

diciones triviales como el estado anterior de salud ó de enfermedad, que tienen importancia mucho menor que los dos elementos siguientes: la raza (para la escarlatina particularmente) y la edad; el pronóstico es más grave en los primeros años, sobre todo si se trata del sarampión.

Tratamiento.—El tratamiento de las fiebres eruptivas ha sufrido, desde hace algunos años, una transformación profunda. Deben abandonarse completamente las múltiples medicaciones de los antiguos, de las que ofrecen todavía una larga lista Barthez y Rilliet; no existen medicamentos específicos ó preventivos para estas enfermedades.

Tres grandes indicaciones dominan esta terapéutica; moderar la fiebre, calmar los accidentes nerviosos y prevenir ó combatir las infecciones secundarias.

Las complicaciones nerviosas graves coinciden casi siempre con la hipertermia, y reclaman la misma intervención: dejando á un lado toda idea sistemática, se verá que, combatiendo la elevación de temperatura, se logrará moderar la ataxo-adinamia, las convulsiones, la excitación cardíaca: los *antipiréticos*, la antifebrina (Widovitz), la antipirina (Laure, Friedländer), tienen una acción favorable; pero no carecen de inconvenientes (intoxicación, cianosis, depresión nerviosa), y además son inconstantes.

La *hidroterapia* es, por el contrario, un poderoso anti-térmico, cuyos efectos pueden graduarse ó modificarse variando los intervalos, la duración de las sesiones y los modos de aplicación.

La balneoterapia fué aplicada por vez primera en el tratamiento de la escarlatina por Currie en 1798, en forma de afusiones de agua muy fría: este autor las consideraba indicadas en los casos de delirio, de convulsiones, de diarrea profusa, de vómitos excesivos, recomendando la temperatura por debajo de 105° F. Bateman, Gregory, Kolbany, Trousseau, emplearon el mismo método con éxito. Giannini, de Milán (1805), preconizó las inmersiones en agua fría de cinco á quince minutos, como más fáciles y también más eficaces. Más tarde, Priesnitz hizo conocer los felices resultados de la sábana mojada. Liebermeister (1859) estudió los efectos de los baños fríos, particularmente bajo el punto de vista de la sustracción de calor, y los empleó con el único fin de combatir la hipertermia.

En tesis general, la *afusión fría* está indicada cuando la hipertermia es considerable (40 á 41°), con sequedad de la piel (Barthez y Rilliet), cuando al propio tiempo la adinamia, el delirio, la violencia de la agitación, hacen temer accidentes convulsivos; lo que se observa especialmente, al principio de las fiebres eruptivas, antes de la erupción, ó mientras ésta se desarrolla. La afusión debe ser practicada según las reglas expuestas por Barthez y Rilliet y por Trousseau: colócase al enfermo desnudo en una bañera, y se vierten sucesivamente sobre su cuerpo tres ó cuatro cubos de agua fría. Trousseau recomienda las temperaturas de 20 á 25°: para los niños conviene que la temperatura de la primera afusión no sea menor de 25°; para los adolescentes, puede descender hasta 22°; para los adultos á 18°; pero no se llegará á esta temperatura sino progresivamente. La afusión debe durar de un cuarto de minuto á un minuto como máximo (Trousseau). Se envuelve al enfermo en una sábana y una manta, volviéndole luego á la cama sin enjugarle. La afusión pro-

duce un descenso mediano de la temperatura; pero retarda el pulso, produce una remisión de las manifestaciones cerebrales, del delirio y de la agitación, además favorece la erupción.

El *baño frío* de 20 á 25° para los niños, de 18 á 20° para los adultos, es un gran recurso contra la hipertermia persistente con tendencia á la adinamia, cuando no existen trastornos circulatorios ni debilidad del pulso: las complicaciones pulmonares, la congestión, la bronco-neumonía, lejos de contraindicar su empleo, resultan favorablemente influidas por este procedimiento.

