insomnio, los vómitos alimenticios o biliosos y la constipación no añaden nada característico al cuadro.

En el período de estado, antes de la fase eruptiva, se observa eritema bucal con enrojecimiento difuso de la garganta y a veces incluso ligero punteado hemorrágico del velo del paladar. Pero lo más característico en este período es la aparición de la mancha negra que descubre, según parece, el punto de inoculación. Su asiento es variable; raramente en zonas del cuerpo descubiertas, siendo puntos de predilección el brazo, muslo, ingles, axilas, o parte anterior de la región torácico-abdominal. La mancha es indolora, casi siempre únea, de color negro y del diámetro de una lenteja a una moneda de dos reales. El color negro, la forma redondeada u oval y la consistencia seca le dan el aspecto de una escara. Así la descubre habitualmente el médico, permaneciendo desde el principio hasta casi al fin de la enfermedad; pero su comienzo es bajo la forma de un pequeño grano forunculooso, luciente e inflamado, pudiéndose encontrar en su vértice una gota de serosidad o de pus. En ocasiones se halla un ganglio regional hipertrofiado. En algunos casos (observaciones de GODLEWSKY y RAYBAUD) el enfermo sintió días antes una picadura en el punto escaerótico. TURCAN ha descrito un caso en que el paciente aplastó un insecto

en el mismo punto en que apareció después la escara negra.

En esta fase pre-eruptiva alcanzan su máximo las manifestaciones dolorosas, especialmente artralgias, habitualmente sin hinchazón articular y a veces con puntos dolorosos a la presión en los músculos. Los fenómenos dolorosos del comienzo pueden ser muy destacados, y de aquí el calificativo que pone RAYBAUD de fiebre botonosa artromiálgica.

Del 2.º al 4.º día de enfermedad se entra en la fase exantemática; la fiebre puede remitir algo; el brote artro-miálgico tiende desde ahora a debilitarse, y el brote eruptivo, en forma de elementos pápulo-maculosos redondeados de 2 a 5 mm., aparece en los muslos y abdomen en primer lugar, luego invade los brazos, cuello y finalmente la cara, completándose el desarrollo eruptivo en menos de dos días. Los elementos papulosos son de color rosado al principio; luego se obscurecen, observándose, sólo raramente, elementos petequiales.

Entonces el cuadro alcanza su máximo desarrollo, siendo notable el buen estado del sensorio en todos los casos, la inobservancia de estupor o cuadro tífico. En algún caso puede darse algún signo meníngeo-esbozado, sin que el examen del líquido céfalo raquídeo, revele nada anormal, o una ligerísima pleocitosis con disminución de los cloruros. El pulso se mantiene en límites moderados alrededor de 100/m. En algún caso aparecen flebitis. Es frecuente una ligera albuminuria, con presencia de cilindros granulosos. El bazo y el hígado aumentados de volumen pueden ser francamente palpables.

La erupción dura 8 ó 10 días y al palidecer (acompañada de una ligera descamación) llega la convalecencia con un descenso lítico de la temperatura y en ocasiones de una crisis poliúrica.

La duración de la enfermedad es de 10 a 15 días por término medio, existiendo casos leves de poca duración (4 ó 5 días) y formas prolongadas hasta 28 días.

El examen morfológico de la sangre demuestra una cifra normal de hematíes, con ligera leucocitosis, mononucleosis al principio de la enfermedad y polinucleosis con neutrofilia al final.

La semejanza que puede existir con el tifus exantemático, hizo confundir la fiebre exantemática con esta infección; de aquí el interés de practicar la reacción de Weil-Félix.

Esta reacción realizada con el *Proteus* X 19, es positiva en el tifus exantemático, siendo dato de gran valor desde el 1 % y de probabilidad al 1/50. En la enfermedad de Brill, en el tifus tropical, es asimismo positiva. BOINET y PIERI la consideran negativa en la fiebre exantemática, como así mismo CARDUCCI en la fiebre eruptiva descrita por él en Italia. Pero en octubre de 1927, este mismo autor, decía haber encontrado el Weil-Félix positivo al finalizar la infección.

D. y J. OLMER encuentran, entre 9 enfermos, 4 veces aglutinación francamente positiva al 1 %, y 5 de ellos presentan grandes aglutinaciones que van del 1 por 250 al 1 por 1.000. Aquí, al igual que en el tifus exantemático, es de importancia el repetir la aglutinación más de una vez y especialmente buscarla en el momento más favorable, que es próximo al final de la enfermedad y a veces en plena convalecencia.