Cuando se trata de un niño, deberá ser el baño tanto más breve cuanto más joven sea el enfermo. En general debe ser para el adulto de quince minutos, puesto que está demostrado (Liebermeister) que la sustracción de calórico del principio se acompaña y se sigue de una producción de calor que llega á superar la pérdida: la temperatura no desciende definitivamente sino cuando la inmersión se prolonga (Liebermann). Se debe renovar el baño tan luego como reaparezcan los accidentes (tres ó cuatro baños por día, á veces uno cada tres horas): se interrumpirán los baños cuando la enfermedad vuelva á tomar el curso normal. El baño frío produce un descenso de temperatura, provocando secundariamente una congestión cutánea que favorece el desarrollo de la erupción; al mismo tiempo puede comprobarse casi siempre una ligera transpiración y poliuria, síntomas de los más favorables (Dieulafoy, Sevestre). Puede reemplazarse el baño frío por el baño tibio á 30 ó 32°, pero los efectos son menos rápidos, aun cuando sean idénticos (Sevestre).

En muchas circunstancias (resistencia de las familias, dificultades prácticas) es preciso sustituir los baños por las *lociones ó envolturas frías*. La loción deberá ser acompañada de una fricción bastante fuerte para aumentar su efecto antitérmico. La envoltura con la sábana mojada y fría debe renovarse cuatro, cinco ó seis veces sucesivamente cada diez minutos (Tartivel, Baginsky). Su acción es ligeramente antitérmica y esencialmente calmante; cuatro ó cinco envolturas sucesivas producen efectos antipiréticos, comparables á los de un baño frío de diez minutos de duración, dado á la temperatura de 20 á 22° (Liebermeister, Winternitz); á menudo el enfermo se duerme pasados algunos minutos, de modo que las indicaciones de estos medios son bastante numerosas, y es preciso recomendarlos al principio de las complicaciones que siguen á la erupción, la bronco-neumonía morbiliosa, por ejemplo.

Se realizará la tercera indicación, combatir las infecciones secundarias, destruyendo los agentes ordinarios de estas complicaciones ó al menos disminuyendo su número y su virulencia.

La *ANTISEPSIA* tiende á este fin. Debe practicarse sobre la *piel*, las *mucosas* y los *objetos* que el enfermo emplea; los baños de sublimado (viruela) de jabón de potasa combinados con las uncciones de pomadas saliciladas, fenicadas (viruela, escarlatina), realizan la primera. La presencia en la boca y en la faringe de organismos productores de las infecciones secundarias, exige una limpieza absoluta y repetida de las mucosas, lo que hace necesarias las irrigaciones calientes boricadas, saloladas, fenicadas y el lavado cuidadoso de las mucosas *después de cada ingestión de medicamentos y de alimentos*. En fin, cuando se actúa en un medio infeccioso deben darse los alimentos en vasijas esterilizadas por la ebullición; solamente á este precio se podrá llegar á dismi-

nuir la frecuencia de las infecciones secundarias. Aun así, los resultados no corresponderán siempre á lo que se podría esperar; en una enfermería de aislamiento, antigua y muy defectuosa del hospital de «Enfants Malades», no hemos podido lograr con estos medios una disminución sensible de la mortalidad por el sarampión. Más felices han sido Hutinel y Deschamps en lo que respecta á la escarlatina, si bien es cierto que obraban en condiciones mucho más favorables.

PROFILAXIS (1).—No debemos entrar en detalles acerca de la profilaxis en la familia, en el hospital y en la escuela; dos elementos concurren á lograrla y son inseparables en la práctica; el aislamiento y la antisepsia, aplicada para este fin, no ya al enfermo solamente, sino á todo lo que con él haya tenido un contacto ó una relación cualquiera. El aislamiento mal entendido, tiene ciertos peligros; en efecto, cuando se acumulan los niños atacados de una misma enfermedad en una misma sala y en gran número de ellos, se multiplican las causas de contagio «se condensan, por decirlo así, los factores de gravedad de la enfermedad» (Sevestre), se favorece el desarrollo de las infecciones secundarias y lejos de disminuir la mortalidad, es aumentada (Grancher).