A pesar de esta reacción que es común con el tifus exantemático, nadie ha pensado en asimilar ambas afecciones y lo mismo su clínica que su epidemiología, la experimentación y las pruebas de inmunidad, todo concuerda para aceptar que se trata de dos enfermedades diferentes.

Los trabajos de D. y J. OLMER no se limitan a la observación clínica y han sido completados en el orden experimental por ellos mismos. La sangre de un enfermo con fiebre exantemática del 5.º al 8.º día de enfermedad, inyectada al peritoneo de un mono, de especie *Macacus Binomolcus* o Pates, provocó del 7.º al 9.º día de la inoculación una enfermedad febril. La enfermedad se transmite de un animal a otro; y curado ya de la infección, el mono queda receptivo a la inoculación de un virus tífico que produce en él la curva febril característica.

Vacunado el animal contra el tifus exantemático por el método de Weigl, queda inmunizado a la inoculación de un virus tífico y es receptor para la fiebre exantemática asimismo. La inyección intraperitoneal al cobaya no produce enfermedad alguna, mientras que el tifus provoca fiebre experimental o enfermedad inaparente.

Aparte el tifus exantemático, la independencia nosológica de la fiebre exantemática se mantiene enfrente de otras afecciones que son semejantes. La enfermedad de Brill es inoculable al macaco y asimismo al cobaya, la reacción de Weil-Félix es positiva.

En la fiebre purpúrea de las Montañas Rocosas hallamos transmisibilidad al mono, conejo y cobaya siendo el Weil-Félix casi siempre negativo. La diferenciación es más sutil con la fiebre botonosa de Túnez señalada por CONNOR y BRUCH en 1910, cuya inoculación experimental al cobaya es negativa e inconstante en el mono y el Weil-Félix es negativo. Parece probable que se trate de dos afecciones iguales (como asimismo es identificable la fiebre exantemática con la fiebre eruptiva descrita por CARDUCCI) hallándonos en presencia de una afección que se extiende a la vez por las costas vecinas de Provenza, Italia y Túnez.

No es problema resuelto aún si debe asi-

milarse el cuadro de la fiebre fluvial del Japón, cuya duración es de 20 días aproximadamente, presentando un accidente local semejante al de la fiebre exantemática con adenopatía regional, a la entidad nosológica de que tratamos.

En la fiebre exantemática han sido constantemente negativos los hemocultivos en diferentes medios, como asimismo la busca de gérmenes en frotis de sangre o investigando el líquido hemático obtenido por escarificación de las pápulas y también las siembras practicadas a partir de la escara de inoculación o en la orina.

Se ha eliminado el papel transmisor de los piojos y pulgas. La enfermedad aparece en todas las edades y en los dos sexos por igual, y su aparición se hace en verano. El contagio interhumano es excepcional.

Los casos aparecen más bien en las afueras que en la ciudad (el de nuestra observación acaece en un pueblo vecino a Barcelona) y parece casi constante su convivencia con perros. Estos se han encontrado, en todas las encuestas verificadas, parasitados por garrapatas del tipo *Ixodes Ricinus*, las que se desarrollan de mayo a octubre, época durante la cual aparece la enfermedad. La garrapata hembra no parece infectante, según GODLEWSKY, sino, mejor, el macho y especialmente la ninfa del tamaño de una pulga. Además de en el perro se han encontrado también en paredes y suelos de algunas viviendas.

En doce casos publicados por GODLEWSKY, en 5, la enfermedad principió algunos días después de despiojar un perro y ha hemocitado la observación de TURCAN y RAYBAUD en los que el paciente había sorprendido el parásito picando en donde apareció luego la escara de inoculación.

En nuestra observación hallamos al pe-

rro abundantemente parasitado por garrapatas del tipo *Ixodes Ricinus*.