La rareza del contagio por mediación del aire, permite hacer el aislamiento en el hospital mismo, á corta distancia de las salas comunes, ó en cuartos de un departamento sin peligro alguno para los niños vecinos. Se necesita para cada enfermedad un pabellón especial, con personal propio, sin comunicación con las restantes enfermerías; pero es preciso distribuirle en pequeñas salas de seis á ocho camas (Rauchfuss, Sevestre), á fin de limitar la extensión de las infecciones secundarias contagiosas (difteria, bronco-neumonía), es preciso además disponer en cada pabellón un sistema de cuartos distintos de una á tres camas para los casos complicados (Sevestre, Baginsky).

Finalmente, todo servicio de aislamiento debe ser duplicado, y precedido de otro de observación, de un lazareto, especie de filtro (Grancher) destinado á retener los casos dudosos, cuya evolución no está bastante adelantada para permitir un diagnóstico preciso y justificar la admisión, sea en el pabellón de aislamiento, sea en las enfermerías generales; en ausencia de ese servicio, el contagio para los enfermos admitidos en el período de invasión de un sarampión ó de una viruela, es inevitable y en tales condiciones se ha visto aumentar el número de los casos de contagio interior, á pesar de la creación de salas de aislamiento («Enfants Malades» de París).

No es menos necesario aislar los sospechosos, es decir, los sujetos que habiendo tenido contacto con un enfermo, deben vigilarse durante todo el tiempo que dura la incubación (Rauchfuss, Sevestre); puede realizarse con relativa

(1) Baginsky, Das Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinderkrankenhaus; *Festschrift zum X intern. medicin. Kongress*, Berlín, 1890.—Chautemps, *Rapport au conseil municipal de Paris au nom de la 8.ª commis.*—Comby, Gaucher, Grancher, Sevestre, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, passim, 1889.—Grancher, L'isolement et l'antisepsie à l'hôpital des Enfants malades; *Bull. méd.*, 1889. Essai d'antisepsie médicale; *Rev. d'hyg.*, 1890, y *Acad. de méd.*, 9 Junio de 1890.—L. Guinon, L'isolement des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants de Berlín; *Bull. méd.*, Sept. 1890.—Lejars, Les hôpitaux d'enfants à Saint-Petersbourg et à Moscou, París 1888.—Rauchfuss, *Gerhard's Handbuch f. Kinderk.*—Sevestre, Études de clinique infantile; *Progr. méd.*, 1887-1890.—Variat, Hospitalisation des enfants à Londres; *Gaz. méd. de Paris*, 1890.—Mesures prophylactiques contre la variole etc...; *Conseil d'hyg. publ. de la Seine*, 1891.

facilidad este aislamiento, mediante enfermerías con pequeñas salas (Rauchfuss en el hospital de Oldenbourgo) ó por la creación de un lazareto (Sevestre en el hospital de «Enfants-Assistés»); finalmente el aislamiento de los dudosos y de los sospechosos, puede hacerse en las salas comunes, pero con grandes dificultades, practicando una severa antisepsia médica, combinada con el aislamiento *in situ* por el método de Grancher (1).

La anestesia profiláctica consiste, como hemos dicho, en la esterilización del enfermo y de todo lo que ha tenido contacto ó relación con él (enfermeros, visitantes, médicos, objetos de curación, ropas y utensilios de cama, deyecciones, cuarto, etc). La esterilización del enfermo se obtiene por medio de los baños antisépticos (sublimado, 30 gramos para un baño de adulto, 5 gramos para un niño; baños con jabón blando de potasa); por medio de unguentos (vaselina fenicada, salolada, salicilada); la de los enfermeros y médicos por el cambio de vestidos, blusas, etc., y por el lavado cuidadoso de las manos y de la cara (sublimado al 1 por 2.000); de las ropas y deyecciones, por la inmersión en una disolución de sulfato de cobre (50 por 1.000) ó de sublimado (1 por 1.000) ó de cloruro de zinc, especialmente para las deyecciones: la de los utensilios de cama, mediante las estufas de vapor á presión, y en su defecto por los vapores sulfurosos; finalmente, la del cuarto, por medio de vapores de azufre en combustión (30 gramos por metro cúbico), y la pulverización de sublimado (Guttman y Merke, Vinay). No se permitirá al enfermo hacer la vida ordinaria más que luego de la desaparición completa de todos los síntomas, después de algunos baños y de un lavado completo de la cabeza y de las cavidades naturales.

No trataremos del aislamiento en la escuela, sometido en Francia al reglamento de 1888 (*Acad. de Méd.*, 24 Enero, y *Circulaire* del 24 de Marzo de 1890). Sin embargo, las medidas que prescribe dicho reglamento son exageradas respecto al sarampión y la viruela (veinticinco días de exclusión de la escuela); y por otra parte, son insuficientemente protectoras, puesto que permiten frecuentar la escuela á los hermanos y hermanas del enfermo.

COEXISTENCIA DE LAS FIEBRES ERUPTIVAS.—Negada durante mucho tiempo por el acatamiento prestado á la *ley de Hunter*, ley de incompatibilidad, según la que «dos fiebres diferentes no pueden coexistir en el mismo organismo» (Grisolle, Trousseau, Hebra); ha sido ulteriormente demostrada con frecuencia (Barrier, Rilliet y Barthez, Fleischmann, Bez). Estos hechos son frecuentes en un medio nosocomial. Débese, no obstante, evitar en esta

(1) Este método consiste en aislar en la misma sala al enfermo sospechoso ó dudoso que entra en una sala común, hasta que el diagnóstico se confirma, ó hasta el fin del período de incubación de la enfermedad que se teme. Se practica este aislamiento por medio de un material especial y por prácticas, á las cuales se sujeta todo el personal médico ó nosocomial. Las camas de los enfermos se rodean de un enrejado que impide aproximarse á ellas, salvo en caso de necesidad; todos los objetos que sirven á estos enfermos no se utilizan más que para ellos, y son esterilizados todos los días, lo mismo que sus excreta. Toda persona que les toca, está obligada á vestirse con una blusa especial, que se deposita sobre la cama, y luego á limpiarse con líquidos antisépticos todas las partes, manos ó cara, que han estado en contacto con los enfermos. Una persona especial está encargada de estos enfermos, y toma, al pasar de una cama á otra, todas las precauciones indicadas. Ciertas disposiciones, reducen al minimum el contacto con estos enfermos. Por último, la manera como están construidas las camas, permite esterilizarlas completamente en la estufa de vapor. Esta organización, después de algunos tanteos, funciona en el hospital de la calle de Sèvres desde 1889, y ha dado este año (1891) los resultados más favorables, aun en el sarampión, tan difícil de combatir.

materia el error cometido muy á menudo, y que consiste en tomar por signo de otra infección las erupciones fugaces, los *rash* (1) que preceden á la viruela y la varicela.

Esta coexistencia puede presentarse bajo diversas formas, según que las dos erupciones se manifiesten simultáneamente, ó que una de ellas preceda á la otra; la infección adquirida primeramente, no es siempre la primera en manifestarse; así, la escarlatina, cuya incubación dura de dos á cinco días, puede ser adquirida durante la incubación de la viruela, que dura diez días, y aparecer antes que ella.

Pueden observarse las combinaciones siguientes:

Sarampión y escarlatina, ó viceversa;

Sarampión y viruela, ó viceversa;

Escarlatina y viruela (muy rara);

Sarampión y varicela, ó viceversa;

Escarlatina y varicela, ó viceversa;

Viruela y vacuna;

Vacuna y cualquiera de las otras fiebres eruptivas.

Cuando dos fiebres eruptivas coinciden, evolucionan, ejerciendo una sobre otra mayor ó menor influjo, pero sin anularse una por otra, y sin fundirse en una enfermedad distinta. Se ha dicho que el *roetheln* de los alemanes no era otra cosa más que la fusión del sarampión y de la escarlatina, pero ya veremos que esto no es exacto.