En resumen: es posible establecer el hecho de la existencia de una enfermedad paramediterránea, la fiebre exantemática (tesis de OLMER), diferenciable por muchas características del tifus exantemático, y localizable geográficamente a un halo de países mediterráneos, de los que nuestra región no quedaría indemne, a deducir del caso estudiado más arriba. La falta de literatura aunadora hace que sólo podamos considerar tal enfermedad como equiparable a las descritas con los nombres de fiebre botonosa de Túnez (CONNOR y BRUCH, en 1910); fiebre eruptiva de las costas de Italia, Túnez, Provenza (CARDUCCI); pero no identificable con las denominadas fiebre fluvial del Japón, fiebre purpúrea de las Montañas Rocosas, que dan datos de experimentación de laboratorio diferentes a los deducidos de aquéllas. El parásito transmisor sería la garrapata del tipo *Ixodes Ricinus*, comensal abundante del perro, y la estación habitual del desarrollo de la enfermedad en el ser humano sería el verano.

BIBLIOGRAFIA

- BOINET, PIERI y DUNAN.—Nuevos estudios sobre la fiebre exantemática mediterránea. *La Presse Medicale*, 87-88, pág. 1.317.
- OLMER (D.) y OLMER (J.).—Estudios experim. y exámenes de Laborat. en la fiebre exantemática. *Journal Medical Français* n.º 1, 1929.
- GODLEWSKY (CH.).—La fiebre exantemática en la región paramediterránea. *Journal Medical Français*, n.º 1, 1929.
- OLMER (D.) y OLMER (J.).—Tifus exantemático e infección tifódica con exantema. *La Presse Medicale*, 5 de noviembre. 1927.
- BOINET y PIERI (J.).—La fiebre exantemática del litoral mediterráneo. *Journal Medical Français*, n. 1, 1929.
- HECKENROTH.—De la existencia de una patología especial del Mediterráneo. *Journal Medical Français*, n. 1, 1929.

CESARI (G.).—La fiebre eruptiva de Carducci. (Ascoli - Picaso - Roma) (Monografia).

DUNAN.—Las manifestaciones de la fiebre exantemática en la región mediterránea. *Journal Medical Français*, n. 1, 1929.

PLASY, MARÇON, CARBONI.—Tifus endémico benigno. *Marseille Medical*, n.º 3, 1928.

OLMER (D.) y OLMER (J.).—Profilaxia y tratamiento de la fiebre exantemática. *Journal Medical Français*, n.º 1, 1929.

TAPIA (M.). — Trabajos del Hospital del Rey. Edit. Paracelso, 1930, Madrid.

RESUM

Els autors han pogut estudiar un cas de febre exantemàtica, esdevenint a Barcelona, a l'agost de 1931, i practicar les suficients proves experimentals per a afirmar un diagnòstic just. L'evolució de la malaltia ha seguit el conducte assenyalat per OLMER, CARDUCCI, FOURNIER, ANDREDI i altres, des del tipus de paràsit inoculador fins al final benigne de la malaltia, començant precipitadament amb pròdroms limitats uns dos dies abans del principi aparent, i amb una lesió delimitada de possible inoculació, consistent en un gra la superfície del qual tenia brillantor, amb serositat en un punt de foliculitis de la cúspide, el qual deixà, després, un cràter de contorns nets amb un diàmetre de mig centímetre i una escara posterior de color negre. La febre va arribar als primers dies a les xifres màximes de 39° i 40°, precedides d'esgarriances alguna vegada. No es va observar la llengua seca, acolorida de tifus abdominal i greu, sinó que, sense modificar-se en el curs de la malaltia, es va presentar saburrat i humida. L'aspecte de la cara inflada, vermellosa, i la injecció conjuntival amb un llagrimaig lleuger foren típics. Es va observar, abans de la fase eruptiva, una enantema bucal amb l'enrogiment difús de la gola, i un lleuger puntejat hemorràgic del vel del paladar; podent-se afegir com a símptomes específics, en una exposició inarticulada, els següents: un brot astràlgic manifestat especialment en les articulacions metacarpofalàngiques i interfalàngiques, punys, colzes i genolls; inquietud i insomnis a la nit, i somnolència durant el dia; constipació; orina escassa. L'inici de l'erupció fou per la part posterior dels braços i espatlles, passant al ventre, múscles i cames, invadint discretament, al final, el pit i la cara. Els elements

foren màculo-pàpules, de color rosat al començament, després foscos, i rarament amb el caràcter d'elements petequials. Va tenir una duració d'uns vuit dies, en el transcurs dels quals s'accentuaven alguns símptomes (les artràlgies, sense inflor articular) en començar, però amb observança d'estupor o quadro tífic, i acabà amb una pallidesa, acompanyada de lleugera descamació. La remissió de la fase eruptiva coincideix amb un descens lític de la corba tèrmica, que arriba a l'apirèxia al cap dels dotze dies de malaltia. Es va practicar la reacció de Weil-Fèlix amb un resultat negatiu. De la mateixa manera ho foren les inoculacions practicades en diversos malalts.