De un modo general puede decirse que la marcha de dos fiebres eruptivas coetáneas, no presenta ninguna desviación sensible de la normal. La incubación es la misma; no se observa interrupción brusca ni retrocesión de uno de los exantemas, como se había creído en vista de la evolución especial de los rash variolosos.

SARAMPIÓN Y ESCARLATINA. — Cuando existe coincidencia, el catarro morbilioso y la erupción escarlatinosa son los fenómenos predominantes: «el exantema morbilioso desaparece más pronto que habitualmente cuando va seguido desde el día siguiente de erupción escarlatinosa (Bez)». Este es un hecho común á todo sarampión complicado con una enfermedad aguda. Cuando la escarlatina sigue al sarampión, las complicaciones viscerales son con frecuencia de origen escarlatinoso. Esta sucesión es, por otra parte, particularmente grave (Bez).

ESCARLATINA Y SARAMPIÓN. — Gracias á la brevedad de su incubación (dos á cinco días), la escarlatina, aun cuando se manifieste primero, es casi siempre una afección secundaria, porque el sarampión, contraído al mismo tiempo ó antes que ella, no muestra su erupción hasta más tarde. Como la erupción de la escarlatina está terminada generalmente cuando aparece el sarampión, si la primera infección no ha tenido serias complicaciones (angina, nefritis del principio), la segunda evoluciona por su cuenta, y conserva su gravedad propia.

(1) Esta palabra, de origen inglés, tiene en esta lengua el significado de *erupción*: ha tomado carta de naturaleza en el tecnicismo médico desde que H. Dimsdale la aplicó en 1792 á designar erupciones escarlatiniformes ó morbiliformes, que pueden presentarse en otras fiebres distintas, aun en las no eruptivas. — (N. del T.).

VIRUELA Y SARAMPIÓN. — Cuando el sarampión aparece en el curso de la viruela, retarda la madurez de los granos y de la supuración de las pústulas, pero no interrumpe jamás la evolución de la viruela, que conserva su forma primitiva.

VARICELA SEGUIDA DE ESCARLATINA. — Aquélla es generalmente benigna por sí misma, y deja verificar á esta última su evolución propia (Bez).

VACUNA PRECEDIDA Ó ACOMPAÑADA DE SARAMPIÓN Ó DE ESCARLATINA. — La inoculación vaccínica, ya se haya practicado durante la incubación ó durante la invasión de una fiebre eruptiva, no resulta modificada en sus efectos ni en la época de aparición de éstos; únicamente su evolución se hace con alguna mayor ó menor lentitud (Bez).

Las relaciones de la *vacuna* y la *viruela* serán tratadas más adelante.

La coincidencia de la varicela con el sarampión y la escarlatina ofrece poco interés.

CAPÍTULO PRIMERO

ESCARLATINA

HISTORIA. — La escarlatina fué claramente indicada por primera vez á principios del siglo XVI en los escritos de Ingrassias, después por autores españoles é italianos (Mercado, Heredia, Sgambatus). No obstante se la consideraba entonces como una forma del sarampión, *rosalia rubeola*, *morbilli ignei*. El nombre de *escarlatina* proviene de Inglaterra, en donde desde el siglo XVII reinaban epidemias muy extendidas pero notablemente benignas, lo que permitía á Sydenham considerarla como poco temible. Además de las descripciones clínicas de Sennert (1654), de Sydenham (1675), deben señalarse las de Fothergill (1750), de Morton (fines del siglo XVIII), quien trató nuevamente de confundirla con el sarampión, la de Bretonneau, que engañado al principio como Sydenham por la benignidad de las primeras epidemias que observó en Turena (1799 á 1802) reconoció luego toda su gravedad á consecuencia de la mortal epidemia de Tours (1824). La lección clínica de Trousseau, fija las formas de la enfermedad y marca el fin de los estudios puramente clínicos.

Desde entonces, para ésta como para las demás enfermedades infecciosas, ha cambiado de aspecto el interés que despiertan: el contagio y después la patogenia, han sido el objetivo de los más recientes estudios, y si actualmente desconocemos casi por completo la historia natural del agente patógeno, no ha sido en cambio infructuoso el estudio patogénico de las complicaciones.

ETIOLOGÍA Y ORIGEN. — CAUSAS DETERMINANTES. — Todo caso de escarlatina nace por *contagio* de otro caso de escarlatina, directa ó indirectamente.

CONTAGIO INMEDIATO Ó DIRECTO. — Resulta del contacto con un escarlatinoso; basta que un sujeto predispuesto permanezca en el cuarto de un enfermo para ser atacado; sin embargo, se necesita por lo común que la perma-

nencia sea prolongada, pues con esto se aumentan las probabilidades de contagio, lo mismo que con la intimidad del contacto.

CONTAGIO MEDIATO Ó INDIRECTO.—Numerosos casos aislados que parece imposible referir á un caso anterior y que pudieron considerarse en otro tiempo como espontáneos, no tienen otro origen que este modo de contagio; durante mucho tiempo se creyó que el contagio podía transmitirse por el *aire* (Borsieri), pero no hay ningún hecho que demuestre la realidad de este menanismo. Mucho más á menudo la transmisión se efectúa por intermedio de un objeto cualquiera, como una carta (Sanné), un libro (Fox) (1), vestidos (Field) (2), la habitación ocupada anteriormente por un enfermo. Las *personas* que se han aproximado á un escarlatinoso, aun cuando no contraigan la enfermedad, pueden transportarlas por sus vestidos. Pero es preciso que estas personas hayan tenido un contacto íntimo y prolongado con el enfermo; lo que explica la rareza del contagio por el médico (Sanné, Sevestre).

Finalmente, se ha considerado la *leche* como un vehículo de transporte, muy común del contagio; en Inglaterra, en donde está generalmente admitida esta opinión, ciertas epidemias que se han hecho clásicas, como las de Hendon, Marylebone (1885), Wiltshire (1887), se habrían cebado casi exclusivamente en la clientela de ciertas granjas ó lecherías; la enfermedad parece que cesó en cuanto se prohibió la expendición de la leche incriminada.

Airy (3) y Foulis (4) han visto, el primero 35 casos, el segundo 234 de escarlatina, estallar en algunos días en las familias que se surtían de una misma lechería. Pero estos hechos acaecidos en una población en donde la escarlatina es muy frecuente, tienen poco valor; nunca han sido observados en Francia y han sido refutados aún en Inglaterra (Whiteside, Hime) (5).

Hasta estos últimos años se ha atribuído siempre á la escarlatina un origen humano. Médicos ingleses (Klein (6), Power (7), atribuyendo á la leche la infección escarlatinoso, han sido inducidos á buscar en las vacas de leche la enfermedad original. Dichos autores comprobaron, en efecto, sobre el pezón de la ubre de varios animales de una granja (Hendon), la existencia de ulceraciones múltiples, siéndoles posible aislar un coccus que, inoculado á las terneras, produjo accidentes generales, con caída de los pelos y angina, accidentes que los observadores identificaron con la escarlatina. Pero las investigaciones de Crookshank y la investigación de la Sociedad Médica de Edinburgo, han demostrado que ninguna de las personas encargadas de ordeñar las vacas enfermas tenía la escarlatina, y que las lesiones observadas no eran más que el cowpox alterado y modificado por alguna causa extrínseca, como los frotamientos y una infección secundaria por el estreptococo; en fin, que si la leche es el vehículo del contagio, debe buscarse el origen en el personal encargado de la distribución ó de la preparación (epidemia de Marylebone).

(1) *Semaine medicale*, 1889, pág. 94.

(2) J. Field, *Boston méd. and surg. Journ.*, 1887.

(3) *Sanitary Record*, 1880.

(4) Foulis, *Brit. méd. Journ.*, 1887, t. II, pág. 241.