RÉSUMÉ

Les auteurs ont étudié un cas de fièvre exanthématique, vu a Barcelone en 1931, et ils ont pratiqué assez de preuves expérimentales pour pouvoir donner un diagnostique juste. L'évolution de la maladie a suivi le cours décrit par OLMER, CARDUCCI, FOURNIER, ANDREDI et d'autres, dès le parasite inoculateur jusqu'à la fin favorable de la maladie. Celle-ci a commencé subitement; environ deux jours avant le commencement apparent il y avait quelques prodromes et une lésion circonscrite d'inoculation possible que consistait d'un bouton de surface reluisante avec un point de serosité; ce bouton a laissé un creux aux bords bien limités avec un diamètre de $\frac{1}{2}$ centimètre avec une croûte noire. Dans les premiers jours la fièvre est arrivé a 39° et a 40° avec quelques frissons. La langue sèche caractéristique de la typhoïde abdominale grave ne s'observait pas; au contraire, pendant toute la maladie, la langue était saburrée et humide. La figure était vultueuse et rouge, et il y avait une injection conjonctivale avec larmoiement typique. Avant la phase eruptive, on a observé un érythème buccal avec une rougeur diffuse de la gorge et quelques taches hémorragiques sur le palais. On peut ajouté comme symptômes spécifiques, les suivants: une éruption arthralgique très marquée sur les articulations metacarpophalangiennes et interphalangiennes, sur les poignets, les coudes et les genoux; inquiétude et insomnie pendant la nuit; somnolence pendant le jour; constipation et peu d'urine. L'éruption commençait dans la région postérieure des bras et du dos, passant ensuite au ventre et aux membres inférieurs, et finalement a la poitrine et a

la figure; les elements étaient maculo-papuleux, d'abord rose et après d'une couleur plus foncée, mais ils étaient très rarement de caractère petechial. La maladie a duré environ huit jours, pendant lesquels quelques symptômes ont été accentués (les arthralgies sans gonflement articulaire) mais il n'y avait de stupeur ni le cadre typique de la typhoïde; elle a terminé en pâlissant les elements et avec une légère desquamation. La remission de la phase eruptive coïncide avec une descente de la température, avec apyrexie au douzième jour.

La réaction de Weil-Felix était négative. Inoculations pratiquées dans plusieurs malades ont été aussi négatives.

SUMMARY

The authors studied a case of exanthematous fever which occurred in Barcelona in 1931 carrying out experimental tests sufficient to enable them to give a correct diagnosis. The course of the disease was the same as that indicated by OLMER, CARDUCCI, FOURNIER, ANDREDI and others, from the inoculating parasite to a favourable termination. It began suddenly; about two days before there were premonitory symptoms, with a circumscribed lesion of possible inoculation, consisting of a pimple with a shiny surface and with serosity in a central point of folliculitis. This left a clearly limited hollow, about a half centimeter in diameter and an ulterior black scab. During the first days, fever reached a ma-

ximum of 39° and 40°C. with some shivering. The dryness and toasted appearance of the tongue, typical in grave abdominal typhoid was absent and during the whole course of the illness the tongue was coated and wet. The face was red and swollen and there was a typical conjunctival injection with watering of the eye. Before the eruptive phase, a buccal exanthema was observed, with diffuse redness of the throat and with some slight hemorrhagic spots on the palate. There were also the following specific symptoms: an arthralgic rash especially manifest on the metacarp-phalangeal articulations, on the wrists, elbows and knees; restlessness and insomnia at night; somnolency during the day; constipation and very little urine. The eruption began in the posterior region of the arms and back, coming out later on the abdomen and legs, invading last of all the chest and face. The elements were macule-papulous, at first of a pink tint which later darkened, but they were very rarely of a petechial character. The illness lasted about eight days, during which some of the symptoms were accentuated (the arthralgias, without articular swellings) but stupor and the typical typhoid picture were absent; it ended with a loss of color by the eruptive elements and by a slight peeling. This last phase coincided with a gradual fall in the temperature curve which reached apyrexia on the twelfth day.

The Weil-Felix reaction was made, giving a negative result. Inoculations made in several patients were also negative.