(5) Whiteside, Hime, Report on scarlat et fever in connection with milk susply. Reprinted by authority from the report of Professor Brown, 1888.

(6) Klein, The etiology of scarlatet fever; *Proceedings of the royal Society*, Londres, XLII, 1887.

(7) Pover, Milk scarlatina in London; *Report of the medical officer of local Government Board*, 1885-1886, núm. 8.

Según una opinión más reciente, pero que no descansa sobre ninguna base sólida, la escarlatina tomaría en los individuos de la especie bovina el aspecto de la fiebre aftosa. W. Stickler, reparando en la coincidencia de una epidemia de angina con una epizootia de fiebre aftosa, ha tratado de preservar á los niños de la escarlatina vacunándoles con el líquido de las vesículas aftosas: tres niños tratados de este modo fueron expuestos impunemente al contagio escarlatinoso. Nada confirma estos hechos: en los países en donde reina la fiebre aftosa, la leche de los animales enfermos provoca trastornos digestivos, á veces erupciones y estomatitis vesiculosa (Weissenberger) (1), pero nunca la escarlatina.

CAUSAS PREDISONENTES.—Ciertas condiciones, difíciles de determinar é independientes del *estado de salud* habitual, favorecen momentáneamente el contagio: así, por ejemplo, se observa en una familia atacada por la epidemia, que un niño permanece indemne á pesar de sus relaciones con los enfermos, y en cambio, en otra circunstancia cae enfermo él mismo: también se ve que algunos médicos son atacados solamente en una edad ya avanzada. En tésis general, la predisposición para la escarlatina es menor que para el sarampión. Parece, nó obstante, que algunas familias tengan esta predisposición en grado muy elevado, ó bien que muchos de estos casos se explican por la persistencia del contagio en una habitación. Las nueve décimas de los enfermos son atacados en edad inferior á los diez años. Por debajo de un año, el contagio es raro, salvo en Inglaterra (Murchison), á pesar de lo cual hemos observado algunos casos en el Hospicio de « Enfants-Assistés »; Bohn lo ha visto en niños de menos de cuatro meses; también puede decirse que, en general, la madre atacada de escarlatina no debe dar de mamar á su hijo.

Después de la edad de un año, el contagio aumenta de frecuencia de dos á tres, y después, de tres á seis años: alcanza su máximum entre los seis y los diez años (Rilliet y Barthez), á los cuatro años (Bohn).

El *sexo*, las *estaciones*, los *climas*, no tienen influencia; pero ciertas *razas*, en particular la raza anglo-sajona, aun fuera de su propio país, son atacadas más grave y más frecuentemente que otras.

La *inmunidad* adquirida es la regla después del primer ataque; sin embargo, se observan *recidivas* después de uno, dos y aun seis años de intervalo: la gravedad de éstas es variable, pudiendo ser mortal la recidiva (Thomas, Körner): se ha indicado la posibilidad de que existan varias recidivas en un mismo sujeto (Stiebel, Jhan, Baginsky), mas ya veremos que los exantemas pseudo-escarlatinosos explican perfectamente estos hechos (2). Puede admitirse que en algunos sujetos la inmunidad es pasajera, como ocurre con la inmunidad vacénica, y que una vez se pierde aquella, se hace posible una segunda infección; tal vez también existan variantes en la virulencia del contagio que permitan esta doble infección.

(1) Weissenberg, Zur Uebertragung der Aphthenseuch auf kinder; Soc. de Méd. de Berlin, 18 Diciembre 1889.

(2) Körner (Ueber Scharlach-Recidive, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1876), distingue: 1.°, las *pseudo-recidivas*, caracterizadas por la aparición de un nuevo exantema hacia la segunda ó tercera semana, cuando la fiebre dura todavía; 2.°, las *recidivas verdaderas*, caracterizadas por un segundo ataque franco y completo que sobreviene durante la descamación ó la convalecencia; 3.°, las *recidivas tardías*, que sobrevienen algunos meses ó años más tarde. Como se ve, Körner confunde, como la mayor parte de los autores alemanes, la recaída y la recidiva.